

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

**Relatório de Estágio**

Relatório da Prática Especializada em Enfermagem  
de Saúde Mental e Psiquiatria

João Paulo Branco Gaspar Dias Balau

Leiria, Maio de 2014

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

**Relatório de Estágio**

Relatório da Prática Especializada em Enfermagem  
de Saúde Mental e Psiquiatria

João Paulo Branco Gaspar Dias Balau

Aluno N.º 5110350

Unidade Curricular: Relatório de Estágio

Professor Orientador: Doutor José Carlos Gomes

Professor Co-orientador: Doutora Carolina Henriques

Leiria, Maio de 2014

O Júri

Presidente Doutor/a \_\_\_\_\_

Doutor/a \_\_\_\_\_

Doutor/a \_\_\_\_\_

Doutor/a \_\_\_\_\_

Doutor/a \_\_\_\_\_

“Livre não sou,  
Que nem a própria vida, mo consente.  
Mas a minha aguerrida teimosia  
É quebrar dia a dia um grilhão da corrente”

Miguel Torga

## **Agradecimentos**

À minha Coorientadora, Professora Doutora Carolina Henriques agradeço a disponibilidade científica e pessoal no decurso da realização deste trabalho, o estímulo contínuo e as indicações sempre rigorosas que foi sugerindo nas várias orientações partilhadas.

Aos meus colegas agradeço por me terem apoiado em todos os momentos deste longo percurso.

À minha família, e amigos a quem privei muitos momentos de presença, mas apesar disso sempre se mantiveram presentes e me foram entusiasmando.

A todos os que direta ou indiretamente tornaram este projeto de mestrado possível.

Um bem Hajam

## **Resumo**

Com este relatório pretende-se evidenciar a integração de saberes e competências desenvolvidas no âmbito da prática especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, inserido nos diversos contextos onde realizei ensinamentos clínicos e posteriormente como enfermeiro especialista. Estes apresentaram-se como uma essencial oportunidade de crescimento pessoal e profissional, tendo como pressuposto o cuidar do cliente na sua globalidade, inserido na família, no grupo e na comunidade.

Tendo como objetivo a análise reflexiva das competências adquiridas (comuns e específicas) do enfermeiro especialista em saúde mental, este trabalho traduz-se no culminar de todo o processo formativo no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Foi realizada uma breve caracterização do contexto da prática especializada, uma análise crítica das atividades desenvolvidas, e, por fim, apresenta-se a prática especializada com base na evidência científica.

Como refere Hawkins, Catalano e Artur (2002), citado por Tavares et al., (2009), é na adolescência que normalmente se começam a manifestar os comportamentos de risco. Estes geralmente estão associados à adição, à sexualidade, à alimentação, bem como aos comportamentos antissociais. Foi desenvolvido um estudo que pretende avaliar a eficácia de uma intervenção destinada a adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e 14 anos. O estudo revelou a necessidade de uma intervenção prioritária em adolescentes com níveis baixos de autoconceito, devendo a mesma incidir na perceção da aparência física e da ansiedade. O autoconceito é uma das competências pessoais a desenvolver e a promover na adolescência como forma de promover a saúde mental prevenindo a doença mental. Assim, como enfermeiro a intervir na comunidade, as ações realizadas visaram, promover a autonomia dos adolescentes capacitando-os com estratégias para lidar com problemas associados à doença mental.

O trabalho desenvolvido, pela sua diversidade, implicou a mobilização de competências múltiplas, conferindo um grande potencial formativo na área de saúde mental e psiquiatria. A nível pessoal, penso que foi fundamental ter um contacto

contínuo com a prática para melhor poder refletir acerca da minha preferência pela especialidade.

**Palavras-chave:** Adolescência, Autoconceito Promoção da Saúde Mental

## **Abstract**

With this report I intend to demonstrate the integration of knowledge and skills developed in the various contexts in which I trained, inserted in the various contexts in which clinical teaching and later realized as a specialist nurse. These were presented in this course, as an essential opportunity for personal and professional growth as having assumed the care of the client as whole, inserted in family, group and community.

Aims at reflective analysis of acquired skills (general and specific) of nurse specialized in mental health developed during the Clinical Teachings, serving as Assessment Document for obtaining a Master's degree in Nursing in Mental Health and Psychiatry.

Among the interventions where it is portrayed the role of Specialized Nurse in Mental Health Nursing (EESM), I highlight the technical, scientific and human expertise of the EESM to provide specialized care.

A brief characterization of the context of specialist practice, a critical analysis of the activities, was performed, and finally, presents the specialized practice based on scientific evidence.

As regards Hawkins, Catalano, and Arthur (2002), cited by Tavares et al.,(2009), it is during adolescence that risk behaviours usually begin to manifest. These generally relate to addiction, sexuality, eating habits and antisocial behaviours. A study that aims to evaluate the effectiveness of an intervention aimed at teenagers aged between 13 and 14 years was developed. This occurs because social networks widen, the pairs are of relevance unknown until then, and relations of intimacy deepen, contending that the ultimate goal is the autonomy and identity of human beings. Thus this study reveals the need for a priority intervention in adolescents with low levels of self-concept, and the same focus on the perception of physical appearance and anxiety. The self is a personal skill to develop and promote adolescence as a way to promote health by preventing mental illness. As nurses intervene in the community, the actions taken were intended to promote the autonomy of adolescents empowering them with strategies to deal with problems, associated with mental illness.

The work, by its diversity, involved the participation of multiple skills and gave me a great training potential in the area of mental health and psychiatry. On a personal level, I think it was crucial to have a continuous contact with the best practice to be able to reflect on my preference for this specialized area.

**Keywords:** Adolescence, Self concept, Mental Health Promotion

# **ÍNDICE**

## **INTRODUÇÃO 15**

### **1. BREVE CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM 17**

1.1 SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DO CENTRO HOSPITALAR LEIRIA 18

1.2 AGRUPAMENTO DE ESCOLAS D. DINIS – LEIRIA 20

1.3 ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO (ARSC,IP – LEIRIA) - INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA (IDT) 22

1.4 RA4 – REGIMENTO DE ARTILHARIA N.º4 29

### **2. ANÁLISE CRÍTICA DE ATIVIDADES 35**

2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 36

2.1.1 DOMÍNIO A - DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL 37

2.1.2 DOMÍNIO B - DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE 41

2.1.3 DOMÍNIO C - DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS 43

2.1.4 DOMÍNIO D - DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS 47

2.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL 54

2.2.1 COMPETÊNCIA F1 55

2.2.2 COMPETÊNCIA F2 60

2.2.3 COMPETÊNCIA F3 65

2.2.4 COMPETÊNCIA F4 69

### **3. A PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA 78**

3.1 FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO 79

3.2 ASPETOS METODOLÓGICOS 82

3.3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 87

3.4 CONCLUSÕES DO ESTUDO 93

### **4. CONCLUSÃO 95**

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 99**

### **ANEXOS**

ANEXO I - CIPE® CAD\_IDT

ANEXO II - Regulação institucional-IDT

ANEXO III - Ações

ANEXO IV - Antagonistas/agonistas - tratamento de metadona

ANEXO V- Alcoolismo RA4

ANEXO VI - Avaliação do autoconceito num grupo de adolescentes portugueses

ANEXO VII - Enfermeiros (de referencia - consulta de enfermagem)

ANEXO VIII – Adesão terapêutica

ANEXO IX – Colheita de dados

ANEXO X - Plano de cuidados do estudo de caso

ANEXO XI - Restabelecimento de energias

ANEXO XII - Relaxamento por imagens mentais

ANEXO XIII - (A)Risco ou desisto

ANEXO XIV - Rua direita

ANEXO XV – Plano se sessão, Apresentação

ANEXO XVI – Plano se sessão, Serei assim

ANEXO XVII - Plano se sessão, Autoconhecimento

ANEXO XVIII - Plano se sessão, Afeto

ANEXO XIX – Plano se sessão, Exclusão I

ANEXO XX – Plano se sessão, Exclusão II

ANEXO XXI - Conclusão

ANEXO XXII - Questionário de competências intrapessoais

## **ÍNDICE DE TABELAS**

**TABELA 1-**Intervenções de Enfermagem 27

**TABELA 2-**Distribuição de Utentes por Programa Farmacológico 29

**TABELA 3-**Consultas nas Equipas de Tratamento, por Área Funcional 29

**TABELA 4-**Intervenções no Âmbito do Projeto Desenvolvido na EB 2+3 D. Dinis 77

**TABELA 5-**Diferença das médias dos fatores de autoconceito e resiliência entre o grupo testes e o grupo de controlo (Teste U de Mann Whitney) 90

**TABELA 6-**Diferença dos níveis de fatores de autoconceito e resiliência entre o momento pré-intervenção e pós intervenção em ambos os grupos (Teste Wilcoxon) 91

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

**GRÁFICO 1-**Número de admissões nas equipas de tratamento 26

**GRÁFICO 2-**Número de clientes em tratamento 28

**GRÁFICO 3-** Idade dos alunos 87

**GRÁFICO 4-** Género dos alunos 88

**GRÁFICO 5-** Atividades extra curriculares dos alunos 88

**GRÁFICO 6-** Com quem vivem os alunos 89

## **ÍNDICE DE ESQUEMAS**

**ESQUEMA 1**-Organigrama do Serviço de Leiria *24*

**ESQUEMA 2**-Circuito Interno do utente *25*

**ESQUEMA 3**-Quando orgânico Regimento de Artilharia n.º 4 (RA4) *31*

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

APA – American Psychological Association

ARSC. I.P. - Administração Regional de Saúde do Centro – Internet Protocolo

BrigRR - Brigada de Reação Rápida

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CHL - Centro Hospitalar Leiria

CHLP - Centro Hospitalar Leiria-Pombal

CPLESMP - Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

CRI - Centro Respostas Integradas

Dec-Lei - Decreto- Lei

DR- Diário da República

DRC - Direção Regional do Centro

DS - Direção de Saúde

Dr. - Doutor

EB - Escola Básica

EESM - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

ESSLei- Escola Superior de Saúde de Leiria

ET - Equipas de Tratamento

IDT - Instituto da Droga e da Toxicodependência

IPDT - Instituto Português da Droga e da Toxicodependência

MBPE - Manual de Boas Práticas de Enfermagem

NEP - Normas de Execução Permanente

OMS - Organização Mundial da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBE - Prática Baseada na Evidência

PPE - Prática Especializada em Enfermagem

RA4 - Regimento de Artilharia N.º4

RDM - Regulamento de Disciplina Militar

RGSUE - Regulamento Geral do Serviço nas Unidades do Exército

RRMD - Redução de Riscos e Minimização de Danos

SICADE- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SPESM - Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

SPTT - Serviço de Prevenção Tratamento da Toxicodependência

Sr. - Senhor

UIDEPP - Unidade de Internamento de Doentes de Evolução Prolongada de Psiquiatria

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, foi proposto pela coordenação do mestrado, a realização deste relatório, tendo por base as competências desenvolvidas nos Ensinos Clínicos I, II e III no âmbito do Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (CPLESMP), e ainda as competências desenvolvidas enquanto enfermeiro especialista no período pós 2011 até à presente data.

Serve então um relatório como refere Serrano (2004,p.293), “para fornecer de uma forma global e coerente um relato sintético do trabalho realizado por um profissional (...) ao longo de um determinado período de tempo podendo servir de base a uma decisão futura (...) na avaliação esse profissional (...)”.

Assim, o presente trabalho não é mais do que um relato do percurso realizado com o objetivo crítico-reflexivo das atividades desenvolvidas durante os ensinos clínicos I, II e III, na prática especializada em enfermagem (PEE) e desenvolver competências na área da comunicação de resultados de evidência científica.

Procurando fazer-se uma exposição detalhada e objetiva daquilo que se viu observou e analisou, este trabalho tem ainda implícita uma vontade de mudança, procurando uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados.

De modo a dar maior visibilidade ao trabalho, este foi estruturado por capítulos e subcapítulos. Após a introdução será apresentada no primeiro capítulo uma breve caracterização do contexto da prática de enfermagem especializada (PEE) que ocorreu em contextos distintos (durante o CPLESMP e posterior a este).

No segundo capítulo, será exposta uma análise crítica de atividades realizadas, de acordo com os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, assim como das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EEESM). Considerar-se-á também as competências e as unidades de competência, bem como os seus critérios de avaliação.

No terceiro capítulo serão apresentados os resultados da evidência científica desenvolvida durante o Ensino Clínico I e III do CPLESMP. No último constam as

conclusões finais referentes ao trabalho desenvolvido durante a PEE. Para terminar, é apresentada a bibliografia e os anexos.

A metodologia adotada é a descritiva, crítica e reflexiva tendo por base os Regulamentos nº 122/2011 e o 129/2011 da Ordem dos Enfermeiros, seguindo as orientações das normas de trabalhos escritos em vigor na Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei), que tem por base a American Psychological Association (APA,2006, 2010).

## **1. BREVE CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM**

A fim de contextualizar as atividades que foram desenvolvidas na prática da enfermagem especializada, estas serão divididas em duas etapas distintas do processo formativo, nomeadamente as atividades desenvolvidas no âmbito da prática especializada em enfermagem ao longo do Ensino clínico I (Enfermagem de Saúde Mental), do Ensino clínico II (Enfermagem Psiquiátrica) e do Ensino clínico III (opcional) e as atividades desenvolvidas no âmbito da prática especializada em enfermagem ao longo da prática profissional adquirida após o término do curso de pós licenciatura em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

O Ensino Clínico I (Enfermagem de Saúde Mental) foi desenvolvido no Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Leiria (CHL), atual Centro Hospitalar de Leiria (CHL). O Ensino clínico II (Enfermagem Psiquiátrica) e Ensino clínico III (opcional) foram desenvolvidos na Escola Básica EB 2,3 D. Dinis, na cidade de Leiria.

Relativamente à escolha destes locais de ensino clínico, deveu-se ao facto de poder mais facilmente conciliar a atividade profissional com a frequência dos ensinamentos clínicos, num local que permitisse uma maior flexibilidade de horário e proximidade geográfica do local onde exercia funções como enfermeiro.

Posteriormente ao término da Pós-licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, foram desenvolvidas atividades no âmbito da prática especializada em enfermagem no Regimento de Artilharia Nº4; na Administração Regional de Saúde do Centro, ARSC.I.P. – Leiria, antigo Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) – Equipas de Tratamento (ET) de Leiria; e na Escola Básica EB 2,3 D. Dinis - Leiria.

Desta forma, será seguidamente realizada a caracterização das instituições/serviços onde desenvolvi as práticas assistências especializadas em enfermagem.

## 1.1. SERVIÇO DE PSIQUIATRIA DO CENTRO HOSPITALAR LEIRIA

Com o Dec. Lei nº116/2013 o Centro Hospitalar Leiria Pombal, resultante da integração do Hospital de Santo André e do Hospital Distrital de Pombal numa única estrutura hospitalar integra o Hospital Bernardino de Oliveira de Alcobaça passando a denominar-se Centro Hospitalar de Leiria, deixando de existir como instituições de saúde individualizadas. Dedicar todo o seu trabalho à melhoria dos seus serviços, para servir cada vez melhor os seus doentes, no seguimento do Dec-Lei nº30/2011 de 2 de Março.

Este entrou em funcionamento a 16 de Julho de 2013 e tem uma área de influência que abrange uma população na ordem dos 400.000 habitantes (residentes nos concelhos de Alcobaça, Batalha, Leiria, Marinha Grande, Porto de Mós, Nazaré, Pombal, Pedrógão Grande, Figueiró dos Vinhos, Castanheira de Pêra, Ansião, Alvaiázere e parte dos concelhos de Ourém e Soure).

O Centro Hospitalar de Leiria tem como missão essencial, prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com os cuidados de saúde primários e com os demais hospitais integrados na rede do serviço Nacional de Saúde. Faz igualmente parte da sua missão colaborar na prevenção e promoção da saúde da comunidade em geral e assegurar condições de investigação e de formação profissional aos respetivos colaboradores.

Em relação aos seus valores, a concessão desta missão é orientada por uma visão centrada no desejo e desempenho de construir um Centro Hospitalar de referência em termos de qualidade dos cuidados de saúde prestados, com reconhecimento da comunidade e elevada satisfação dos doentes e profissionais, e com altos padrões de eficiência e eficácia na utilização de recursos disponíveis, subordinados ao seguinte quadro de valores essenciais:

- a) Respeito pela dignidade humana;
- b) Respeito pelos códigos de conduta próprios de cada grupo profissional, no quadro da prestação de cuidados em equipa;
- c) Prossecução da qualidade e da eficiência no desenvolvimento da sua atividade;

- d) Desenvolvimento de uma cultura de conhecimento e aperfeiçoamento técnico e profissional;
- e) Primado do doente (Centro Hospitalar de Leiria, s.d.).

Das inúmeras especialidades que o CHL tem para oferecer aos seus clientes, vou debruçar-me em particular no serviço de Psiquiatria.

O serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Leiria localiza-se no 4º Piso, torre poente do mesmo hospital, com uma área de influência que abrange os conselhos de Pombal, Leiria, Marinha Grande, Batalha, Porto de Mós e Alcobaça.

Este serviço é composto pelo Serviço de Urgência, pela Consulta Externa, pela Unidade de Internamento de Doentes Agudos e pela Unidade de Internamento de Doentes de Evolução Prolongada de Psiquiatria (UIDEPP). O Serviço de Urgência funciona de segunda-feira a sábado das 08H00 às 20H00.

A Consulta Externa, que diariamente funciona no período da manhã e da tarde, para além das Consultas de Psiquiatria Geral, presta cuidados domiciliários de enfermagem (Clínica de Decanoatos).

A Unidade de Internamento de Doentes de Evolução Prolongada de Psiquiatria (UIDEPP) está localizada nos Andrinos e presta cuidados de saúde a cerca de cinquenta clientes com patologia mental crónica.

A Unidade de Internamento de Doentes Agudos, serviço fechado, está dividida em 2 alas (masculina e feminina) com um total de 43 camas. A ala feminina possui 21 destas camas. Esta, além de dez quartos, possui ainda 1 sala de emergência, 1 sala de medicação, 1 sala de enfermagem, 2 gabinetes médicos, 1 sala de fumos, 1 sala de estar e 1 de visitas, refeitório e arrumos.

A sua equipa multidisciplinar é constituída por 16 enfermeiros dos quais quatro são especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria (ala feminina), 6 médicos, 12 assistentes operacionais, 2 psicólogos, 2 técnicos do serviço social e 1 técnico administrativo, sendo esta chefiada pelo Assistente de Psiquiatria Dr. Cláudio Laureano.

O serviço de enfermagem ao longo das vinte e quatro horas, está dividido por 3 turnos, estando os enfermeiros escalados da seguinte forma: 3 enfermeiros no turno da manhã, 2 enfermeiros no turno da tarde e 1 enfermeiro no turno da noite.

Na sala de enfermagem encontram-se os processos clínicos e o quadro de informação onde são registados os clientes e as suas patologias.

A sala de medicação encontra-se fechada, sendo aberta quando o enfermeiro prepara a medicação ou quando há necessidade da sua utilização.

Existe também uma sala de fumos estando a sua existência associada ao facto de o serviço de psiquiatria ser um serviço fechado, evitando assim que os clientes fumadores aumentem a sua ansiedade e a agitação.

O bom funcionamento do serviço baseia-se nas regras rígidas impostas por horários que devem ser cumpridos pelos clientes internados, evitando-se por isso a desarticulação do mesmo.

**Figura 1 – Centro Hospitalar Leiria**



**Fonte: cister.fm**

## 1.2. AGRUPAMENTO DE ESCOLAS D. DINIS – LEIRIA

O Agrupamento de Escolas D. Dinis – Leiria, tem como missão “Educar e formar cidadãos, dotando-os das competências, conhecimentos e valores necessários ao sucesso pessoal e profissional, com vista à integração na vida ativa de uma sociedade em constante mudança” (Projeto Educativo da Escola Básica 2,3 D. Dinis, s.d.).

Como agrupamento de referência, estes assentam os seus valores na essência do ser humano entre os quais se destacam, a competência, a tolerância, a criatividade, o empenho, a solidariedade e a responsabilidade.

Neste âmbito, entre outros juízos, promove uma cultura de inclusão, prepara os alunos para o futuro, forma jovens conscientes dos seus deveres, diversifica a oferta educativa com o intuito de chegar aos diferentes públicos, fomenta a criatividade, a autonomia, o gosto pelo conhecimento e a disciplina, valorizando a solidariedade e o espírito de cooperação. Para que isto aconteça faz preservação do espaço, melhora as instalações e como consequência aposta na qualidade do serviço educativo (Projeto Educativo da Escola Básica 2,3 D. Dinis, s.d.).

A localização da Escola Sede, Escola Básica EB 2,3 D. Dinis, é na cidade de Leiria em Porto Moniz, num dos principais locais de acesso ao centro. Este, além de se inserir predominantemente na área urbana de Leiria, abrange também a freguesia da Barosa.

De acordo com o mapa de ordenamento da rede educativa de 2003/2004, ficou constituído por dez estabelecimentos de educação e ensino, a saber, pela Escola Básica 2,3 D. Dinis (escola sede), seis escolas do primeiro ciclo (Branca, Amarela, Guimarães, Capuchos, Arrabalde e Barosa), e por três jardins-de-infância (Capuchos, Guimarães e Barosa).

A sua direção é composta por 7 elementos, sendo o seu presidente o Professor Fernando Cadima.

Possui a Escola Básica 2,3 D. Dinis um departamento curricular dividido em várias áreas que são:

- Departamento de matemáticas e ciências experimentais com 27 professores;
- Departamento de línguas com 22 professores;
- Departamento de expressão com 20 professores;
- Departamento das ciências humanas e sociais com 10 professores.

Existe ainda neste agrupamento apoio especializado aos adolescentes com necessidades especiais com um total de 11 professores. Estes dividem-se no apoio especializado aos surdos, formadores de língua gestual portuguesa, interpretes da mesma, e terapeutas da fala.

Fazem parte ainda 827 alunos distribuídos por 13 turmas do 2.º ciclo e 24 do 3.º ciclo num total de 37 turmas.

**Figura 2 – Escola Básica 2,3 D. Dinis**



**Fonte: EB2,3dinis-m.ccdems.pt**

### 1.3. ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO (ARSC,I.P. – LEIRIA) - INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODPENDÊNCIA (IDT)

Com a guerra nas ex-colónias e posteriormente a descolonização, surge em Portugal e em especial nos seus adolescentes, um aumento de consumo de substâncias ilícitas. Os governos de então, face a este crescente flagelo da sociedade, cria na presidência do concelho de ministros pelo Dec-lei n.º 745/75 de 31 de Dezembro, o Centro de Estudos da Juventude e Centro de Investigação Judiciária da Droga. No ano seguinte com o Dec-lei n.º 792/76 de 5 Novembro, cria o Centro de Estudos da Profilaxia da Droga.

Em 1990, pelo Dec-lei n.º 80 de 14 de Março, cria o Serviço de Prevenção Tratamento da Toxicodpendência (SPTT) no ministério da saúde. Posteriormente, pelo Dec-lei n.º 269-A/2002 de 29 de Novembro é criado o Instituto da Droga e da Toxicodpendência (IDT), resultante da fusão do SPTT e do Instituto Português da Droga e da Toxicodpendência (IPDT).

Com as transformações atuais na sociedade portuguesa, pelo Despacho n.º 251/2013 de 7 Janeiro, conclui-se o processo de fusão do IDT,I.P., no Serviço de Intervenção nos Comportamentos aditivos e nas Dependências, nas Administrações Regionais de Saúde IP (ARS,I.P.), na Inspeção Geral das Atividades em Saúde.

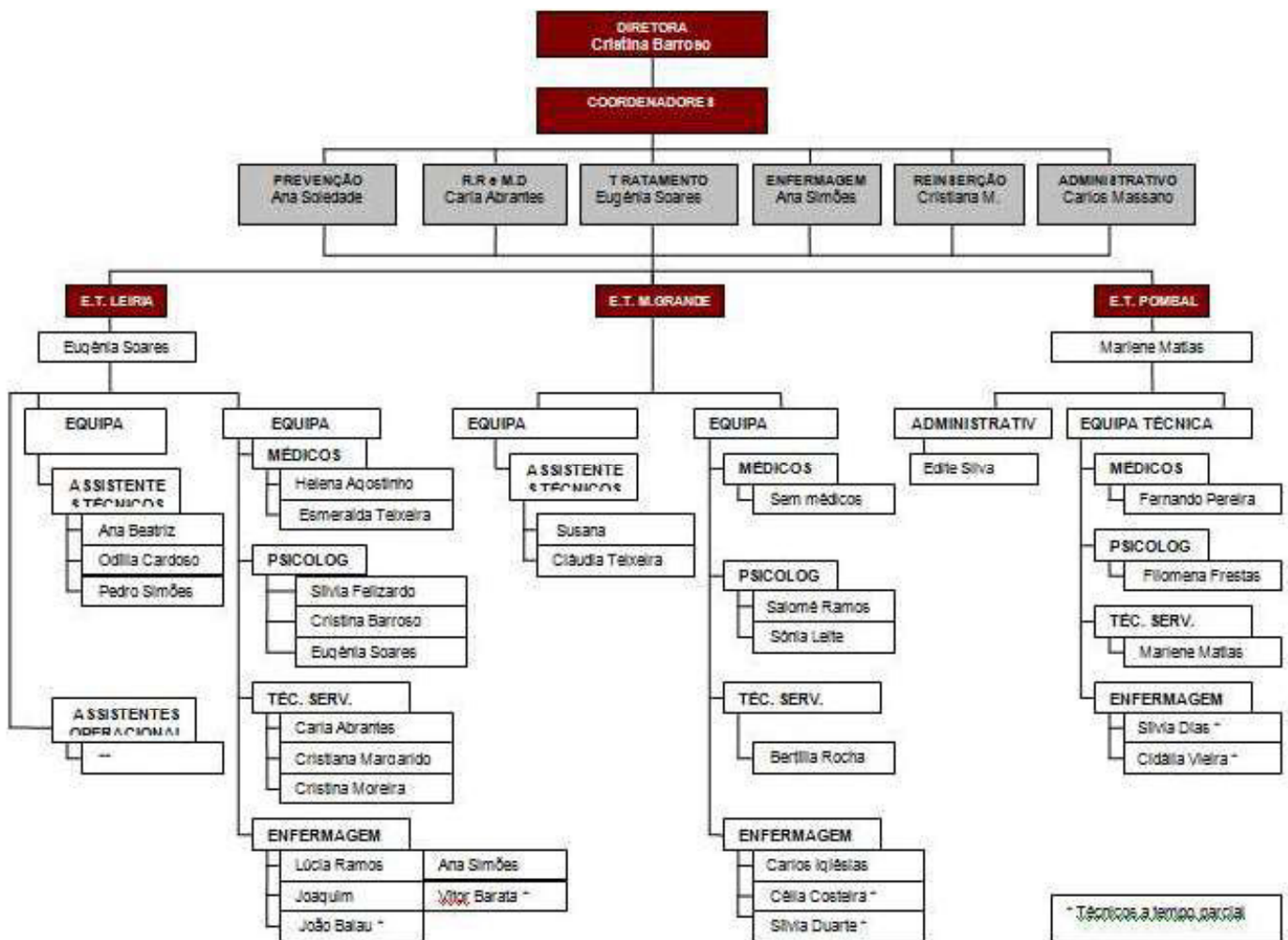
Assim as ARS,I.P., passam a integrar as Unidades de Intervenção Locais do extinto IDT,I.P. nos termos do artigo 14.º de Dec. Lei n.º22/2012, de 30 de Janeiro.

Neste âmbito surge então a Administração Regional de Saúde do Centro (Instituto Publico) ARSC,I.P. – Leiria, que vem integrar a extinta Unidade Local do extinto IDT,I.P.

O Unidade de Leiria é uma Unidade de Intervenção Local do ex- IDT, I.P. abrangendo uma área geográfica específica (Ansião, Alvaiázere, Batalha, Castanheira de Pêra, Figueiró dos Vinhos, Leiria, Marinha Grande, Pedrógão Grande, Pombal e Porto de Mós). A sua intervenção abrange as quatro Áreas de Missão – Prevenção, Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD), Tratamento e Reinserção.

Ao falarmos do tratamento em Leiria, este é composto por três equipas (Esquema 1), Leiria (sede), Marinha Grande e em Pombal, abrangendo desta forma todos os clientes que necessitem tratamento da zona norte, centro e sul do distrito, disponibilizando as seguintes respostas: consulta médica, consulta de enfermagem, consulta de psicologia e psicoterapia individual, consulta de serviço social, programas de substituição opiácea, acompanhamento familiar/terapia familiar, reinserção social, formação, articulação entre serviços e investigação. Estas três equipas de tratamento são constituídas por licenciados em medicina, psicologia, serviço social, enfermagem e comunicação. Na categoria de assistentes técnicos, existem administrativos e técnicos psicossociais.

Esquema 1 – Organograma do Serviço de Leiria



Fonte: Relatório de atividades de 2012 da Unidade de Leiria (Organograma a Junho 2013)

Como o Homem é um ser bio-psico-sociocultural, os objetivos deste serviço visam o tratamento, a recuperação, a reinserção do individuo toxicod dependente, na medida em que o uso das drogas é um fator de desorganização da personalidade, como refere Dias (1994, p.172), “o uso das drogas durante a adolescência é particularmente nocivo e perigoso, provocando efeitos graves, fenómenos de despersonalização, bem como angústias profundas no momento crucial do processo maturativo”.

Em relação ao tratamento criou-se então um circuito interno para o cliente (Esquema 2).

**Esquema 2 – Circuito Interno do utente**



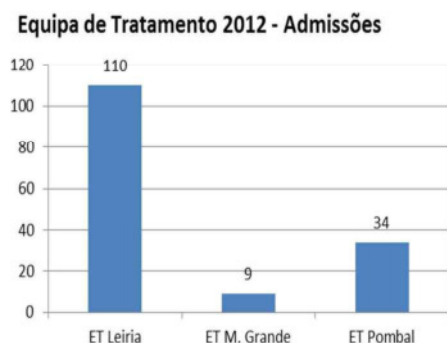
**Fonte:** Relatório de atividades de 2012 da Unidade de Leiria

Os clientes que recorram ao tratamento podem fazê-lo por iniciativa própria, por indicação de familiares, amigos ou encaminhados por outras instituições/serviços.

Através da leitura dos dados sociodemográficos disponíveis em Novembro (num universo de 990 utentes), a população-alvo das três ET é maioritariamente do sexo masculino (81,6%) com idades compreendidas entre os 30 e os 49 anos, sendo essencialmente indivíduos solteiros. A maioria dos utentes seguidos apresenta consumos de heroína no seu percurso de vida.

Em relação à situação socioprofissional, a população encontra-se dividida em dois grupos: indivíduos desocupados há um ano ou mais e indivíduos com trabalho regular/estável. Ao longo do ano de 2012, foram feitas 153 novas admissões (Gráfico 1)

**Gráfico 1 – N.º de Admissões nas Equipas de Tratamento**



**Fonte: Relatório de atividades de 2012 da Unidade de Leiria**

Após o primeiro contacto realizado na secretaria, o cliente é encaminhado para a 1ª consulta na área de Enfermagem, onde é realizada uma colheita de dados, avaliação diagnóstica das necessidades do cliente, utilizando a linguagem comum CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), dá-se a conhecer o processo de acompanhamento e os programas de tratamento disponíveis no serviço.

Estas intervenções de Enfermagem, consultas e administração de fármacos abarcaram ações como: aconselhamento; educação para a saúde; gestão de ambiente seguro; gestão/articulação de cuidados de saúde; supervisão do auto cuidado; organização, prestação e gestão de cuidados de Enfermagem (Tabela 1).

**Tabela 1 – Intervenções de Enfermagem**

<b>Intervenções / ET</b>	<b>Leiria</b>	<b>M<sup>a</sup> Grande</b>	<b>Pombal</b>	<b>Total</b>
<b>Consultas de Enfermagem</b>	<b>2590</b>	<b>1346</b>	<b>1734</b>	<b>5670</b>
Consulta	1962	788	1144	3894
Gestão de Cuidados de Saúde	190	309	201	700
Método ADR	297	219	140	656
Acolhimentos	118	15	30	153
Acompanhamento a familiar/acompanhante	23	15	219	257
<b>Atendimentos</b>	<b>24897</b>	<b>19374</b>	<b>4082</b>	<b>48353</b>
Administração de Fármacos	22929	17416	3381	43726
Execução de testes de pesquisa de metabólitos	1644	1584	471	3699
Atendimento Pontual	324	374	230	928
<b>Articulação</b>	<b>2436</b>	<b>543</b>	<b>3082</b>	<b>6061</b>
Intra IDT	1830	387	2247	4464
Extra IDT	606	156	789	1551
<b>Preparação de doses de metadona</b>	<b>12829</b>	<b>8018</b>	<b>3104</b>	<b>23951</b>
≥ a 7 doses	11970	7862	2854	22686
> a 7 doses	859	156	250	1265
<b>Apresentação em Centros de Saúde/Farmácias</b>	<b>7</b>			<b>7</b>
<b>Acompanhamento Presencial (descentralização Centros de Saúde)</b>	<b>121</b>	<b>0</b>	<b>18</b>	<b>139</b>
<b>Reuniões</b>	<b>52</b>	<b>37</b>	<b>25</b>	<b>114</b>
Coordenadores CRI	1			1
Clínica 3 ET's	12	8		20
Clínica ET Leiria	32	28	24	84
Enfermagem	1	1	1	3
Responsáveis Regionais de Enfermagem	4			4
ANF e Farmácias	1			1
Estabelecimentos Prisionais	1			1
<b>Elaboração de Relatórios</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>42</b>
Estatística mensal	12	12	12	36
Previsão de necessidade de material/fármacos	2	2	2	6
<b>Parcerias IPL – Seminário</b>	<b>1</b>			<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>42947</b>	<b>29332</b>	<b>12059</b>	<b>84338</b>

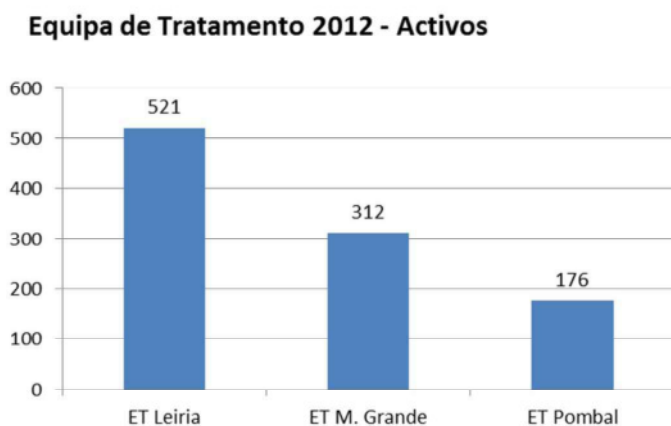
Fonte: Relatório de atividades de 2012 da Unidade de Leiria

A Consulta de Gestão de Cuidados de Saúde de Enfermagem, realizadas aos clientes, pelo Enfermeiro de Referência, integravam obrigatoriamente a avaliação e a implementação do plano de cuidados para, pelo menos, os seguintes focos e intervenções:

- 1) Comportamentos de procura de saúde, onde se identificavam e avaliavam os padrões: alimentares, hidratação, sono e higiene;
- 2) Adesão ao regime medicamentoso avaliando-se: capacidade de gerir o regime, comportamentos de adesão como assiduidade e atitude, às tomas farmacológicas.

No final do ano de 2012, existiam 1009 utentes ativos na Unidade de Leiria, estando distribuídos de seguinte forma (Gráfico 2):

**Gráfico 2 – N.º de Clientes em Tratamento**



**Fonte: Relatório de atividades de 2012 da Unidade de Leiria**

No final do ano encontravam-se inseridos em Programas de substituição opiácea 498 clientes, dos quais 413 estavam inseridos em programa de metadona, o que implica um acompanhamento mais regular pela equipa de enfermagem, pois na grande maioria é exigida administração presencial do fármaco (Tabela 2).

**Tabela 2 – Distribuição de Utentes por Programa Farmacológico**

<b>Programa / ET</b>	<b>Leiria</b>	<b>M<sup>a</sup> Grande</b>	<b>Pombal</b>	<b>Total/CRI</b>
Metadona	197	168	48	413
Buprenorfina	26	39	15	80
Naltrexona	2	2	1	5
Total ET	225	209	64	498

**Fonte: Relatório de atividades de 2012 da Unidade de Leiria**

Em relação às consultas realizadas por área funcional, a equipa de enfermagem realizou nas três ET (Tabela 3).

**Tabela 3 – Consultas nas Equipas de Tratamento, por Área funcional**

<b>EQUIPA</b>	<b>CONSULTAS DE ENFERMAGEM</b>
<b>E.T Leiria</b>	2647
<b>E.T Marinha Grande</b>	1235
<b>E.T Pombal</b>	1736

**Fonte: Relatório de atividades de 2012 da Unidade de Leiria**

Esta é uma área delicada devido à população que servimos, com um elevado número de utentes em programas de tratamento de longa duração, durante o qual se pretende que o utente, para além da abstinência a consumos, consiga a sua reintegração socioprofissional.

#### 1.4. RA4 – REGIMENTO DE ARTILHARIA N.º4

O Regimento de Artilharia n.º 4 (RA4) é uma Unidade da base da Componente Fixa do Sistema de Forças do Exército Português. Encontra-se instalado no Quartel da Cruz da Areia, na cidade de Leiria, sendo normalmente conhecido por Regimento de

Artilharia de Leiria. O Regimento tem uma zona de ação constituída pelos Concelhos de Leiria, Castanheira de Pera, Pedrogão Grande, Figueiró dos Vinhos, Alvaiázere, Ansião, Pombal, Marinha Grande, Batalha, Nazaré, Alcobaça e Porto de Mós, do Distrito de Leiria.

**Figura 4 – Regimento de Artilharia Nº 4 – Leiria**

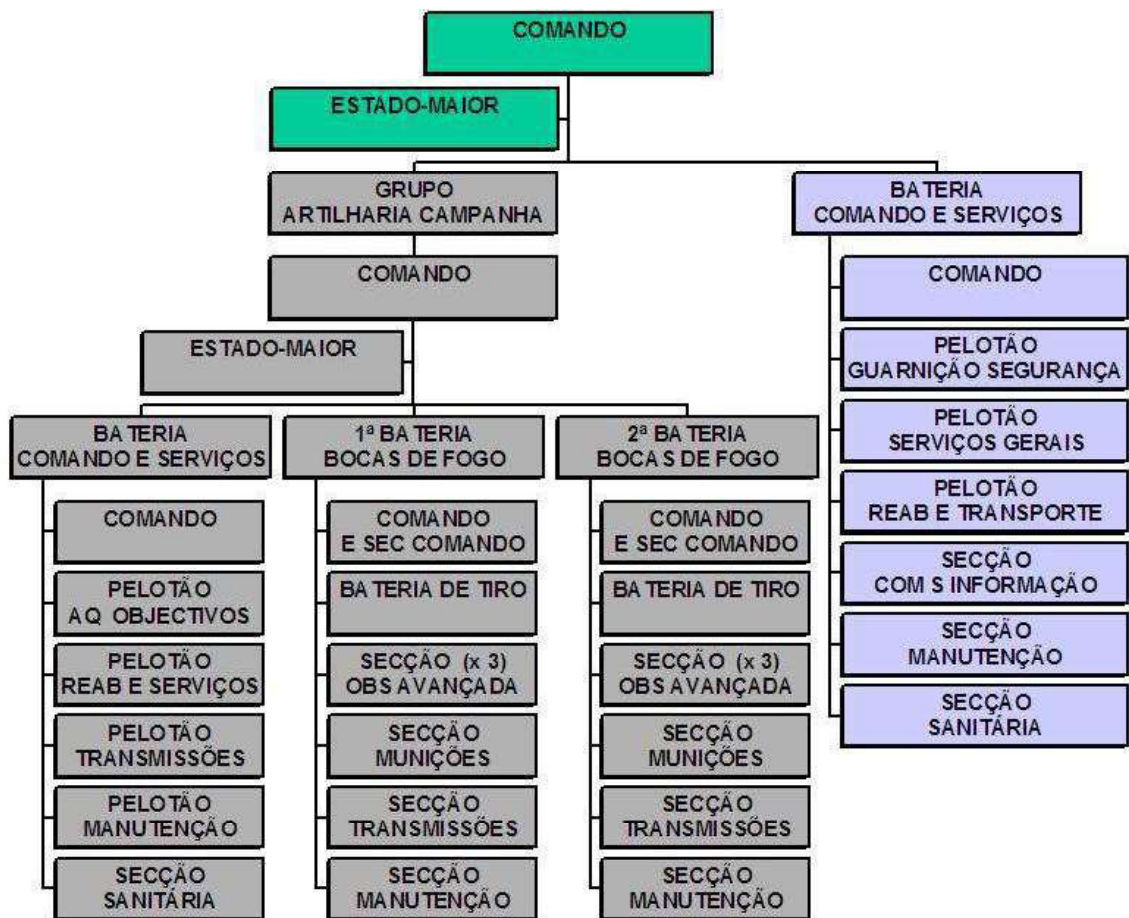


**Fonte:** exercito.pt

Presentemente, o RA4 encontra-se na dependência da Brigada de Reação Rápida (BrigRR) e tem como missão aprontar um Grupo de Artilharia de Campanha, para a Componente Operacional do Sistema de Forças do Exército. Tem no seu quadro de pessoal um efetivo constituído por 7 civis e 313 militares, (35 Oficiais, 81 Sargentos e 197 Praças) dos quais 46 são do sexo feminino. É Comandado por um Coronel de Artilharia.

O seu quadro orgânico é o seguinte (Esquema 3):

Esquema 3 – Quando orgânico Regimento de Artilharia n.º 4 (RA4)



Fonte: Regimento de Artilharia n.º 4

É na Secção Sanitária que se encontra o seu quadro clínico composto por um médico, um enfermeiro e quatro socorristas sediados numa Enfermaria Regimental. Esta é composta de um gabinete médico, um gabinete de enfermagem, uma sala comum, um posto socorro e três enfermarias num total de 14 camas. Atualmente, estas encontram-se desativadas. A principal justificação para a desativação dos internamentos nas Enfermarias Regimentais fundamenta-se com a alteração na legislação introduzida em 2005 no Regulamento Geral do Serviço nas Unidades do Exército (RGSUE – 1.ª parte), no Artigo 66.º - Convalescença (p.46) que diz:

“Os militares, quando tenham alta do hospital com convalescença, gozam esta no domicílio. Nos restantes casos, a convalescença pode ser gozada no domicílio, com autorização do comandante e sob parecer ou proposta do médico” (RGSUE – 1.ª parte).

Esta secção presta apoio diário a todos os militares que o necessitem através de consulta médica de clinica geral e de todo o tipo de tratamento imediato que os militares necessitem, baseado no modelo NATO – ROLE 1,2,3,4.

O termo ROLE é usado para descrever a estratificação das 4 categorias em que cada suporte medicinal está organizado, de forma progressiva, para conduzir o tratamento, à evacuação, e aos abastecimentos essenciais para manter a saúde da força funcional.

No RA4 são aplicadas as normas do ROLE 1. Então, Role 1 (1611) é a parte integrante de uma pequena unidade, onde é prestado o imediato apoio médico, que irá incluir a triagem, os recursos para prestação de primeiros socorros e as medidas imediatas para salvar vidas. Contribuí, também, para a saúde e o bem-estar da unidade através do fornecimento de orientações na prevenção de doenças, lesões em não - batalha, e stress operacional. Tratam-se os casos mais simples para que os militares feridos possam retornar às suas funções o mais rápido possível.

Quando o quadro se complica, procede-se à evacuação do militar, subindo o nível de Role prestado a este.

As funções do enfermeiro das forças armadas portuguesas numa unidade são emaranhadas (Artigo 67.º, n.º4). Elas dependem da existência ou não de médico pois é este o chefe de serviço, esvaziando de competências o enfermeiro. Infelizmente, ao abrigo da lei militar não me é permitido manifestar qualquer tipo de opinião sobre esta situação (Artg.4 do RDM). Prefiro ressaltar que nas Unidades do Exército, atualmente, não existem médicos a prestar serviço pelo que abre ao enfermeiro das forças armadas uma panóplia de atribuições que passo a enumerar RGSUE (2005, p.38-39):

- a) Chefiar o serviço de assistência sanitária ao pessoal da unidade;
- b) Fornecer ao comandante de todas as indicações que digam respeito à saúde e higiene das tropas, propondo-lhe, por iniciativa própria ou quando lhe forem solicitadas, as medidas que julgar necessário adotar,
- c) Visitar periodicamente os militares eventualmente internados nos hospitais civis da localidade;

- d) Superintender em todo o serviço de saúde da unidade, incluindo a atividade de assistência especializada, a direção da enfermaria regimental e do posto de socorros, o controlo da carga e a conservação do material sanitário e dos artigos distribuídos àquelas dependências e/ou ao pelotão sanitário;
- e) Proceder à vacinação e revacinação dos militares;
- f) Orientar e controlar as atividades de recrutamento e seleção de dadores de sangue, de microrradiografias sistemáticas e de outras medidas relativas à prestação sanitária;
- g) Propor aquisição do material e artigos necessários ao serviço e participar do que estiver incapaz ou requeira beneficiação;
- h) Na falta de oficial veterinário, inspecionar os géneros destinados à alimentação e formular a sua opinião por escrito, no caso de deverem ser rejeitados;

Além destas atribuições, compete-lhe ainda propor ao comandante:

- a) Baixar ao hospital os doentes que disso necessitem;
- b) Que as praças gozem no domicílio a licença de convalescença prevista no art.º66.º;
- c) Apresentação às consultas externas hospitalares da especialidade dos doentes que disso necessitem;
- d) A concessão de alimentação a dieta do pessoal que dela careça.

No âmbito do trabalho com clientes, realizado pelo enfermeiro da unidade e dos seus auxiliares, foram efetuados 720 tratamentos a militares na enfermaria, sendo a grande maioria relacionados com orto-traumatologia devido à constante operacionalidade dos militares desta unidade;

Foram ainda realizados 53 evacuações de militares para as urgências do Centro Hospitalar de Leiria, estando estas evacuações relacionadas, como anteriormente referido, à incapacidade de assistência no local, originando uma subida de nível na prestação de cuidados ao militar, ROLE 2;

Por último, em 2012 foram enviadas a consultas externas 816 militares (68 ao Hospital Militar Principal em Lisboa, 672 ao Centro de Saúde Militar de Coimbra, 70

ao Hospital Militar Regional 1 no Porto e 6 ao Hospital Geral das Forças Armadas em Lisboa).

## 2. ANÁLISE CRÍTICA DE ATIVIDADES

Ao longo destes parágrafos, é imperativo fazer o balanço de todo um processo de desenvolvimento pessoal e profissional, analisando as atividades desenvolvidas no mesmo, de acordo com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, tendo em conta os domínios das competências, as competências, as unidades de competência e os critérios de avaliação das mesmas.

Competência será a capacidade de mobilizar adequadamente diversos conhecimentos prévios, selecionar e integrar esses conhecimentos perante uma determinada questão ou problema (Ermelindo, 2003).

Assim, será feita uma descrição das atividades e a sua consecução, bem como será realizada uma análise crítica reflexiva fundamentada no desempenho profissional.

No período referente a este relatório, exerci funções como estudante do curso de pós licenciatura e posteriormente como enfermeiro de acordo com conteúdo funcional previsto do Artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 248/2009 publicado em 22 de Setembro de 2009, que define o regime da carreira especial de enfermagem, bem como as que compete exclusivamente aos enfermeiros detentores do título de enfermeiro especialista e das quais salienta:

“l) Planear, coordenar e desenvolver intervenções no seu domínio de especialização;

m) Identificar necessidades logísticas e promover a melhor utilização dos recursos, adequando-os aos cuidados de enfermagem a prestar;

n) Desenvolver e colaborar na formação realizada na respetiva organização interna;

o) Orientar os enfermeiros, nomeadamente nas equipas multiprofissionais, no que concerne à definição e utilização de indicadores;

p) Orientar as atividades de formação de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional”.

## 2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.2), o Enfermeiro Especialista é o

“Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas, relativas a um campo de intervenção”,

requerendo para o seu desempenho, um sólido conhecimento teórico, bem como uma competente utilização prática desse mesmo conhecimento.

Todavia, estes partilham um grupo de domínios, considerados comuns, que são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria, segundo o Artigo 3.º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, emanado pela Ordem dos Enfermeiros e publicado em 18 de Fevereiro de 2011.

São quatro os domínios de Competências Comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Neste âmbito serão apresentadas, de seguida, as atividades desenvolvidas, assim como a sua análise crítica e fundamentada por domínio das competências. De forma, a ser mais perceptível a sua concretização, teve-se como linha orientadora as competências e as unidades de competência em cada domínio de acordo com o descrito do regulamento já referido.

- **Domínio A - Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

No nosso cotidiano, na prática das variadíssimas profissões, poderemos questionar-nos se será acidental o atingir da excelência e perícia no exercício das mesmas.

Na profissão de enfermagem, segundo a minha perspectiva, essa excelência nunca será acidental pois exige de nós uma total entrega e dedicação através de um processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento.

Cabe a cada enfermeiro, quer individualmente, quer coletivamente no contexto do seu exercício, assumir esse compromisso, refletindo, analisando e prosseguindo diariamente na busca da excelência do mesmo.

Na realidade, nem todos seremos capazes de atingir a excelência, ou como refere Benner (2001, p.61) “nem todos os enfermeiros serão capazes de se tornarem peritos”. Contudo, se empregarmos as descrições que os peritos da excelência nos oferecem, abrem-se novos horizontes, permitindo desenvolver e adquirir novas competências, que nos permitirão aumentar o conhecimento.

Como refere Dreyfus (1981), citado por Benner (2001), para se alcançar esse nível de aquisição e desenvolvimento de uma competência, passa-se por cinco níveis de mestria que são: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

Os iniciados não possuem experiência alguma das situações com que possam ser confrontados. Não acontece só aos alunos esta situação. Ocorre também com profissionais quando estes são mudados de serviço. Apresentam então alguma dificuldade em integrar o que foi aprendido nos livros com as situações reais. Desta forma, e como refere Dreyfus (1981), citado por Benner (2001), a aquisição de competências depende das situações e não da inteligência ou dons de uma pessoa.

O iniciado avançado, é aquele cujo comportamento já pode ser aceitável, pois já esteve presente em situações reais suficientes para notar os fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas. É com a ajuda sua do seu orientador (enfermeira/o)

que estes podem tirar proveito destas diferentes situações e aprendem durante este período a estabelecerem prioridades, pelas experiências que mais os marcaram.

O competente, é aquele que já trabalha num serviço há alguns anos, tendo total consciência dos seus atos. Permite-lhe então, perante situações presentes ou previstas, agir face ao que ele considere como os mais importantes, e os que podem ser ignorados. Baseia-se então a decisão do enfermeiro competente, numa análise consciente, abstrata e analítica do problema (Benner, 2001).

Ser proficiente, implica apercebermo-nos das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados. Devido a esta capacidade, alicerçada sobre a experiência, de reconhecer situações no seu todo, que o enfermeiro sabe agora se as situações que ele prevê ocorrem ou não. Este entendimento global melhora o seu processo de decisão. O enfermeiro adquire assim perspectivas que lhe permitirão saber os aspetos e atributos importantes para a sua ação, implicando a orientação direta sobre o problema.

O perito já não se apoia sobre um problema analítico para ir da compreensão do problema para o ato apropriado. Como possui uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação, apreende diretamente o problema sem se perder em múltiplas diagnósticos e soluções. Age a partir de uma compreensão profunda da situação global. Tornam-se pessoas maleáveis e apresentando um nível elevado de adaptabilidade e de competências (Benner, 2001). Contudo, como profissão a enfermagem é diferente das demais, a mesma centraliza as suas ações nas pessoas. Como refere Lopes et al., (1995, p.10) “ela tem uma tripla orientação no que diz respeito ao que realiza em nome do ser humano (ética), em nome da profissão (deontologia) e em nome da sociedade (moral)” permitindo desta forma uma prestação de cuidados de elevada qualidade.

A enfermagem é assim baseada num Código Deontológico, apoiada em valores universais como a igualdade e a liberdade responsável, e com capacidade de escolha tendo em conta o bem comum, o altruísmo, a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento da profissão.

Segundo o mesmo Código (Ordem dos Enfermeiros, 2009), temos de atuar responsabilmente na nossa área de competências, reconhecendo as especificidades das outras profissões de saúde, colaborando com a responsabilidade que lhe é própria nas decisões sobre a promoção da mesma, prevenção da doença, tratamento, recuperação, fomentando a qualidade dos serviços.

É sob esta forma de pensar a enfermagem, que o atingir da excelência se torna uma exigência ética pois permite melhorar os cuidados em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam.

No encadeamento da minha prática de enfermagem, caminho por vezes sinuosamente, embora me tenha sempre baseado na responsabilidade pessoal, ética e legal, com a constante aquisição de conhecimentos que me permitam ter as competências necessárias nos cuidados de enfermeiro geral e de enfermeiro especialista em particular. Respeitamos, desta forma, o sigilo profissional, a autonomia da pessoa/família, as suas crenças e valores, o direito à privacidade e ao consentimento informado.

Obrigando à mobilização constante de conhecimentos e jamais esquecendo que o centro da nossa atuação é o “Outro”, exige-se uma relação interpessoal que permite respeitar e compreender o cliente, onde a qualidade não será um fim em si mesma, mas um caminho, pois ela é encarada como um bem para a sociedade. Baseia-se, assim, na relação interpessoal entre o “eu” como enfermeiro e o “outro” como pessoa ou grupo de pessoas.

Como refere Collière (1989), a prática de cuidados deve ser encarada como essencial para o crescimento e para a realização do ser humano. Assim, o cuidado humano deve estar incutido nos valores da vida onde se coloca em primeiro lugar a liberdade, o respeito e a responsabilidade.

No dia-a-dia, se pensarmos no ditado popular “não faças aos outros aquilo que não queres que te façam a ti”, é necessário transpor-se esta ideologia para a interação com os doentes. O facto de um indivíduo não se encontrar nas suas plenas condições, não invalida o facto de não obter os tratamentos e cuidados a que tem direito, isto

segundo os direitos humanos e dos doentes (Direitos Humanos e Direito dos Doentes, nº1, p.1-2).

Durante a prestação de cuidados, inúmeras foram as adversidades surgidas e que puseram à prova as minhas competências de forma a gerir adequadamente os cuidados a ter. Segundo isto, sempre respeitei a dignidade do doente, pois perante adversidades do momento, geralmente sentem-se inferiorizados, fragilizados e até perturbados pela enfermidade.

Por se estar especificamente a lidar com clientes que apresentam perturbações mentais (não excluindo os demais), e devido à sua exposição a violações sistemáticas dos direitos e liberdades fundamentais (tratamento desumano e condições de vida indignas), é necessário ter-se em conta o direito à privacidade, o consentimento informado, a segurança, a luta face ao estigma, a promoção do auto cuidado, evitando a exclusão social que possamos antecipar graças ao “olho clínico” adquirido. Na base de todos os meus propósitos, encontra-se fundamentalmente a comunicação.

Fernandes et al., (2009, p.49) entendem que a Enfermagem é a arte e a ciência do cuidar e que “comunicar é uma arte intrínseca à profissão de Enfermagem”. A comunicação constitui um importante instrumento no processo de cuidar em Enfermagem e ao enfermeiro é exigido competências comunicacionais de forma a permitir uma interação com o doente.

Em suma, ajustando as atuações à competência profissional, ética e legal, e enquadrando a comunicação com o conjunto destas faculdades para a prática de uma enfermagem digna e coerente, é necessária uma sucessiva cumplicidade desta com os direitos fundamentais dos doentes. É nesta associação de práticas que pensamos ter conseguido melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes que foram alvo dos meus cuidados especializados.

“ (...) os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no Código Deontológico enformam a boa prática de enfermagem. Neste contexto, os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer possibilidade para lidar com essas diferenças perseguindo-se os mais

elevados níveis de satisfação dos clientes.” (Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001, p. 13)

- **Domínio B — Competências do Domínio da Melhoria da Qualidade**

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está atualmente assumida, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Daqui se deduz o papel importante da definição, pelos enfermeiros, de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Claramente, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Colaboramos e realizamos atividades na área da qualidade, nomeadamente com a participação na elaboração do Manual de Boas Práticas de Enfermagem Regional e posteriormente na sua Revisão, inserido na Equipa do Centro de Respostas Integradas de Leiria do Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Este manual de boas práticas está inserido num projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem na Direção Regional do Centro, com intuito de contribuir para a qualidade efetiva dos cuidados prestados no IDT centrados no cidadão / cliente. Dispõe-se ainda promover a racionalização, a responsabilização, a homogeneização e a melhoria do desempenho profissional de Enfermagem dentro do IDT, DRC.

É patente que não se pretende que as normas que integram este manual sejam perfeitas, consensuais ou que não se possam melhorar. Acontece apenas que se reconhece e assume que, se não fossem alguma vez escritas com clareza e transparência, também não poderiam nunca ser sujeitas a crítica, ao desenvolvimento ou correção subsequentes. Deste ponto de vista, este instrumento constitui-se como um relevante estímulo e impulso à consolidação de práticas profissionais nas diversas unidades

assistenciais, bem como ao progresso qualitativo das suas rotinas de intervenção, pronto a ser utilizado pelos Profissionais de Saúde em geral, e de Enfermagem, em particular, para que desta forma consigamos cada vez mais e melhor cumprir a missão para a qual os profissionais do IDT estão dedicados.

De realçar que todo este trabalho foi orientado pelos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros que visam a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o auto cuidado, a readaptação funcional e os cuidados de enfermagem (Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 3).

Outra participação à qual estivemos ligados foi ao estudo “Consulta de Enfermagem – que contributo para os ganhos em Saúde”, nomeadamente na colheita de dados. Este estudo permitiu a implementação no serviço da Consulta de Enfermagem que se tornou num instrumento privilegiado no desenvolvimento das intervenções profissionais. Passou esta a ser entendida como um entidade organizacional, tempo e espaço, onde, se efetivam os cuidados aos problemas reais ou potencialmente sensíveis. O enfermeiro passa então a documentar as suas intervenções em linguagem CIPE® CAD\_IDT garantindo a sua utilização o rigor científico e a continuidade dos cuidados de Enfermagem ao Cliente, dentro e fora das Unidades Locais do IDT, I.P., uniformizando a melhoria da prestação de cuidados. (Anexo I)

Isto permitiu também, a implementação do Enfermeiro de Referência como padrão organizativo para os cuidados de enfermagem fosse um pilar estratégico da qualidade profissional, tendo sido a unidade de Leiria pioneira na DRC. Esta permite que o respetivo enfermeiro de referência acompanhe o cliente durante todo o seu percurso terapêutico. É ele que planeia, coordena a execução, avalia a globalidade de intervenções de enfermagem desenvolvidas com o cliente, e desta forma, o enfermeiro passa a ser parte integrante da equipa terapêutica multidisciplinar do cliente (Anexo II)

Outro projeto executado, teve a ver com a necessidade de melhorar a qualidade e gestão, no atendimento e acesso a consulta médica na enfermaria do RA4. Este projeto foi desenvolvido pois existia alguma dificuldade no acesso à consulta médica diária, que por vezes não apresentava qualidade nem o tempo de atendimento necessário. Visou então a melhoria do acesso através da triagem previamente implementada, reduzindo

desta forma o tempo de espera e a respetiva melhoria na qualidade de atendimento. Não é possível “satisfazer os clientes”, se os “serviços” não forem adequados às suas necessidades e se o atendimento deles não estiver previsto na própria definição da “missão” da instituição. É também um repensar dos conceitos, das atitudes e das metodologias de trabalho (Mezono, 2001). Um passo fundamental para melhorar os cuidados de Saúde prestados às populações, é a qualidade em saúde sendo esta a principal missão da Direção Geral de Saúde que salienta a importância de promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade.

Qualidade será então o conjunto de atributos e características de uma entidade ou produto que determinam a sua aptidão para satisfazer necessidades e expectativas da sociedade (Decreto-Lei nº 140/2004 de 8 de Junho).

A forma usada para melhorar a qualidade, no âmbito do projeto atrás referido, foi a implementação do ciclo de Deming (Planear, Executar, Verificar, Atuar). Este processo dinâmico, permite uma monitorização constante das situações que vão ocorrendo, permitindo ajustes.

No final do ciclo, o processo encontrava-se adequado às necessidades diárias de atendimento. Como os recursos financeiros são cada vez mais limitados, a utilização dos meios humanos e materiais de forma eficientemente, de modo a disponibilizar aos clientes a máxima qualidade no acesso aos serviços de saúde, permitiram que esta aplicação na melhoria de acesso à consulta, se mantenha ainda a ser utilizada no Regimento de Artilharia N°4.

- **Domínio C — Competências do Domínio da Gestão dos Cuidados**

Nos nossos dias, as instituições de saúde cada vez mais se direcionam para a maximização da qualidade dos cuidados prestados aos clientes/família/comunidade.

Isto exige aos profissionais de saúde, nomeadamente ao enfermeiro, uma atualização permanente face às constantes mudanças tecnológicas e científicas, onde é necessário conhecer para perceber e analisar para mudar.

Chiavenato (2006) e mais tarde Bilhim (2007), sublinham que para garantir o sucesso e a qualidade das organizações existem determinados fatores inerentes a estas características que as organizações devem ter em conta. Um dos mais importantes será a partilha e divulgação da informação. Esta permite para além de conhecimento uma modificação de comportamentos originando, portanto, ações e inovação.

Gerir, será então, um articular de recursos físicos, humanos, materiais e financeiros, apurando custos com o objetivo de garantir qualidade dos serviços prestados.

Ao falarmos de gestão em saúde e em particular nas atividades do enfermeiro especialista na sua prática clínica, pensamos que o mesmo deva compreender o sistema de saúde e o impacto dos cuidados de enfermagem no mesmo. Através disto, poderá projetar o seu desempenho, tal como da equipa em que está inserido, no sentido de obter ganhos em saúde, tendo como base as competências de enfermeiro gestor, como um processo de melhoria contínua, valorizando a prestação de cuidados de enfermagem e permanecendo em contínua formação no sentido de dar respostas a novas necessidades e competências (Parreira, 2005).

O incremento do trabalho em equipa permitirá que o enfermeiro especialista pertença a uma equipa multidisciplinar. Nesta, são periodicamente avaliados os trabalhos a desenvolver com vista à promoção da saúde dos clientes. Tendo o enfermeiro um papel importante no cuidar, zela por aqueles que necessitam de cuidados temporários ou definitivos. Ao participar nestas reuniões é-lhe permitido colaborar nas tomadas de decisões.

A participação em reuniões multidisciplinares foram portas que permitiram contactar com outros profissionais da área da saúde. Esclareceram-se as dúvidas que me iam surgindo, permitindo entender a mecânica de atuação, a sua inter-relação, e também saber a quem recorrer no futuro, caso necessário.

Nos ensinamentos clínicos e tendo por base as competências inerente ao Enfermeiro Especialista (Regulamento nº129/2011 de 18 de Fevereiro), sempre fomos orientados pelas enfermeiras orientadoras para as possibilidades de desempenhar papel de líder, adquirindo maior flexibilidade, dinâmica e disposição para assumir riscos (em

contraposição ao papel controlador, ditador de regras, normas e procedimentos). Assim, o “sucesso de liderança” requer uma planificação racional da ação, uma habilidade para mobilizar as pessoas em torno de um projeto coletivo, um sistema de valores que permitam promover o essencial e uma energia psíquica que inicie a ação das pessoas.

Em relação ao Ensino Clínico II esta prática foi mais difícil de aplicar devido ao próprio serviço. Contudo, no ensino clínico I e III, teve de ser colocada em prática, pois nas intervenções realizadas com os alunos, a não apresentação de uma liderança forte e de uma tomada de decisão convicta, não permitia atingir os objetivos a que me tinha proposto.

Dias (2003) salienta que é o fator humano que faculta um grupo identificar para onde vai e assim determinar os seus objetivos.

Face à gestão dos recursos de materiais por parte do enfermeiro, esta requer um trabalho de equipa em parceria com os colaboradores internos e externos sob medidas de logística com vista a rentabilizar esses recursos (Chiavenato, 2005). Para a rentabilização são importantes determinados aspetos: a área onde são armazenadas, as quantidades, as dimensões, a frequência de utilização, o espaço de armazém, o custo, o tipo de embalagem (Arashiro, 2004). Estas funções devem ser executadas pelo enfermeiro com o objetivo de melhorar os cuidados dos clientes e das condições de trabalho do restante pessoal da equipa multidisciplinar de saúde. A participação nesta área da gestão dos recursos materiais, permitiu-me adequar as minhas atitudes face às novas exigências que vão surgindo e articulá-las com os outros profissionais da área.

Durante o ensino clínico II, não foram propostas funções ligadas diretamente à gestão, no entanto colaborava na reposição das unidades dos medicamentos vindos da farmácia hospitalar. Contudo, havia uma enfermeira especialista responsável por esta área de gestão que nos ia transmitindo informações sobre as formas de procedimento.

Inerente às minhas funções de enfermeiro militar, era responsável baseado no artigo 67 na sua alínea g) e p) do RGSUE, pelo pedido e escolha de materiais, gestão de stocks e respetivo aprovisionamento.

Todo este procedimento é gerido por Normas de Execução Permanente (NEP), da Direção de Saúde (DS) emanadas pelo Comando da Logística do Exército Português.

O Regimento onde prestava serviço possuía uma dotação de stock base denominada Tipo I composto por vários tipos de medicamentos desde os antibióticos aos anti-inflamatórios, e material de uso corrente (NEP – DS 70.600/08). Estes encontram-se armazenados em prateleiras, divididos por família de artigos, protegidos contra os agentes atmosféricos a fim de evitar a sua deterioração.

O reabastecimento é feito trimestralmente (Março, Junho, Setembro, Dezembro), sendo enviada a requisição dos mesmos para a DS, Repartição de Farmácia. Esta reavalia o pedido e quando autorizado procede-se ao seu levantamento nas sucursais do Laboratório Militar. Os prazos de validade são uma constante preocupação do enfermeiro pois estes possuem regras rígidas de devolução dos mesmos. Como responsável do apoio sanitário do Regimento, tinha de devolver ao Laboratório Militar, os medicamentos 4 meses antes da data da expiração da validade. Para tal era ajudado por ficheiro informático que controlava os prazos de validade (NEP – DS 70.600/10).

O enfermeiro (gestor) dos serviços de saúde militar possui uma tarefa árdua. Em toda a linha, liderar uma equipa constitui uma aspiração que exige uma dedicação total e uma capacidade acrescida em tentar perceber os comportamentos e as circunstâncias que conduzem às expectativas, quer organizacionais quer dos colaboradores.

No dia-a-dia, como enfermeiro especialista, revemo-nos como líderes, devido às funções que desempenhamos. Penso ser um líder inspirador que com esta aprendizagem passei a adaptar também uma liderança distributiva, delegando tarefas, controlando-as, acompanhando de perto e cobrando resultados.

Esta minha atuação com delegação de funções no seio da equipa, responsabilizando todos colaboradores envolvidos, visou a eficiência e a qualidade dos cuidados, estando na linha do que refere Sousa et al. (2010).

- **Domínio D — Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

No domínio do desenvolvimento da aprendizagem profissional das competências do enfermeiro especialista, enquadram-se as últimas competências relacionadas com o desenvolvimento do autoconhecimento, da assertividade e da praxis clínica baseada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Ordem dos Enfermeiros - OE, Regulamento nº122/2011).

A elevada consciência de mim como pessoa e enfermeiro será mais profundamente desenvolvida nas competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental em F 1.

Ao termos consciência de nós vamos apercebendo-nos de que formam os nossos sentimentos afetam os outros. Não será surpresa referir que os nossos sentimentos desempenham um papel primordial nas demais decisões. Ao analisarmos estas emoções, vamos descobrindo o eu, permitindo uma melhor facilidade nas tomadas de decisão (Goleman, 1999).

O conhecimento de mim (autoconhecimento) resultado da autoanálise do eu, da minha vida, é de elevada importância tanto na vida em geral, como na profissão de enfermagem em particular pois quanto melhor for a compreensão que o enfermeiro tem de si próprio melhor será a sua comunicação, o seu desenvolvimento e melhor facilidade terá em manter relações profissionais satisfatórias, bem como maior capacidade de gerir situações difíceis.

Alves (1992), considera a comunicação como sendo uma das maiores características e dons do homem pois permite uma ligação com o mundo e com os outros, através da qual consegue manifestar as suas ideias, pensamentos, emoções e sensações.

Comunicar em enfermagem não é mais do que um intercâmbio de sinais, símbolos verbais e não-verbais entre o enfermeiro e o cliente, pois com ela conseguimos apreender as mensagens dos clientes para assim dar respostas às necessidades não satisfeitas.

Direi então, que a forma como se comunica com os clientes é determinante no comportamento que se espera do recetor, pois como refere Fachada (2001), “comportamento gera comportamento” o que significa que quando se comunica com o cliente é-lhe transmita informação e ao mesmo tempo é-lhe imposto um determinado tipo de comportamento.

Como utilizar então a comunicação nas constantes mudanças que têm ocorrido na área da saúde?

Entende-se que é importante desenvolver competências nesta área, pois de nada servirá o conhecimento científico e a habilitada técnica se não se tiver um bom relacionamento interpessoal, isto é, ser empático e assertivo de forma a chegar mais adequadamente ao cliente.

Desta forma, o enfermeiro deve adotar um comportamento comunicacional no sentido de gerar relações positivas e satisfatórias e como refere Riley (2004, p.9) “a assertividade é a chave para uma relação bem-sucedida entre o enfermeiro e o cliente, pois consiste na capacidade de exprimir pensamentos, ideias, sentimentos sem ansiedade e sem ser à custa dos outros”.

Esta aprendizagem constante tem-me possibilitado ao longo deste meu percurso profissional, apresentar comportamentos tendencialmente assertivos permitindo, desta forma diminuir conflitos e ao mesmo tempo melhorar as relações interpessoais, respeitando a pessoa, enfatizando que não há só palavras mas também gestos e emoções. Assim, diminuem-se os conflitos, promove-se o bem-estar, a satisfação profissional aumentando o desempenho profissional e a produtividade.

Isto por vezes origina desgaste na relação, pelo próprio desgaste emocional da profissão. Por vezes, sente-se impotência no processo de cuidar, apresentando-se dificuldades no seio da equipa multidisciplinar, surgindo tensões e conflitos mas, treinando para ser assertivo, permite-se manter e desenvolver relações eficientes para a resolução de problemas. Esta atuação possibilita conhecer e defender os meus direitos não deixando, contudo, de respeitar os outros tendo como objetivo chegar a um acordo. Tendo consciência da necessidade do não, este transforma-se numa capacidade de sair elegantemente de situações irritantes, saturantes ou de conflito (Branco, 2004). Esta

forma de agir tem por mim sido aplicada e desenvolvida enquanto enfermeiro no meu dia-a-dia, em especial no IDT – Leiria, devido à especificidade da população alvo.

Somente através de uma recorrente prática clínica especializada é possível o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Esta deve ter como suporte sólidos conhecimentos, procurando sempre uma prática baseada na evidência (PBE).

Esta prática baseada na evidência, solicita um processo sequencial que, como refere Galvão, et al., (2004,p.555), tem várias etapas:

- 1.º definição de um problema;
- 2.º procura e avaliação crítica das evidências disponíveis (pesquisas);
- 3.º implementação das evidências na prática;
- 4.º avaliação dos resultados obtidos.

Estas etapas, ainda que inconscientemente, foram sendo aplicadas durante os ensinamentos clínicos I, II e III, bem como na realização do trabalho diário.

Esta forma de trabalhar vem de encontro com Galvão et al., (2002), quando refere que a PBE requer uma pesquisa para orientar uma tomada de decisão clínica. Ela não conta com a intuição ou com observações sem método. Combina sim, a pesquisa com a experiência clínica e esta deve ir ao encontro das preferências do utente, para realizar uma decisão sobre um problema específico. Assim, a competência clínica do enfermeiro e as preferências do cliente são aspetos incorporados também nesta abordagem para a tomada de decisão sobre a assistência à saúde.

A prática baseada na evidência (PBE) é então uma abordagem que possibilita a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente, apesar das dificuldades que vão surgindo no caminho, como a falta de tempo do enfermeiro para a pesquisa, o facto de por vezes ele não entender que esta deve ser uma parte integrante do seu dia-a-dia profissional, e a própria inexistência de suporte organizacional (recursos humanos, materiais e financeiros).

Nesse contexto, foram realizadas pesquisas, fundamentalmente em revisões sistemáticas já elaboradas, para que respondessem às questões sobre a melhor maneira do cuidado a ser prestado, bem como praticar uma avaliação crítica a sua aplicação no

meu quotidiano. As ideias foram discutidas com as orientadoras, com os colegas estudantes e de serviço, cujas conclusões permitiram desenvolver os projetos que foram sendo apresentados durante esta etapa de crescimento e de atuação de enfermagem.

O enfermeiro deve estar em constante desenvolvimento das suas competências para o desempenho do seu papel. Os diversos conhecimentos, a preocupação com o desenvolvimento profissional contínuo, a visão global e o pensamento crítico faz com que o enfermeiro esteja melhor preparado para exercer o processo de tomada de decisões levando às acertadas, tendo sido estes aspetos a que procurei estar atento quer como estudante, ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos, quer posteriormente como enfermeiro especialista nos diferentes contextos da prática clínica. Estas são baseadas em modelos de conhecimento científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico, como se encontra estipulado nas competências do enfermeiro especialista.

Durante os diferentes percursos dos Ensinos Clínicos e após o seu término, fui detetando necessidades de formação por parte da população com quem trabalhei, bem como por parte dos colegas enfermeiros e respetivas equipas multidisciplinares, onde estavam inseridos. Como tal, planearam-se algumas sessões de formação nos diferentes locais, tendo sido avaliadas em algumas delas o impacto das mesmas nos profissionais e outros que delas usufruíram (Anexo III).

No âmbito do Ensino Clínico II, realizado no serviço de Psiquiatria do CHL, percecionou-se que, quando um doente toxicodependente se encontrava internado no serviço, era visto normalmente como um transtorno pois os enfermeiros não se apresentam muito disponíveis para este tipo de clientes. Hapetien (1997) citado por Alfaiate et al., (2009,p.7) refere que “o toxicodependente é como alguém que se perdeu na selva ou no deserto, fica sentado a pensar no que poderia fazer, mas fazer qualquer coisa a partir do que tem, não faz”. Esta maneira de ser, faz com que muitos profissionais de saúde mencionem o toxicodependente como responsáveis pela sua doença devido à sua frágil personalidade e por isso devem ser acusados. Ao contrário do que seria de esperar, devido à sua especificidade, não têm sido encontradas diferenças significativas nas atitudes dos utentes toxicodependentes, face às pessoas com doença mental ou quando comparados com o público geral (Björkman et al., 2008). Isto vai de encontro o que diz Sartorius (2002), que refere que o estigma associado à doença mental também se encontra nas atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde.

Como vista à mudança de atitudes por parte da equipa de enfermagem face ao estigma, que é um dos fatores que limita ou impede a reabilitação das pessoas com doença mental fomentando a sua exclusão, propus-me realizar uma ação de formação em serviço, no âmbito do Ensino Clínico II, sobre o tema “*Antagonistas / Agonistas – Tratamento de Metadona*” (Anexo IV), aproveitando as competências nesta área, uma vez que acumulava funções de enfermeiro no IDT – Leiria. Os objetivos propostos foram alcançados, tendo a sessão sido avaliada pelos formandos que estavam presentes.

Nesta vertente e com o Ensino Clínico II obtive maior consciencialização da importância do enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria na comunidade, e que cabe a este, tomar a iniciativa para que sejam elaborados planos de intervenção na prevenção, promoção e recuperação da saúde mental. Revelou-se uma fonte insubstituível de conhecimentos, permitindo alargar a minha visão do campo de trabalho que é a Enfermagem de Saúde Mental Comunitária e proporcionou-me trabalhar o tema que propus expor no RA4, “*O Alcoolismo*” (Anexo V).

Para a Ordem dos Enfermeiros (2001, p.8-9) pessoa é “um ser sociável e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual, o que a torna um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se”. Assim, cada pessoa é um ser peculiar e diferente de todos os outros seres, distinguindo-se evidentemente através da sua racionalidade. Neste âmbito, quando definimos pessoa com problemas ligados ao álcool, referimo-nos ao indivíduo com consumo elevado de álcool, que desenvolveu dependência face ao mesmo e cujo consumo origina problema físicos, psicológicos e ou sociais

Portugal mantém-se nos lugares cimeiros do consumo *per capita* de álcool a nível mundial, com as mais elevadas taxas de mortalidade por cirrose hepática, com elevados índices de sinistralidade rodoviária e de trabalho, para além do vasto leque de problemas a nível individual (saúde física e mental), familiar, ocupacional e comunitário, imputáveis ao álcool, o que o torna num grave problema de saúde pública (PNRPLA, 2009). Porque o alcoolismo é considerado um grave problema de saúde pública em todo mundo e Portugal não é exceção; porque nos últimos anos, tem-se vindo a verificar um aumento de consumo de álcool nos jovens e nas mulheres em idades mais precoces e porque como enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, penso encontrar-me numa posição favorável para o diagnóstico e tratamento

precoce do alcoolismo, uma vez que, em quase todos os serviços, se depara com esta problemática, abracei com convicção a apresentação desta temática no Regimento de Artilharia de Leiria (RA4), pois este problema é real dentro da instituição.

Assim, as ações realizadas no RA4, geralmente à 6ª feira, passaram por sessões breves sobre a temática do álcool, destinada aos militares do quadro permanente e para os militares contratados. Estas sessões foram complementadas com uma apertada vigilância e deteção de comportamentos suscetíveis de consumo. Foram solicitadas aleatoriamente a realização de testes de alcoologia inseridos no programa de prevenção de toxicologia das forças armadas. Pensa-se que com estas ações se levará à inibição do consumo.

Penso que objetivos terão sido atingidos em forma de mensagem, mas senti-me impotente face à rigidez da regulamentação da instituição, que dificultou e criou obstáculos às tentativas de modificar atitudes, formas de agir e pensar, bem como o “código de honra oculto” bastante arraigadas na instituição, muito fechado à mudança.

Como o percurso do saber nunca está terminado, e no domínio das aprendizagens profissionais, no decorrer do Ensino Clínico no CHL, Ensino Clínico II, tive oportunidade de participar no 4º Encontro do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHL “Psiquiatria: Novos Desafios”.

Deste encontro, destaca-se dentro do tema “Patologia Dual: Um desafio Constante”, a apresentação da mala da prevenção realizada pelo Dr. Luís Patrício, que de uma maneira extraordinariamente simples abordou o problema da adição, desmistificou conceitos e estruturas pré concebidas. Realçou a importância da nossa adaptação às mudanças que vêm ocorrendo na nossa área, não adormecendo, pois com o surgimento das novas substâncias de venda livre e do impacto que estas provocam sobretudo nos jovens, sem conhecimento dos pais, ficamos inúmeras vezes sem saber como agir (Associação Portuguesa de Patologia Dual, 2013). Esta situação associada a uma doença mental no mesmo paciente origina o que se denomina de Patologia Dual, sendo esta uma das perturbações mentais mais prevalentes no mundo. Esta apresenta um enorme impacto na vida do indivíduo, na sociedade pois levam ao agravamento do estado de saúde, à falha sucessiva dos tratamentos, à violência, à prisão e pobreza dos clientes.

Ao exacerbar esta situação, o estigma, associado a ambas as perturbações e a dificuldade em lidar com estes clientes, dificulta muitas vezes a intervenção fazendo com que esta se torne ineficaz, pois não raramente são tratados por duas equipas distintas, a dos serviços de dependência e a dos serviços de psiquiatria sem qualquer tipo de articulação, originando falhas e agravamento da situação (Associação Portuguesa de Patologia Dual, 2013). Este tema teve uma excelente conclusão realizada pelo Professor Doutor José Carlos Gomes, quando referiu que 1+1 não são 2, pois permanece constantemente a dúvida, quem surgiu primeiro, o ovo ou a galinha.

Tendo como base o projeto proposto e desenvolvido no Ensino Clínico I e III, “Avaliação da eficácia de um programa de desenvolvimento de competências em adolescentes com vista à promoção da saúde mental” aplicado a adolescentes do 8.º ano de escolaridade da Escola Básica 2+3 D. Dinis Leiria, foi proferida no III Congresso Internacional da SPESM uma comunicação oral intitulada “Da investigação à prática Clínica em Saúde Mental” uma comunicação que teve por tema “*Avaliação do Autoconceito num Grupo de Adolescentes Portugueses*” (Anexo VI).

Partindo dos conhecimentos adquiridos, de toda a motivação que decorreu dos trabalhos levados a cabo, conclui-se que imensos trilhos terão ainda de ser palmilhados no âmbito das competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Contudo, considero que perspetiva-se para o meu futuro a continuidade do trabalho desenvolvido, tendo presente que a enfermagem tem neste domínio um papel fundamental, pois é importante dar visibilidade ao trabalho por nós desenvolvido.

## 2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

A 18 de Fevereiro de 2011, foi publicado em Diário da República (DR. N.º35), o Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde Mental, cuja regulação detém o n.º 129/2011.

Este regulamento menciona que 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 o mais rapidamente possível. As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental (EESM), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam. O EESM compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais (Regulamento n.º 129/ 2011).

Assim, a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção da mesma perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.

Na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro EESM desenvolver um juízo clínico singular. Encontramos, então, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade.

Assim, procurou-se nesta parte do presente trabalho evidenciar o exercício das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, nomeadamente:

a) Detenção de um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;

b) Assistência à pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;

c) Ajuda à pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;

d) Prestação de cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Assim, face ao que desenvolvi nos ensinamentos clínicos I, II, III e posteriormente já como especialista, apresentarei a análise crítica das atividades desenvolvidas no âmbito das Competências Específicas, denominado tal como plasmado na legislação, Domínio F.

### **2.2.1 - Domínio F - Competências do Domínio das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental**

**Competência F1:** *‘Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto — conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.’*

Como refere Taylor (1992, p. 38) “A principal ferramenta terapêutica do enfermeiro que trabalha com os mentalmente enfermos é a utilização de si mesmo no contexto interpessoal”. A auto consciencialização baseia-se, então, em trazer à consciência os nossos sentimentos e as nossas crenças, podendo estas serem ampliadas através da introspeção, discussão, ampliação da experiência própria e encenação de papéis. Ela permite uma comunicação mais autêntica e um conhecimento das nossas próprias limitações.

Assim, esta reflexão irá ao encontro do que refere Peplau citada por George et al., (2000) que ao estarmos conscientes dos nossos próprios sentimentos, crenças, percepções, teremos mais probabilidade de estar conscientes das reações individuais dos

clientes. Desta forma, o cliente e o seu comportamento, terão como suporte a autocompreensão, que permitirá compartilharem metas, cujo objetivo final, será a resolução dos problemas que vão surgindo ao longo do ciclo da vida.

A presença e expressão de atitudes facilitadoras pelo enfermeiro, confere qualidade à relação com o cliente, ou seja, as atitudes do enfermeiro visam promover o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade para o cliente enfrentar a vida. O “estar” é algo que envolve mais do que estar física e mentalmente presente. Implica a globalidade da pessoa, voluntariamente envolvida na situação que o outro está a viver.

Este envolvimento, está sempre presente na minha forma de agir, pois desde sempre me entrego na totalidade ao que faço, oferecendo ao outro a minha presença para o escutar, demonstrando não só valor pela pessoa, como expressando interesse em compreendê-lo. O escutar torna-se, desta forma, a base fundamental da relação da ajuda pois permite ver ao cliente que existe disponibilidade para o mesmo. Desta forma cresce-se e continua-se a crescer na dimensão emocional e comportamental.

Outra característica importante da consciência de si é a empatia. Esta obrigatoriamente possui um lugar de destaque na relação de ajuda entre o enfermeiro e o cliente. Como refere Goleman (1995) para que esta ocorra como processo terapêutico, é fundamental que se desenvolva um relacionamento de respeito mútuo e que o enfermeiro preste cuidado individualizado, respeitando a cultura, crenças e valores da pessoa como cliente. E com base no respeito e na congruência (qualidade que cultivo) pelo cliente, como enfermeiro descubro e valorizo-o.

Foi através destas características que foi desenvolvido o meu longo percurso no ex. – IDT de Leiria. Na consulta de enfermagem, permitiu-se e incentivou-se o utente a manifestar os seus sentimentos, atitudes e experiências concretas. Não fugindo à realidade, optava em confronta-los com essa mesma realidade, a fim de lhe proporcionar novas perspetivas, com intenção de lhes provocar mudança de comportamento. (Anexo VII)

Outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e ou equipa multidisciplinar, é a comunicação. No seu dia-a-

dia, os enfermeiros dedicam a maior parte do tempo a comunicar. Comunicar é o significado partilhado, e estabelece-se através do contato, da observação, das entrevistas, do estar presente, do ensino, dos registos e do esclarecimento de dúvidas aos clientes/familiares.

Como referem Stuart e Laraia (2000) existem duas exigências básicas para uma comunicação efetiva, ou seja toda a comunicação deve visar a preservação da autoestima, tanto de quem ajuda quanto de quem é ajudado e deve preceder qualquer oferta de informação ou de conselhos. Se observarmos bem o fator comunicação, poderemos até generalizar esta ideia de que toda a terapia é comunicação. É que o emissor e o recetor necessário à comunicação existem em todo o ato terapêutico, e a mensagem também acontece em qualquer tipo de terapia, por mais difícil que ela seja de se decifrar (Anexo VIII).

As exigências da comunicação terapêutica possibilitam a formação do relacionamento enfermeiro/cliente e a implementação do processo de enfermagem. A colheita de dados, o planeamento das atividades e a avaliação das mesmas, são realizadas com o cliente, quando o enfermeiro usa corretamente as suas habilidades de comunicação terapêutica e não para o cliente. A comunicação é um processo recíproco e dinâmico entre duas ou mais pessoas, influenciado pelas condições psicológicas e fisiológicas dos participantes (Anexo IX).

Diante das contingências comportamentais dadas pelo terapeuta, ou por outras palavras, este jogo de transferências e contra transferências, impasses ou resistências na reciprocidade da relação, pode o cliente apresentar comportamentos de fuga, de esquivas, de extinção ou vingança do comportamento perante a ação do enfermeiro. Nesta dicotomia, ambos (cliente/enfermeiro) se modificam resistindo simultaneamente à mudança. O enfermeiro não deve esquecer que as mudanças que ele espera acontecer podem não coincidir com as mudanças que o cliente escolhe para si (Guilhardi, 1998).

Quando o enfermeiro é verdadeiramente genuíno, quando demonstra congruência no seu comportamento verbal e não - verbal, esta torna-se numa atitude fundamental para estabelecer a confiança com o cliente. A confiança desenvolve-se então através de uma ligação emocional entre ambos (enfermeiro e o cliente), onde o enfermeiro é formal e responsável, respeitando as limitações do cliente, a

confidencialidade da relação e as suas atitudes, pois trata-se além de tudo de uma relação humana sujeita às suas potencialidades, limites e saberes (Monteiro, 2010).

Atualmente, em termos de saúde mental, os cuidados não estão centralizados apenas na patologia. Os problemas de saúde mental que as pessoas apresentam não são só depressões, esquizofrenias, demências, adições; são muito mais complexos e mais abrangentes. As pessoas precisam de ser preparadas para saber lidar com a decepção, com a tristeza, com a vontade de viver, com as aspirações, com a frustração, com a felicidade, com a satisfação, com o prazer, com o bem-estar, com o autoconceito e com o stress. Para tal, é indispensável munir as pessoas com melhores ferramentas (*empowerment*) para lidarem com as vicissitudes do dia-a-dia. Como refere Fazenda (2003) direi que o *empowerment* servirá para fortalecer em direitos e em participação, grupos, pessoas, populações sujeitos a discriminação e exclusão.

Outro conceito relacionado com *empowerment* é o *recovery*, que está definido como o processo de reconquista da confiança pessoal, apesar da doença ou como um processo profundamente pessoal, de redescoberta de um novo sentimento de identidade, auto determinação e fortalecimento pessoal para viver, participar e contribuir para a comunidade, como refere Duarte (2007, p.127 citando (Deegan, 1988; Leete, 1988; Ahern & Fisher, 1999). Desta, forma as intervenções vão ser necessariamente as mais adequadas e eficazes, contrariamente aos contextos onde esse saber fazer não existe. Podemos dizer que a aquisição de competências em enfermagem:

“Envolve a articulação de vários processos, entre eles a formação inicial e contínua de competências, através da conjugação dos saberes formais, do saber-fazer e da experiência, do processo de construção e evolução do enfermeiro e por fim do reconhecimento das competências pelos pares e pela comunidade em geral.” (Madureira et al., 2007, p.27).

Face ao anteriormente exposto, estabelecer uma relação terapêutica e de comunicação eficaz com os clientes, constitui um enorme desafio à destreza e capacidade de relacionamento. Outra preocupação foi entender a opinião que os clientes possuíam sobre a doença. Desta forma permitiu-se intervir no sentido de tentar diminuir os seus medos e ansiedades, facilitando a adaptação ao dia a dia, ao internamento, ao tratamento, etc. Foram incentivados a falar de si mesmos e dos seus estados emocionais

de forma a tentar compreender-se o modo como interpretavam e sentiam a situação em que se encontram.

Esta atuação tornou-se num grande desafio. Aprender, desenvolver conteúdos, técnicas, habilidades, competências, passou a ser a prioridade de ação. Mas depressa se depara com o sofrimento humano, com a dor física, a dor mental do doente psiquiátrico e a dor mental da pessoa adicta de substâncias psicoativas, “a dor que consome” (Brito et al., 2001). Rapidamente a disponibilidade psicológica foi-se desenvolvendo e adaptando-se perante as diversas situações de sofrimento humano. Cresce-se, e continua-se a crescer nesta dimensão emocional e comportamental.

Questiono-me imensas vezes, “será que o tempo nos ajuda à tomada de consciência de nós mesmos? À gestão de emoções, sentimentos, valores...?” Estou convicto que sim.

Consciente das exigências e desafios da enfermagem, tento assim, procurar manter-me atualizado e informado relativamente às perspetivas teóricas mais recentes, para poder fundamentar e melhorar a prestação de cuidados.

A constante formação permite-me então conseguir mudanças no meu perfil profissional, contando com a aquisição de competências para atuar com um elevado grau de conformidade às necessidades do utente, articulando a prática com a teoria.

É desta forma, consciente de mim próprio das minhas capacidades e dificuldades que tento diariamente “dar conta de mim” reproduzindo uma atitude de bastante positiva na minha relação terapêutica.

### **2.2.2 Competência F2:** *‘Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.’*

Esta competência diz respeito à recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental. O processo de avaliação exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes (OE, 2011, p.4).

Segundo Benter, citado por Stuart e Laraia (2000, p.255) “... crise é uma perturbação causada por um evento stressante ou pela perceção de uma ameaça”.

Assim sendo, as ingerências de enfermagem na pessoa em crise visam ajuda-la a voltar ao seu estado anterior à crise, com aprendizagem de novos conhecimentos que lhe permitam ser mais eficaz na resolução de problemas.

O encontro com o cliente em crise, deve ser orientado não só para a recolha de informações sobre o mesmo, mas também sobre os acontecimentos que levaram a que a crise se instalasse, bem como orienta-lo no sentido de o ajudar a tomar consciência do que se passa com ele, corrigindo as distorções cognitivas que o próprio atribui ao evento e explorar a sua capacidade de resolução do problema e rede de apoio (Chalifour, 2009).

Neste âmbito foi realizado um estudo de caso durante o período de Ensino Clínico II, elaborando plano de cuidados, posto em prática e discutido em equipa em função das necessidades do cliente detetadas, envolvendo também a família neste processo terapêutico. (Anexo X) Verificou-se que a atividade delirante apresentada passou a ser melhor compreendida pelos familiares, as alterações da perceção regrediram por completo, melhorou o seu padrão de sono e passou a compreender melhor a importância do regime medicamentoso. As entrevistas realizadas ao longo do seu internamento, permitiram que a cliente desenvolvesse algum “*insight*” dos acontecimentos últimos da sua vida. Desenvolveu-se assim com a cliente algumas atividades de psicoeducação, agindo sempre como terapeuta de suporte, trabalhando em conjunto na resolução dos problemas. Das atividades, resultaram algum melhoramento da sua relação para com os outros profissionais e clientes, melhorias na expressão de

sentimentos face a familiar querido, verbalizou algumas estratégias que a poderiam ajudar a lidar com as ideias delirantes nomeadamente em relação aos seus vizinhos, estabelecendo objetivos pessoais para o seu futuro. Todo este trabalho também acabou por não ficar totalmente completo pois a cliente assinou termo de responsabilidade a pedir alta clínica.

Apesar deste contra tempo, a minha atuação vai de encontro ao que menciona George (2000. p,259) citando Watson (1979), onde refere que a meta, através do processo de cuidar, é ajudar as pessoas a atingirem um elevado grau de harmonia no seu interior, de forma a promoverem o seu autoconhecimento, a própria cura ou para obterem um insight do significado dos acontecimentos da vida. Refere ainda a autora, que o processo de enfermagem conjuntamente com a pesquisa científica, intentam solucionar problemas ou responder a questões, ensaiando encontrar soluções para esses mesmos problemas. Perante isto, a meta final de enfermagem é, o atendimento de alta qualidade ao cliente.

Salienta-se assim a relação, entre quem cuida e quem é cuidado. A relação restitui à prática de enfermagem um sentido humano tão desejado e expresso pelas motivações da profissão como refere Collière (1989).

Após o término da pós graduação e já como enfermeiro especialista, a relação de confiança com os clientes sempre me permitiu, uma intervenção direta para com os mesmos. Como refere Townsend (2002), o enfermeiro especialista em saúde mental incorpora conceitos de cuidar aos níveis da prevenção, sendo também responsável pelas múltiplas negociações com outros prestadores de cuidados de saúde. Assim, como enfermeiro especialista, protegido pelo Manual de Boas Práticas do IDT com a criação do enfermeiro de referência e com a implementação da consulta de enfermagem, fui-me tornando, um gestor de casos, um prestador de cuidados diretos, um agente de promoção de saúde atuando na prevenção das recaídas, realizando intervenções a nível da psicoeducação e terapia orientada para a realidade, tendo sempre presente o seu contrato terapêutico. Aos poucos, tornamo-nos supervisores da evolução do projeto de vida do cliente, sempre integrado numa equipa multidisciplinar, sem esquecer o papel que inúmeras vezes é deixado ao esquecimento que é o de ser o defensor do cliente como pessoa.

Esta função vai de encontro ao que refere Chalifour (2009) quando verbaliza que o papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, está no preparar o cliente, a sua rede de suporte para o cuidado autónomo, de forma que o cliente com as competências adquiridas possa substituí-lo o mais cedo possível. Estas ações dão assim resposta a execução de uma avaliação global que permite uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família. Isto tudo é possível através da avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do cliente, da execução uma avaliação das capacidades internas do cliente e dos recursos externos para manter e recuperar a saúde mental e avaliação do impacto que o problema da mesma tem na qualidade de vida e no bem-estar do cliente, dando-se ênfase então à funcionalidade e autonomia.

Noutro ponto de vista, Stuart e Laraia (2000), alertam para aspetos relevantes do nosso dia-a-dia que podem incrementar desequilíbrios mentais. Estes fatores podem derivar de múltiplas causas, pois o ser humano é vulnerável, podendo daí resultar consequências para ele. Acontecimentos stressantes podem alterar assim o estado de equilíbrio do ser humano. Quando esta situação surge, é da competência do enfermeiro especialista em saúde mental, perceber o valor dado por cada um para o desenvolvimento ou não de crise. Daqui surge a evidência de que acontecimentos de vida stressantes podem ser prejudiciais ao organismo (Cannon, 1929). Selye (1956), aponta então que o stress faz parte da nossa vida, ao ponto de todos os acontecimentos diários afetarem a manutenção do equilíbrio do organismo, ao alegar e comprovar a relação entre stressores e respostas químico fisiológicas do organismo.

O que dá destaque às respostas ao stress (Lazarus, 1996), centra-se na forma como o organismo percebe e reage aos fatores stressores. O stress é assim concebido como um estímulo que produz uma reação e uma mudança nas pessoas. Nos aspetos relacionais ou transacionais, o stress é visto como uma relação entre as pessoas e o ambiente. Surge então o stress devido à avaliação que a pessoa faz do estímulo e quando considera que as exigências são superiores aos recursos que dispõem para lhes dar respostas, constituindo-se então uma ameaça ao seu bem-estar (Moreira et al., 2005).

No decorrer do ensino clínico I e III, constatou-se o permanente corre-corre dos docentes. Esta situação, promove efeitos negativos, onde a ansiedade torna-se cada vez

mais frequente e evidente. Os desafios diários são cada vez maiores e a exigência laboral eleva a tensão.

Nesta ótica o “Restabelecimento de Energias”, foi uma ação direcionada para os docentes, após um ano letivo bastante complicado. Esta foi ao encontro das necessidades dos mesmos, de forma a poderem encarar o novo ano letivo mais serenos. Face aos problemas inerentes com a sociedade portuguesa, o pensar positivo, será difícil de implementar. Assim, esta foi preparada para se falar de saúde mental e da possível forma de atuar através de uma saúde mental positiva. Nela foram reforçadas as ideias da necessidade de mudar os paradigmas (Cetil et al., 2009), procurando estratégias através de uma prestativa de dentro para fora (Anexo XI).

Tendo isto em conta, esta ansiedade excessiva quando se transforma em crónica pode levar a graves problemas de saúde física e mental (aumento do ritmo cardíaco, aumento da tensão muscular, estado de alerta...), dando lugar a uma disfuncionalidade do individuo em vez de o preparar para a ação. Face ao exposto, uma estratégia de resolução desta situação, com aprendizagem de competências como estratégia de coping, é o treino de relaxamento (Anexo XII).

O que levou à realização desta sessão foi o acreditar que a sua aplicação iria de encontro ao que refere Sequeira (2002), que nos diz que o relaxamento por imaginação guiada consiste numa intervenção integrativa corpo-mente, que tem como objetivo aliviar o stress e promover uma sensação de paz e tranquilidade. É um processo de integrar o poder da mente para relaxar com o do corpo para curar, através de uma comunicação interior que envolve todos os sentidos (visão, toque, cheiro, perceção e som).

Serve este uso de sons e imagens mentais da nossa imaginação, para nos sentirmos bem e diminuir os nossos medos. A imaginação guiada serve assim com ajuda para desviar a atenção do desconforto físico e psicológico e a manter a concentração em imagens agradáveis que melhorem o nosso bem-estar.

Espera-se que com estas ferramentas aplicadas nos docentes, estes tenham adquirido competências para lidarem eficazmente com a tensão ou seja com o stress,

podendo desta forma reduzir os sintomas e prevenir as recaídas (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2010).

Face ao trabalho desenvolvido na Escola Básica 2+3 D. Dinis, nomeadamente no projeto “Avaliação da eficácia de um programa de desenvolvimento de competências em adolescentes com vista à promoção da saúde mental”, que mais à frente irá ser desenvolvido mais em pormenor, fomos convidados a continuar a sua aplicação no ano letivo 2012 / 2013. Este convite partiu da direção da mesma escola, resultante do trabalho desenvolvido anteriormente no âmbito da realização da especialidade em saúde mental e psiquiatria. Assim coordenamos, implementamos e desenvolvemos esse projeto de promoção e proteção da saúde mental e prevenção de perturbações mentais na comunidade e grupos. (A) Risco ou Desisto, passou então a ser o programa aplicado aos alunos da Escola Básica 2+3. Pretendeu-se com o mesmo, proporcionar aos jovens a aquisição de “ferramentas” para que com elas adquiram competências de resolução dos problemas, principalmente na abordagem à comunicação, aos sentimentos e forma de lidar com estes, contribuindo assim para a resiliência e permitindo um crescimento saudável (Becoña Iglésias, et al., 2002).

Este teve como suporte sessões com a duração de pelo menos 45 minutos. Estas permitiram o desenvolvimento de competências intrapessoais, interpessoais e profissionais, necessárias para a manutenção de uma boa saúde mental, a prevenção do uso de substâncias psicoativas, e de outros problemas comportamentais, através de atividades de intervenções psicoeducativas, reflexão e treino de competências. As atividades passavam pelo autoconhecimento, autoestima, autorrealização, empatia, assertividade, suporte social, criatividade, cooperação, liderança e resiliência.

O método de aprendizagem ativa, foi-se adequando às características dos alunos, bem como a necessidade de um reforçar o trabalho em grupo sempre que possível. Foi então utilizada a discussão orientada (tema pré-definido que seria debatido, onde as regras previamente estabelecidas teriam de ser respeitadas), *brainstorming* (onde o apelo à criatividade estaria presente, não se permitindo contudo, críticas negativistas) e *role-play* (os participantes devem apresentar situações com as quais se podem confrontar no seu dia-a-dia e assim treinarem comportamentos e atitudes que lhes possam ser ou vir a ser úteis). (Anexo XIII)

Já este ano letivo, como enfermeiro especialista em saúde mental, conjuntamente com uma técnica superior do serviço social, o projeto foi proposto a candidatura ao Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICADE), com algumas alterações. O parecer foi favorável, devendo a sua ação focar-se no âmbito da prevenção e abrangerá toda a área de escolas do concelho de Leiria. Este projeto tem como principal objetivo a sensibilização do adolescente para o perigo do consumo excessivo de substâncias psicoativas, o treino de competências pessoais e sociais e promover estilos de vida saudáveis (Anexo XIV).

Pensa-se conseguir, assim, implementar na comunidade, um programa centrado na população que promove o empoderamento, a saúde mental e previne ou reduz o risco de perturbações mentais, privilegiando estratégias de desenvolvimento comunitário participativo.

Espera-se que as atividades aqui descritas deem resposta no conto geral, à competência F2 do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria. Nelas foram aplicadas entre outras as aptidões de comunicação, observação, com vista à melhoria da prática de cuidados.

**2.2.3 Competência F3:** *‘Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.’*

Para o exercício desta competência é necessária a sistematização, análise dos dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde. Fundamental, ainda, é a prescrição dos cuidados a prestar baseados na evidência, de forma a promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo, tomando em consideração o ciclo vital e centrando a atenção nas respostas do cliente a problemas de saúde reais ou potenciais (OE, 2011, p.5).

Assim, estabelece-se o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade, através da identificação dos problemas e das necessidades específicas dos mesmos, no âmbito da saúde mental.

A participação da enfermagem no domínio dos problemas de saúde decorrentes do uso de substâncias psicoativas, designadamente na área do tratamento, data dos finais da década de 70 do século passado (IDT, 2012). Os enfermeiros ao serem mobilizados para os serviços dirigidos às pessoas aditas envolvem-se nos respetivos processos de trabalho em equipas multidisciplinares e nas abordagens terapêuticas utilizadas neste campo de atuação.

Todavia, ainda hoje as nossas práticas não se encontram bem identificadas nem documentadas o que origina uma certa (in) visibilidade do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros do serviço. Esta falta de evidência também dificulta o poder de influenciar as políticas relacionadas com a saúde, pois entre outras ações pouca ou nenhuma investigação é feita nesta área pelos enfermeiros, relacionada na maior parte das vezes com falta de tempo para a própria investigação.

É de referenciar, que no ano de 2011 no ex-IDT foram realizadas 478170 consultas em ambulatório e destas, 83756 (17,5%) foram realizadas por enfermeiros (IDT, 2012, p.97-102).

Como enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria irá ser contextualizado o desempenho como enfermeiro, na equipa de tratamento de Leiria do ex-IDT.IP, através da prática de enfermagem desenvolvida e que vai ao encontro da competência F3 das competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria. Nesta, define-se e descreve-se a ajuda que este profissional oferece a uma pessoa ao longo do ciclo da vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto (regulamento 129/2011 de 18 fevereiro).

As intervenções de enfermagem são o suporte do processo de trabalho do enfermeiro e constituem a concretização lógica de todo o processo racional e sistemático de assistência em enfermagem, transferindo para o campo clínico o pensamento, o planeamento e a definição da estratégia terapêutica; baseiam-se em

raciocínios diagnósticos e desenvolvem-se para atingir determinados resultados; incluem atividades que se encontram num continuum, partindo das capacidades e competências do cliente, desde supervisão e/ou ensino a atividades que pretendem substituir o próprio cliente, dadas as incapacidades que pode manifestar (Abreu, 2008, p.30-31). Este autor invoca Florence Nightingale, para quem as intervenções de enfermagem têm por objetivo “capacitar as pessoas” e cita King, ao considerar que as intervenções de enfermagem visam “promover o melhor estado de saúde possível” (Abreu, 2008, p.31). As intervenções de Enfermagem são realizadas em função de diagnósticos de enfermagem, tendo em vista produzir ganhos em saúde para o cliente.

Ao cuidar da pessoa adita, este exige uma intervenção estruturada, articulada com a equipa multidisciplinar, com a intenção de a ajudar a alcançar melhor qualidade de vida (se possível sem consumos), pois estamos perante uma patologia crónica, multifatorial e dinâmica que interage com uma imensidão de questões e, que de acordo com Ribeiro (2001), implica alterações na pessoa (cliente) com eventuais impactos em todas as fases da sua vida.

Quando em 2009, foi apresentado o Manual de Boas Práticas de Enfermagem (MBPE) do ex-IDT,IP onde, no seu capítulo 2, preconiza que a prestação de cuidados se processe segundo o método de Enfermeiro de Referência, esta situação permitiu, bem como aos outros colegas, oferecer uma melhor garantia de prestação de cuidados integrais e a continuidade dos mesmos, facilitando alianças terapêuticas com o cliente, que até então poderiam ter sofrido inúmeras exclusões. Permitiu-me assim, ser gestor na prestação de cuidados de enfermagem, tendo como alvo a pessoa com dependência, balizando respetivamente os seguintes focos de atenção: autocuidado da pessoa adita e papel de prestador de cuidados conforme catálogo CIPE ® do IDT (IDT, 2011). Então, gestão baseada no MBPE (IDT, 2011), apoiou-se em estratégias do cuidar como o acolhimento (atitude permanente que visa ir ao encontro do outro para o fazer passar do seu estatuto de estranho ao de companheiro, tornando-se o suporte para o sucesso de qualquer intervenção – Coelho, 1994), a relação de ajuda (determinante para o cuidado de enfermagem – Lopes, 2006, p.45) e educação para a saúde (que anda de mão dada com o autocuidado e promove a saúde através da informação, visando contribuir para capacitação das pessoas – Friedman, 1986, p.21).

Fundamentado no que refere Machado et al. (2005), entendo a consulta de enfermagem como um processo de interação entre mim e o cliente na busca constante da promoção da sua saúde, da prevenção da doença e na redução do dano. Aqui, foram desenvolvidas competências na área da comunicação, como o exercício da escuta ativa, o diálogo, adequação do toque, olhar, proximidade e confrontação. Nela, enquanto ambiente propício e privilegiado, potenciou-se a mudança de comportamento do cliente através do reforço de capacidades para o autocuidado. Neste contexto, desenvolveu-se um processo de enfermagem onde foi recolhida a informação mais pertinente para estabelecer diagnósticos de enfermagem, elaborando um plano de atuação com objetivos negociados com o cliente, procedendo posteriormente à sua implementação, utilizando a linguagem comum e classificada CIPE®, constante no Sistema de Informação Multidisciplinar do ex-IDT. Esta permitia-me também, como enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, estar mais atento aos sinais que o cliente transmitia mas não verbalizava Stuart e Laraia (2000, p.59). De acordo com Barbosa e Neto (2006), a expressão facial compõe-se a partir da combinação da posição das sobrancelhas, formato e posição dos olhos, das narinas e da boca. O franzir das sobrancelhas, poderá ser interpretado como sinal de preocupação, surpresa ou irritação. Uma inspiração forçada, tipo suspiro, pode revelar desinteresse e alheamento por parte dos profissionais. Assim, tende o enfermeiro observar a expressão facial mantendo o contacto visual, pois estas são consideradas como os dois aspetos mais fortes da comunicação não-verbal.

Ao gerir os cuidados de enfermagem como enfermeiro de referência, planeava a coordenação e o controlo das diferentes respostas com a finalidade de rentabilizar as intervenções, a fim de promover os cuidados de saúde contínuos. Nela, tentava incluir a família pois existe necessidade do seu envolvimento devido ao facto do cliente se encontrar em situação de grande vulnerabilidade em relação à sua integridade e dignidade. É necessário ainda que se consiga este enquadramento familiar minimamente coeso para garantir igualmente apoio na administração medicamentosa adequada (Patrício, 1995). De acordo com Gonçalves e Pereira (2011), os programas de intervenção na toxicodependência deveriam considerar as perceções das famílias (envolvendo-as, independentemente da fase da doença do toxicodependente), favorecendo ou promovendo um funcionamento familiar equilibrado. Por sua vez,

Alarcão (2000) evidencia também a importância de centrar a atenção na rede relacional familiar alargada e não só ao nível das relações da família nuclear.

Junto da família, procuramos transmitir-lhes conhecimentos sobre a perturbação de que sofre o seu familiar, a forma de tratamento e a forma de colaborar com a equipa de enfermagem. Esta minha envolvência com a família teve como objetivo a realização e a manutenção de uma aliança terapêutica e uma diminuição de emoções negativas (ceticismo, hostilidade), permitindo de certa forma contribuir para uma menor frequência de recaídas. Permitiu-me ainda trabalhar o estigma relacionado com a patologia, evitando o isolamento social a que a família fica dotada. Esta minha forma de intervir vai ao encontro do que diz Fazenda (2008), que ao desmistificar a doença e envolver a família no tratamento, estamos a libertá-la do fardo que teve durante muito tempo em que era considerada a responsável ou culpada pelo aparecimento da alteração de comportamento do seu familiar.

Estas ações desenvolvidas como enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria com pessoas dependentes, reflete o protagonizado por Watson (2002), ao referir que ao cuidar, o enfermeiro ajuda o outro a encontrar significados na doença, no sofrimento e na dor, ajudando-o a ganhar autoconfiança, controlo e auto-restabelecimento no sentido da harmonia interior e da liberdade existencial.

Todas estas intervenções como enfermeiro cometidas no âmbito da equipa de tratamento, vão ao encontro do papel preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2011), que é o de acompanhar o cliente nos variados trajetos ao longo da vida, ajudando a gerir o seu quotidiano, visando a máxima independência e o mínimo de sofrimento.

**2.2.4 Competência F4:** *‘Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.’*

Neste âmbito, procuramos implementar intervenções identificadas no plano de cuidados, de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do

que deseja e/ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, mobilizando cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional. Desta forma, convém ter-se uma noção do significado destes termos para melhor se compreender as atividades desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos.

O tratamento para recuperar a saúde mental, a reabilitação psicossocial, a educação e o treino em saúde mental, tem como finalidade ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere. Envolve as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias, através de atividades, tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar e supervisionar OE (2010).

O processo psicoterapêutico é um processo onde se pretende ajudar a pessoa a lidar com as suas dificuldades e problemas, assim como potenciar os seus próprios recursos e promover o bem-estar emocional. Assim, a essência de qualquer processo psicoterapêutico passa por ajudar o cliente a sentir-se e a funcionar melhor, através do encorajamento a alterações ou mudanças adequadas ao seu mundo (Moreira et al., 2005). Pode então o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria transformar experiências sem significado em novas experiências, valorizando os seus recursos, prevenindo a doença e evitando a recaída.

Sartre (1978), citado por Pretto et al. (2009, p.398) reforça a ideia que a psicoterapia tem como função mediar o sujeito na construção de ferramentas que lhe possibilitem alterar a situação de impasse em que se encontra.

Assim, certo é que o cliente, tal como o enfermeiro, encararão este processo psicoterapêutico com a máxima seriedade, o que requer, por parte do cliente, total adesão ao tratamento. Optam então, nesta perspetiva, por criarem um momento em que o cliente se sinta motivado a resolver os seus problemas e a não enveredar por outro tipo de comportamentos autodestrutivos.

A Intervenção psicossocial pode ser definida como uma intervenção que utiliza principalmente métodos psicológicos ou sociais para o tratamento ou reabilitação dum transtorno mental ou redução do sofrimento psicossocial (WHO, 2011). Por sua vez,

reabilitação pode ser ainda entendido como “melhorar as capacidades das pessoas com transtornos mentais no que se refere à vida, aprendizagem, trabalho, socialização e adaptação de forma mais normalizada possível” (Lieberman, 1993 citado por Lusi et al., 2006, p.450). Assim, conforme Machado (2004), o principal objetivo desta intervenção não é um projeto predefinido de mudança pautado numa racionalidade técnica, mas sim o desenvolvimento da autonomia dos clientes. Não se trata de definir qual é a “mudança certa” para um dado cliente ou grupo, mas sim de construir com eles as possibilidades de transformação que ampliem e desenvolvam a sua autonomia. Esta autonomia liga-se à capacidade do cliente produzir sentidos e fazer escolhas dentro do contexto social.

Neste contexto, visando a autonomia do cliente, o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria deve agir como facilitador no sentido de permitir uma reorganização da vida pessoal e das relações do cliente.

A intervenção socioterapêutica é uma prática que implica a capacitação dos clientes em grupo, que ocorre pela explicitação de elementos identitários comuns dispersos entre todos e a vivência do processo de ação-reflexão-ação (Marra 2004, citado por Fleury et al., 2009). A consciencialização e reflexão ocorrem num processo de aprendizagem através da vivência grupal. Soluções realistas e transformadoras para aquele grupo são encontradas no contexto do mesmo. O objetivo é a transformação e a promoção da saúde social. Tem uma dimensão clínica para promover mudanças nos sujeitos, apesar do sintoma, sofrimento estarem dispersos em diferentes membros da comunidade.

Promove uma cultura de respeito e de construção de um diálogo interétnico, como valores imprescindíveis da cidadania. Promove transformações nos indivíduos e nos grupos através da preservação da autonomia e da corresponsabilidade de cada um para o bem comum (Marra 2004, citado por Fleury et al., 2009). Visa a criação de metodologias de intervenção aplicáveis às políticas públicas e à reflexão e resolução de problemas da comunidade. Promove a atenção à prevenção primária, secundária e terciária, através do manejo dos potenciais do grupo e o desenvolvimento de competências.

Para essa abordagem, nenhuma intervenção pode ser separada do contexto social, político, econômico e cultural no qual o grupo está inserido. (Montero 1999, citado por

Fleury et al., 2009). As intervenções socioterapêuticas ganham novos significados a partir da educação comunitária e do desenvolvimento da cidadania. A perspectiva é sempre trabalhar o cliente em diferentes níveis: individual, grupal (coletivo) e institucional para lidar com suas questões, do local onde vive, da sua rede de relações, acolhendo sempre a diversidade e adversidade das mesmas.

O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, só tem então de combinar as competências dos clientes com as dos mediadores, isto é, com as suas. Sem uma receita ou fórmula pronta, o objetivo é o compromisso de todos. Não temos que procurar longe, o que podemos cultivar na convivência dos clientes com os quais trabalhamos.

A intervenção psicoeducativa é uma forma específica de educação direcionada para pessoas com doença mental, ou para qualquer pessoa interessada na doença mental, facultando a compreensão dos factos sobre as doenças mentais e contribuindo para o desenvolvimento de estratégias para lidar com as mesmas e seus efeitos (OE, 2011).

Para Caminha et al. (2003), citado por Freitas (2006, p.7), a intervenção psicoeducativa é:

“ Uma disciplina científica de conhecimento e atuação bidimensional entre a saúde a educação, que interage com o processo de aprendizagem humano, especificamente orientada para os seus padrões normais e patológicos, considerando a influência do meio, da família, da sociedade e do percurso profissional do cliente na sua trajetória de vida”.

Esta intervenção permite que o cliente seja capaz de compreender as diferenças entre as suas características pessoais e as da doença, ajudando-o a lidar melhor com a sua problemática, pois passa a conhecer detalhadamente as consequências, os sintomas e os fatores que desencadeiam a patologia de que é portador.

Esta ideia é reforçada com Pereira et al., (2006) ao afirmar que este tipo de intervenção proporciona ao cliente e à família maior atividade durante o tratamento. Possibilita, também, a criação de um ambiente mais estruturado e previsível que permita adequar o grau de expectativas e exigências em relação ao cliente, além de valorizar o

apoio, o suporte social e o encorajamento, enfocando as possibilidades futuras em detrimento de um remoer mórbido do que foi vivenciado no passado.

Face às definições anteriormente enumeradas, aportará ser descrito um conjunto de intervenções realizadas ao longo dos ensinios clínicos I,II e III que arregimentaram as competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria.

Entre as inúmeras ações descreveremos as que pensamos serem as mais importantes. Assim, iniciamos com o relaxamento por imagens mentais, ou de Schultz, que consiste numa intervenção integrativa corpo-mente e que tem como objetivo aliviar o stress, reduzir a ansiedade e promover uma sensação de paz e tranquilidade. É um processo de integrar o poder da mente para relaxar, com o do corpo para curar, através de uma comunicação interior que envolve todos os sentidos (visão, audição, olfato, gustação e o tato). O relaxamento permite fazer uma intervenção de forma não farmacológica nos diagnósticos de humor alterado, insónia inicial e dor (Sequeira, 2002).

Ao ser elaborado o plano das sessões de relaxamento por imagens mentais, no ensino clinico II, tornou-se necessário a inclusão de critérios de seleção devido aos diferentes estados patológicos dos clientes. Os mesmos foram-lhes explicados, tendo sido excluídos, os que apresentavam alguma confusão mental, atenção diminuída, sintomas psicóticos em fase aguda, cliente com fobias ou com aversão a cenários do imaginário. Todos os outros foram aceites, tendo-lhes sido explicado a dinâmica do relaxamento. Em relação aos ensinios clínicos I e III, estes critérios de seleção não foram aplicados, tendo participado todo o pessoal docente e não docente que estivesse interessado a fazê-lo.

Outra ação realizada relacionou-se com o sono. O porquê do Sono? Porque a maior parte da população pensa, ainda, que determinadas perturbações do sono, como a insónia, são problemas insolúveis com os quais se têm de conformar para com ela viverem toda a vida (Paiva, 2008). A mesma autora refere ainda, que uma pessoa sem alterações comportamentais e fisiológicas, quando privada de sono, coloca em risco a própria vida. A sua falta, provoca uma diminuição no desempenho psicomotor, lapsos de atenção, concentração e memória, mau humor, irritabilidade e estados confusionais. Assim, esta será uma ocasião não de entrar em pormenores sobre as funções do sono,

mas sim de sublinhar a importância de bem o conhecer e valorizar a sua importância para a saúde no geral e para a saúde mental em particular.

Esta sessão de educação em saúde foi realizado em grupo, o que permitiu aos participantes uma oportunidade de aprenderem novas formas de agir, de atuar, através de estratégias e técnicas fornecidas pelos especialistas. Nela foi realçada a importância da necessidade de repouso, da importância da função do sono, da sua duração e da insónia como uma das principais patologias relacionadas com o mesmo, e as consequências da falta deste. Foram ensinadas algumas estratégias a usar para induzir o sono.

Pela reação das clientes, o tema foi pertinente pois permitiu adquirirem conhecimentos para que possam mudar os seus hábitos de higiene do sono pós alta.

A Saúde Mental define-se como um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, enfrenta o stress normal da vida, trabalha de forma produtiva com sucesso, e é capaz de contribuir para a sua comunidade onde está inserido (WHO, 2001). Sabemos, hoje em dia, que a Saúde Mental é muito mais do que a ausência de Doença Mental pois sofre influência de inúmeros fatores entre os quais: biológicos, psicológicos individuais, interações sociais dos recursos sociais e valores culturais.

Face ao exposto, é de todo justificável o ensino realizado às clientes que visava a implementação de estratégias para uma boa saúde mental. O objetivo passou por reduzir ao máximo o nível de desconforto (stress, depressão, etc.), ajudando a explorar opções que têm de tomar, mais do que impôr de forma autoritária formas de os resolver.

Com o objetivo do desenvolvimento da autonomia dos clientes na adesão terapêutica, foi realizada uma ação com intuito destes adquirirem competências na sua gestão medicamentosa, como forma de aumentar as suas capacidades, para melhor se integrar e viver em sociedade. Esta ação torna-se relevante pois como refere Dias et al., (2011) os doentes crónicos são os que menos aderem à terapêutica. Estima-se que, em países desenvolvidos, apenas 50% dos doentes crónicos cumprem o tratamento acordado com o profissional de saúde. Esta atitude condiciona a economia, o bem-estar e a qualidade de vida da sociedade.

Desta forma, pode o EEESM delinear estratégias que promovam a adesão ao regime terapêutico quer a nível educacional, quer comportamental, ou conjugando as duas dimensões. Esta ajuda interpares é sempre gratificante para o cliente pois quando surgem maiores dificuldades sobrevêm alternativas, permitindo melhorias na autoestima e socialização.

O EEESM pode realizar inúmeras atividades com os clientes de modo a ajudá-los na reabilitação da sua doença em função do preconceito que a sociedade tem para com eles. Vários podem ser os temas tratados nos encontros terapêuticos tais como: liberdade e responsabilidade, direitos e deveres, cidadania, afetividade, hábitos e costumes, sendo os debates essenciais para melhoria das relações interpessoais. As reuniões comunitárias promovidas servem essencialmente para melhorar o ambiente terapêutico num serviço de internamento em psiquiatria. A partilha de opiniões é livre, não se pretendendo com isto a partilha dos motivos de internamento individuais, nem qualquer outra exposição pessoal dos utentes. Pretende principalmente que esta seja um momento de partilha de preocupações dos clientes em relação ao momento que vivenciam. É dado espaço aos clientes para apresentarem aspetos positivos ou negativos sobre o serviço, o que sentiram quando foram internados e o que sentem agora, bem como, se algo tem mudado ou pode ser mudado ao longo do internamento.

Neste âmbito, foram ainda abordados temas relacionados com a alimentação, onde se pretendia que as clientes adquirissem conhecimentos com a finalidade de alterarem os seus hábitos alimentares nos seus domicílios após a alta, permitindo a prática de uma alimentação saudável.

Numa ação que proponha o cliente a modificar, retardar sintomas, atenuar ou reverter padrões de comportamento, promovendo o crescimento desenvolvimento positivo da personalidade do cliente (Ferraz, 2009) desenvolveu-se o tema da ansiedade. É fundamental ensinar estratégia a implementar, através da realização de um plano de resolução de problema, bem como modificar os padrões conscientes de pensamento (Guerra, 2005). Este processo, baseado numa relação interpessoal, recorre à comunicação como orientação individual ou grupal, realizada por profissionais competentes (Ferraz, 2009). Nestes casos, o papel do EEESM visa auxiliar o cliente a entender o seu transtorno no presente, preparando-o para a cura, ajudando no diagnóstico dos traumas e investigando a minimização da sintomatologia. Esta ação

psicoterapêutica é indicada para situações de maior fragilidade, onde prevaleça a necessidade de diminuir o sofrimento e a vulnerabilidade em que o cliente se encontra, procurando uma melhor e imediata adaptação psicológica e social

Durante o ensino clínico I e III tendo em mente a promoção da aquisição de competências em adolescentes, a estratégia utilizada foram a aplicação de jogos psicológicos, pois estes facilitam a dinâmica de grupo essencial ao desenvolvimento, de inúmeros processos psicológicos tais como, o crescimento pessoal, o amadurecimento e a aprendizagem (Angeli, 2001), citado por Manes (2001). Estes jogos são importantes pois estimulam processos que levam à tomada de consciência da dimensão intrapsíquica e relacional do funcionamento humano. Facilitam ainda a aquisição de novos modos de pensar, agir e relacionar-se com os demais (Manes, 2001).

Como estes grupos (grupo de sala de aula), são grupos que nascem em situações particulares, deve-se proporcionar a obtenção de respostas e exigências específicas. A exigência grupal é diferente da individual. Os ritmos de mudança, de evolução de amadurecimento também são diferentes. Perante estas diferenciações, terá o EEESM de ter capacidades para harmonizar a relação entre o individual e o grupo (Manes, 2001).

Como crescer é aprender a relacionar-se, os comportamentos, as atitudes, a aprendizagem, ficam marcadas pela qualidade das relações que se conseguem estabelecer. Estas não são medicamentos, são antes estratégias para ajudar a crescer livre e saudavelmente Pestana (1997) citada por Silva et al., (1997). Acontecerá que por lacunas de aprendizagem individual e social, estes podem apresentar dificuldades de relacionamento (Brandura, 1976, citado por Silva et al., 1997). Desta forma, a nossa ação visou estas poderem ser ultrapassadas através deste tipo de intervenções que permitem a aprendizagem de competências. As temáticas abordadas foram diversas, estando inicialmente previstas dez sessões temáticas, mas por incompatibilidades de horários escolares concretizaram-se meramente sete, que foram nomeadamente (Tabela 4):

**Tabela 4 – Intervenções no Âmbito do Projeto Desenvolvido na EB 2,3 D. Dinis**

	<b>Temas</b>	<b>Anexos</b>
Sessão nº1	Apresentação – 12/04/2013	Anexo XV
Sessão nº2	Serei Assim – 19/04/2012	Anexo XVI
Sessão nº3	Autoconhecimento – 26/04/2012	Anexo XVII
Sessão nº4	Afeto – 03/05/2012	Anexo XVIII
Sessão nº5	Exclusão I – 10/05/2012	Anexo XIX
Sessão nº6	Exclusão II – 17/05/2012	Anexo XX
Sessão nº7	Conclusão – 31/05/2012	Anexo XXI

Estas ações, para além de serem um investimento na aquisição de competências por parte dos adolescentes, tiveram como principal esforço mudar e desenvolver escolhas saudáveis (Ferreira, 2008).

Em síntese, considero que foram desenvolvidas de forma evidente, como foram descritas e analisadas neste capítulo, as competências comuns do enfermeiro especialista, bem como as específicas do EEESM, conferidas com o CPLESMP, estando certo que muito mais havia a referir e a refletir /analisar.

### 3. A PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Ao falarmos de investigação, esta é vista como uma atuação racional e metódica, que tem por objetivo proporcionar respostas a problemas e desenvolver saberes próprios. Como disciplina científica, a enfermagem encontra-se em pleno desenvolvimento, recorrendo por isso, a resultados de investigação por si produzidos e a resultados obtidos por outras disciplinas, para alimentar a necessidade de crescer e obter novas evidências científicas. A investigação em enfermagem ao produzir conhecimentos, cria uma mais-valia no pormenor desta profissão e, conseqüentemente, na área de atuação e melhoria de cuidados. Polit et al. (2004, p.20) referem que a “pesquisa em enfermagem é a investigação sistemática, destinada a desenvolver conhecimentos sobre os temas de importância para os enfermeiros, incluindo a prática, o ensino e a administração da enfermagem.”

O regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista dá ênfase ao papel deste profissional na área da investigação ao referir que o enfermeiro especialista suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade (regulamento 129/2011 de 18 fevereiro). Permite então este, investir nesta área, tornando-a parte da sua cultura, valores e práticas quotidianas. É conferido então, como enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, competência científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados, baseados em evidências científicas recentes.

Polit, et al., (2004) refere que aqueles enfermeiros que baseiam as suas decisões de carácter clínico em informações cientificamente documentadas, são responsáveis, de uma maneira profissional, pelos seus pacientes, auxiliando a enfermagem a atingir a sua identidade profissional própria.

Indo ao encontro com o que se encontra escrito nas competências comuns do enfermeiro especialista, foi desenvolvido o estudo de investigação designado **“Avaliação da eficácia de um programa de desenvolvimento de competências em adolescentes com vista à promoção da saúde mental”**.

### 3.1. FUNDAMENTAÇÃO DO ESTUDO

Período de desenvolvimento intenso a nível físico, emocional, social e cognitivo, a adolescência exige dos jovens competências e recursos de adaptação às alterações e experiências vivenciadas, eventos que poderão alterar negativamente a saúde dos mesmos. É desde a infância que a aquisição de competências vai ocorrendo, o que vai permitindo o sucesso nas interações sociais e o aumento de sentimento de autoeficácia e autoestima, essenciais para o desenvolvimento saudável e níveis de bem-estar satisfatórios (Remédios, 2010).

Mobilização de conhecimentos adquiridos, ação, construção intersubjetiva, hábito e avaliação, são aspetos comuns que se encontram nas várias definições aceites de “competência”, embora não exista ainda uma definição globalmente aceite (Jardim,2007). Este autor define, com base nestes mesmos conceitos, “competência”, como a “capacidade para operacionalizar um conjunto de conhecimentos, de atitudes e de aptidões, numa situação concreta, de modo a ser bem-sucedido” (Jardim,2007, p. 79). Trata-se portanto de uma capacidade pessoal para realizar determinada função ou tarefa, associada a alguém ou a um papel social, avaliada com base em critérios de desempenho estabelecidos. Implica um pacto social, em que uma das partes refere possuir a competência e a outra parte reconhece essa pertença como real (Jardim,2007).

Outra definição possível de competência é:

“Um conjunto integrado e estruturado de saberes (saber-fazer, saber-se e saber transformar-se) a que o sujeito recorre e mobilizar para a resolução competente de várias tarefas com que é confrontado ao longo da sua vida. Acaba então por assumir uma consciência crítica das suas potencialidades e recursos bem como dos constrangimentos psicossociais em que se contextualiza, a fim de realizar projetos exequíveis nas várias dimensões da sua existência” (Gonçalves, 2000, p.1-2).

As capacidades pessoais e a sua promoção aumentam os níveis de saúde mental, e ao mesmo tempo de adoção de comportamentos saudáveis. Períodos importantes para esta promoção, são a infância e a adolescência, uma vez que é nesta fase que a aquisição de competências é maior. Para além disso, as capacidades aprendidas são neste fase

utilizadas de forma mais efetiva. Estas capacidades englobam a linguagem, as crenças de autoeficácia, as competências sociais e a resiliência (capacidade de lidar com as adversidades). Esta promoção de capacidade e competência e este treinamento deve ser realizado em todas as crianças e adolescentes e não apenas nos que apresentam riscos. Desta forma, preparam-se para futuras adversidades e para as dificuldades do futuro (Tusaie et al.,2008).

O Instituto de Medicina em Washington (IOM) defende que prevenção se adequa a todas as intervenções que ocorram antes de se iniciar a desordem ou o comportamento a prevenir, e tem como objetivo impedir que o mesmo se inicie (Tusaie et al.,2008).

A promoção da doença mental tem como objetivo dotar os indivíduos de capacidades e competências necessárias para atingir positivamente as metas de desenvolvimento, e promover o desenvolvimento adequado de autoestima, mestria, bem-estar e inclusão social. Esta promoção deve ser incluída nas estratégias de prevenção aos adolescentes, com destaque para o bem-estar, e não para a prevenção da doença, pois as mesmas diminuem a incidência de doença mental (Tusaie et al.,2008).

Como guia para as intervenções a desenvolver pela enfermagem é necessário refletir sobre o desenvolvimento saudável dos jovens. Uma intervenção adequada, com vista a desenvolver positivamente os jovens deve conter um equilíbrio entre promoção de fatores protetores, diminuição de sintomas psiquiátricos e promoção da saúde mental e do bem-estar (Tusaie et al.,2008).

As intervenções adequadas devem incluir atividades para ensinar conhecimentos, atitudes e competências às crianças, mas também intervenções que controlem os fatores de risco e promovam os fatores protetores existentes a nível individual, familiar e social, de forma a reduzir os riscos de escolhas menos saudáveis e prevenir as patologias (Blank et al., 2010).

O desenvolvimento pobre de competências leva a desordens mentais, emocionais e comportamentais, bem como a comportamentos de risco (consumo de drogas, abandono escolar, violência, entre outros) na adolescência (Evans, 2009).

As cinco competências mais importantes para a promoção da capacidade de se desenvolver positivamente são: consciência positiva de si próprio (constituída por

autoconhecimento, locus de controlo e autoestima), autocontrolo, capacidade de tomada de decisão (englobando a resiliência e autonomia, a perspetiva e o temperamento ou autocontrolo), sistema moral de crença e capacidades de comunicação pró-social. Estas competências encontram-se interligadas, e é possível desenvolvê-las de forma estrutural, com base em programas de prevenção baseados na evidência, como os programas de treino de competências (Guerra et al., 2008).

Programas de intervenção focados apenas num só domínio comportamental surtem maior efeito do que programas que discutem os temas de forma geral., bem como os programas baseados em teoria em relação aos não baseados em teoria. O treino de competências pessoais e sociais também demonstrou surtir efeito (Peters et al.,2009).

Resiliência é então a capacidade do indivíduo em alcançar resultados positivos, a partir de situações adversas (situações stressantes, que aumentam o risco de desenvolvimento de doença mental, física ou dificuldades de adaptação social) (Wolchik et al., 2009).

O Programa *Strong Kids* (aplicado e avaliado por Gueldner & Merrell, em 2011) teve como objetivo o desenvolvimento de resiliência nos adolescentes. Composto por 12 sessões (de 45 a 50 minutos) de treino de competências em ambiente escolar. O programa aplicado decorreu com 139 estudante do 6.º ano de escolaridade, e a avaliação do mesmo foi feita a partir de um estudo quási-experimental com grupo de controlo. Verificou-se que depois da implementação da intervenção, as diferenças nos conhecimentos e competências acerca de comportamentos promotores de saúde social e emocional (superiores no grupo experimental) eram estatisticamente significativas (Gueldner et al., 2011).

Vaz Serra (1986, p. 57), citado por Teixeira (2010) define autoconceito como a “perceção que um indivíduo tem de si próprio nas mais variadas facetas, sejam elas de natureza social, emocional, física ou académica”.

Os fatores protetores ou de risco para o desenvolvimento de competências são inúmeros e que nenhum funciona por si só, interagindo entre si e complementando-se, o que gera uma imprevisibilidade a nível dos comportamentos do adolescentes e da sua capacidade de aquisição de competências. Existem no entanto diferenças de capacidade

de adaptação e resiliência provadas entre sexos, devido a diferenças no processo de adaptação social. A estrutura monoparental e o nível socioeconómico, apesar de ser necessário, nestes casos distinguir entre os efeitos reais do evento, são também fatores que parecem interferir (Costa et al.,2007).

Desta forma, compreender a metodologia de investigação científica a partir da realização de um projeto de investigação, é o objetivo principal deste trabalho, sendo que a adolescência foi o tema escolhido, pela afinidade com esta temática, e a mesma se enquadrar no contexto de um dos Ensinos Clínicos desenvolvido numa Escola Secundária.

Sabendo que são necessárias competências para a promoção de saúde mental (inserida na saúde geral do indivíduo), o tema deste projeto relaciona-se com o desenvolvimento destas mesmas competências em adolescentes com idades entre 13 e 14 anos. Estas competências serão desenvolvidas a nível escolar, a partir de uma intervenção, sendo a eficácia da mesma avaliada com a aplicação de um questionário antes e depois da sua realização. A avaliação de eficácia é o objetivo principal deste trabalho.

### 3.2. ASPETOS METODOLÓGICOS

Para Ruivo et al. (2010. p, 5), o trabalho de projeto “ é uma metodologia reflexiva, pois é, baseada e sustentada pela investigação, de forma sistemática, controlada e participativa, que visa identificar problemas e resolvê-los através de ações práticas. A própria população destinatária do projeto é envolvida como sujeito ativo o que contribui para conhecer e transformar a sua própria realidade”.

Neste estudo será avaliado um programa de intervenção a desenvolver e trabalhar durante as sessões aplicadas a adolescentes com idades entre os 13 e 14 anos. Aplicar-se-á um questionário de avaliação de competências para verificar a eficácia desse programa, ou seja, verificar se surtiu efeito, avaliando as mesmas antes e depois da intervenção.

Este trabalho pretende avaliar a eficácia de uma intervenção destinada a adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e 14 anos. Será aplicado um questionário de avaliação de competências tendo como finalidade avaliar o programa de intervenção a desenvolver e trabalhar durante as sessões. Será realizada antes e depois da intervenção, para verificar se esta alcançou os efeitos desejados.

Esta intervenção teve como objetivo principal o desenvolvimento de competências (resiliência e autoconceito) e será aplicada durante 10 sessões (uma por semana) com a duração de 90 minutos cada. O estudo desenvolvido é de carácter longitudinal, quâsi-experimental, com pré-teste e pós-teste e com grupo de controlo. Foram definidas as seguintes questões de investigação:

Questão de investigação 1: Qual é o nível de resiliência e autoconceito dos adolescentes, em relação ao seu sexo.

Questão de investigação 2: Qual é o nível de resiliência e autoconceito dos adolescentes, em relação a prática de atividades extracurriculares.

Questão de investigação 3: Qual é o nível de resiliência e autoconceito dos adolescentes, relativamente ao tipo de família onde se insere (número e idade de irmãos, agregado familiar).

Questão de investigação 4: Qual é o nível de resiliência e autoconceito dos adolescentes, baseando-se na relação entre pares.

Questão de investigação 5: Qual a eficácia de um programa de intervenção no desenvolvimento da resiliência e autoconceito nos adolescentes.

Formulamos ainda a seguinte hipótese de investigação: O nível resiliência e autoconceito dos adolescentes são diferentes de forma estatisticamente significativa, antes e depois da intervenção.

A população em estudo abrangeu os alunos adolescentes do 8.º ano de escolaridade da Escola Básica 2+3 D. Dinis. A amostra englobou a turma do 8ºA (13 estudantes), correspondendo a 6,70% da população. O método de amostragem escolhido foi o não probabilístico por conveniência ao investigador (facilidade de acesso).

No grupo de controlo incluem-se metade dos estudantes do 8.ºH (14 estudantes), que foram selecionados para que as suas características fossem idênticas às da amostra (idades, sexo, tipo de família, relação entre pares, ...).

Os alunos incluídos no estudo respeitaram os critérios de inclusão, que se definiram, sendo estes aceitar participar no estudo e pertencer à turma selecionada (8.ºH para aplicação do programa de intervenção).

Foi aplicado um questionário constituído por duas partes, questionário este que foi preenchido pelos próprios e aplicado antes e depois da intervenção. (Anexo XXII)

A primeira parte do questionário é composto por questões de caracterização da amostra, e a segunda inclui 2 escalas de avaliação de competências, a PIERS-HARRIS Children's Self-Concept Scale 2 (PHCSCS-2) e a California Healthy Kids Resilience Assessment Module (Versão 6.0).

A escala PIERS-HARRIS Children's Self-Concept Scale 2 (PHCSCS-2), utilizada na avaliação do autoconceito, é uma versão reduzida da PHCSCS, foi elaborada por Piers & Herzberg (2002), e traduzida e validada para a população portuguesa por Veiga (2006). Destina-se a crianças e adolescentes (do 2.º ao 12.º anos de escolaridade) com uma idade mínima de 7 anos e competências de leitura, e uma idade máxima de 18 anos. É possível de aplicar a um só indivíduo ou a pequenos grupos. Esta escala contém 60 itens dicotómicos de resposta Sim/Não (tipo Thurstone) em que cada resposta positiva se classifica com um ponto.

Nesta escala o autoconceito é avaliado com base em seis fatores: o aspeto comportamental (13 itens), o estatuto intelectual (13 itens), a aparência física (8 itens), a ansiedade (8 itens), a popularidade (10 itens) e a satisfação e felicidade (8 itens).

A escala Califórnia Healthy Kids Resilience Assessment Module (Versão 6.0) (HKRAM-6), concebida teoricamente e desenvolvida por Benard (1991, 1995), traduzida e validada para a população portuguesa por Martins (2002), foi inicialmente elaborada com o objetivo de avaliar e compreender vários fatores internos e externos de resiliência, associados ao desenvolvimento dos jovens. Trata-se de um instrumento centrado no processo de resiliência.

Esta escala avalia 11 fatores protetores (recursos externos), a partir de 31 itens, reunidos em 3 grupos: 'Relações afetivas', 'Expectativas elevadas' e 'Participação significativa'. Cada grupo avalia um conjunto de recursos, baseados na família/casa, envolvimento escolar, comunidade. Nos grupos 'Relações afetivas' e 'Expectativas elevadas' acresce o recurso grupo de pares. Nas 'Relações afetivas' são avaliados 4 recursos (adultos em casa, adultos na escola, adultos na comunidade e pares); nas 'Expectativas elevadas' 4 recursos (adultos em casa, adultos na escola, adultos na comunidade e pares pró-sociais) e no grupo 'Participação significativa' avaliam-se 3 recursos (participação significativa em casa, escola e comunidade).

Para além dos recursos externos, a escala em causa permite ainda avaliar três grupos de traços de resiliência (recursos internos), utilizando 8 recursos e 18 itens. Os grupos são a 'Competência social', a 'Autonomia e Sentido do Eu' e os 'Objetivos e Aspirações'. O grupo 'Competência social' tem três recursos (cooperação e competências de comunicação, empatia e competências de resolução de problemas), o grupo 'Autonomia e Sentido do Eu' tem também três grupos (Convicção pessoal, autoeficácia e autoconsciência) e o grupo 'Objetivos e Aspirações' tem apenas dois (otimismo, objetivos e aspirações).

A escala determina 7 itens relacionados com a resiliência (indicadores do desenvolvimento e promoção de resiliência), como complemento aos recursos internos e externos.

A escala que vem sendo descrita, avalia 17 fatores protetores e traços de resiliência, e é composta de uma forma geral por 58 itens de resposta tipo Likert, cada um com 4 opções de resposta, pontuadas de 1 a 4: Discordo totalmente, Discordo, Concordo, Concordo totalmente (nos primeiros quatro itens) e Totalmente falso, Um pouco certo, Bastante certo, Muito certo nos itens restantes. A média da soma dos resultados de cada item traduz a pontuação de cada subescala. A pontuação total da escala resulta da soma das três escalas a dividir pelo somatório das pontuações obtidas.

Uma vez que as escalas foram já trabalhadas por investigadores, a sua utilização da mesma foi feita depois de autorizada pelos autores dos instrumentos.

Depois desta autorização, as questões foram compiladas no questionário, tendo sido enviado à Direção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC), como forma de solicitar autorização. Este envio foi feito através do formulário on-line, de acordo com as indicações descritas no Despacho 15 847/2007, publicado em Diário da República, Série II, a 23 de Julho.

Com esta autorização foi então possível realizar o contacto com a Direção da Escola com vista a obter autorização para aplicar o questionário e intervir junto da amostra selecionada.

A confidencialidade dos dados obtidos foi garantida, comprometendo-se o investigador que os mesmos só serão divulgados de forma conjunta (nenhum dado de qualquer estudante será divulgado de forma individual), quer na instituição onde serão recolhidos, quer em relação a terceiros. Foi admitida a possibilidade de recusa na participação da intervenção ou desistência a meio do processo. Somente os estudantes que tenham autorizado por escrito a sua participação, bem como a autorização expressa dos seus encarregados de educação foram aceites.

Depois da recolha dos dados, estes foram tratados com o Programa informático SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

Para responder às questões de investigação foi utilizada estatística descritiva, como medidas de tendência central (média, moda, mediana).

Para verificar a hipótese formulada, foi verificada antecipadamente a distribuição normal das variáveis (neste caso das dimensões a avaliar) e a homogeneidade das variâncias, isto porque a dimensão da amostra foi inferior a 50 elementos.

Para verificar se as variáveis se encontram distribuídas de forma normal, foi utilizado o Teste de Shapiro-Wilk, e para verificar a homogeneidade das variâncias, o Teste de Levene.

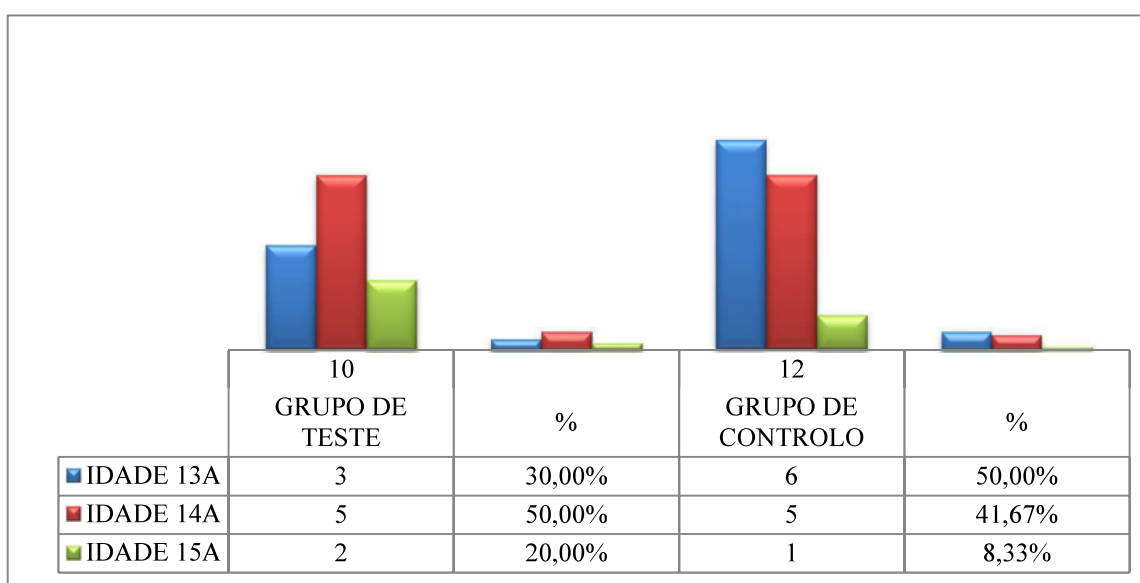
Como ambas as exigências não foram cumpridas, visto ser uma amostra de características não normais, foi utilizado, o Teste de Wilcoxon.

### 3.3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra selecionada foi constituída por 10 indivíduos do grupo de teste e de 12 indivíduos pertencentes ao grupo de controlo.

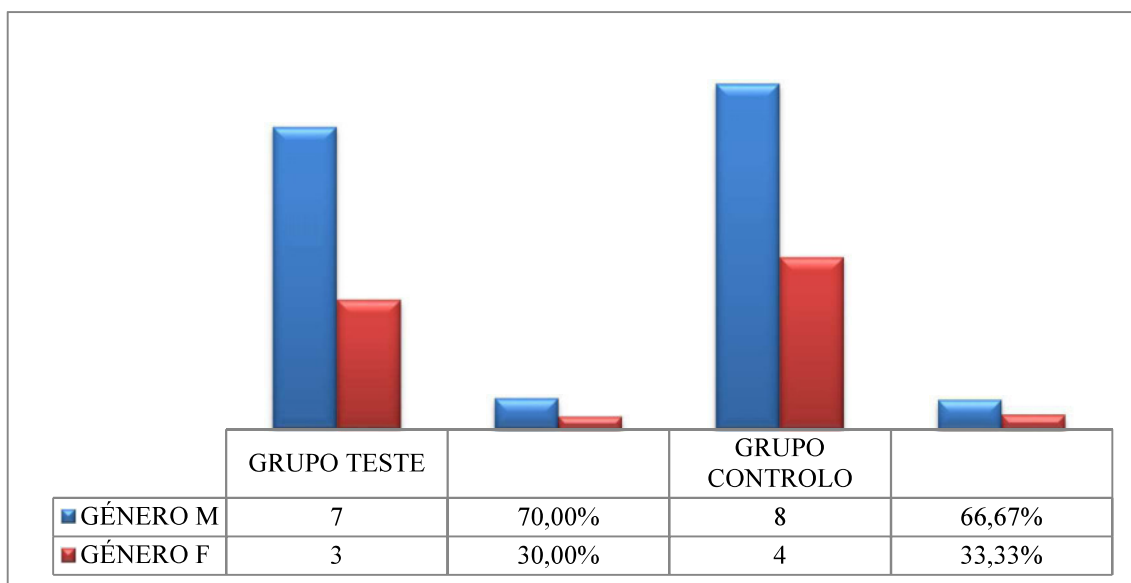
As idades estão compreendidas entre os 13 e os 15 anos. No grupo de teste a maioria dos indivíduos tem 14 anos, sendo que no grupo de controlo os de 13 anos são maioritários (50%).

**GRÁFICO 3- Idade dos alunos**



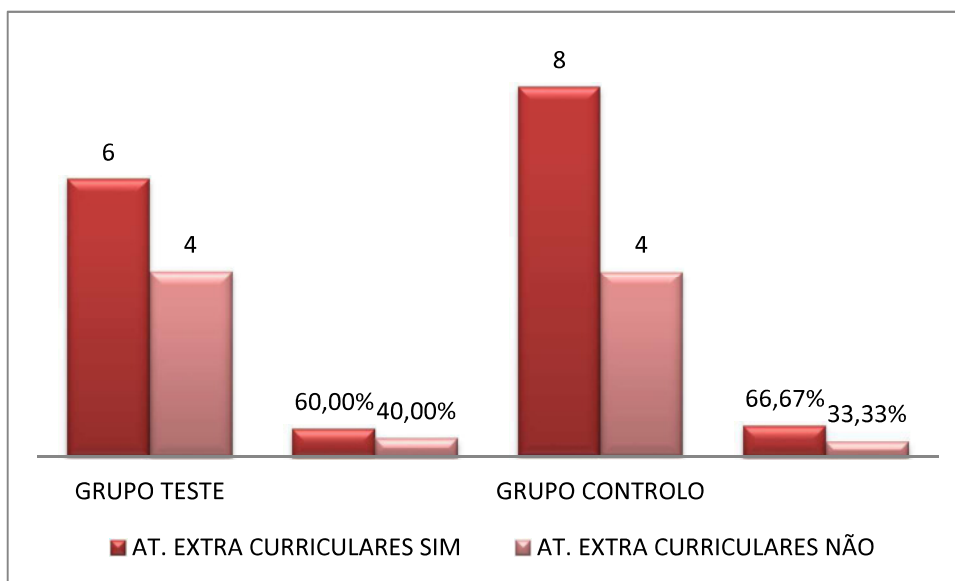
Quanto ao género, o sexo masculino é predominante, tanto no grupo de testes (70%) como no grupo de controlo (66,70%).

**GRÁFICO 4- Género dos alunos**



As atividades extracurriculares fora da escola têm forte expressividade nas turmas referidas deste agrupamento. Neste caso, no grupo de teste, 60% referiram que tinham atividades extras e no grupo de controlo essa percentagem aumenta para os 66,70%. Destas, o futebol é a atividade mais representativa seguindo-se as atividades relacionadas com a arte, escutismo, entre outras.

**GRÁFICO 5- Atividades extra curriculares dos alunos**

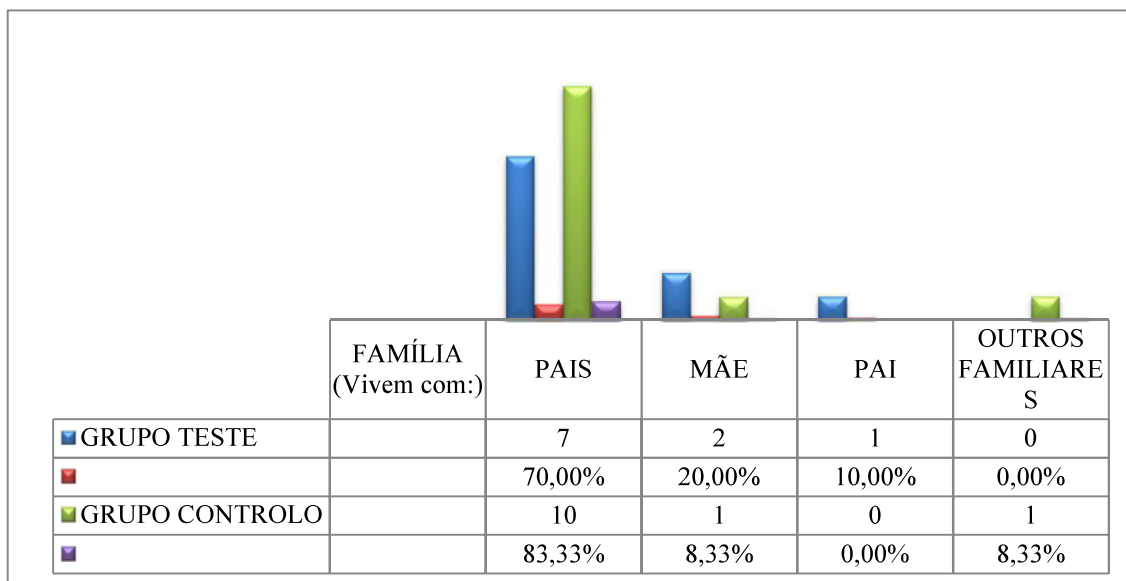


Quando se fala das relações interpessoais mais propriamente a amizade, todos os elementos dos dois grupo (teste e controlo) afirmam ter alguém da mesma idade fora da escola como amigo (100%).

Em relação a ter um melhor amigo ou um amigo especial, 100% dos alunos do grupo de teste afirmam possuir um, contra 50% dos alunos do grupo de controlo que referem não possuir.

No seio familiar, em relação ao grupo de testes, 70% vive com os pais. A mãe surge em segundo lugar com 20%. Quanto ao grupo de controlo, 83% vivem com os pais, tendo os avós um lugar de destaque com 8,3% como o outro elemento da família que pode partilhar responsabilidades.

**GRÁFICO 6- Com quem vivem os alunos**



A existência de irmãos também é relevante, destes, 60% referente ao grupo de teste, vivem em conjunto e no grupo de controlo 41,70% dos irmãos não vivem em conjunto.

No grupo de teste 60% refere que não possui irmãos mais velhos e 50% não tem irmãos mais novos.

Em relação ao grupo de controlo, 50% diz ter irmãos mais velhos (um), referindo 25% terem irmãos mais novos.

Tendo em consideração os resultados dos níveis de autoconceito e resiliência antes e depois da intervenção, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de teste e de controlo.

Antes da intervenção foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na ansiedade do autoconceito ( $p \leq 0.031$ ).

Após a intervenção, verifica-se que os grupos apresentam diferença estatisticamente significativa na ansiedade do autoconceito ( $p \leq 0.040$ ).

Nos fatores de resiliência não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 5 – Diferenças das médias dos fatores de autoconceito e resiliência entre o grupo teste e o grupo de controlo (Teste Mann-Whitney U)**

		Média do Grupo de Teste	Média do Grupo de Controlo	U	Z	p
<u>Antes da intervenção</u>						
Autoconceito	Aspeto comportamental	11.15	11.79	56.500	-0.077	0.809
	Ansiedade	8.30	14.17	28.000	-2.163	0.031
	Estatuto intelectual	11.70	11.33	58.000	-0.135	0.892
	Popularidade	11.85	11.21	56.500	-0.238	0.812
	Aparência Física	12.55	10.63	49.500	-0.710	0.478
	Satisfação/Felicidade	13.50	9.83	40.000	-1.551	0.121
	Total	12.35	10.79	51.500	-0.565	0.572
Resiliência	Relações afetivas: adultos na escola	14.05	9.38	43.500	-1.693	0.090
	Elevadas expectativas: adultos na escola	14.25	9.21	32.500	-1.845	0.065
	Participação significativa: na escola	13.10	10.17	44.000	-1.088	0.277
	Envolvimento escolar	14.25	9.21	32,500	-1.822	0.069
	Relações afetivas: adultos em casa	12.00	11.08	55.000	-0.353	0.724
	Elevadas expectativas: adultos em casa	11.10	11.83	56.000	-0.337	0.736
	Participação significativa: em casa	13.25	10.04	42.500	-1.185	0.236
	Envolvimento familiar	10.90	12.00	52.000	-0.531	0.595
	Relações afetivas: comunidade	12.05	11.04	55.500	-0.305	0.760
	Elevadas expectativas: comunidade	12.45	10.71	57.500	-0.172	0.864
	Participação significativa: comunidade	10.30	12.50	58.000	-0.134	0.893
	Envolvimento na comunidade	11.85	11.21	57.000	0.198	0.843
	Relações afetivas: pares	11,65	11.38	47.000	-0.882	0.370
	Elevadas expectativas: pares pró-sociais	11,30	11.67	54.000	-0.409	0.683
	Envolvimento com grupo de pares	11.65	11.38	47.500	-0.831	0.406
Total External Assets	12.00	11.08	45.000	-0.989	0.323	

		Depois da intervenção				
Autoconceito	Aspeto comportamental	12.40	10.75	51.000	-0.626	0.531
	Ansiedade	8.45	14.04	29.500	-2.057	0.040
	Estatuto intelectual	13.60	9,75	39.000	-1.407	0.160
	Popularidade	11.80	11.25	57.000	-0.209	0.835
	Aparência Física	13.90	9.50	36.000	-1.656	0.098
	Satisfação/Felicidade	12.20	19.92	53.000	-0.553	0.580
	Total	12.50	10.67	50.000	-0.667	0.505
Resiliência	Relações afetivas: adultos na escola	12.00	11.08	55.000	-0.333	0.739
	Elevadas expectativas: adultos na escola	12.35	10.79	51.500	-0.567	0.570
	Participação significativa: na escola	12.15	10.96	53.500	-0.438	0.661
	Envolvimento escolar	12.35	10.79	51.500	-0.564	0.573
	Relações afetivas: adultos em casa	10.30	12.50	48.000	-0.834	0.404
	Elevadas expectativas: adultos em casa	9.95	12.79	44.500	-1.195	0.232
	Participação significativa: em casa	12.90	10.33	46.000	-0.952	0.341
	Envolvimento familiar	12.30	10.83	54.000	-0.398	0.690
	Relações afetivas: comunidade	11.95	11.13	54.500	-0.389	0.697
	Elevadas expectativas: comunidade	11.75	11.29	50.500	-0.687	0.491
	Participação significativa: comunidade	11.30	11.67	48.000	-0.799	0.492
	Envolvimento na comunidade	11.80	11.25	56.500	-0.233	0.816
	Relações afetivas: pares	12.80	10.42	58.500	-0.105	0.916
	Elevadas expectativas: pares pró-sociais	10.90	12.00	58.000	-0.137	0.891
	Envolvimento com grupo de pares	12.75	10.25	58.500	-0.100	0.920
	Total External Assets	12.00	11.08	55.000	-0.330	0.741

Comparando os dois momentos em cada grupo, antes T1 e após T2 a intervenção, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

**Tabela 6 – Diferenças dos níveis dos fatores de autoconceito e resiliência entre o momento pré-intervenção e pós intervenção em ambos os grupos (Teste Wilcoxon)**

		T2<T1	T2>T1	T2=T1	Z	p
<b>Grupo de Teste</b>						
Autoconceito	Aspeto comportamental	2	2	6	-0.000	1.000
	Ansiedade	3	5	2	-0.513	0.608
	Estatuto intelectual	2	6	2	-1.354	0.176
	Popularidade	3	5	2	-0.302	0.763
	Aparência Física	1	5	4	-1.823	0.068
	Satisfação/Felicidade	2	1	7	-0.577	0.564
	Total	2	5	3	-1.527	0.127
Resil	Relações afetivas: adultos na escola	6	2	2	-0.987	0.323
	Elevadas expectativas: adultos na	4	2	4	-1.156	0.248

	escola					
	Participação significativa: na escola	1	7	2	-1.411	0.158
	Envolvimento escolar	5	4	1	-0.593	0.553
	Relações afetivas: adultos em casa	5	2	3	-1.121	0.262
	Elevadas expectativas: adultos em casa	3	2	5	-0.966	0.334
	Participação significativa: em casa	2	2	6	-0.000	1.000
	Envolvimento familiar	4	3	3	-0.689	0.491
	Relações afetivas: comunidade	2	5	3	-1.549	0.121
	Elevadas expectativas: comunidade	2	5	3	-1.706	0.088
	Participação significativa: comunidade	4	3	3	-0.255	0.799
	Envolvimento na comunidade	5	4	1	-0.535	0.592
	Relações afetivas: pares	2	2	6	-0.000	1.000
	Elevadas expectativas: pares pró-sociais	3	4	3	-1.351	0.726
	Envolvimento com grupo de pares	4	4	2	-0.213	0.831
	Total External Assets	6	4	0	-0.306	0.760
<b>Grupo de controlo</b>						
Autoconceito	Aspeto comportamental	3	3	6	-0.425	0.671
	Ansiedade	3	4	5	-0.632	0.527
	Estatuto intelectual	1	5	6	-0.957	0.339
	Popularidade	4	4	4	-0.000	1.000
	Aparência Física	2	5	5	-1.406	0.160
	Satisfação/Felicidade	0	3	9	-0.577	0.564
	Total	3	7	2	-1.283	0.199
Resiliência	Relações afetivas: adultos na escola	3	8	1	-1.375	0.169
	Elevadas expectativas: adultos na escola	4	4	4	-0.494	0.621
	Participação significativa: na escola	2	7	3	-1.681	0.093
	Envolvimento escolar	4	7	1	-1.209	0.227
	Relações afetivas: adultos em casa	2	3	7	-0.707	0.480
	Elevadas expectativas: adultos em casa	0	0	12	-0.000	1.000
	Participação significativa: em casa	3	4	5	-0.264	0.792
	Envolvimento familiar	3	6	3	-0.720	0.471
	Relações afetivas: comunidade	2	4	6	-1.378	0.168
	Elevadas expectativas: comunidade	2	4	6	-0.954	0.340
	Participação significativa:	3	6	3	-0.780	0.435

comunidade					
Envolvimento na comunidade	4	5	3	-0.833	0.405
Relações afetivas: pares	2	4	6	1.186	0.236
Elevadas expectativas: pares pró-sociais	4	3	5	-0.434	0.665
Envolvimento com grupo de pares	3	3	6	-0.946	0.344
Total External Assets	4	7	1	-1.290	0.197

\*Os dados foram tratados com recurso ao programa estatístico SPSS 19, fornecido pelo IPL.

Assim, em relação à hipótese formulada, face aos resultados obtidos, estes demonstram que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p \ll 0,05$ ) nalguns fatores do autoconceito, nomeadamente no estatuto intelectual, no aspeto comportamental e na satisfação/felicidade. Estes resultados contrariam Kaur, Rana & Kaur (2009) que referem-nos como potencializadores face à coabitação com irmãos e com ambientes familiares favoráveis (boas relações pais-filhos).

Contrariamente ao referido por Blomfield & Barber (2009), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para afirmar que as atividades extracurriculares, amigos ou grupo de amigos fora do ambiente escolar sejam fatores que potenciem o autoconceito e a resiliência.

### 3.4 CONCLUSÕES DO ESTUDO

Como em todos os trabalhos de investigação, este estudo tem algumas limitações que deverão ser tidas em consideração na realização de futuros trabalhos, para assim dar continuidade ao caminho aqui iniciado.

Salienta-se o facto de a amostra ser muito reduzida (22 alunos) pois, segundo bibliografia consultada, a amostra devia ser mais abrangente.

Outra situação inopinada foi a redução do número de sessões (de 10 previstas, realizaram-se 7) e a diminuição do tempo previsto (dos 90' passaram a 50') para cada

uma. Esta alteração deveu-se a alterações impostas pela própria escola da qual somos totalmente alheios às mesmas.

Em função dos dados retirados do estudo, podemos concluir que as intervenções do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria nesta população devem ser prioritárias em adolescentes de demonstrem níveis mais baixos de autoconceito, devendo as mesmas incidir na percepção da aparência física (0.098) e da ansiedade (0.040).

Assim as intervenções individuais ou em grupo, devem procurar ser orientadas para as situações de maior necessidade dos adolescentes, não descorando a necessidade de intervir sempre que necessário em termos globais na promoção da saúde mental e prevenção da doença mental em todos estes alunos.

#### 4. CONCLUSÃO

Ao terminar este relatório, encaro-o como um continuum de oportunidades de aprendizagem pessoal e profissional de aquisição e desenvolvimento de competências e não somente um somatório de módulos isolados.

Não posso deixar de realçar, que com trabalho tudo se alcança, não esquecendo o papel importante e que sem o apoio dos demais profissionais, nada teria sido possível.

Constitui este relatório acima de tudo uma conjugação de reflexões das ações decorrentes dos ensinamentos clínicos I, II e III. Estas ações foram dando forma a este trabalho, tendo este constituído um instrumento essencial para a reflexão e avaliação das mesmas, bem como um meio facilitador para a realização do mesmo. Nele foram refletidos e descritos os cuidados que prestados, as experiências e aprendizagens mais significativas desenvolvidas, tendo como objetivo a aquisição ou aperfeiçoamento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, neste caso, na área da saúde mental e psiquiatria.

Neste trabalho encontram-se assim descritas, numa análise crítica e reflexiva, as atividades desenvolvidas desde o início dos ensinamentos clínicos, tendo como ponto de partida as competências comuns e as específicas do enfermeiro especialista. Permitiu-me perceber a quantidade bastante diversificada de intervenções individuais ou em grupo desenvolvidas nos ensinamentos clínicos e já como enfermeiro especialista, que possibilitaram o desenvolvimento de todas as competências específicas do enfermeiro de saúde mental, descritas no regulamento 129/2011 de 18 de Fevereiro.

Se olharmos para as competências adquiridas como EESM, podemos afirmar que o enfermeiro pode ser utilizado como ferramenta terapêutica em enfermagem psiquiátrica. Mas, para que tal aconteça deverá ser possuidor de um autoconhecimento e consciência de si próprio. Deverá refletir sobre si, sobre as suas crenças, os seus valores e a sua forma de ser, pois tudo isso interfere na relação com o cliente. Utilizando a metodologia reflexiva e expositiva, este trabalho reflete também o que sou, como sou, naquilo que acredito e de que forma a minha atuação influenciará todo o meu percurso e processo de cuidar. Esta forma de ser permite-me estabelecer laços terapêuticos onde foram desenvolvidas intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e

psicoeducativas com a ajuda e supervisão dos outros profissionais da equipa multidisciplinar onde me encontrava inserido. Esta forma de atuar permite satisfazer o cliente, prevenindo complicações, promovendo a saúde e o bem-estar. Assim, os cuidados de enfermagem prestados pelo EESM visam também uma constante melhoria da qualidade mais adaptada às reais necessidades dos clientes.

No contexto atual onde a prevalência da doença mental no nosso país tem vindo a aumentar, a promoção e prevenção da saúde mental, retratada na competência F2, passou a ser um campo de atuação de extrema importância para o enfermeiro especialista nesta área. Permite assim ao enfermeiro especialista, deter um papel importante nas ações dinamizadoras que visem a sua manutenção. Realço todo o trabalho desenvolvido neste âmbito e descrito neste relatório.

A terminologia das competências do EESM, relacionadas com a F4, tornou-se na competência que inicialmente mais risco poderia suscitar. Este risco estava associado ao facto de esta terminologia ser nova. Como o que é novo suscita mudança. Todo o ser é renitente à mudança principalmente quando não se está familiarizado com os novos objetivos. Isto resultou que por vezes algo ficasse por fazer por renitência de alguns profissionais. Contudo, ao longo dos ensinamentos clínicos foi sendo tomada consciência da quantidade de cuidados prestados nesta área aos clientes. Esta competência torna-se abrangente mobiliza o EESM no seu contexto de dinâmica individual, familiar e comunitária de forma a manter melhorar ou recuperar a saúde dos clientes. Assim a F4 enquadra e justifica todas as ações de enfermagem que visem os cuidados no âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, desde que devidamente justificados e fundamentados. Com estas ações e fazendo com que os EESM mais antigos se familiarizassem com elas, conseguimos diariamente prestar cuidados de enfermagem especializada aos utentes melhorando significativamente a sua qualidade de vida, promovendo e prevenindo a sua saúde bem como a doença mental.

A prática baseada na evidência descrita em relação à implementação do estudo com os adolescentes, tornou-se algo bastante desafiante, gratificante e construtivo. Como intervenção comunitária, esta tornou-se embrionária, pois os resultados obtidos servirão para reflexão e sustento para futuras intervenções como enfermeiros especialistas. Assim, tornou-se numa excelente possibilidade de consolidar estratégias de intervenção na comunidade, determinar ou detetar necessidades de investir em

psicoterapia ou psicoeducação face às necessidades dos clientes. Algumas competências adquiridas em F4 estiveram presentes pois é constante a prestação de cuidados à pessoa ao longo do ciclo da vida de forma a manter, melhorar ou recuperar a saúde mental. As ações desenvolvidas permitiram também explorar técnicas de intervenção individual ou coletiva possibilitando-me compreender a a pessoa, a família, e a própria comunidade envolvente, no âmbito das competências do EESM. Contudo há que ter consciência de que as vicissitudes inerentes à implementação do estudo, não permitiram criar as condições necessárias à obtenção de resultados mais significativos como seriam de esperar. Mesmo assim permitiu perceber a necessária intervenção a nível da ansiedade do autoconceito ( $p \leq 0.040$ ), pelo que se implementadas precocemente, estas ações poderiam permitir obter resultados mais significativos.

Em suma, considero gratificante e enriquecedor todo este processo da construção de saberes, de aprendizagem e de desenvolvimento de competências adquiridas ao longo dos ensinamentos clínicos e durante a curta experiência como especialista em saúde mental e psiquiatria. Consciente de que o processo de aquisição destas mesmas competências é contínuo, ele não termina com o presente relatório. Inicia-se agora e dando provas do desenvolvimento do processo de supervisão e da maturação das minhas competências profissionais, acompanhar-me-á ao longo da minha vida futura.

Ao longo desta etapa, foram surgindo algumas dificuldades, principalmente pela reduzida experiência na elaboração de trabalho desta natureza. Surgiram alguns sentimentos de insegurança e incerteza nas decisões tomadas que foram sendo ultrapassados, muitas vezes, com o auxílio do coorientador e coorientadora.

As principais dificuldades e limitações deparadas ao longo deste percurso de crescimento foram na gestão da articulação do que considero serem as três dimensões envolvidas: pessoal, académica e profissional.

Estas situações conjugadas conduziram a momentos de grande stress e tensão, destacando principalmente a perda familiar pela constante “presença/ausência” que teve de ser gerida com alguns danos significativos.

Decorrendo em simultâneo com as atividades profissionais, este trabalho revelou-se uma tarefa complexa e exaustiva pois o processo de reflexão e a

continuidade na elaboração do mesmo, por vezes era interrompido, dificultando o reencontro com o fio condutor.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2008). *Transições e contextos multiculturais para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau. ISBN: 978-972-8485-96-2.
- Alarcão, M. (2000). *(Des) Equilíbrios familiares* (1ª edição). Coimbra: Quarteto editora.
- Alfaiate, M. R. S. O., Silva, L. M. C. & Matos, T. M. L. F. (2009). A comunicação com o doente toxicodependente. In *Nursing* edição portuguesa, nº 246, Junho, p.6-10.
- Alves, F. (1992). O doente e a comunicação em unidades de cuidados intensivos. *Enfermagem em foco*, Lisboa, Novembro /Janeiro, p 39-41.
- Arashiro, L.A. (2004). *Gestão de custo hospitalar: estudo de casos no Município de São Paulo*. Dissertação de Mestrado, Escola de Administração de Empresas, São Paulo, Brasil. Acedido a 26 -11-13 às 18h50.
- Associação Portuguesa de Patologia Dual (2013). *Droga para que saiba*. Acedido em 23 de Dezembro de 2013 em <http://youtu.be/r-WX8my6h4s>.
- Barbosa, A., & Neto, I. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Becoña Iglesias, E. (2001). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevencion de drogas*. Madrid: Plan nacional sobre drogas.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra. Edição: Quarteto Editora
- Bilhim, J.A.F. (2007). *Gestão estratégica de recursos humanos*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Björkman, T., Angelman, T. & Jönsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Journal of Caring Science*, 22, 170-177. Acedido a 5 de dezembro de 2013.

- Blank L., Baxter S., Goyder E., Naylor P.B. & Guillaume L. (2010) Promoting well-being by changing behavior: a systematic review and narrative synthesis of the effectiveness of whole secondary school behavioural interventions. *Mental Health Review Journal*. 15(2): 43-53.
- Blomfield, C., & Barber, B. (2009). Brief report: Performing on the stage, the field, or both? Australian adolescent extracurricular activity participation and self-concept. *Journal of Adolescence*. 32 (3), 733-739
- Branco, A. (2004). *Auto Motivação*. Coimbra: Quarteto, 1ª Edição
- Brito, M., & Esteves, M. (2001). *Consumos que nos consomem*. Porto. Editora
- Cannon, W.B. (1929). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. 2ª Edição. New York: Appleton.
- Ceitil, M., Teodósio, E., Pantaleão, M.J., (2009). *Hábitos das pessoas altamente eficazes, para principiantes*. 1.ª Edição, Editora: Sílabo.
- Centro hospitalar Leiria (s.d.). *Conheça-nos*. Acedido em 18 de Dezembro de 2013 em [www.chlp.pt](http://www.chlp.pt).
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica: Estratégias de intervenção*. Loures: Lusodidática.
- Chiavenato, I. (2005). *Administração de materiais: uma abordagem introdutória*. Rio de Janeiro: Editora Campus/Elsevier
- Chiavenato, I. (2006). *Administração de recursos humanos. Fundamentos básicos*. São Paulo: Atlas.
- Catálogo CIPE® CAD\_IDT. (2012). *Comportamentos aditivos e dependências*. Lisboa. Edição: IDT,IP.
- Coelho, M. F. P. (1994). *No dizer do Cliente ...*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende. s.ed., Dissertação apresentada no âmbito do

5.º Curso de Administração de Serviços de Enfermagem à Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda.

- Collière, MF. (1989). *Promover a vida: A prática das mulheres de virtudes aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. ISBN 972-95420-0-7
- Costa, M.C.O., & Bigras, M. (2007). *Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a Infância e adolescência*. *Ciência e Saúde Coletiva*. 12(5): p.1101-1109.
- Decreto-Lei n.º 248/2009 - publicado em 22 de Setembro de 2009 - Artigo 9.º- Conteúdo funcional da categoria de enfermeiro.
- Decreto-Lei n.º 140/2004 de 8 de Junho. Diário da República, Lisboa, 2004.
- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., Castro, S. (2011). *Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura*. Millenium,
- Dias, M. A. A. (2003). *Liderança e mudanças na educação*. São Paulo: Atlas.
- Dias, C. (1994). *A Saúde Mental e a Vida*. Lisboa, Edições Salamandra.
- Duarte, T. (2007). Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Psicológica*, Vol.25, n.1, pp. 127-133. ISSN 0870-8231.
- Ermelindo, P. (2003). *Gestão do currículo e avaliação de competências*. Lisboa: Editorial Presença.
- Escola Básica EB 2,3 D. Dinis (s.d.). *Projeto Educativo Agrupamento de Escolas D. Dinis 2010-2013*. Acedido em 23 de Dezembro de 2013 em <http://aeddinis.ccems.pt>.
- Evans M.E. (2009). Prevention of Mental, Emotional, and Behavioral Disorders in Youth: The Institute of Medicine Report and Implications for Nursing. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 22(3): 154-159.

- Fachada, M. O. (2001). *Psicologia das Relações Interpessoais*. Lisboa: Edições Rumo.
- Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Lisboa: Climepsi. ISBN 978-972-796-291-4.
- Fazenda, I. (2003). *Empowerment e participação, uma estratégia de mudança*. <http://www.cpihts.com/pdf/empowerment.pdf> acessado a 11 de janeiro de 2013.
- Fernandes, A. S. (2009). Comunicar com o doente em coma: vivências de quem cuida. *Revista investigação em enfermagem*. Coimbra: Formasau. ISSN 0874-7695. N.º 20, p. 48-58.
- Ferraz, M. (2009). *Terapias expressivas integradas*. (1ª edição). Coleção Expressão em Terapia – volume 1. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial.
- Ferreira, M.M.S.R.S. (2008). *Estilos de vida na adolescência: de necessidades em saúde à intervenção de enfermagem*. Dissertação de doutoramento em ciências de enfermagem. Edição do instituto de ciências biomédicas Abel Salazar.
- Fleury, H., Marra, M., Knobel, A.M. (2009). Intervenções na comunidade: socioterapia e redes sociais como ferramenta do cuidado. 17<sup>th</sup> *International Congress on Group Psychotherapy and Group Processes*. Roma.
- Freitas, J. (2006). *Introdução à psicoterapia existencial*. Revista análise psicológica, 3 (XXIV), 289-309 acessado em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v24n3a03.pdf> em 7 de Fevereiro 2014.
- Friedman, M. M. (1986). *Family nursing: theory and assessment*. 2 Edição. Norwalk: Appleton, Century, Crofts.
- Galvão C.M., Sawada N.O. & Trevizan M.A. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na praticada enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. Maio-Junho; 12(3):549-56.
- Galvão C.M., Sawada N.O., Rossi L.A. (2002). *A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem peri operatória*.

Rev Latino-am Enfermagem - setembro-outubro; 10(5):690-5.  
[www.eerp.usp.br/rlaenf](http://www.eerp.usp.br/rlaenf) acessado a 28 de Dezembro de 2013.

- George, J.B. (2000). *Teorias de Enfermagem. Os fundamentos à prática profissional*. Porto Alegre: Editora ARTMED. 4ª Edição.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência emocional*. Rio de Janeiro: Edição Objetiva.
- Goleman, D. (1999). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates. ISBN: 9727590632.
- Gonçalves, A., & Pereira, M. (2011). Variáveis familiares e toxicodependência. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14 (2), Rio de Janeiro, p. 228-251.
- Gonçalves, C. M. (2000) Desenvolvimento vocacional e promoção de competências. *Comunicação apresentada no 2.º Encontro Internacional de Formação Norte de Portugal/Galiza*, Porto 12 a 14 de Outubro de 2000. In: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/6943/2/23906>. , Acessado a 23 de Janeiro de 2012.
- Gueldner, B., & Merrell, K. (2011). Evaluation of a Social-Emotional Learning Program in Conjunction with the Exploratory Application of Performance Feedback Incorporating Motivational Interviewing Techniques. *Journal of Educational and Psychological Consultation*. 21; 1-27.
- Guerra, M., & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. (1ª edição). Lisboa: Climepsi Editores
- Guerra, N.G., & Bradshaw, C.P. (2008). *Linking the Prevention of Problem Behaviors and Positive Youth Development: Core Competencies for Positive Youth Development and Risk Prevention*. *New Directions for Child and Adolescent Development*. 122; 1-17.
- Guilhardi, H.J. (1998). *A resistência do cliente à mudança*. Campinas. São Paulo.
- <http://www.idt.pt/PT/Legislacao> Acessado em 23 de Dezembro de 2013.
- <http://www.aidsportugal.com/> Acessado em 26 de Dezembro de 2013.

- <http://www.dgs.pt> Acedido em 29 de Dezembro de 2013.
- Jardim, M.J.A. (2007). *Programa de desenvolvimento de competências pessoais e sociais: estudo para a promoção do sucesso académico*. Tese de Doutoramento em Ciências de Educação da Universidade de Aveiro.
- Kaur, J., Rana,J., & Kaur,R. (2009). Home Environment and Academic Achievement as Correlates of Self-Concept among Adolescents. *Student Home Community Science*. 3 (1), 13-17.
- Lazarus, R.S. (1996). *Psychological stress and the coping process*. Nova Iorque: McGraw-Hill.
- Lei nº111/2009 de 16 de setembro (2009). Código Deontológico. Inserido no Estatuto da O.E. republicado como anexo. Diário da República I Série. Nº180 (16-09-2009),6547-6549.
- Lei Orgânica nº2/ 2009 de 22 julho (2009). Aprova o Regulamento de Disciplina Militar (RDM). Diário da República I Série.Nº140 (22-07-2009), 4667-4683.
- Lopes, A., & Nunes, L. (1995). Acerca da trilogia: competências profissionais, qualidade dos cuidados e Ética. In *Nursing* edição portuguesa, nº 90/91, Julho/Agosto, p.10-13.
- Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro - Cliente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau - formação e saúde. ISBN: 972-8485-6-X
- Lussi, I., Pereira, P.M. & Júnior, A. (2006).A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Maio-junho, Volume 14, número 3, p.448-56.
- Machado, M. M. T., Leitão, G. da C. M., de Holanda, F. U. X. (2005). O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem, Agosto 2005, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, ISSN 0104-1169.
- Machado, M. N. da M. (2004). *Práticas psicossociais. Pesquisando e intervindo*. Belo Horizonte: Edições do Campo Social.

- Madureira, I.; Cavaco, M.G.; Gomes, N.; Lisboa, P. & Simões, R. (2007). Competências do enfermeiro de cuidados gerais – análise do subdomínio “Prática Segundo a Ética” de acordo com o modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner. In *Revista Sinais Vitais*, nº 71, Março, p. 27-30.
- Manual de Boas Práticas de Enfermagem da DRC. (2012) Versão 02.Coimbra.
- Manes, S. (2001). 83 *Jogos psicológicos para a dinâmica de grupo. Um manual para psicólogos, professores, operadores sociais, animadores...*Lisboa. Paulos- Apelação ISBN 972-30-0924-2
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde* (1ª edição). Tamboré: Editora Manole Ltda.
- Monteiro, M. (2010).*Do apego ao cuidado: Implicações do vínculo afetivo na perspectiva clínica*. <http://www.redepsi.com.br/> acessado em 10-01-2013.
- Moreira, P., Gonçalves, G., Beutler, L.E. (2005). *Método de seleção de tratamento – o melhor para cada paciente*. Porto: Porto Editora.
- Moreira, S., & Melo, A. (2005). *Saúde Mental do tratamento à prevenção*. Porto: Porto editora, Lda.
- NATO Logistics Handbook (1997). *Chapter 16. Medical Support*. Role Support; October.
- Normas de Execução Permanente. *NEP*. (2008). Comando da Logística do Exército Português. D.S. 70.600/10, 70.600/08 (Reservado).
- Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2001) - *Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos: Conselho de Enfermagem*. Dezembro de 2001
- Parreira, P.M. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau.
- Patrício. L. D. (1995). *Droga de vida, vidas de droga. Não seja cúmplice*. Lisboa: Bertrand editora.
- Paiva, T. (2008). *Bom sono, boa vida*. Lisboa: Oficina do livro- Soc. Editorial, Lda.

- Pereira, M. G., Xavier, M., Neves, A., Correa, B.B., Fadden, G. (2006). *Intervenções familiares na esquizofrenia: dos aspetos teóricos à situação em Portugal*. *Ata Med. Port.*, 19, p.1-8 <http://www.terapiaporcontingencias.com.br/> acessado em 10 de Janeiro de 2013.
- Peters L.W., Kok G., Dam G.T.T., Buijs G.J. & Paulussen T.G.W.M. (2009). Effective elements of school health promotion across behavioral domains: a systematic review of reviews. *Biomed central Public Health*; 9 (182).
- *Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012*, Novembro 2009.
- Polit, D., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização*. 5ª Edição. Porto Alegre. Artmed.
- Pretto Z., Langaro, F. & Santos, G. B. (2009). Psicologia Clínica Existencialista na Atenção Básica à Saúde: Um Relato de Atuação. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, 29 (2), 394-405.
- Regulamento Geral do serviço nas Unidades do Exército (RGSUE) (2005). *Diário da República*. I Série. (15-09-2005).
- Regulamento nº122/2011 de 18 de fevereiro de 2011. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*. II Série. Nº35 (18-02-2011),8648-8653.
- Regulamento nº129/2011 de 18 de fevereiro de 2011. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental. *Diário da República*. II Série. Nº35 (18-02-2011),8669-8673.
- Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental. (2011). Lisboa. Edição: Ordem dos Enfermeiros.
- *Relatório de Atividades do CRI de Leiria* (2012) Autor: Equipa CRI de Leiria - Janeiro 2012 - 1 Exemplar.

- Remédios, C.I.F.R.N. (2010). *O bem-estar psicológico e as competências pessoais e sociais na adolescência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Ribeiro, J. S. (2001). Tornar-se toxicod dependente: opção ou fatalidade. *Toxicod dependências*. Lisboa. ISSN: 0874-4890.Vol.7,n.º 3, p.73-78.
- Riley, J. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. 4ª Edição. Loures, Lusociência.
- Ruivo M.A., Ferrito C. & Nunes L. (2010). Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*. Nº 15 Janeiro – Março. ISSN 1646-5067.
- Sartorius, N. (2002). Iatrogenic Stigma of mental illness. *British Medical Journal*, 324, 1470-1471. Acedido a 5 de Dezembro de 2013.
- Selye, H. (1956). *The stress of live*. New York: The Guilford Press.
- Sequeira, C. (2002). *Manual: Saúde Mental e Psiquiatria*. Porto: Escola Superior de Enfermagem de São João.
- Silva, A.R., Santinha, A., Alão, D., Alves, J., Sampaio, M., Carvalho, S. (1997). *Manual de utilização: Programa de promoção de competências*. Lisboa: Edição do ministério da educação.
- Sousa, F.C., & Monteiro, I.P. (2010). *Liderança de equipas na resolução de problemas complexos. Um guia para a inovação organizacional*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Stuart, G., & Laraia, M. (2000). *Enfermagem Psiquiátrica; Princípios e Prática*. 6ª Edição, Porto Alegre. Artmed Editora. P.693.ISBN: 85-7307-713
- Serrano. P. (2004). *Redação e apresentação de trabalhos científicos*. 2ª Edição. Relógio d'Água Editores.
- Taylor, C. M. (1992). *Fundamentos de enfermagem psiquiátrica* 13ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Tavares, A.I., Abraão, I. (2009). *Trilhos, Desenvolvimento de competências pessoais e sociais*. Edição: IDT. Lisboa.
- Teixeira, M.S.F. (2010). *Estudo sobre a eficácia de um programa de inteligência emocional no autoconceito de alunos do 2.º Ciclo do Ensino Básico*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa.
- Townsend, M. (2002). *Enfermagem psiquiátrica*. Guanabara, Rio de Janeiro.
- Tusaie, K.R. (2008). Positive Development in Children and Adolescent. *Archives of Psychiatric Nursing*. 22(6); 389-390.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Lusociência. ISBN: 972-8383-33-9
- WHO. (2011). *Mental Health Atlas*. Genève: World Health Organization.
- Wolchik, S., Schench, C. & Sandler, I. (2009). Promoting Resilience in Youth From Divorced Families: Lessons Learned From experimental Trials of the New Beginnings Program. *Journal of Personality*. 77:6; 1833-1868.

ANEXOS

ANEXO I

CIPE® CAD\_IDT



Ministério da Saúde



Serviços Centrais

## Catálogo CIPE®

### COMPORTAMENTOS ADITIVOS e DEPENDÊNCIAS



IDT, IP. Portugal, 2012

*“Se não conseguirmos atribuir um nome a algo, também não o conseguiremos gerir, financiar, investigar, ensinar ou colocar em medidas de carácter público.”*

Clark & Lang, 1992 (in CIPE® v. 1.0, p.11)

## Ficha Técnica

### **GRUPO de MISSÃO para a elaboração do Catálogo CIPE® em Comportamentos Aditivos e Dependências**

**Bruno Loureiro** (Coord.) Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo

**Arminda Badalo** Delegação Regional do Algarve

**Carla Cardoso** Delegação Regional do Norte

**Cláudio Santos** Delegação Regional do Centro

**David Paniagua** Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo

**Fátima Pessoa** Delegação Regional do Norte

**Hélder São João** Delegação Regional do Norte

**João Balhau** Delegação Regional do Centro

**Luísa Trindade** Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo

**Mónica Veludo** Delegação Regional do Algarve

**Nuno Almeida** Delegação Regional do Centro

**Vera Cruz** Delegação Regional do Norte

### **CONTRIBUTOS de Tod@s @s Enfermeir@s em exercício no IDT, IP.**

#### **FORMAÇÃO e MENTORADO – Sónia Pereira, Ordem dos Enfermeiros**

##### **REVISÃO – Responsáveis Regionais de Enfermagem**

**António Carlos** Delegação Regional do Norte

**Fernanda Coelho** Delegação Regional do Centro

**Elsa Coutinho** Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo

**Luísa Carias** Delegação Regional do Alentejo

**Marina Antão** Delegação Regional do Algarve

#### **COORDENAÇÃO – Ernestina Neto, Coordenação Nacional de Enfermagem no IDT, IP.**

**IDT, IP. Portugal, 2012**

## APRESENTAÇÃO DO PROCESSO

O presente Catálogo CIPE® é o culminar de um processo de análise sistemática e crítico-reflexiva dos Enfermeiros sobre o seu exercício profissional com Pessoas com dependências de substâncias psicoactivas, lícitas e ilícitas – em Serviços de Saúde diferenciados, de ambulatório e de internamento, do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT, IP.), do Ministério da Saúde.

Em Portugal, o exercício dos Enfermeiros na área específica dos Comportamentos Aditivos e Dependências remonta à década de 70 do século XX, mas ainda continua substancialmente desconhecido, nos seus contornos e conteúdos, pelos que o não praticam, incluindo a generalidade dos Profissionais de Saúde.

Nesta conjuntura nacional de desconhecimento intra e interprofissional, cumpre-nos a missão de nos dizermos, de explicitarmos o que fazemos, particularmente no que é específico do campo dos Comportamentos Aditivos e Dependências<sup>1</sup>.

Neste processo de autoexplicitação fomos suportados por três processos favoráveis ao nosso objectivo de partida, e que importa sinalizar:

1. A parceria estabelecida em 2006 entre Ordem dos Enfermeiros (OE) e o Conselho Diretivo do IDT para a implementação, neste Instituto Público, do Programa *Padrões de Qualidade dos Cuidados e Sistemas de Informação em Enfermagem*.
2. O processo de informatização, à escala nacional, da documentação clínica do IDT, concretizada no Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM), em que a Coordenação Nacional de Enfermagem ficou responsável pela definição dos conteúdos específicos desta área disciplinar.
3. O incentivo direto de Amy Coenen, Diretora do *ICNP® Programme* do *International Council of Nurses* (ICN), com vista à elaboração de um Catálogo CIPE® específico para o campo das Dependências.

A Direcção Clínica do IDT, IP. também foi consultada, tendo cooperado no esclarecimento de alguns aspetos conceptualmente mais específicos, no âmbito da adictologia.

Decisivo, porém, foi o empenhamento de Sónia Pereira na orientação deste processo, desde Julho de 2009. Foram a sua perícia em CIPE® e a sua dedicação que possibilitaram a conversão do essencial das nossas práticas clínicas de Enfermagem em linguagem codificada da CIPE®.

Para **TOD@S** os que acreditaram e colaboraram, direta e/ou indiretamente, no processo de elaboração deste Catálogo fica a nossa **GRATIDÃO**.

Os **COAUTORES** deste Catálogo

Tod@s @s Enfermeir@s no IDT, IP.

Portugal, 2012.

---

<sup>1</sup> Para o efeito, já dispomos do **Manual de Boas Práticas de Enfermagem** (MBPE) no IDT, IP. (v.1 de 2009 e v.2 de 2011) e de um **pré-catálogo CIPE®v.1**, preparado para a documentação das **Consultas de Enfermagem em ambulatório**, e integrado no Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM) do IDT. Refira-se que esses enunciados não se encontram codificados, nem contemplam todas as práticas de Enfermagem que se realizam nas Unidades de internamento, pelo que importa a sua atualização.

APRESENTAÇÃO DO PRODUTO CATÁLOGO CIPE® EM CAD

O presente Catálogo CIPE® traduz exclusivamente as práticas dos Enfermeiros do IDT, IP. e destina-se à documentação estandardizada dos Cuidados de Enfermagem no campo dos Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD). Trata-se do **padrão referencial de documentação para a Enfermagem Clínica com o Cliente-Doente e com o Prestador de Cuidados** (*Caregiver*, Familiar ou Outro), ao longo do Processo de Transição da Pessoa dependente para a AUTONOMIA – ou do **PROCESSO TERAPÊUTICO**, na linguagem natural do IDT e que foi a nossa opção para os enunciados deste documento.

Potencial de Utilização do Catálogo CIPE® em CAD

Organismo	Objetivo
<p><b>IDT, IP.</b> até 31 Dez. 2012</p> <p><b>ARS – SICAD</b> a partir de 1 Jan. 2013</p>	<p>⇒ <b>Padronizar a documentação nacional das práticas de Enfermagem em CAD</b> a fim de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivar o contributo dos Enfermeiros nos Ganhos em Saúde dos Clientes</li> <li>• Avaliar (medir/comparar) e gerir (monitorizar/orientar) a qualidade do exercício Profissional de Enfermagem em CAD</li> <li>• Promover a melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em CAD</li> </ul> <p>⇒ <b>Providenciar a FORMAÇÃO</b> necessária para garantir a efetiva tomada de decisão no processo de documentação clínica de Enfermagem em CAD</p> <p>⇒ <b>Disponibilizar Catálogo CIPE® em CAD</b> ao Observatório Europeu das Drogas e Toxicodependências (OEDT)</p>
<p><b>Ministério da Saúde</b> ⇒ <b>ACSS</b> ⇒ <b>SPMS</b> ⇒ <b>Sistemas de Informação</b></p>	<p>⇒ <b>Integrar o Catálogo CIPE® em CAD no(s) Sistema(s) de Informação em Uso.</b> Para este efeito, devem ser mobilizados alguns Enfermeiros que participaram na sistematização do raciocínio clínico que subjaz à elaboração deste Catálogo, a fim de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustar a parametrização ao Sistema de Informação</li> <li>• Sustentar a formação que garanta a efetiva tomada de decisão no processo de documentação clínica de Enfermagem em CAD</li> </ul>
<p><b>OE</b> Ordem dos Enfermeiros</p>	<p>⇒ <b>Promover a documentação</b> em linguagem <b>CIPE®</b> das práticas de Enfermagem em CAD</p> <p>⇒ <b>Monitorizar a qualidade do exercício profissional de Enfermagem em CAD</b></p> <p>⇒ <b>Promover a melhoria contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em CAD</b></p>
<p><b>CIDSIE</b> Centro de Investigação e Desenvolvimento em Sistemas de Informação em Enfermagem (Acreditado pelo ICN), na Escola Superior de Enfermagem do Porto</p>	<p>⇒ <b>Proceder à revisão técnico-científica</b> com a colaboração da <b>OE</b> e do <b>ICN</b> <a href="#">ICN-Accredited Centre for Information Systems Research and Development of the Porto Nursing School</a></p> <p>⇒ <b>Contribuir para o desenvolvimento da CIPE®</b></p>
<p><b>ICN</b> International Council of Nurses</p>	<p>⇒ <b>Validar</b> a revisão técnico-científica</p> <p>⇒ <b>Disponibilizar Catálogo CIPE® em CAD</b> à escala internacional</p>
<p><b>Ministério da Educação e Ciência</b> ⇒ <b>Agência de Avaliação e Acreditação para a Garantia da Qualidade do Ensino Superior</b></p>	<p>⇒ <b>Orientar a Acreditação de Módulos Formativos de Enfermagem em CAD que integram os Cursos de Enfermagem</b> (Graduação e Pós Graduação)</p>

Recomenda-se que qualquer uma destas (ou outras) utilizações se processe em proficiente

**COOPERAÇÃO INTERINSTITUCIONAL**

## INTRODUÇÃO

A construção dos enunciados deste Catálogo obedece à **Norma ISO 18104** – da *International Organization for Standardization Technical Committee* (2003) – que estabelece o modelo de terminologia de referência para Diagnósticos e Ações de Enfermagem.

O racional teórico-prático deste Catálogo consiste na articulação sinérgica de três pilares:

- ⇒ Os **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem** – Ordem dos Enfermeiros (2001) <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>
- ⇒ O conceito de **Addiction** – da American Society of Addiction Medicine (2011) <http://www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction>
- ⇒ A **análise crítico-reflexiva das práticas profissionais d@s Enfermeir@s no IDT, IP.**

Nas sugestões apresentadas para futura atualização da CIPE® (Anexo A) recorreremos a três documentos:

- Organização Mundial de Saúde, **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems** (ICD-10, v.2010) <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>
- Organização Mundial de Saúde, **Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings** (2010) [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf)
- **Rede de Referência para os Problemas Ligados ao Álcool** – Ministério da Saúde (2011) [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=rede%20de%20referencia%C3%A7%C3%A3o%20para%20os%20problemas%20ligados%20ao%20%C3%A1lcool&source=web&cd=1&ved=0CDUQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.diretorioalcool.pt%2Frede%2FDocuments%2FRede\\_de\\_Referenciacao.pdf&ei=xr7eUKq\\_MomFhQeUioHgBQ&usg=AFQjCNHUPO76hrAAeOyWHywsW1mB8kDWSA&bvm=bv.1355534169,d.d2k](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=rede%20de%20referencia%C3%A7%C3%A3o%20para%20os%20problemas%20ligados%20ao%20%C3%A1lcool&source=web&cd=1&ved=0CDUQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.diretorioalcool.pt%2Frede%2FDocuments%2FRede_de_Referenciacao.pdf&ei=xr7eUKq_MomFhQeUioHgBQ&usg=AFQjCNHUPO76hrAAeOyWHywsW1mB8kDWSA&bvm=bv.1355534169,d.d2k)

Os enunciados deste Catálogo distribuem-se por 5 grupos temáticos (cf. Fig. 1) que agregam os respetivos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem e as Ações/Intervenções correspondentes.

- A. Os primeiros quatro grupos temáticos explicitam as práticas com o Cliente-Doente.
- B. O quinto grupo temático apresenta as práticas com o Prestador de Cuidados.

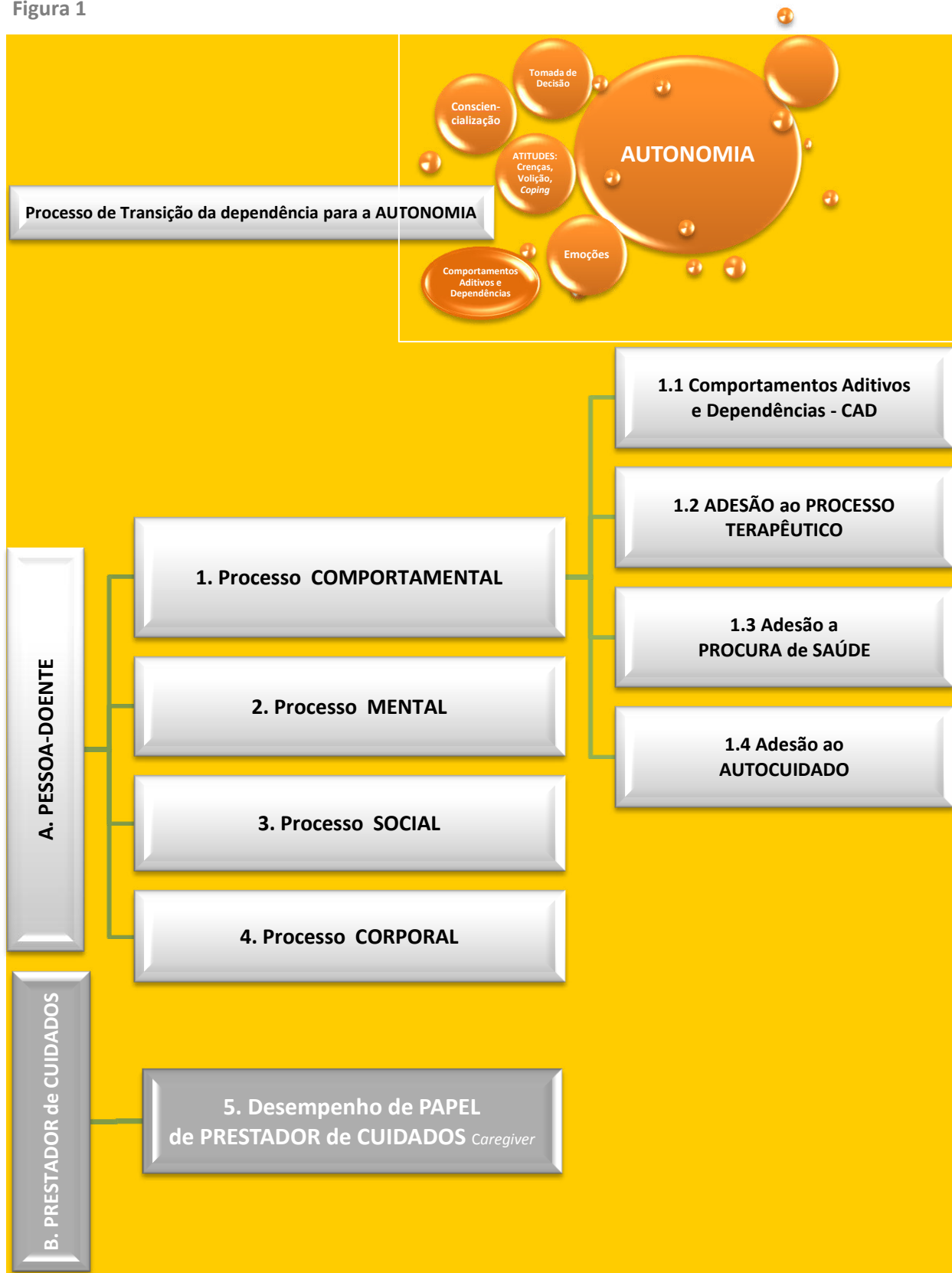
Cada um dos quatro grupos de **Cuidados com o Cliente-Doente** focaliza um dos Processos Humanos afetados:

1. **Processo COMPORTAMENTAL**, com 4 subgrupos
  - 1.1 Comportamentos Aditivos e Dependências (onde se apresentam os Diagnósticos / Resultados de Enfermagem, especificando os relativos ao **uso de substâncias psicoativas**)
  - 1.2 ADESÃO ao Processo Terapêutico
  - 1.3 Adesão a PROCURA de SAÚDE
  - 1.4 Adesão ao AUTOCUIDADO
2. **Processo MENTAL**
3. **Processo SOCIAL**
4. **Processo CORPORAL**

O quinto grupo destina-se aos **Cuidados com o Cliente-Prestador de Cuidados** (Familiar ou Outro) e focaliza o **DESEMPENHO de PAPEL de PRESTADOR de CUIDADOS** ao longo do Processo Terapêutico do Cliente-Doente.

## Os 5 grupos temáticos

Figura 1



Em geral, categorizamos 3 áreas de enunciados por grupo: Comportamento, Atitude e Conhecimento. No entanto, os enunciados do grupo *Processo Corporal* não se operacionalizam desta forma. E a organização dos enunciados do grupo *Processo Mental* e do grupo *Desempenho de Papel de Prestador de Cuidados* inclui ainda a categoria Emoção.

A distribuição dos conteúdos temáticos pelos primeiros quatro grupos processuais também não é linear. Por vezes, a nossa prática clínica associa focos de atenção pertencentes a Processos Humanos distintos, mas que se conjugam num mesmo padrão de abordagem e intervenção. Por outro lado, dada a densidade e pertinência para a nossa prática do foco de atenção **ADESÃO**, segmentamos em três subgrupos os respetivos enunciados, distribuindo-os pelo **Processo Terapêutico** (para os processos patológicos), pela **Procura de Saúde** (para os processos de Saúde) e pelo **Autocuidado** (para Alimentação, Higiene, Sono e Exercício Físico). Para a Enfermagem Clínica em CAD, a Adesão é um mega Processo, que mobiliza e/ou contém todos os restantes.

Apesar da plasticidade inerente à utilização da CIPE®, para o campo das práticas de Enfermagem em CAD consideramos necessária a inclusão de mais alguns termos/expressões que seguem em proposta fundamentada (Anexo A).

Os termos que se apresentam **sublinhados a cinzento** são os que consideramos indispensáveis para a nossa prática e documentação clínica de Enfermagem em CAD e ainda não se encontram na CIPE® (v. 2011). Como expectável, a carência de termos codificados ocorre quase exclusivamente no primeiro subgrupo, para os Diagnósticos / Resultados específicos em CAD. Assim, recomenda-se a consulta do Anexo A para melhor interpretação deste subgrupo 1.1.

Por fim, importa alertar para o facto de que este Catálogo CIPE® apenas pretende servir como **ferramenta para a documentação dos Cuidados de Enfermagem em Comportamentos Aditivos e Dependências**.

Os enunciados da CIPE® são os elementos da prática de Enfermagem	
Perante determinadas <b>NECESSIDADES HUMANAS</b>	<b>DIAGNÓSTICOS</b> de Enfermagem
O que <b>FAZEM</b> os Enfermeiros	<b>INTERVENÇÕES</b> de Enfermagem
Para produzir determinados <b>RESULTADOS</b>	<b>RESULTADOS</b> que se pretendem sensíveis aos Cuidados de Enfermagem

(Adaptação de CIPE®v.1, p.11 da tradução portuguesa)

Os resultados das intervenções de Enfermagem – tal como os resultados das intervenções dos Técnicos de outras disciplinas de Saúde com quem os Enfermeiros trabalham em Equipa Terapêutica – concorrem para o objetivo comum que são os **GANHOS em SAÚDE** dos Clientes.

## Processo de Transição para a AUTONOMIA

### PRINCIPAIS FOCOS DE ATENÇÃO DO ENFERMEIRO COM O CLIENTE-DOENTE

Figura 2



### FOCO de ATENÇÃO do ENFERMEIRO COM o PRESTADOR de CUIDADOS-FAMILIAR

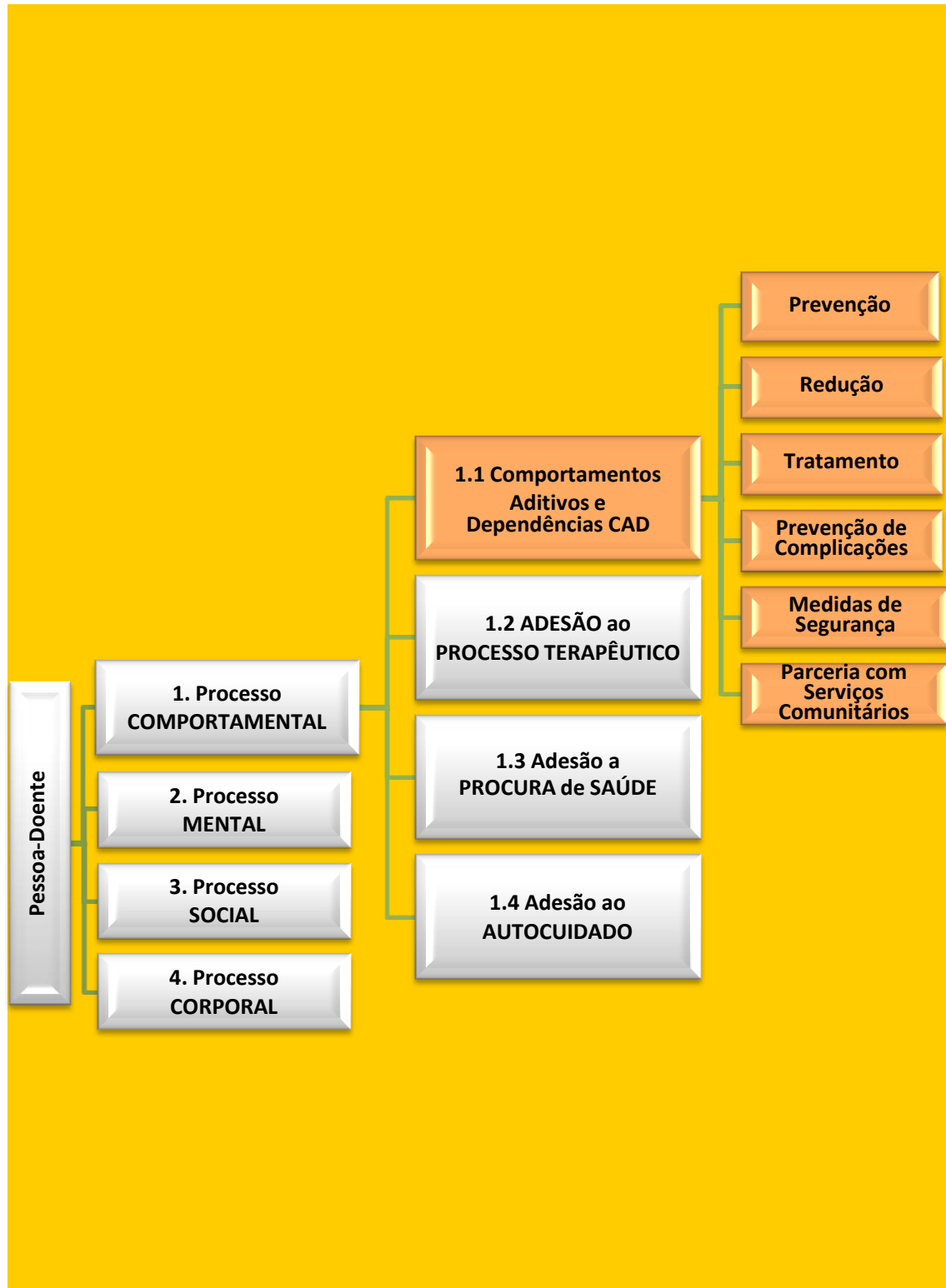
**DESEMPENHO de PAPEL  
de PRESTADOR de  
CUIDADOS**

## A – Cuidados de Enfermagem com a PESSOA-DOENTE

### 1. Processo COMPORTAMENTAL

#### 1.1 Comportamentos Aditivos e Dependências

Figura 3



1.1 Comportamentos ADITIVOS e DEPENDÊNCIAS (CAD)	
Área	ENUNCIADOS de DIAGNÓSTICOS e de RESULTADOS de ENFERMAGEM
COMPORTAMENTO	1 Comportamento Aditivo Sem Comportamento Aditivo
	2 Risco de Uso de Substâncias Psicoativas Uso de Substâncias Psicoativas
	3 Intoxicação Aguda por Uso de Substâncias Psicoativas Uso Nocivo de Substâncias Psicoativas Dependência de Substâncias Psicoativas Estado de Privação de Uso de Substâncias Psicoativas Recaída no Uso de Substâncias Psicoativas Sem Sinais Aparentes de Uso de Substâncias Psicoativas
	4 Uso de Álcool Uso de Álcool de Risco Intoxicação Aguda de Álcool Uso Nocivo de Álcool Dependência Alcoólica Ligeira Dependência Alcoólica Moderada Dependência Alcoólica Grave Estado de Privação Alcoólica Recaída no Uso de Álcool Sem Sinais Aparentes de Uso de Álcool
	5 Uso Nocivo de Opiáceos Intoxicação Aguda de Opiáceos Dependência de Opiáceos Estado de Privação de Opiáceos Sem Sinais Aparentes de Uso de Opiáceos
	6 Uso Nocivo de Canabinóides Dependência de Canabinóides Estado de Privação de Canabinóides Sem Sinais Aparentes de Uso de Canabinóides
	7 Uso Nocivo de Sedativos e Hipnóticos Intoxicação Aguda de Sedativos/Hipnóticos Dependência de Sedativos/Hipnóticos Estado de Privação de Sedativos/Hipnóticos Sem Sinais Aparentes de Uso de Sedativos/Hipnóticos
	8 Uso Nocivo de Cocaína Intoxicação Aguda de Cocaína Dependência de Cocaína Estado de Privação de Cocaína Sem Sinais Aparentes de Uso de Cocaína
	9 Uso Nocivo de outros Estimulantes Intoxicação Aguda de outros Estimulantes Dependência de outros Estimulantes Estado de Privação de outros Estimulantes Sem Sinais Aparentes de Uso de outros Estimulantes

<b>COMPORTAMENTO</b>	<p>10                  Uso Nocivo de Alucinogéneos  <i>Flashback</i> de Alucinogéneos                  Sem Sinais Aparentes de Uso de Alucinogéneos                  Risco de Uso de Tabaco                  Uso de Tabaco                  Dependência de Tabaco                  Estado de Privação de Tabaco                  Recaída no Uso de Tabaco                  Sem Sinais Aparentes de Uso de Tabaco</p> <p>11                  Uso Nocivo de Solventes Voláteis                  Intoxicação Aguda de Solventes Voláteis                  Dependência de Solventes Voláteis                  Estado de Privação de Solventes Voláteis                  Sem Sinais Aparentes de Uso de Solventes Voláteis</p> <p>12                  Uso de Múltiplas Substâncias Psicoativas</p> <p>13                  Risco de Sobredosagem Substâncias Psicoativas                  Sobredosagem de Substâncias Psicoativas</p> <p>14                  Não Adesão a Precauções de Segurança no Uso de Substâncias Psicoativas                  Adesão a Precauções de Segurança no Uso de Substâncias Psicoativas</p>
<b>ATTITUDE</b>	<p>15                  Atitude Negligente para Prevenir o Uso de Substâncias Psicoativas                  Atitude Favorável para Prevenir o Uso de Substâncias Psicoativas</p> <p>16                  Atitude Negligente para Reduzir o Uso de Substâncias Psicoativas                  Atitude Favorável para Reduzir o Uso de Substâncias Psicoativas</p> <p>17                  Atitude Negligente para Tratamento do Uso de Substâncias Psicoativas                  Atitude Favorável para Tratamento do Uso de Substâncias Psicoativas</p> <p>18  <i>Craving</i>                  Sem <i>Craving</i></p>
<b>CONHECIMENTO</b>	<p>19                  Défice de Conhecimento sobre os Cuidados de Enfermagem no Processo Terapêutico                  Conhecimento sobre os Cuidados de Enfermagem no Processo Terapêutico</p> <p>20                  Défice de Conhecimento sobre Prevenção do Uso de Substâncias Psicoativas                  Conhecimento sobre Prevenção do Uso de Substâncias Psicoativas</p> <p>21                  Défice de Conhecimento sobre Redução do Uso de Substâncias Psicoativas                  Conhecimento sobre Redução do Uso de Substâncias Psicoativas</p> <p>22                  Défice de Conhecimento sobre Tratamento do Uso de Substâncias Psicoativas                  Conhecimento sobre Tratamento do Uso de Substâncias Psicoativas</p> <p>23                  Défice de Conhecimento sobre Efeito de Substâncias Psicoativas                  Conhecimento sobre Efeito de Substâncias Psicoativas</p> <p>24                  Défice de Conhecimento sobre Medidas de Segurança no Uso de Substâncias Psicoativas                  Conhecimento sobre Medidas de Segurança no Uso de Substâncias Psicoativas</p>

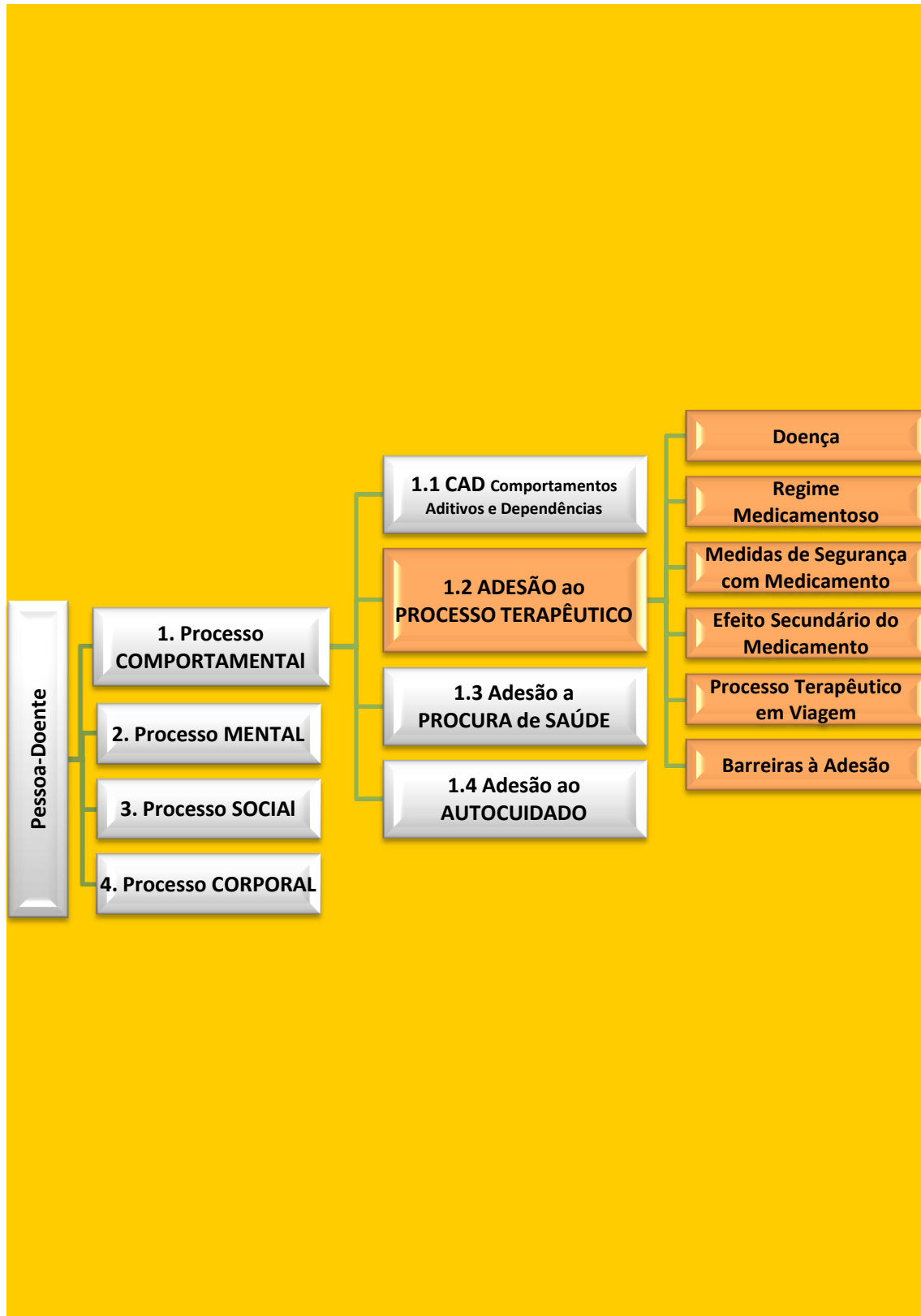
COMPORTAMENTOS ADITIVOS e DEPENDÊNCIAS
ENUNCIADOS de AÇÕES de DIAGNÓSTICO e de INTERVENÇÕES de ENFERMAGEM
Aconselhar sobre Prevenção de <b>Comportamentos Aditivos</b>
Aconselhar sobre Prevenção do Uso de Substâncias Psicoactivas
Aconselhar sobre Prevenção do Uso de Tabaco
Aconselhar sobre Prevenção do <b>Uso Nocivo</b> de Álcool
Aconselhar sobre Redução do Uso de Álcool
Aconselhar sobre Redução do Uso de Substâncias Psicoactivas
Aconselhar sobre Redução do Uso de Tabaco
Aconselhar sobre Tratamento do Uso de Álcool
Aconselhar sobre Tratamento do Uso de Substâncias Psicoactivas
Aconselhar sobre Tratamento do Uso de Tabaco
Aconselhar Solicitação de Apoio Emocional ao Sentir <i>Craving</i>
Apoiar o Processo de Tomada de Decisão
Avaliar Adesão a Precauções de Segurança no Uso de Substâncias Psicoactivas
Avaliar o Conhecimento sobre Efeito de Substâncias Psicoactivas
Avaliar o Conhecimento sobre Medidas de Segurança no Uso de Substâncias Psicoactivas
Avaliar o Conhecimento sobre Prevenção do Uso de Substâncias Psicoactivas
Avaliar o Conhecimento sobre Redução do Uso de Substâncias Psicoactivas
Avaliar o Conhecimento sobre Tratamento do Uso de Substâncias Psicoactivas
Encorajar o Autocontrolo
Ensinar Medidas de Segurança no Uso de Substâncias Psicoactivas
Ensinar sobre Efeito de Substâncias Psicoactivas
Envolver
Escutar
Estabelecer a Confiança
Estabelecer Comunicação Efectiva
Estabelecer Limites
Estabelecer Prioridades
Estabelecer Prioridades do Processo Terapêutico
Estabelecer Relação
Explicar os Cuidados de Enfermagem no Processo Terapêutico
Explicar Direitos e <b>Deveres</b> do Cliente
Facilitar a Capacidade para Comunicar Sentimentos
Monitorizar Uso de Álcool
Monitorizar Uso de Substâncias Psicoactivas
Monitorizar Uso de Tabaco
Orientar Antecipadamente para Prevenção do Alcoolismo
Orientar Antecipadamente para Prevenção do Uso de Substâncias Psicoativas
Orientar para Serviço Comunitário
Orientar para Serviço de Saúde
Promover a Adesão ao Processo Terapêutico
Promover a Consciencialização do Potencial de Risco do Uso de Substâncias Psicoactivas
Promover a Construção de Autoimagem Positiva
Promover o Autoconhecimento
Providenciar Apoio Emocional
Providenciar Material Educativo sobre Prevenir Complicações no Uso de Substâncias Psicoactivas
Reforçar a Autoeficácia
Reforçar a Consecução de Objectivos

## A – Cuidados de Enfermagem com a PESSOA-DOENTE

### 1. Processo COMPORTAMENTAI

### 1.2 ADESÃO ao Processo Terapêutico

Figura 4



1.2 ADESÃO ao Processo Terapêutico		
Área	ENUNCIADOS de DIAGNÓSTICOS e de RESULTADOS de ENFERMAGEM	
COMPORTAMENTO	1 Não Adesão ao Processo Terapêutico Adesão ao Processo Terapêutico Comprometida Adesão ao Processo Terapêutico	
	2 Não Adesão ao Processo Terapêutico para Comorbilidade/outra Doença Adesão ao Processo Terapêutico para Comorbilidade/outra Doença Comprometida Adesão ao Processo Terapêutico para Comorbilidade/outra Doença	
	3 Não Adesão ao Regime Medicamentoso Adesão ao Regime Medicamentoso Comprometida Adesão ao Regime Medicamentoso	
	4 Não Adesão a Precauções de Segurança com o Medicamento Adesão a Precauções de Segurança com o Medicamento	
	5 Barreiras à Adesão ao Processo Terapêutico Barreiras à Adesão ao Processo Terapêutico Atenuadas Sem Barreiras à Adesão ao Processo Terapêutico	
	6 Sem Prestador de Cuidados Com Prestador de Cuidados	
	ATTITUDE	7 Atitude Negligente face ao Processo Terapêutico Atitude Favorável face ao Processo Terapêutico
		8 Aceitação do Estado de Saúde Comprometida Aceitação do Estado de Saúde
		9 Atitude Negligente para Gerir o Regime Medicamentoso Atitude Favorável para Gerir o Regime Medicamentoso

<b>CONHECIMENTO</b>	10	Défice de Conhecimento sobre o Processo Terapêutico
		Conhecimento sobre o Processo Terapêutico
	11	Défice de Conhecimento sobre a Doença
		Conhecimento sobre a Doença
	12	Défice de Conhecimento sobre Regime Medicamentoso
		Conhecimento sobre Regime Medicamentoso
	13	Défice de Conhecimento sobre Medidas de Segurança com Medicamento
		Conhecimento sobre Medidas de Segurança com Medicamento
	14	Défice de Conhecimento sobre Efeito Secundário do Medicamento
		Conhecimento sobre Efeito Secundário do Medicamento
	15	Défice de Conhecimento sobre Complicações da Não Adesão ao Processo Terapêutico
		Conhecimento Adequado sobre Complicações da Não Adesão ao Processo Terapêutico
	16	Défice de Conhecimento sobre o Processo Terapêutico em Viagem
		Conhecimento Adequado sobre o Processo terapêutico em Viagem
	17	Défice de Conhecimento sobre Serviço de Saúde
		Conhecimento Adequado sobre Serviço de Saúde
	18	Défice de Conhecimento sobre Serviço Comunitário
		Conhecimento Adequado sobre Serviço Comunitário

1.2 ADESÃO ao Processo Terapêutico
ENUNCIADOS de AÇÕES de DIAGNÓSTICO e de INTERVENÇÕES de ENFERMAGEM
<p>Apoiar na Aceitação das Limitações</p> <p>Apoiar o Processo de Tomada de Decisão para Adesão ao Processo Terapêutico</p> <p>Assegurar a Continuidade de Cuidados</p> <p>Avaliar a Adesão ao Processo Terapêutico</p> <p>Avaliar a Adesão ao Processo Terapêutico para Comorbilidade/outra Doença</p> <p>Avaliar a Atitude face à Gestão do Medicamento</p> <p>Avaliar a Atitude Face ao Processo Terapêutico</p> <p>Avaliar a Disponibilidade para Aprender</p> <p>Avaliar a Resposta ao Ensino sobre Medicamento</p> <p>Avaliar Aceitação do Estado de Saúde</p> <p>Avaliar Adesão a Precauções de Segurança com o Medicamento</p> <p>Avaliar Adesão ao Regime Medicamentoso</p> <p>Avaliar Barreiras à Adesão ao Processo Terapêutico</p> <p>Avaliar o Conhecimento sobre a Doença</p> <p>Avaliar o Conhecimento sobre Complicações da Não Adesão ao Processo Terapêutico</p> <p>Avaliar o Conhecimento sobre Serviço Comunitário</p> <p>Avaliar o Conhecimento sobre Serviço de Saúde</p> <p>Avaliar o Conhecimento sobre Efeito Secundário do Medicamento</p> <p>Avaliar o Conhecimento sobre Medidas de Segurança com o Medicamento</p> <p>Avaliar o Conhecimento sobre Processo Terapêutico</p> <p>Avaliar o Conhecimento sobre Processo Terapêutico em Viagem</p> <p>Avaliar o Conhecimento sobre Regime Medicamentoso</p> <p>Colaborar com o Assistente Social</p> <p>Colaborar com o Farmacêutico</p> <p>Colaborar com o Médico</p> <p>Colaborar com o <b>Psicólogo</b></p> <p>Colaborar com Técnico de Saúde de outra Unidade de Cuidados</p> <p>Consultar Técnico de Saúde da Equipa Terapêutica (na Unidade de Cuidados)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assistente Social</li> <li>Enfermeiro Especialista</li> <li>Farmacêutico</li> <li>Fisioterapeuta</li> <li>Médico</li> <li><b>Psicólogo</b></li> <li>Terapeuta Ocupacional</li> </ul> <p>Contactar Serviço Comunitário</p> <p>Contactar Serviço de Saúde</p> <p>Contratualizar a Adesão ao Processo Terapêutico</p> <p>Contratualizar a Adesão ao Regime Medicamentoso</p> <p>Disponibilizar Número de Telefone para Contacto</p> <p>Elogiar Adesão ao Processo Terapêutico</p> <p>Elogiar Adesão ao Regime Medicamentoso</p> <p>Ensinar a Gerir o Efeito Secundário do Medicamento</p> <p>Ensinar a Gerir o Regime Medicamentoso</p> <p>Ensinar Medidas de Segurança com Medicamento</p> <p>Ensinar sobre a Doença</p> <p>Ensinar sobre Complicações da Não Adesão ao Processo Terapêutico</p>

Ensinar sobre Complicações da Não Adesão ao Regime Medicamentoso  
Ensinar sobre Efeitos Secundários de Medicamento  
Ensinar sobre Medicamento  
Ensinar sobre o Processo Terapêutico  
Ensinar sobre Processo Terapêutico em Viagem  
Ensinar sobre Regime Medicamentoso  
Ensinar sobre Serviço Comunitário  
Ensinar sobre Serviço de Saúde  
Envolver  
Escutar  
Estabelecer a Confiança  
Estabelecer Comunicação Efectiva  
Estabelecer Relação  
Executar Processo ADR para VIH  
Executar Terapia de Grupo  
Explicar Direitos e Deveres do Cliente  
Facilitar a Capacidade para Comunicar Sentimentos  
Facilitar a Identificação de Capacidades  
Facilitar a Identificação de Emoções  
Facilitar o Acesso ao Tratamento  
Gerir o Efeito Secundário do Medicamento  
Gerir o Regime Medicamentoso  
Identificar Barreiras à Comunicação entre o Doente e o Prestador de Cuidados  
Orientar para Processo ADR para VIH  
Planeamento da Alta  
Procurar Prestador de Cuidados  
Promover a Aceitação do Estado de Saúde  
Promover a Adesão a Precauções de Segurança com o Medicamento  
Promover a Adesão ao Processo Terapêutico  
Promover a Adesão ao Regime Medicamentoso  
Promover a Autoestima  
Promover a Consciencialização da Necessidade de Medidas de Segurança com o Medicamento  
Promover a Consciencialização da Necessidade do Processo Terapêutico  
Promover a Consciencialização sobre a Doença  
Promover a Esperança  
Promover Adesão ao Processo Terapêutico  
Promover Adesão ao Regime Medicamentoso  
Promover o Estabelecimento de Prioridades do Processo Terapêutico  
Providenciar Apoio Emocional  
Providenciar Material Educativo  
Referenciar para outro Serviço de Saúde  
Referenciar para Técnico de Saúde de outra Unidade de Cuidados  
Reforçar a Consecução de Objectivos  
Reforçar as Capacidades para Aceitação do Estado de Saúde  
Reforçar as Capacidades para Adesão ao Processo Terapêutico  
Supervisionar a Adesão ao Regime Medicamentoso  
Trabalhar em Rede

## A – Cuidados de Enfermagem com a PESSOA-DOENTE

### 1. Processo COMPORTAMENTAL

#### 1.3 ADESÃO a Procura de SAÚDE

Figura 5



1.3 Adesão a PROCURA de SAÚDE	
Área	ENUNCIADOS de DIAGNÓSTICOS e de RESULTADOS de ENFERMAGEM
<b>COMPORTEAMENTO</b>	<p>1 Comportamento de Procura de Saúde Comprometido Comportamento de Procura de Saúde</p> <p>2 Não Adesão a Processo ADR para VIH Adesão a Processo ADR para VIH</p> <p>3 Não Adesão ao Plano de Imunização Adesão ao Plano de Imunização</p> <p>4 Comportamento de Risco para Infecção Sem Comportamento de Risco para Infecção</p> <p>5 Não Adesão a Consulta de Planeamento Familiar Adesão a Consulta de Planeamento Familiar</p> <p>6 Risco de Gravidez Não Desejada Gravidez Comprometida</p> <p>7 Não Adesão a Consulta de Obstetrícia Adesão a Consulta de Obstetrícia</p> <p>8 Tem Barreiras à Adesão a Procura de Saúde Barreiras à Adesão a Procura de Saúde Atenuadas Sem Barreiras à Adesão a Procura de Saúde</p>
<b>ATITUDE</b>	<p>9 Atitude Negligente face a Procura de Saúde Atitude Favorável face a Procura de Saúde</p>
<b>CONHECIMENTO</b>	<p>10 Défice de Conhecimento sobre Procura de Saúde Conhecimento sobre Procura de Saúde</p> <p>11 Défice de Conhecimento sobre Plano de Imunização Conhecimento sobre Plano de Imunização</p> <p>12 Défice de Conhecimento sobre Saúde Sexual e Reprodutiva Conhecimento sobre Saúde Sexual e Reprodutiva</p> <p>13 Défice de Conhecimento sobre Uso de Contracetivos Conhecimento sobre Uso de Contracetivos</p> <p>14 Défice de Conhecimento sobre Prevenção de Infecção Conhecimento sobre Prevenção de Infecção</p> <p>15 Défice de Conhecimento sobre Serviço de Saúde Conhecimento Adequado sobre Serviço de Saúde</p> <p>16 Défice de Conhecimento sobre Serviço Comunitário Conhecimento Adequado sobre Serviço Comunitário</p>

1.3 Adesão a PROCURA de SAÚDE
ENUNCIADOS de AÇÕES de DIAGNÓSTICO e de INTERVENÇÕES de ENFERMAGEM
<p>Apoiar o Processo de Tomada de Decisão para Manter a Saúde</p> <p>Assegurar a Continuidade de Cuidados</p> <p>Avaliar a Disponibilidade para Aprender</p> <p>Avaliar a Suscetibilidade à Infecção</p> <p>Avaliar Adesão a Consulta de Obstetrícia</p> <p>Avaliar Adesão a Consulta de Planeamento Familiar</p> <p>Avaliar Atitude face a Procura de Saúde</p> <p>Avaliar Barreiras à Adesão a Procura de Saúde</p> <p>Avaliar Comportamento de Procura de Saúde</p> <p>Avaliar o Conhecimento sobre Plano de Imunização</p> <p>Avaliar o Conhecimento sobre Prevenção de Infecção</p> <p>Avaliar o Conhecimento sobre Procura de Saúde</p> <p>Avaliar o Conhecimento sobre Saúde Sexual e Reprodutiva</p> <p>Avaliar o Conhecimento sobre Serviço Comunitário</p> <p>Avaliar o Conhecimento sobre Serviço de Saúde</p> <p>Avaliar o Conhecimento sobre Uso de Contracetivos</p> <p>Colaborar com o Assistente Social</p> <p>Colaborar com o Médico</p> <p>Colaborar com o <b>Psicólogo</b></p> <p>Colaborar com Técnico de Saúde de outra Unidade de Cuidados</p> <p>Consultar Técnico de Saúde da Equipa Terapêutica (na Unidade de Cuidados)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assistente Social</li> <li>Enfermeiro Especialista</li> <li>Médico</li> <li><b>Psicólogo</b></li> </ul> <p>Contactar Serviço Comunitário</p> <p>Contactar Serviço de Saúde</p> <p>Disponibilizar Número de Telefone para Contacto</p> <p>Elogiar Adesão a Procura de Saúde</p> <p>Ensinar sobre Complicações da Não Adesão a Procura de Saúde</p> <p>Ensinar sobre Plano de Imunização</p> <p>Ensinar sobre Prevenção de Infecção</p> <p>Ensinar sobre Procura de Saúde</p> <p>Ensinar sobre Saúde Sexual e Reprodutiva</p> <p>Ensinar sobre Serviço Comunitário</p> <p>Ensinar sobre Serviços de Saúde</p> <p>Ensinar sobre Uso de Contraceptivos</p> <p>Ensinar sobre Vacinas</p> <p>Envolver</p> <p>Escutar</p> <p>Estabelecer a Confiança</p> <p>Estabelecer Relação</p> <p>Estabelecer Limites</p> <p>Explicar Direitos e <b>Deveres</b> do Cliente</p> <p>Facilitar a Capacidade para Comunicar Sentimentos</p> <p>Informar sobre Processo ADR para VIH</p> <p>Informar sobre Serviço de Planeamento Familiar</p>

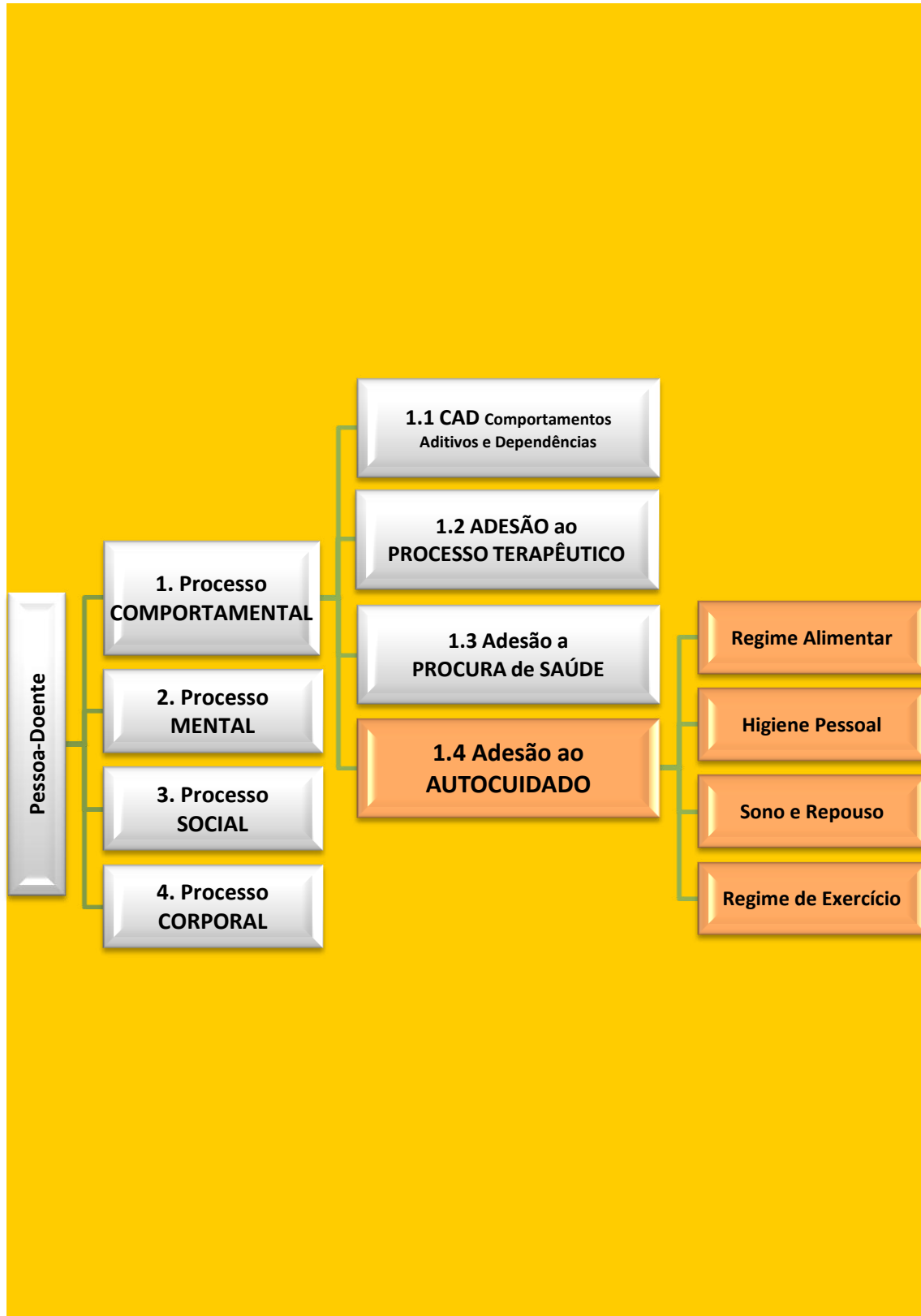
Orientar para Dentista  
Orientar para Processo ADR para VIH  
Promover a Adesão a Consulta de Obstetrícia  
Promover a Adesão a Consulta de Planeamento Familiar  
Promover a Adesão a Precauções de Segurança para Prevenir Infecção  
Promover a Adesão ao Uso de Preservativo  
Promover a Autoestima  
Promover a Consciencialização do Comportamento de Procura de Saúde  
Promover a Procura de Saúde  
Providenciar Material Educativo  
Providenciar Preservativos  
Realizar Processo ADR para VIH  
Referenciar para Consulta de Planeamento Familiar  
Referenciar para outro Serviço de Saúde  
Referenciar para Serviço de Obstetrícia  
Referenciar para Técnico de Saúde de outra Unidade de Cuidados  
Reforçar a Adesão a Procura de Saúde  
Trabalhar em Rede  
Verificar Cumprimento do Regime de Imunização

## A – Cuidados de Enfermagem com a PESSOA-DOENTE

### 1. Processo COMPORTAMENTAL

#### 1.4 Adesão ao AUTOCUIDADO

Figura 6



1.4 Adesão a AUTOCUIDADO (Alimentação, Higiene, Sono, Exercício)	
Área	ENUNCIADOS de DIAGNÓSTICOS e de RESULTADOS de ENFERMAGEM
GERAL deste Grupo	1
	Défi ce no Autocuidado
	Autocuidado Efectivo
	2
	Sem Disponibilidade para o Autocuidado
	Disponibilidade para o Autocuidado
	3
	Sem Disponibilidade para Aprender
	Disponibilidade para Aprender
	4
Barreiras à Adesão ao Autocuidado	
Barreiras à Adesão ao Autocuidado Atenuadas	

<b>COMPORTAMENTO</b>	5	Risco de Ingestão Alimentar Deficiente Comportamento Alimentar Inadequado Comportamento Alimentar Adequado
	6	Peso Comprometido Peso Corporal Adequado
	7	Não Adesão ao Regime Alimentar Adesão ao Regime Alimentar Melhorado Adesão ao Regime Alimentar
	8	Negligencia a Higiene Pessoal Cuida da Higiene Pessoal
	9	Incapacidade para Cuidar da Higiene Pessoal Capacidade para Cuidar da Higiene Pessoal
	10	Risco de Pele Seca Pele Seca Integridade da Pele Sem Sinais de Alteração
	11	Higiene Oral Comprometida Higiene Oral Efectiva
	12	Dentição Comprometida Dentição Melhorada Dentição Reabilitada
	13	Padrão de Sono Comprometido Padrão de Sono Efectivo
	14	Risco de Sono Comprometido Sono Comprometido Insónia Hipersónia Sono Adequado
	15	Padrão de Exercício Elevado Padrão de Exercício Diminuído Padrão de Exercício Efectivo
	16	Não Adesão ao Regime de Exercício Adesão ao Regime de Exercício

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"><b>ATTITUDE</b></p>	<p>17 Atitude Negligente face ao Regime Alimentar Atitude Favorável face ao Regime Alimentar</p> <p>18 Atitude Negligente para Cuidar da Higiene Pessoal Atitude Favorável face ao Cuidar da Higiene Pessoal</p> <p>19 Atitude Negligente para Cuidado Oral Atitude Favorável face ao Cuidado Oral</p> <p>20 Atitude Negligente Face ao Regime de Exercício Atitude Favorável face ao Regime de Exercício</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"><b>CONHECIMENTO</b></p>	<p>21 Défice de Conhecimento sobre o Regime Alimentar Conhecimento sobre o Regime Alimentar</p> <p>22 Défice de Conhecimento sobre Serviço Comunitário de Refeições Conhecimento sobre Serviço Comunitário de Refeições</p> <p>23 Défice de Conhecimento sobre Cuidar da Higiene Pessoal Conhecimento sobre Cuidar da Higiene Pessoal</p> <p>24 Défice de Conhecimento sobre Autocuidar da Pele Conhecimento sobre Autocuidar da Pele</p> <p>25 Défice de Conhecimento sobre Cuidado Oral Conhecimento sobre Cuidado Oral</p> <p>26 Défice de Conhecimento sobre Serviço Comunitário para Cuidar da Higiene Pessoal Conhecimento sobre o Serviço Comunitário para Cuidar da Higiene Pessoal</p> <p>27 Défice de Conhecimento sobre Necessidade de Sono Conhecimento sobre Necessidade de Sono</p> <p>28 Défice de Conhecimento sobre o Regime de Exercício Conhecimento Adequado sobre o Regime de Exercício</p>

**1.4 Adesão a AUTOCUIDADO (Alimentação, Higiene, Sono, Exercício)**

**ENUNCIADOS de AÇÕES de DIAGNÓSTICO e de INTERVENÇÕES de ENFERMAGEM**

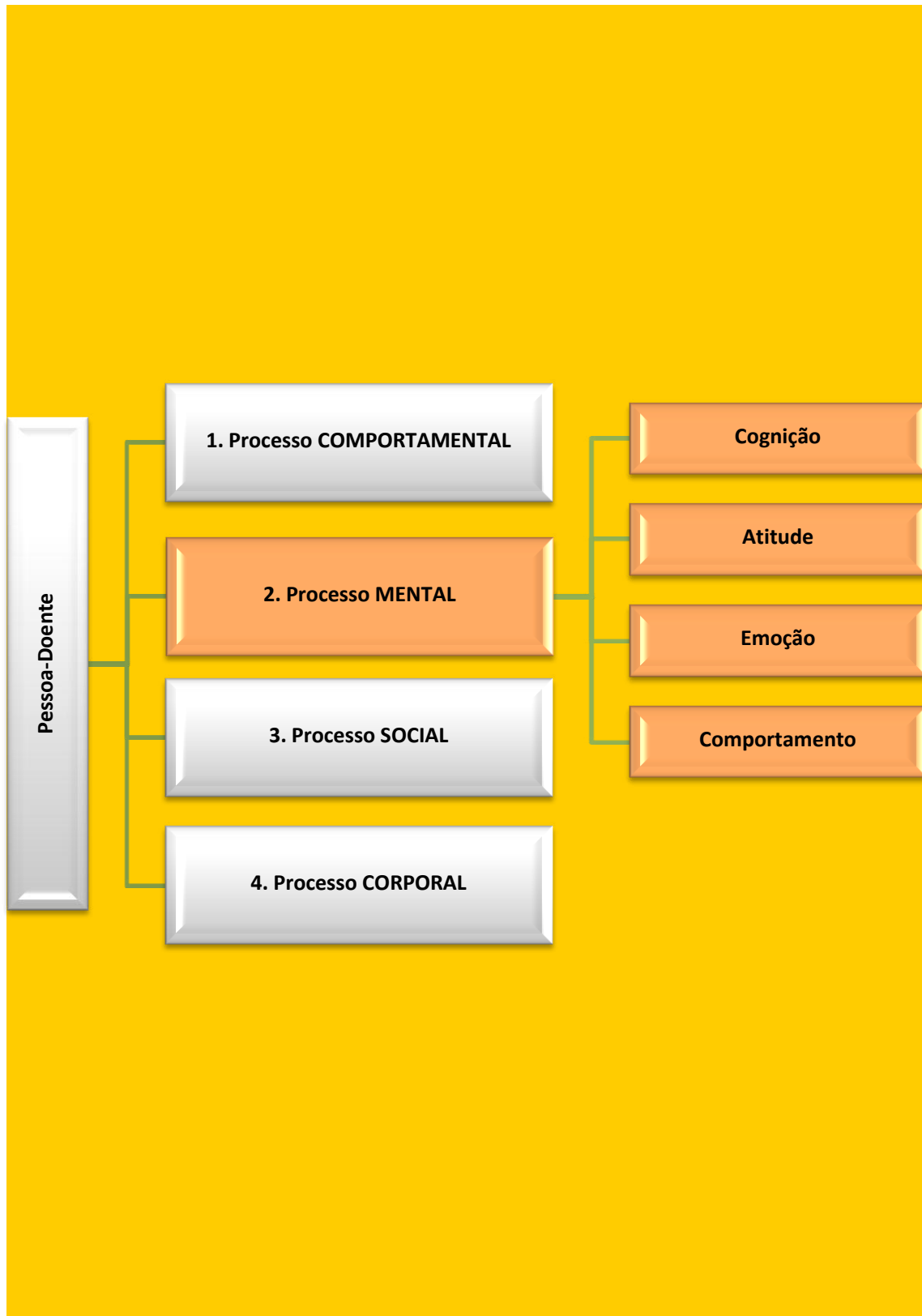
Apoiar no Processo de Tomada de Decisão para o Autocuidado  
 Apoiar na Alimentação  
 Apoiar na Higiene Pessoal  
 Avaliar a Adesão ao Regime Alimentar  
 Avaliar a Atitude Face ao Regime de Exercício  
 Avaliar a Capacidade para Cuidar da Higiene Pessoal  
 Avaliar a Disponibilidade para Aprender  
 Avaliar Adesão ao Regime de Exercício  
 Avaliar Atitude face ao Regime Alimentar  
 Avaliar Barreiras à Adesão ao Autocuidado  
 Avaliar Disponibilidade para o Autocuidado  
 Avaliar o Autocuidado  
 Avaliar o Autocuidado à Pele  
 Avaliar o Comportamento Alimentar  
 Avaliar o Conhecimento sobre Cuidado Oral  
 Avaliar o Conhecimento sobre Cuidar da Higiene Pessoal  
 Avaliar o Conhecimento sobre Necessidade de Sono  
 Avaliar o Conhecimento sobre Regime Alimentar  
 Avaliar o Conhecimento sobre Regime de Exercício  
 Avaliar o Conhecimento sobre Serviço Comunitário de Refeições  
 Avaliar o Conhecimento sobre Serviço Comunitário para Cuidar da Higiene Pessoal  
 Avaliar o Cuidado Oral  
 Avaliar o Padrão de Exercício  
 Avaliar o Padrão de Higiene Pessoal  
 Avaliar o Padrão de Sono  
 Colaborar com o Assistente Social  
 Colaborar com o Médico  
 Colaborar com o **Psicólogo**  
 Colaborar com Técnico de Saúde de outra Unidade de Cuidados  
 Colaborar no Regime Alimentar  
 Consultar Técnico de Saúde da Equipa Terapêutica (na Unidade de Cuidados)  
     Assistente Social  
     Enfermeiro Especialista  
     Médico  
     **Psicólogo**  
 Contactar Serviço Comunitário  
 Contactar Serviço de Nutrição  
 Contactar Serviço de Saúde  
 Cuidar da Pele  
 Disponibilizar Número de Telefone para Contacto  
 Elogiar a Adesão ao Exercício  
 Elogiar o Arranjo Pessoal  
 Elogiar o Cuidado da Higiene Pessoal  
 Elogiar o Cuidado Oral  
 Ensinar a Cuidar da Higiene Pessoal  
 Ensinar a Gerir a Medicação para Dormir  
 Ensinar sobre Sono Adequado para as Actividades de Vida Diária  
 Ensinar sobre Autocuidar da Pele  
 Ensinar sobre Complicações da Não Adesão ao Regime Alimentar

Ensinar sobre Cuidado Oral  
Ensinar sobre Ingestão de Líquidos  
Ensinar sobre Necessidade Alimentar  
Ensinar sobre Regime Alimentar  
Ensinar sobre Regime de Exercício  
Ensinar sobre Serviço Comunitário de Refeições  
Ensinar Técnicas para Facilitar o Sono  
Escutar  
Estabelecer a Confiança  
Estabelecer Comunicação Efectiva  
Estabelecer Relação  
Executar Técnica de Relaxamento  
Explicar a Importância do Exercício na Sociabilidade  
Facilitar a Capacidade para Comunicar Sentimentos  
Incentivar a Aplicação de Creme  
Incentivar Ingestão de Líquidos  
Incentivar o Autocuidado à Pele  
Incentivar o Cuidado da Higiene Pessoal  
Incentivar o Cuidado Oral  
Informar sobre Serviço Comunitário para Cuidar da Higiene Pessoal  
Monitorizar Dentição  
Monitorizar Índice de Massa Corporal  
Monitorizar o Peso  
Orientar para Aplicar Creme  
Orientar para Fazer Exercício  
Orientar para Serviço Comunitário de Refeições  
Orientar para Serviço Comunitário para Cuidar da Higiene Pessoal  
Orientar para Serviço de Habitação  
Promover a Adesão ao Exercício  
Promover a Adesão ao Regime Alimentar  
Promover a Autoestima  
Promover a Consciencialização da Função Terapêutica do Exercício  
Promover a Consciencialização da Importância da Adequação do Padrão de Sono para o Conforto Pessoal  
Promover a Consciencialização da Importância da Higiene Pessoal para o Relacionamento  
Promover a Consciencialização do Comportamento Alimentar  
Promover a Consciencialização do Cuidado Oral  
Promover a Disponibilidade para o Autocuidado  
Promover a Esperança  
Promover a Higiene Oral  
Promover a Higiene Pessoal  
Promover o Arranjo Pessoal  
Promover o Autocuidado  
Promover o Autocuidar da Pele  
Promover o Comportamento Alimentar Saudável  
Providenciar Ambiente Confortável  
Providenciar Apoio Emocional  
Providenciar Material Educativo sobre Cuidado Oral  
Providenciar Material Educativo sobre Regime Alimentar  
Providenciar Material Educativo sobre Regime de Exercício  
Referenciar para Serviço de Alojamento  
Supervisionar a Higiene Pessoal  
Trabalhar em Rede  
Tranquilizar  
Vigiar o Comportamento Alimentar  
Vigiar o Sono

## A – Cuidados de Enfermagem com a PESSOA-DOENTE

### 2. Processo MENTAL

Figura 7



2. Processo MENTAL	
Área	ENUNCIADOS de DIAGNÓSTICOS e de RESULTADOS de ENFERMAGEM
COGNIÇÃO	1 Cognição Comprometida Cognição sem Alterações Aparentes
	2 Ideação Suicida Risco de Ideação Suicida
	3 Processo de Pensamento Distorcido Pensamento ao Nível Esperado
	4 Risco de Confusão Confusão Aguda Confusão Crónica Confusão Melhorada Sem Confusão Aparente
	5 Risco de Delírio Delírio Sem Delírio
	6 Défice de Conhecimento sobre Técnicas para Gerir o Stress Conhecimento sobre Técnicas para Gerir o Stress
	7 Défice de Conhecimento sobre Gerir Emoções Conhecimento sobre Gerir Emoções

<b>ATTITUDE</b>	8	Autoimagem Negativa
		Autoimagem Positiva
	9	Baixa Autoestima
		Autoestima Melhorada
		Autoestima Positiva
	10	Baixa Autoeficácia
		Autoeficácia Melhorada
		Autoeficácia Positiva
	11	Baixo Autocontrolo
		Autocontrolo Melhorado
		Autocontrolo Efectivo
	12	Expectativa Irrealista para o Processo Terapêutico
		Expectativa Realista para o Processo Terapêutico
	13	Sem Crença Espiritual
		Com Crença Espiritual
	14	<i>Coping</i> Comprometido
		<i>Coping</i> Efectivo
	15	Sem Disponibilidade para <i>Coping</i>
		Disponibilidade para <i>Coping</i>
	16	Adaptação Comprometida ao Processo Terapêutico
		Adaptação ao Processo Terapêutico
	17	Negação do Estado de Saúde
		Aceitação do Estado de Saúde Comprometida
		Aceitação do Estado de Saúde
	18	Falta de Iniciativa
		Iniciativa Melhorada
	19	<i>Craving</i>
		Risco de <i>Craving</i>

<b>EMOÇÃO</b>	20	Ambivalência	
		Sem Ambivalência	
	21	Angústia de Separação do Uso de Substâncias Psicoactivas	
		Sem Angústia de Separação do Uso de Substâncias Psicoactivas	
	22	Ansiedade Grave	
		Ansiedade Moderada	
		Ansiedade Ligeira	
		Sem Ansiedade	
	23	Falta de Confiança no Enfermeiro	
		Confiança no Enfermeiro	
	24	Falta de Esperança	
		Esperança	
	25	Euforia	
		Sem Euforia	
	26	Risco de Solidão	
		Solidão	
		Sentimentos de Pertença	
	27	Sufrimento	
		Sem Sofrimento	
	28	Tristeza	
		Sem Tristeza	
	29	Vontade de Viver Comprometida	
		Vontade de Viver	
	<b>COMPORTEAMENTO</b>	30	Capacidade para se Proteger Comprometida
			Capacidade para se Proteger
		31	Automutilação
			Risco de Automutilação
			Sem Sinais Aparentes de Automutilação
		32	Risco de Suicídio
		Risco de Suicídio Diminuído	
33		Outro Comportamento Autodestrutivo	
		Risco de Comportamento Autodestrutivo	
		Sem Sinais Aparentes de Comportamento Autodestrutivo	

**2. Processo MENTAL**

**ENUNCIADOS de AÇÕES de DIAGNÓSTICO e de INTERVENÇÕES de ENFERMAGEM**

Aconselhar sobre a Esperança  
 Aconselhar sobre Competência Relacional  
 Aconselhar sobre Comportamento Assertivo  
 Aconselhar sobre Comportamento Organizado  
 Aconselhar sobre Comunicação Efetiva  
 Aconselhar sobre Ligação  
 Aconselhar sobre Medidas de Segurança e Prevenção da Violência Doméstica  
 Aconselhar sobre Participação Comunitária  
 Aconselhar sobre Relação  
 Aconselhar sobre Socialização  
 Aliviar o Sofrimento  
 Aplicar Escala de Risco de Suicídio  
 Apoiar a Aceitação das Limitações  
 Apoiar o Processo de Tomada de Decisão  
 Assistir na Crise  
 Avaliar a Disponibilidade para Aprender  
 Avaliar Ideação Suicida  
 Avaliar o Conhecimento sobre Técnicas para Gerir o Stress  
 Avaliar o Status Mental  
 Avaliar o Suporte Emocional  
 Avaliar Pensamento Distorcido  
 Colaborar com o Médico  
 Colaborar com o **Psicólogo**  
 Colaborar com Técnico de Saúde de outra Unidade de Cuidados  
 Confortar  
 Consultar Técnico de Saúde da Equipa Terapêutica (na Unidade de Cuidados)
 

- Assistente Social
- Enfermeiro Especialista
- Fisioterapeuta
- Médico
- Psicólogo**
- Terapeuta Ocupacional

 Contactar Serviço Comunitário  
 Contactar Serviço de Saúde  
 Coordenar o Plano de Cuidados de Enfermagem  
 Demonstrar Técnica de Relaxamento  
 Disponibilizar Número de Telefone para Contacto  
 Disponibilizar Número de Telefone para Contacto  
 Educar para Comunicação Efetiva  
 Educar para o Estabelecimento de Ligação  
 Educar sobre Valores  
 Elogiar Comportamento Assertivo  
 Elogiar Comportamento Organizado  
 Elogiar Comportamento Positivo  
 Elogiar Comunicação Efetiva  
 Elogiar Medidas de Segurança e de Prevenção de Tentativa de Suicídio  
 Elogiar Medidas de Segurança e Prevenção de Violência Doméstica  
 Elogiar Participação Comunitária  
 Elogiar Socialização  
 Encorajar

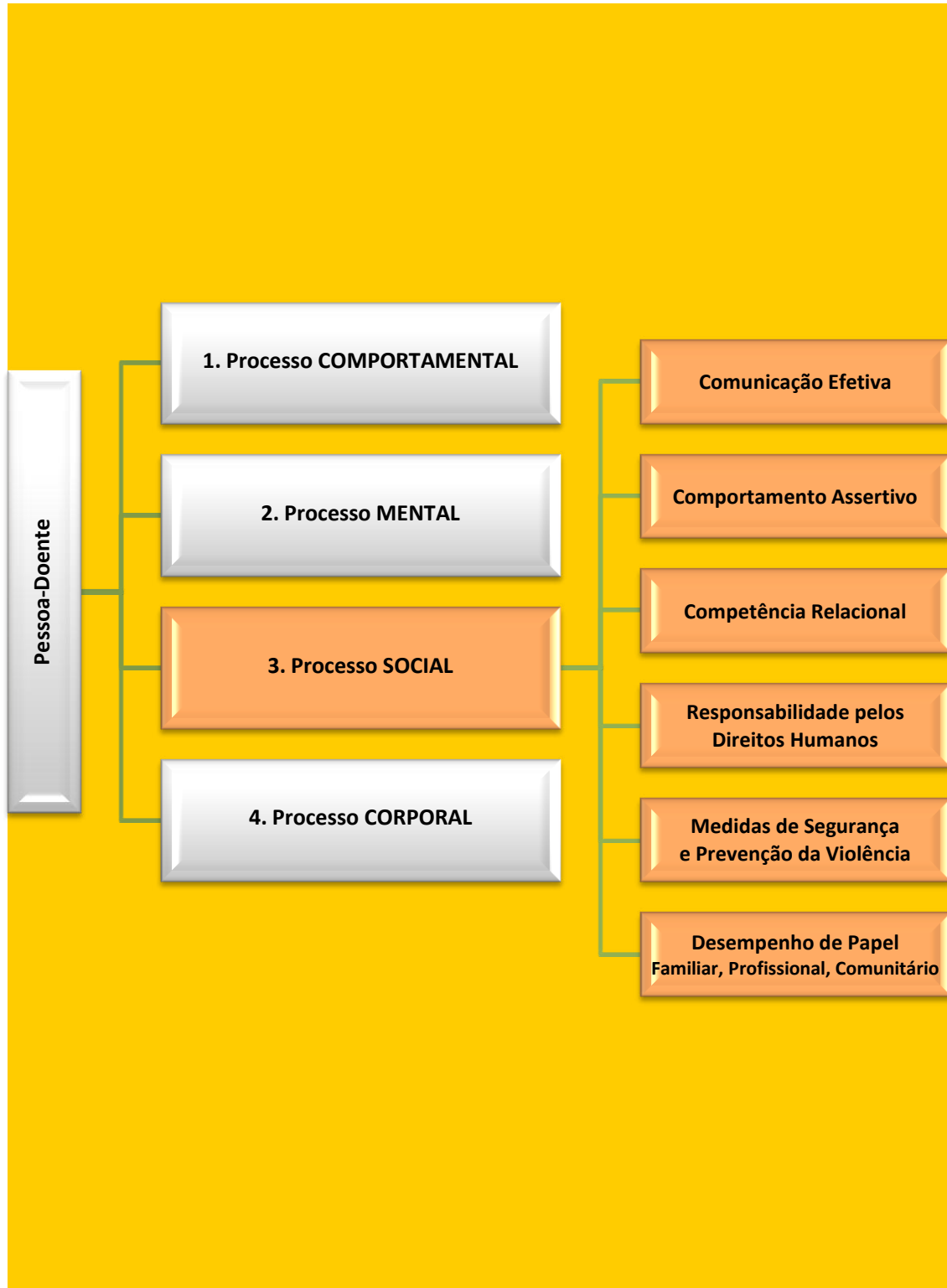
Encorajar as Afirmações Positivas  
Ensinar a Adequar Comunicação  
Ensinar a Estabelecer Prioridades  
Ensinar Medidas de Segurança  
Ensinar sobre a Doença  
Ensinar sobre Comportamento Positivo  
Ensinar sobre *Coping*  
Ensinar sobre Gerir Emoções  
Ensinar sobre Técnicas para Gerir o Stress  
Ensinar Técnicas de Adaptação  
Escutar  
Estabelecer a Confiança  
Estabelecer Comunicação Efectiva  
Estabelecer Relação  
Estabelecer Limites  
Estabelecer Prioridades do Processo Terapêutico  
Estar Presente  
Executar Técnica de *Feedback*  
Executar Técnica de Relaxamento  
Executar Técnica de Relaxamento  
Explicar Direitos e Deveres do Cliente  
Facilitar a Capacidade para Comunicar Sentimentos  
Gerir a Crise  
Gerir a Resposta Negativa ao Tratamento  
Gerir a Segurança do Ambiente  
Gerir Emoções  
Gerir o Comportamento Negativo  
Gerir o Processo de *Coping* Comprometido  
Gerir o Regime Medicamentoso  
Implementar Medidas de Segurança e de Prevenção para Tentativa de Suicídio  
Implementar Medidas de Segurança e de Prevenção para Violência Doméstica  
Implementar Terapia para Violência Doméstica  
Implementar Terapia pela Diversão  
Incentivar a Autoeficácia  
Incentivar a Consciencialização das Emoções  
Incentivar Adesão ao Processo Terapêutico  
Incentivar Comportamento Positivo  
Incentivar Crença Espiritual  
Incentivar Expectativas Realistas  
Incentivar o Ajuste dos Comportamentos aos Valores Pessoais  
Manter a Confidencialidade  
Manter a Dignidade e a Privacidade  
Monitorizar Ansiedade  
Orientar para *Coping* Efectivo  
Orientar para Gerir Emoções  
Orientar para Gerir o Stress  
Orientar para Prevenção do Isolamento Social  
Orientar para Solicitar Apoio Emocional  
Prevenir a Violência  
Prevenir o Isolamento Social  
Procurar Sinais de Comportamento Autodestrutivo  
Promover a Autoestima  
Promover a Capacidade para Comunicar Sentimentos  
Promover a Capacidade para se Ajustar  
Promover a Competência Relacional

Promover a Comunicação Efetiva  
Promover a Consciencialização da Capacidade para Melhorar  
Promover a Consciencialização da Doença  
Promover a Consciencialização de Comportamentos Autodestrutivos  
Promover a Consciencialização do Comportamento Autodestrutivo  
Promover a Consciencialização dos Valores Pessoais  
Promover a Esperança  
Promover a Gestão de Emoções  
Promover a Identificação de Emoções  
Promover a Identificação de **Stressores** Internos e Externos  
Promover Ligação  
Promover Novos Hábitos de Vida Aprazíveis  
Promover o Ajuste de Expectativas  
Promover o Apoio Social  
Promover o Autoconhecimento  
Promover o Autocontrolo  
Promover o Comportamento Assertivo  
Promover o Comportamento Organizado  
Promover o Estabelecer de Limites  
Promover o Exercício Físico  
Promover Participação Comunitária  
Promover Socialização  
Proteger a Confidencialidade  
Proteger de Tentativa de Suicídio  
Proteger o Direito do Cliente  
Proteger  
Providenciar Apoio Emocional  
Providenciar Orientação para a Realidade  
Providenciar Privacidade  
Referenciar para Serviço Comunitário  
Referenciar para Serviço de Saúde  
Reforçar a Adaptação  
Reforçar a Autoimagem Positiva  
Reforçar a Consecução de Objectivos  
Reforçar a Definição de Prioridades  
Reforçar a Identidade Pessoal  
Reforçar a Imagem Corporal  
Reforçar as Capacidades para se Proteger  
Tocar  
Tranquilizar  
Treinar Técnica de Relaxamento  
Usar Humor na Comunicação  
Vigilância Contínua

## A – Cuidados de Enfermagem com a PESSOA-DOENTE

### 3. Processo SOCIAL

Figura 8



3. Processo SOCIAL	
Área	ENUNCIADOS de DIAGNÓSTICOS e de RESULTADOS de ENFERMAGEM
COMPORTAMENTO	1 Competência Relacional Comprometida Competência Relacional Melhorada Competência Relacional Efectiva
	2 Comunicação Comprometida Comunicação Efectiva
	3 Isolamento Social Socialização Comprometida Socialização Melhorada Socialização Efectiva
	4 Problema de Relação Relação Melhorada Relação Efectiva
	5 Problema de Ligação Ligação Melhorada Ligação Efectiva
	6 Sem Comportamento Assertivo Comportamento Assertivo
	7 Risco de Violência Risco de Violência Doméstica Violência Doméstica Agressor Sobrevivente Sem Sinais Aparentes de Violência
	8 Desempenho Comprometido como Membro da Família Desempenho Efectivo como Membro da Família
	9 Risco de Compromisso no Desempenho de Papel Parental Parentalidade Comprometida Parentalidade Melhorada Parentalidade Efectiva
	10 Rendimento Insuficiente Rendimento Melhorado
	11 Capacidade para Gerir o Rendimento Comprometida Capacidade para Gerir o Rendimento
	12 Falta de Apoio Social Apoio Social
	13 Sem Abrigo Com Habitação

<b>ATTITUDE</b>	<p>14 Atitude Negligente no Desempenho de Papel como Membro da Família Atitude Favorável no Desempenho de Papel como Membro da Família</p> <p>15 Atitude Negligente no Desempenho de Papel Parental Atitude Favorável no Desempenho de Papel Parental</p> <p>16 Sem Disponibilidade para Aprender Disponibilidade para Aprender</p>
<b>CONHECIMENTO</b>	<p>17 Défice de Conhecimento sobre Comportamento Assertivo Conhecimento sobre Comportamento Assertivo</p> <p>18 Défice de Conhecimento sobre Responsabilidade Individual pelos Direitos Humanos Conhecimento sobre Responsabilidade Individual pelos Direitos Humanos</p> <p>19 Défice de Conhecimento sobre Medidas de Segurança e Prevenção da Violência Doméstica Conhecimento sobre Medidas de Segurança e Prevenção da Violência Doméstica</p> <p>20 Défice de Conhecimento sobre Desempenho de Papel como Membro da Família Conhecimento sobre Desempenho de Papel como Membro da Família</p> <p>21 Défice de Conhecimento sobre Desempenho de Papel Parental Conhecimento sobre Desempenho de Papel Parental</p>

### 3. Processo SOCIAL

#### ENUNCIADOS de Ações de Diagnóstico e de Intervenções de Enfermagem

Aconselhar a Estabelecer Ligação  
 Aconselhar a Estabelecer Relações  
 Aconselhar Medidas de Segurança e Prevenção da Violência Doméstica  
 Aconselhar Participação Comunitária  
 Aconselhar sobre Competência Relacional  
 Aconselhar sobre Comportamento Assertivo  
 Aconselhar sobre Comportamento Organizado  
 Aconselhar sobre Comunicação Efetiva  
 Aconselhar Socialização  
 Apoiar na Gestão do Rendimento  
 Apoiar o Processo de Tomada de Decisão para o Desempenho de Papel como Membro da Família  
 Apoiar o Processo de Tomada de Decisão para o Desempenho de Papel Parental  
 Apoiar o Processo de Tomada de Decisão para o Desempenho de Papel Profissional  
 Assistir na Crise  
 Avaliar a Capacidade para Gerir o Rendimento  
 Avaliar a Competência Relacional  
 Avaliar a Disponibilidade para Aprender  
 Avaliar o Apoio Social  
 Avaliar o Conhecimento sobre Comportamento Assertivo  
 Avaliar o Conhecimento sobre Medidas de Segurança e Prevenção da Violência Doméstica  
 Avaliar o Conhecimento sobre Papel de Membro da Família  
 Avaliar o Conhecimento sobre Papel Parental

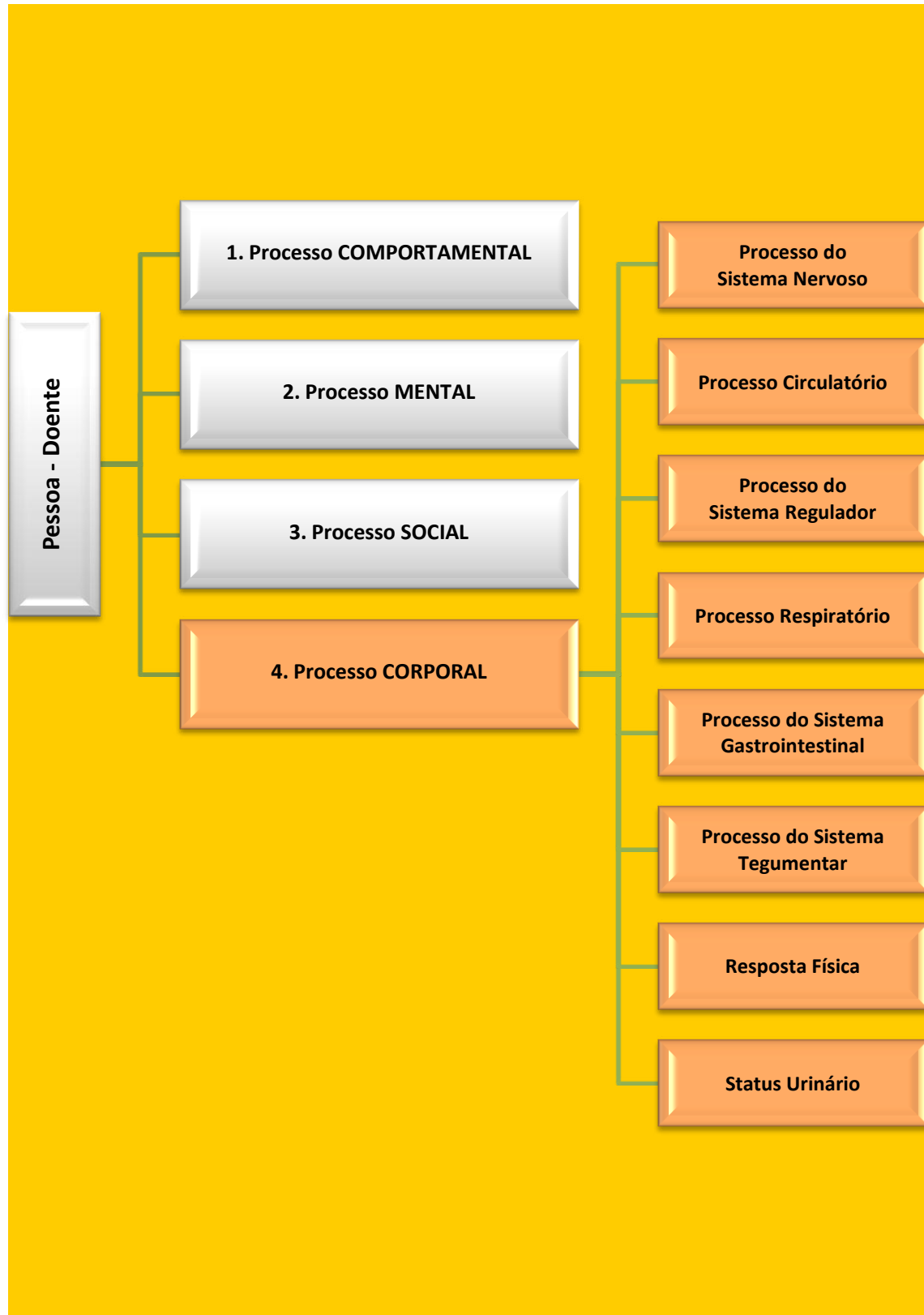
Avaliar o Conhecimento sobre Responsabilidade Individual pelos Direitos Humanos  
 Avaliar o Desempenho de Papel como Membro da Família  
 Avaliar o Desempenho de Papel Parental  
 Colaborar com o Assistente Social  
 Colaborar com o Médico  
 Colaborar com o Psicólogo  
 Colaborar com o Terapeuta Ocupacional  
 Colaborar com Técnico de Saúde de outra Unidade de Cuidados  
 Confortar  
 Consultar Técnico de Saúde da Equipa Terapêutica (na Unidade de Cuidados)  
     Assistente Social  
     Enfermeiro Especialista  
     Médico  
     Psicólogo  
     Terapeuta Ocupacional  
 Contactar Serviço Comunitário  
 Contactar Serviço de Saúde  
 Disponibilizar Número de Telefone para Contacto  
 Elogiar Comportamento Assertivo  
 Elogiar Comportamento Organizado  
 Elogiar Comportamento Positivo  
 Elogiar Comunicação Efetiva  
 Elogiar o Desempenho de Papel de Membro da Família  
 Elogiar o Desempenho de Papel Parental  
 Elogiar o Desempenho de Papel Profissional  
 Elogiar Participação Comunitária  
 Elogiar Socialização  
 Encorajar as Afirmações Positivas  
 Ensinar Medidas de Segurança  
 Ensinar Medidas de Segurança e Prevenção da Violência Doméstica  
 Ensinar sobre Comportamento Assertivo  
 Ensinar sobre Comportamento Positivo  
 Ensinar sobre Comunicação Efetiva  
 Ensinar sobre Responsabilidade Individual pelos Direitos Humanos  
 Ensinar sobre Papel como Membro da Família  
 Ensinar sobre Papel Parental  
 Ensinar sobre Parentalidade Efetiva  
 Ensinar sobre Serviço de Habitação  
 Ensinar Técnicas de Adaptação  
 Escutar  
 Estabelecer Comunicação Efetiva  
 Estabelecer Confiança  
 Estabelecer Relação  
 Estabelecer Limites  
 Estar Presente  
 Executar Técnica de Relaxamento  
 Explicar Direitos e Deveres do Cliente  
 Facilitar a Capacidade para Comunicar Sentimentos  
 Facilitar a Capacidade para Desempenhar o Papel de Membro da Família  
 Facilitar a Capacidade para Desempenhar o Papel Parental  
 Facilitar a Capacidade para Desempenhar o Papel Profissional  
 Gerir a Segurança do Ambiente  
 Gerir o Comportamento Negativo  
 Identificar sinais de Violência Doméstica  
 Implementar Medidas de Segurança e de Prevenção para Violência Doméstica

Implementar Terapia para Violência Doméstica  
Implementar Terapia pela Diversão  
Incentivar Ligação  
Incentivar o Comportamento Positivo  
Incentivar o Exercício  
Incentivar Relações  
Informar sobre Serviço de Habitação  
Instruir para Comunicação Efetiva  
Manter a Dignidade e a Privacidade  
Mediar a Comunicação Efetiva com Membros da Família  
Orientar para Prevenção do Isolamento Social  
Orientar para Prevenir a Violência  
Promover a Adoção de Medidas de Segurança e Prevenção da Violência Doméstica  
Promover a Autoestima  
Promover a Capacidade para Desempenhar Papel  
Promover a Competência Relacional  
Promover a Comunicação Efetiva  
Promover a Esperança  
Promover a Gestão de Emoções  
Promover a Identificação de Emoções  
Promover a Parentalidade  
Promover a Participação Comunitária  
Promover a Socialização  
Promover a Vinculação  
Promover Capacidade para Comunicar Sentimentos  
Promover Capacidade para se Ajustar  
Promover Comportamento Assertivo  
Promover Comportamento Organizado  
Promover Novos Hábitos de Vida Aprazíveis  
Promover o Apoio Social  
Promover o Autoconhecimento  
Promover o Estabelecimento de Limites  
Promover o Exercício  
Proteger  
Proteger os Direitos do Cliente  
Providenciar Apoio Emocional  
Providenciar Orientação para a Realidade  
Providenciar Terapia para Violência Doméstica  
Referenciar para Assistente Social  
Referenciar para Serviços  
Referenciar para Terapia Ocupacional  
Reforçar a Adesão ao Processo Terapêutico  
Reforçar a Consecução de Objetivos  
Reforçar a Definição de Prioridades  
Reforçar as Capacidades para Adotar Medidas de Segurança e Prevenção da Violência Doméstica  
Reforçar as Capacidades para Comportamento Assertivo  
Reforçar as Capacidades para Comportamento Organizado  
Reforçar as Capacidades para Comunicação Efetiva  
Reforçar as Capacidades para Participação Comunitária  
Reforçar as Capacidades para se Proteger  
Reforçar as Capacidades para Socialização  
Tocar  
Trabalhar em Rede  
Usar Humor na Comunicação  
Vigilância

## A – Cuidados de Enfermagem com a PESSOA-DOENTE

### 4. Processo CORPORAL

Figura 9



4. Processo CORPORAL	
Domínio	ENUNCIADOS de DIAGNÓSTICOS e de RESULTADOS de ENFERMAGEM
Geral	1 Desconfortável Confortável
	2 Sem Controlo de Sintomas Controlo de Sintomas
Processo do SISTEMA NERVOSO	<p><b>ACTIVIDADE PSICOMOTORA</b></p> <p>3 Actividade Psicomotora Comprometida Actividade Psicomotora Normal</p> <p>4 Agitação Sem Agitação</p> <p>5 Convulsão Sem Convulsão</p> <p>6 Espasmos Musculares Sem Espasmos Musculares</p> <p>7 Tremor Sem Tremor</p>
	<p><b>CONSCIÊNCIA</b></p> <p>8 Estado de Consciência Comprometida Hipervigilância Obnubilação Sem Alteração do Estado de Consciência</p>
	<p><b>ORIENTAÇÃO</b></p> <p>9 Desorientação Orientação Melhorada Orientação Efetiva</p>
	<p><b>PERCEPÇÃO</b></p> <p>10 Alucinação Sem Alucinação</p> <p>11 Dor Dor Melhorada Controlo da Dor Efectivo</p> <p>12 Náusea Sem Náusea</p> <p>13 Pesadelo Sem Pesadelo</p>

4. Processo CORPORAL	
Domínio	ENUNCIADOS de DIAGNÓSTICOS e de RESULTADOS de ENFERMAGEM
<b>PROCESSO CIRCULATORIO</b>	14 Risco de Bradicardia Bradicardia Risco de Taquicardia Taquicardia Frequência Cardíaca Adequada 15 Risco de Hipertensão Hipertensão Risco de Hipotensão Hipotensão Pressão Arterial Adequada
<b>Processo do SISTEMA REGULADOR</b>	16 Risco de Desidratação Desidratação Hidratação Adequada 17 Risco de Edema Periférico Edema Periférico Sem Edema Periférico 18 Hipersudorese Sem Hipersudorese 19 Febre Temperatura Corporal Adequada 20 Hiperglicemia Hipoglicemia Nível de Glicémia Adequado
<b>Processo RESPIRATORIO</b>	21 Risco de Dispneia Dispneia Sem Dispneia 22 Corrimento Nasal Sem Corrimento Nasal

4. Processo CORPORAL	
Domínio	ENUNCIADOS de DIAGNÓSTICOS e de RESULTADOS de ENFERMAGEM
<b>Processo do SISTEMA GASTRO-INTESTINAL</b>	23 Deglutição Comprometida Deglutição Efetiva 24 Risco de Dispepsia Dispepsia Sem Dispepsia 25 Risco de Diarreia Diarreia Risco de Obstipação Obstipação Defecação sem Alterações Aparentes 26 Risco de Vômito Vômito Sem Vômito
<b>RESPOSTA FÍSICA</b>	27 Midríase Miose Reflexo Pupilar no Nível Esperado 28 Lacrimejo Sem Lacrimejo
<b>STATUS URINÁRIO</b>	29 Eliminação Urinária Comprometida Eliminação Urinária Normal 30 Enurese Sem Enurese 31 Incontinência de Urgência Sem Incontinência de Urgência 32 Retenção Urinária Sem Retenção Urinária

4. Processo CORPORAL	
Domínio	ENUNCIADOS de DIAGNÓSTICOS e de RESULTADOS de ENFERMAGEM
<b>Processo do SISTEMA TEGUMENTAR</b>	33 Ferida Traumática Sem Ferida Traumática
	34 Ferida por Punção Sem Ferida por Punção
<b>Cognição</b>	35 Risco de Infecção da Ferida por Punção Infecção da Ferida por Punção
	36 Défice de Conhecimento sobre Complicações da Ferida por Punção Conhecimento sobre Complicações da Ferida por Punção
<b>EVENTO</b>	37 Défice de Conhecimento sobre Medidas de Segurança para Injectar Conhecimento sobre Medidas de Segurança para Injectar
	38 Risco de Queda Queda

**4. Processo CORPORAL**

**ENUNCIADOS de Ações de Diagnóstico e de Intervenções de Enfermagem**

Aconselhar  
 Aconselhar Dispositivo de Recolha ou Absorção de Urina  
 Aconselhar Eliminação Urinária Sempre à Noite  
 Adequar Comunicação  
 Aplicar Dispositivo de Recolha ou Absorção de Urina  
 Aplicar Embalagem Fria  
 Aplicar Embalagem Quente  
 Apoiar a Usar o Sanitário  
 Apoiar na Higiene Pessoal  
 Apoiar no Andar  
 Apoiar no Levantar-se  
 Avaliar Capacidade para Deglutir  
 Avaliar Capacidades de Controlo da Dor  
 Avaliar Conhecimento sobre Complicações da Ferida por Punção  
 Avaliar Conhecimento sobre Medidas de Segurança para Injectar  
 Avaliar Controlo de Sintomas  
 Avaliar Disponibilidade para Aprender  
 Avaliar Eliminação Urinária  
 Avaliar Estado de Consciência  
 Avaliar Orientação  
 Avaliar Resposta à Medicação  
 Avaliar Resposta ao Ensino  
 Avaliar Risco de Queda  
 Avaliar Sinais de Retenção Urinária  
 Cateterizar Bexiga  
 Colaborar com o Assistente Social  
 Colaborar com o Farmacêutico  
 Colaborar com o Médico  
 Colaborar com o **Psicólogo**  
 Colaborar com Técnico de Saúde de outra Unidade de Cuidados  
 Colaborar no Regime Alimentar  
 Confortar  
 Consultar Técnico de Saúde da Equipa Terapêutica (na Unidade de Cuidados)
 

- Assistente Social
- Enfermeiro Especialista
- Farmacêutico
- Fisioterapeuta
- Médico
- Psicólogo**
- Terapeuta Ocupacional

 Contactar Serviço de Nutrição  
 Contactar Serviço de Saúde  
 Cuidar da Ferida  
 Demonstrar como Prevenir Quedas  
 Disponibilizar Número de Telefone para Contacto  
 Encorajar o Repouso  
 Encorajar Técnica Respiratória ou da Tosse  
 Ensinar Medidas de Segurança com Catéter Urinário  
 Ensinar Medidas de Segurança para Injetar  
 Ensinar sobre Complicações da Ferida por Punção

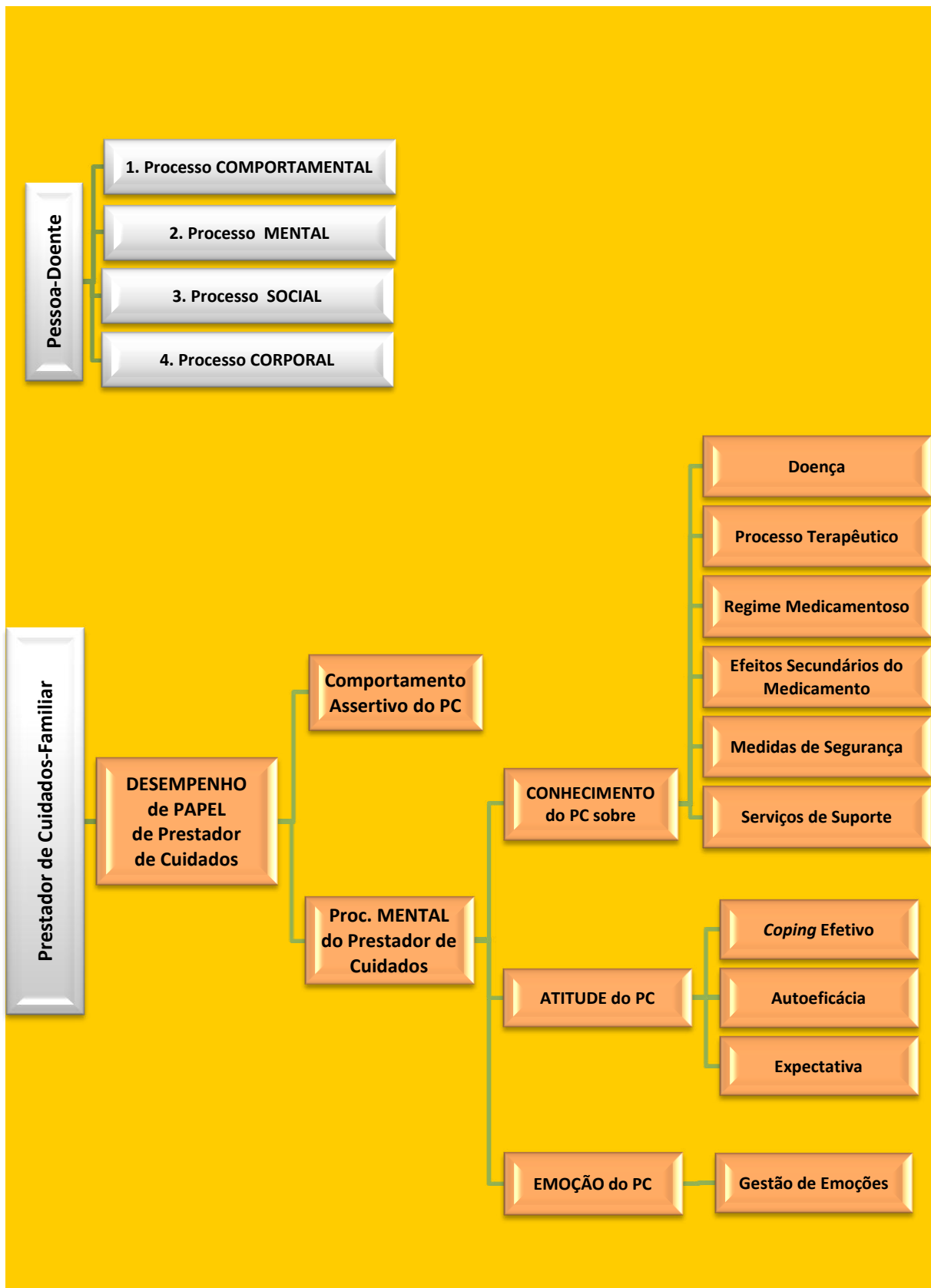
4. Processo CORPORAL
ENUNCIADOS de Ações de Diagnóstico e de Intervenções de Enfermagem
Ensinar sobre Efeitos Secundários do Medicamento
Ensinar sobre Gestão da Dor
Ensinar sobre Ingestão de Líquidos
Ensinar sobre Medicamento
Ensinar sobre Necessidade Alimentar
Ensinar sobre Prevenção de Hiperglicemia
Ensinar sobre Prevenção de Hipoglicemia
Ensinar sobre Processo Terapêutico
Ensinar sobre Regime Alimentar
Ensinar sobre Regime Medicamentoso
Ensinar sobre Sinais de Retenção Urinária
Ensinar Técnica de Deglutição
Ensinar Técnica de Imaginação Guiada
Ensinar Técnicas de Adaptação
Estabelecer Comunicação Efectiva
Estabelecer Prioridades do Processo Terapêutico
Estabelecer Relação
Estar Presente
Executar Técnica de Relaxamento
Facilitar a Capacidade para Comunicar Sentimentos
Gerir a Crise
Gerir a Medicação
Gerir a Resposta Negativa à Situação
Gerir a Segurança do Ambiente
Gerir o Ambiente
Gerir o Regime Alimentar
Gerir o Regime Medicamentoso
Gerir os Sintomas
Implementar Acções para Adequar a Temperatura Corporal
Implementar Linhas de Orientação do Serviço
Implementar Medidas de Segurança
Implementar Oxigenoterapia
Implementar Terapia pela Diversão
Incentivar Adesão ao Regime Alimentar
Incentivar Exercício Físico
Incentivar Ingestão de Líquidos
Incentivar Repouso
Incentivar Técnica de Imaginação Guiada
Informar Membro da Família
Instruir sobre Técnica de Relaxamento
Instruir sobre Técnica Respiratória ou da Tosse
Isolar o Doente
Manter a Dignidade e a Privacidade
Massajar
Minimizar Complicações
Monitorizar Dimensão da Ferida
Monitorizar Dor
Monitorizar Frequência Cardíaca
Monitorizar Frequência Respiratória
Monitorizar Glicémia
Monitorizar Pressão Sanguínea

4. Processo CORPORAL
ENUNCIADOS de Ações de Diagnóstico e de Intervenções de Enfermagem
<p>Monitorizar Resposta ao Tratamento</p> <p>Monitorizar Sinais Vitais</p> <p>Monitorizar Temperatura Corporal</p> <p>Orientar Antecipadamente para o Controlo de Sintomas</p> <p>Orientar no Espaço e no Tempo</p> <p>Orientar para Serviço Comunitário</p> <p>Orientar para Serviço de Saúde</p> <p>Orientar para Uso de Dispositivo de Recolha ou Absorção</p> <p>Planeamento da Alta</p> <p>Posicionar em <i>Fowler</i> ou <i>Semi-Fowler</i></p> <p>Posicionar em Segurança</p> <p>Posicionar para Facilitar a Eliminação Urinária</p> <p>Promover Adesão ao Processo Terapêutico</p> <p>Promover Adesão ao Regime Medicamentoso</p> <p>Promover Comportamento Alimentar Saudável</p> <p>Promover Higiene das Mãos</p> <p>Promover Higiene Pessoal</p> <p>Promover Repouso</p> <p>Proteger</p> <p>Proteger Direito do Cliente</p> <p>Providenciar Ambiente Confortável</p> <p>Providenciar Apoio Emocional</p> <p>Providenciar Dispositivo de Recolha ou Absorção de Urina</p> <p>Providenciar Material Educativo sobre Regime Alimentar</p> <p>Providenciar Orientação para a Realidade</p> <p>Providenciar Privacidade</p> <p>Referenciar para Enfermeiro de Família</p> <p>Referenciar para Médico de Família</p> <p>Referenciar para Serviço de Urgência</p> <p>Reforçar a Consecução de Objetivos</p> <p>Reforçar a Definição de Prioridades</p> <p>Reforçar as Capacidades</p> <p>Relatar Status a Membro da Família</p> <p>Solicitar Transporte</p> <p>Supervisionar Refeições</p> <p>Tocar</p> <p>Tranquilizar</p> <p>Trocar Saco de Urina</p> <p>Vigiar Características da Ferida</p> <p>Vigiar Características do Pulso</p> <p>Vigiar Ingestão de Alimentos</p> <p>Vigiar Ingestão de Líquidos</p> <p>Vigiar Reflexo Pupilar</p> <p>Vigiar Sintomas</p> <p>Vigilância Contínua</p> <p>Vigilância de Catéter Urinário</p> <p>Vigilância de Enurese</p> <p>Vigilância de Incontinência Urinária</p>

## B – Cuidados de Enfermagem com o PRESTADOR de CUIDADOS

### 5. DESEMPENHO de PAPEL de PRESTADOR de CUIDADOS

Figura 10



PAPEL de PRESTADOR de CUIDADOS	
Área	ENUNCIADOS de DIAGNÓSTICOS e de RESULTADOS de ENFERMAGEM
DESEMPENHO de PAPEL de PRESTADOR de CUIDADOS	1 Desempenho de Papel de Prestador de Cuidados Comprometido Desempenho de Papel de Prestador de Cuidados Melhorado Desempenho de Papel de Prestador de Cuidados Efectivo
	2 Comportamento Assertivo Comprometido do Prestador de Cuidados Comportamento Assertivo do Prestador de Cuidados
	3 Falta de Apoio Social para o Prestador de Cuidados Apoio Social para o Prestador de Cuidados
CONHECIMENTO do PRESTADOR de CUIDADOS	4 Défice de Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Desempenho do seu Papel Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre o Desempenho do seu Papel
	5 Défice de Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Doença Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Doença
	6 Défice de Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Processo Terapêutico Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Processo Terapêutico
	7 Défice de Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Regime Medicamentoso Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Regime Medicamentoso
	8 Défice de Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Medidas de Segurança com o Medicamento Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Medidas de Segurança com o Medicamento
	9 Défice de Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Efeito Secundário do Medicamento Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Efeito Secundário do Medicamento
	10 Défice de Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Comportamento Assertivo Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Comportamento Assertivo
	11 Défice de Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre <i>Coping</i> Efectivo Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre <i>Coping</i> Efectivo
	12 Défice de Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Gerir Emoções Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Gerir Emoções
	13 Défice de Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Serviços Comunitários Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Serviços Comunitários
	14 Défice de Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Serviços de Saúde Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Serviços de Saúde

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"><b>ATTITUDE do PRESTADOR de CUIDADOS</b></p>	<p>15 Atitude do Prestador de Cuidados Dificultadora no Desempenho do seu Papel Atitude do Prestador de Cuidados Facilitadora no Desempenho do seu Papel</p> <p>16 <i>Coping</i> Comprometido do Prestador de Cuidados <i>Coping</i> Efetivo do Prestador de Cuidados</p> <p>17 Risco de Stress do Prestador de Cuidados Stress do Prestador de Cuidados Stress do Prestador de Cuidados, Melhorado Prestador de Cuidados Sem Stress</p> <p>18 Baixa Autoeficácia do Prestador de Cuidados Autoeficácia do Prestador de Cuidados</p> <p>19 Expectativa Irrealista do Prestador de Cuidados para o Processo Terapêutico Expectativa Realista do Prestador de Cuidados para o Processo Terapêutico</p> <p>20 Sem Disponibilidade para Desempenho de Papel de Prestador de Cuidados Disponibilidade para Desempenho de Papel de Prestador de Cuidados</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"><b>EMOÇÃO do PRESTADOR de CUIDADOS</b></p>	<p>21 Prestador de Cuidados com Ansiedade Ansiedade do Prestador de Cuidados Melhorada Prestador de Cuidados sem Ansiedade</p> <p>22 Falta de Esperança do Prestador de Cuidados Prestador de Cuidados com Esperança</p> <p>23 Insegurança do Prestador de Cuidados Sem Insegurança do Prestador de Cuidados</p> <p>24 Sentimentos de Impotência do Prestador de Cuidados Sentimentos de Impotência Diminuídos do Prestador de Cuidados</p>

**5. Desempenho de PAPEL de PRESTADOR de CUIDADOS**

**ENUNCIADOS de Ações de Diagnóstico e de Intervenções de Enfermagem**

Aconselhar sobre Desempenho de Papel de Prestador de Cuidados  
 Aconselhar sobre Esperança ao Prestador de Cuidados  
 Adequar Comunicação  
 Advogar pelo Cliente  
 Apoiar o Prestador de Cuidados no Desempenho de Papel  
 Apoiar o Prestador de Cuidados no Planeamento e na Implementação de Medidas de Segurança e Prevenção da Violência Doméstica  
 Apoiar o Prestador de Cuidados na Gestão da Crise  
 Apoiar o Processo de Tomada de Decisão para Desempenho de Papel de Prestador de Cuidados  
 Apoiar o Prestador de Cuidados na Identificação de Experiências de *Coping* Efectivo  
 Apoiar o Prestador de Cuidados na Identificação de Stressores Internos e Externos  
 Apoiar o Prestador de Cuidados no Ajuste de Expectativas  
 Avaliar a Atitude do Prestador de Cuidados  
 Avaliar a Expectativa do Prestador de Cuidados para o Processo Terapêutico  
 Avaliar o Apoio Social ao Prestador de Cuidados  
 Avaliar o Comportamento Assertivo do Prestador de Cuidados  
 Avaliar o Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Comportamento Assertivo  
 Avaliar o Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre *Coping* Efectivo  
 Avaliar o Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Doença  
 Avaliar o Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Efeito Secundário do Medicamento  
 Avaliar o Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Medidas de Segurança com o Medicamento  
 Avaliar o Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre o Desempenho do seu Papel  
 Avaliar o Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Processo Terapêutico  
 Avaliar o Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Regime Medicamentoso  
 Avaliar o Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Serviços Comunitários  
 Avaliar o Conhecimento do Prestador de Cuidados sobre Serviços de Saúde  
 Avaliar o *Coping* do Prestador de Cuidados  
 Avaliar o Desempenho de Papel de Prestador de Cuidados  
 Avaliar o Stress do Prestador de Cuidados  
 Colaborar com o Assistente Social  
 Colaborar com o Médico  
 Colaborar com o **Psicólogo**  
 Confortar o Prestador de Cuidados  
 Consultar Técnico de Saúde da Equipa Terapêutica (na Unidade de Cuidados)  
     Assistente Social  
     Enfermeiro Especialista  
     Médico  
     **Psicólogo**  
 Contactar Serviço Comunitário  
 Contactar Serviço de Saúde  
 Disponibilizar Número de Telefone para Contacto  
 Elogiar o *Coping* Efectivo do Prestador de Cuidados  
 Encorajar o *Coping* Efectivo do Prestador de Cuidados  
 Ensinar o Prestador de Cuidados sobre Comportamento Assertivo  
 Ensinar o Prestador de Cuidados sobre *Coping* Efectivo  
 Ensinar o Prestador de Cuidados sobre Doença

Ensinar o Prestador de Cuidados sobre Efeito Secundário do Medicamento  
Ensinar o Prestador de Cuidados sobre Gerir Emoções  
Ensinar o Prestador de Cuidados sobre Gestão de Stress  
Ensinar o Prestador de Cuidados sobre Medidas de Segurança com o Regime Medicamentoso  
Ensinar o Prestador de Cuidados sobre Medidas de Segurança com os Bens Patrimoniais  
Ensinar o Prestador de Cuidados sobre Processo Terapêutico  
Ensinar o Prestador de Cuidados sobre Regime Medicamentoso  
Ensinar o Prestador de Cuidados sobre o Desempenho do seu Papel  
Ensinar Técnicas de Adaptação ao Prestador de Cuidados  
Estabelecer a Confiança com o Prestador de Cuidados  
Estabelecer Relação com o Prestador de Cuidados  
Estar Presente para o Prestador de Cuidados  
Explicar ao Prestador de Cuidados o Papel de Enfermeiro de Referência no Processo Terapêutico  
Facilitar a Capacidade do Prestador de Cuidados para Comunicar Sentimentos  
Facilitar a Capacidade para Desempenhar o Papel de Prestador de Cuidados  
Gerir o Processo de *Coping* Comprometido do Prestador de Cuidados  
Incentivar o Prestador de Cuidados a Trabalhar em Rede  
Informar o Prestador de Cuidados sobre Serviços Comunitários  
Informar o Prestador de Cuidados sobre Serviços de Saúde  
Negociar a Colaboração do Prestador de Cuidados  
Oferecer Disponibilidade para Apoiar o Prestador de Cuidados  
Orientar Antecipadamente o Prestador de Cuidados  
Orientar o Prestador de Cuidados para *Coping* Efetivo  
Orientar o Prestador de Cuidados para Prevenção de Isolamento Social  
Orientar o Prestador de Cuidados para Serviço de Saúde  
Planeamento da Alta com o Prestador de Cuidados  
Promover a Autoeficácia do Prestador de Cuidados  
Promover a Esperança do Prestador de Cuidados  
Promover a Gestão de Emoções do Prestador de Cuidados  
Promover Apoio Social para o Prestador de Cuidados  
Promover Expectativas Realistas do Prestador de Cuidados  
Promover o Comportamento Assertivo do Prestador de Cuidados  
Promover o *Coping* Efetivo do Prestador de Cuidados  
Promover o Desempenho de Papel de Prestador de Cuidados  
Promover o Estabelecimento de Limites pelo Prestador de Cuidados  
Promover a Identificação de Emoções pelo Prestador de Cuidados  
Proteger o Direito dos Clientes ao Sigilo  
Providenciar Apoio Emocional ao Prestador de Cuidados  
Referenciar o Prestador de Cuidados para Serviços  
Reforçar a Consecução dos Objetivos do Processo Terapêutico  
Reforçar as Capacidades do Prestador de Cuidados no Desempenho de Papel

## NOTAS FINAIS

1. Anexamos uma pasta (Anexo B) com oito documentos que **explicitam detalhadamente a forma de construção e codificação de todos os enunciados** constantes neste Catálogo, à exceção são os termos/expressões **sublinhadas a cinzento**, como inicialmente indicado. Cada um desses oito documentos corresponde a um grupo temático, ou subgrupo, tendo a mesma numeração e sequência aqui apresentada.
2. O grupo de Enfermeiros responsável por esta primeira versão do Catálogo CIPE® em CAD manifesta disponibilidade para colaborar com as entidades que irão prosseguir na respetiva utilização.

**António Carlos** Responsável Regional de Enfermagem na DRNorte - IDT, IP.

**Ernestina Neto** Coordenadora Nacional de Enfermagem no IDT, IP.

**Elsa Coutinho** Responsável Regional de Enfermagem na DRLVTejo - IDT, IP.

**Fernanda Coelho** Responsável Regional de Enfermagem na DRCentro - IDT, IP.

**Luísa Carias** Responsável Regional de Enfermagem na DRAlentejo - IDT, IP.

**Marina Antão** Responsável Regional de Enfermagem na DRAlgarve - IDT, IP.

**Sónia Pereira** Formadora e Consultora em CIPE®<sup>2</sup>, Coordenadora da UCC do Entroncamento, ACES Médio Tejo, ARSLVTejo, IP.

---

<sup>2</sup> Refira-se que a Sra. Enfermeira Sónia Pereira iniciou esta colaboração com o IDT, IP. como membro dos órgãos da OE e lhe deu continuidade *pro bono* em 2012.

## ANEXO II

Regulação institucional-IDT

---

## 1. REGULAÇÃO INSTITUCIONAL

---

A Profissão de Enfermagem no IDT, I.P. rege-se pelo enquadramento legal vigente para o IDT, I.P. e para a Enfermagem, a saber:

- a. Lei Orgânica do IDT, I.P., Decreto-Lei n.º 221/2007, de 29 de Maio.
- b. Estatutos do IDT, I.P., Portaria n.º 648/2007, de 30 de Maio.
- c. Regulamento Interno do IDT, I.P., Despacho normativo n.º 51/2008, de 1 de Outubro.
- d. Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), Decreto-Lei n.º 161/1996, de 4 de Setembro.
- e. Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) Artigos 78.º a 92.º da Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro.
- f. Carreira de Enfermagem, Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de Setembro, e Decreto-Lei n.º 122/2010, de 11 de Novembro.
- g. Avaliação de Desempenho dos Enfermeiros, Portaria n.º 242/2011, de 21 de Junho.

No exercício da profissão de Enfermagem estes suportes legais permitem:

- I. Garantir a auto-regulação profissional decorrente do estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros, de que se destacam os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001) e as Competências dos Enfermeiros: de Cuidados Gerais (2004) e Especialistas Regulamentos n.º 122/2011, 123/2011, 124/2011, 125/2011, 126/2011, 127/2011, 128/2011 e 129/2011, de 18 de Fevereiro.
- II. Subordinar-se à ética do serviço público e social, da saúde em geral e da enfermagem em particular (CDE), inscrevendo-se nas ecologias comunitárias dos diversos lugares da prática do IDT, I.P.

A nível institucional

- III. Participar no cumprimento da Missão “Contribuir para a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, para a diminuição das toxicod dependências e para os ganhos em saúde das Pessoas com condutas aditivas”.
- IV. Adoptar a mesma Visão “Ser o pólo nacional de referência, com reconhecimento internacional, para as intervenções de enfermagem com Pessoas dependentes”.
- V. Perseguir os mesmos objectivos – designadamente os constantes no Plano de Acção Nacional contra a Droga e as Toxicod dependências (2009-2012), no Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (2009-2012) – anualmente estabelecidos em Planos de Actividades do IDT, I.P.

## VI. Orientar-se pelos mesmos Valores, a saber:

- **O Humanismo** – Reconhecimento da plena dignidade humana das Pessoas envolvidas no fenómeno dos comportamentos aditivos (das drogas, do álcool, dos medicamentos ou outros) e tem como corolário a compreensão da complexidade e relevância da sua história individual, familiar e social, bem como a consideração do seu estado como doença.
- **O Pragmatismo** – Valorização de uma atitude de abertura à inovação, sem dogmas ou ideias preconcebidas, face aos resultados cientificamente comprovados das experiências ensaiadas nos diversos domínios do combate às dependências de substâncias psico-activas e a consequente adopção de soluções adequadas à conjuntura nacional que possam proporcionar resultados práticos positivos.
- **A Territorialidade** – A percepção das realidades e dos fenómenos é mais sentida e melhor percebida a nível local, pelo que se deve partir das suas necessidades/propostas para construir planos de intervenção que respondam a diagnósticos territoriais (identificando problemas e recursos), definindo prioridades para o início ou continuidade das intervenções.
- **A Centralidade no Cidadão** – A intervenção em toxicod dependências não constitui um fim em si mesmo, devendo descentrar-se das substâncias e assumir a centralidade no cidadão e nas suas necessidades objectivas e subjectivas, de acordo com os seus direitos e deveres.
- **A Integração de Respostas** – As abordagens e as respostas devem construir-se de forma integrada, não clivando a realidade individual e social. Os serviços e os profissionais devem organizar a sua intervenção operacional criando estratégias e/ou dispositivos de resposta abrangentes e que constituam uma rede de acção coerente e simultaneamente capaz de lidar com a complexidade e transversalidade da problemática das drogas e questões conexas.
- **A Qualidade das Intervenções** – Qualidade é um processo de avaliação contínua da intervenção realizada face aos parâmetros e procedimentos considerados de “boas práticas” ou de rigor científico, adequados à mesma intervenção, tendo em conta as realidades específicas, a “ambição” e as capacidades da sua concretização pelos seus actores.
- **A Qualificação dos Profissionais** – Promover e assegurar o potencial do capital humano da Organização para garantir a qualidade da intervenção e o cumprimento das competências e objectivos definidos para o Instituto, com ganhos em saúde para o cidadão e para comunidade.

- VII.** Realizar intervenções técnicas e pedagógicas centradas nas necessidades de saúde do Cliente<sup>1</sup> e decorrentes de tomadas de decisão autónoma do Enfermeiro.
- VIII.** Conjugar dois tipos de intervenção: as interdependentes, iniciadas por outros técnicos da equipa de saúde e implementadas por enfermeiros, e as autónomas, decorrentes de decisões próprias do Enfermeiro na sequência dos diagnósticos de enfermagem realizados com o Cliente.
- IX.** Orientar-se pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem estabelecidos pela OE, a saber:
- A satisfação do Cliente;
  - A promoção da saúde;
  - A prevenção de complicações;
  - O bem-estar e o auto cuidado;
  - A readaptação funcional;
  - A organização dos cuidados de enfermagem.
- X.** Assumir a organização e a prestação de cuidados de enfermagem seguros, articulando-se com os Dirigentes e com outros profissionais que, com os Enfermeiros, protagonizam a produção de cuidados de saúde aos Clientes.
- XI.** Implementar processos de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem e participar no reforço da qualidade institucional.
- XII.** Desenvolver processos de formação contínua e de investigação científica, preferencialmente nos contextos da prática profissional.
- XIII.** Promover condições para uma permanente inovação nas práticas de cuidados, sustentada na evidência científica.
- XIV.** Plasmar a sua função/mandato social em intervenções com Pessoas, Grupos e Comunidades através de projectos de capacitação e autonomização desses Clientes.

---

<sup>1</sup> Adoptamos a terminologia da OE que utiliza o termo Cliente para referir a entidade que é alvo dos cuidados de enfermagem. Tal como a OE, também para o IDT, I.P. o Cliente é entendido como participante activo no quadro da Relação de Cuidados. O Cliente pode ser uma Pessoa singular, uma Família, um Grupo ou uma Comunidade.

---

## 2. ORGANIZAÇÃO, GESTÃO e PRESTAÇÃO de CUIDADOS de ENFERMAGEM

---

### No IDT, I.P. o Enfermeiro:

1. Conceptualiza, decide e exerce a sua acção centrada no **Cliente**, que pode ser uma **Pessoa** singular (saudável ou doente e respectivo prestador de cuidados), um **Grupo** (Família ou outro) ou uma **Comunidade**, salvaguardando sempre a dimensão global da dignidade humana.
2. Estabelece uma relação interpessoal, empática e terapêutica com o Cliente, respeitando as (in)capacidades por este manifestadas e valorizando o seu potencial terapêutico.
3. Visa autonomizar o Cliente na (re)construção e gestão do seu projecto de Saúde e Bem-Estar, através do autocuidado nos domínios da promoção da saúde, da prevenção de doenças, do tratamento e/ou da readaptação funcional.
4. Promove o potencial de saúde do Cliente através da optimização do trabalho adaptativo ao(s) processo(s) de *transição*<sup>2</sup>.
5. Utiliza a Consulta de Enfermagem (CE) como instrumento privilegiado no desenvolvimento das intervenções profissionais. A CE é entendida como entidade organizacional (tempo/espço) onde, predominantemente, se efectivam os cuidados ao Cliente com problemas reais ou potenciais sensíveis às intervenções de Enfermagem.
6. Documenta as suas intervenções em linguagem CIPE®2 – Catálogo do IDT, I.P.<sup>3</sup>
7. Garante o rigor científico e a continuidade dos cuidados de Enfermagem ao Cliente, dentro e fora das Unidades Locais do IDT, I.P., referenciando para e articulando com Profissionais de Saúde e/ou Prestadores de Cuidados de Serviços na Comunidade.

---

<sup>2</sup> O conceito de **transição** aplica-se a uma mudança no estado de saúde, no relacionamento dos papéis sociais, nas expectativas ou habilidades, nas necessidades de todos os sistemas humanos. As transições podem ser de carácter desenvolvimental, situacional e/ou de saúde-doença (cf. MELEIS, A.I. *Theoretical nursing: development e progress*. 3.<sup>a</sup> ed. Philadelphia, Lippincott, 1997).

*Os processos de transição exigem do ser humano a utilização imediata de mecanismos ou recursos de suporte disponíveis ou não, para o enfrentamento e adaptação, visando a resolução bem sucedida de desajustes, conflitos, desorganização ou desarmonia, encontrando assim uma nova maneira de ser* (cf. MACHADO, M. e Zagonel, I. *The caring process of an adolescent experiencing transition to maternal role*. in *Cogitare Enfermagem*, 2007, Out/Dez).

<sup>3</sup> O catálogo de Diagnósticos, Intervenções, Resultados e Indicadores de Enfermagem em linguagem codificada da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®2).

8. Respeita e advoga os direitos humanos e de cidadania do Cliente: o sistema de valores e crenças, o consentimento informado, a privacidade e confidencialidade, a acessibilidade e equidade.
9. Utiliza o método de *Enfermeiro de Referência*<sup>4</sup> como padrão organizativo para os cuidados de enfermagem e como pilar estratégico da qualidade profissional que assenta na responsabilidade, promove a relação e facilita a prestação de cuidados, contribuindo para a satisfação quer do Cliente quer do Enfermeiro.
10. Insere-se em qualquer contexto de actuação multidisciplinar e multiprofissional, integrando as diversas Unidades Orgânicas das cinco Delegações Regionais do IDT que abrangem todo o território continental.
11. Exerce em uma ou mais áreas de missão: em contextos clínicos de ambulatório e de internamento e nas equipas de intervenção na comunidade (CRI, UA, UD e CT).
12. Disponibiliza as suas competências profissionais para colaborar em qualquer projecto do IDT, I.P. - à escala local, regional e/ou nacional.
13. Cultiva a auto e hetero formação nos domínios do desenvolvimento pessoal, profissional, da cidadania activa, da criatividade e da inovação, responsabilizando-se pela manutenção das competências profissionais e da cultura científica inerentes ao fenómeno das dependências.

Lisboa, 2011

A Coordenadora Nacional de Enfermagem

Ernestina Neto

---

<sup>4</sup> Método de organização dos cuidados de enfermagem em que cada Cliente é acompanhado pelo respectivo “Enfermeiro de Referência” durante todo o seu percurso terapêutico. Compete ao *Enfermeiro de Referência* planear, coordenar a execução e avaliar a globalidade de intervenções de enfermagem desenvolvidas com os Clientes que se encontram à sua responsabilidade profissional. No IDT, I.P. é o *Enfermeiro de Referência* que integra a Equipa Terapêutica multidisciplinar do Cliente em questão.

## ANEXO III

Ações

# ADOLESCÊNCIA



O MANUAL É...




Hoje em dia os adolescentes têm doses suficientes de informação  
ou um fácil acesso a esta

Sabem em geral responder às questões, *o quê? e porquê?*

O que falta é o **COMO?**

O desafio dos pais é enorme

- Se por um lado o adolescente tem de estar atento
- Os pais não podem alegando a boa vontade superproteger, aumentando uma perceção de incapacidade e de embaraço face aos colegas




Estes problemas são identificados por todos, mas depois não conseguem falar uns com os outros a fim de juntarem esforços para tentarem em conjunto auto regular os seus comportamentos face aos riscos com que se vão deparando

(sedentarismo, excesso de peso, consumo de substâncias, violência, sexo desprotegido, novas tecnologias)

Então o que é isto da adolescência?

Qual é o manual (livro de instruções) que vou usar?





A adolescência é uma etapa extraordinária na vida do ser humano

Descobre-se a identidade, define-se a personalidade

Manifesta-se numa crise, na qual se reformulam os valores adquiridos na infância e se assimila uma nova estrutura mais madura

É a época de imaturidade em busca de maturidade


A close-up photograph of a wooden plank with a path of smooth, colorful stones. The stones are arranged in a line, with larger, oval-shaped stones in the center and smaller, rounder stones on either side. The colors of the stones include purple, blue, white, orange, and grey. The wooden plank has a weathered, greyish-blue appearance.

como é difícil este caminho...

Nada é estável nem definitivo, porque esta é a época de transição

**MAS...** o comportamento dos pais medeia o comportamento social do adolescente com os pares

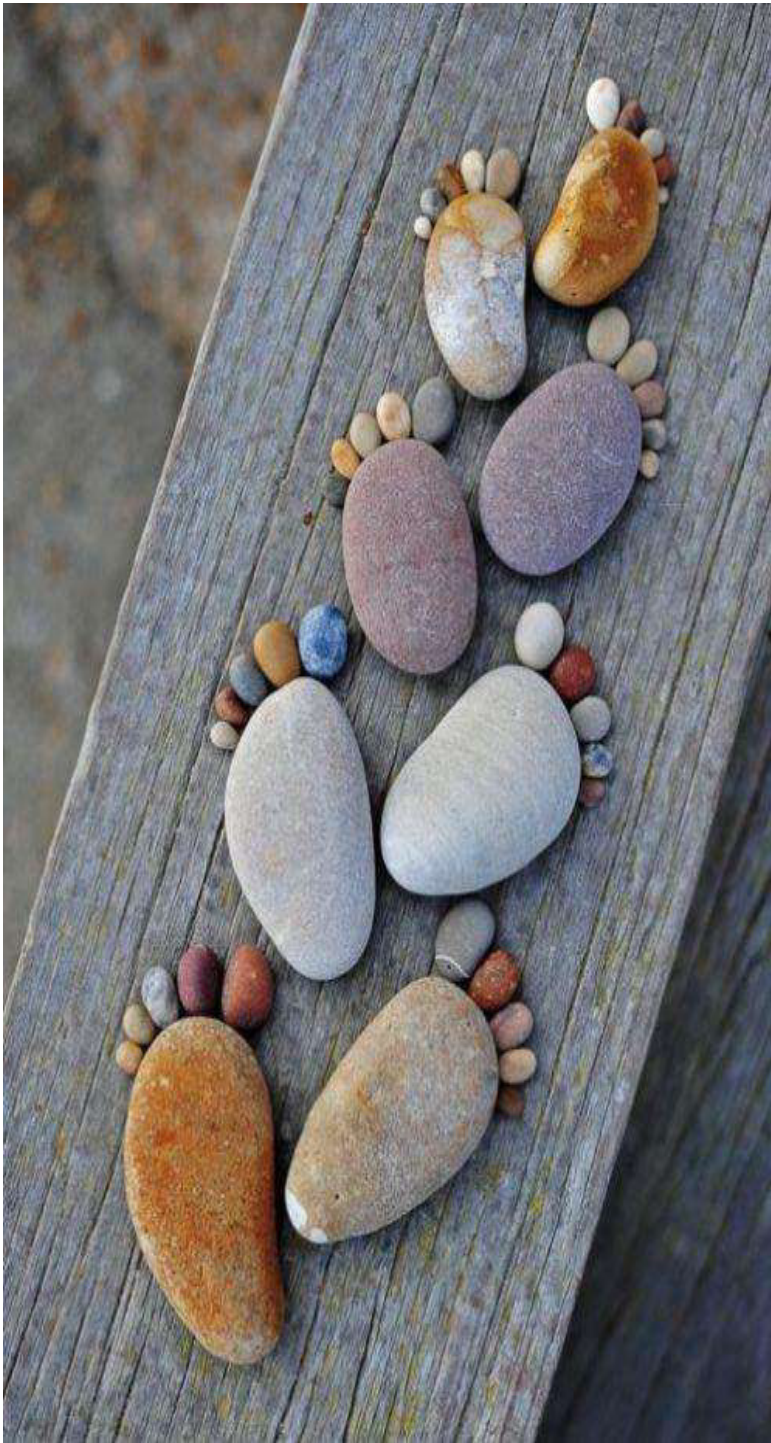




**Puberdade ou adolescência inicial  
(11 aos 14 anos)**

**Adolescência média  
(13 aos 17 anos)**

**Adolescência superior  
(17 aos 22 anos)**





## A PUBERDADE OU ADOLESCÊNCIA INICIAL (11 A 13 ANOS)

- Nasce a intimidade (o despertar do próprio “eu”)
- Crise de crescimento físico, psíquico e na maturação sexual, não havendo ainda consciência da transformação

- 
- Apercebem-se pela primeira vez das suas limitações e fraquezas. Sentem-se indefesos.

Esta situação pode originar desequilíbrio emocional, refletindo-se, na sensibilidade ou na irritabilidade

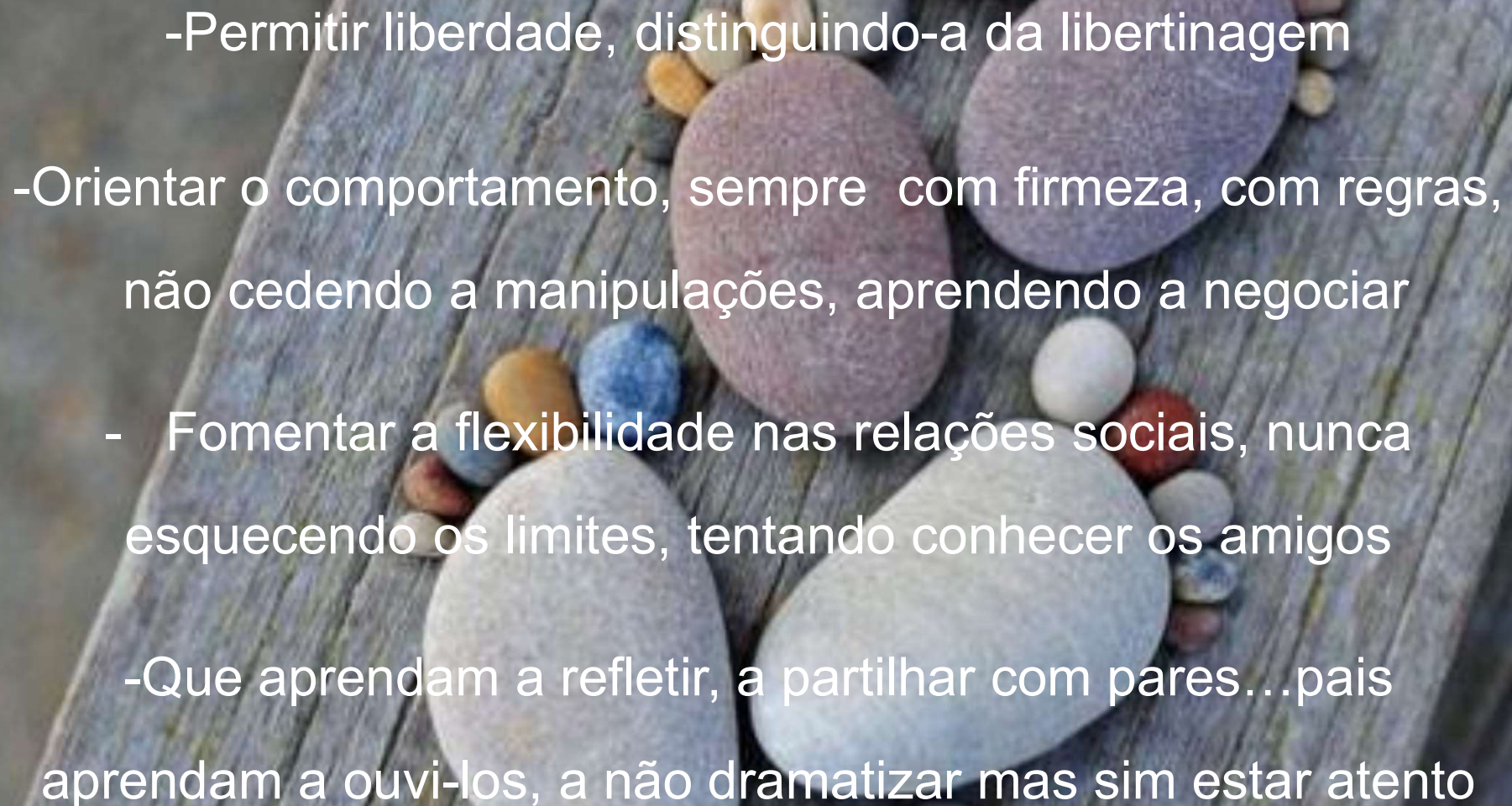
- Refugiam-se no isolamento, no grupo, nos amigos...

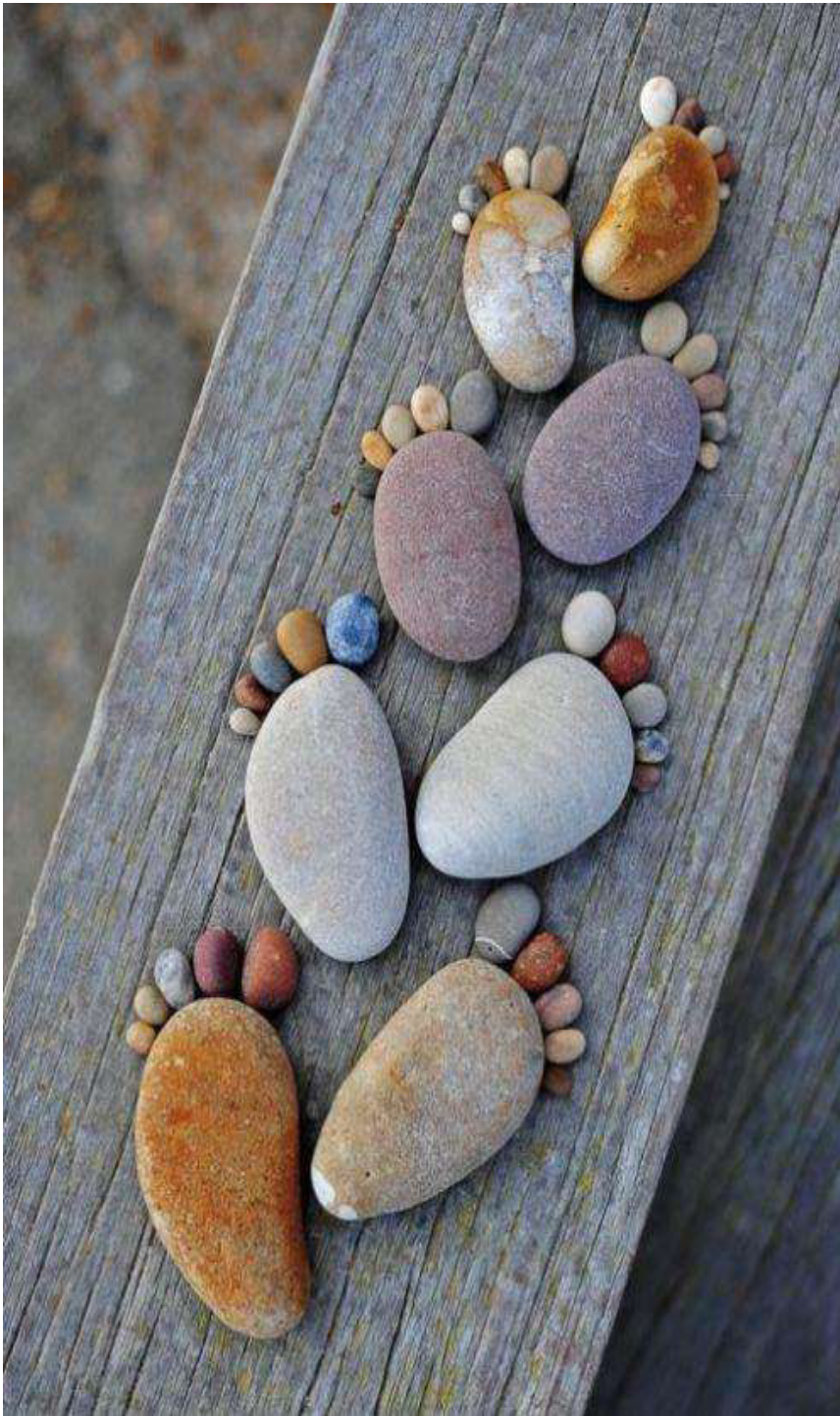
Os adultos são  
“Cotas”



## COMO AGIR...

- Conhecer bem o seu filho, os seus pontos fortes, as suas fraquezas, amizades, respeitar o isolamento (limite)...
- Conversar e explicar-lhe o que está a suceder e que sentido têm as transformações que estão a ocorrer
- Conheça as suas limitações e as suas possibilidades, revendo as expectativas ...(transferências vocacionais)

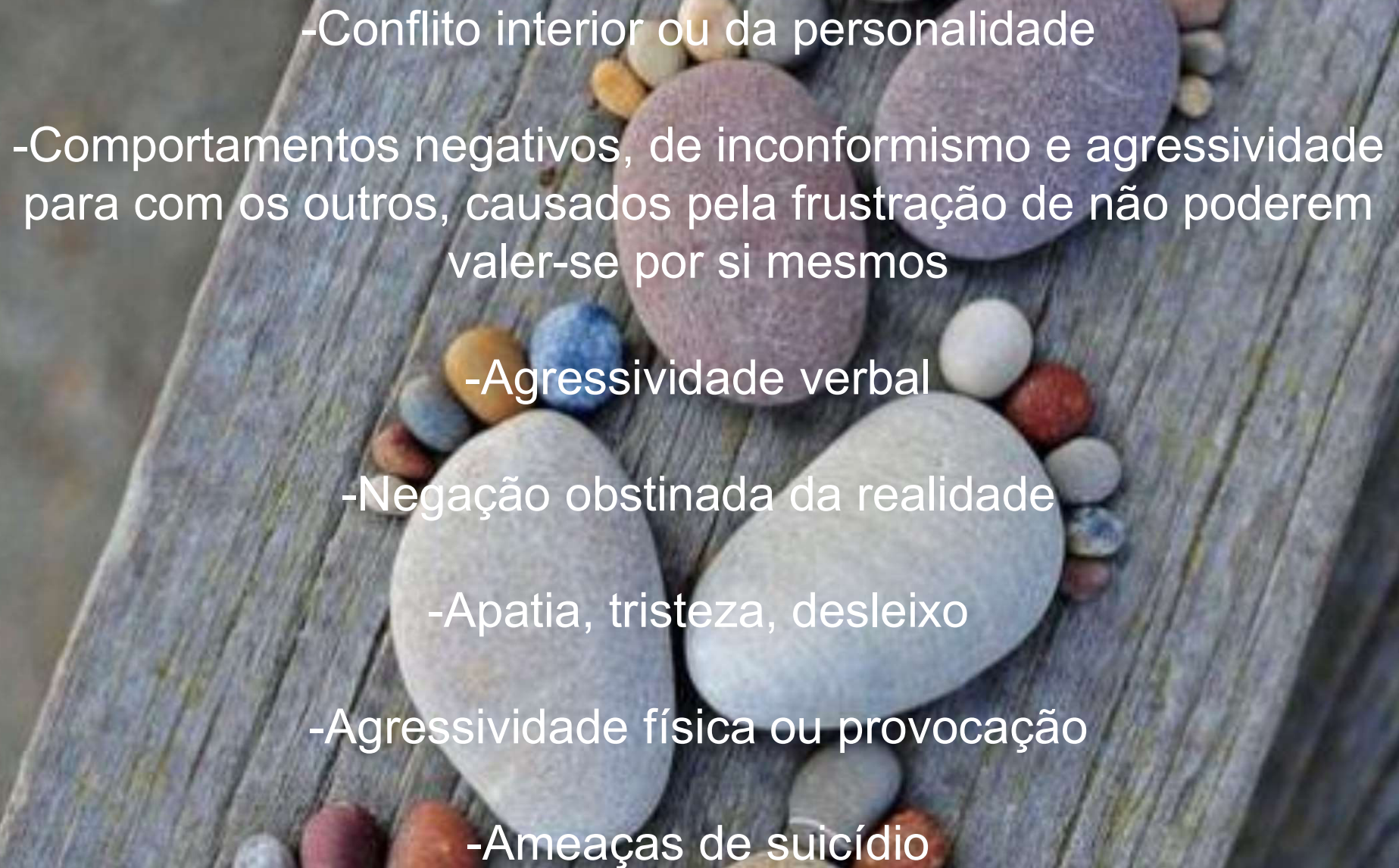
- 
- Permitir liberdade, distinguindo-a da libertinagem
  - Orientar o comportamento, sempre com firmeza, com regras, não cedendo a manipulações, aprendendo a negociar
  - Fomentar a flexibilidade nas relações sociais, nunca esquecendo os limites, tentando conhecer os amigos
  - Que aprendam a refletir, a partilhar com pares...pais aprendam a ouvi-los, a não dramatizar mas sim estar atento





## A ADOLESCÊNCIA MÉDIA (13 A 17 ANOS)

- Do despertar do “eu” passa-se à descoberta consciente do “eu”, ou da própria intimidade. A introversão tem agora lugar, pois o adolescente precisa de viver
- Aparece a necessidade de amar. Imensas amizades. Surge o “primeiro amor” e respetivos desgostos...
- A timidez é característica desta fase. Medo da opinião alheia, motivado pela desconfiança em si mesmo e nos outros

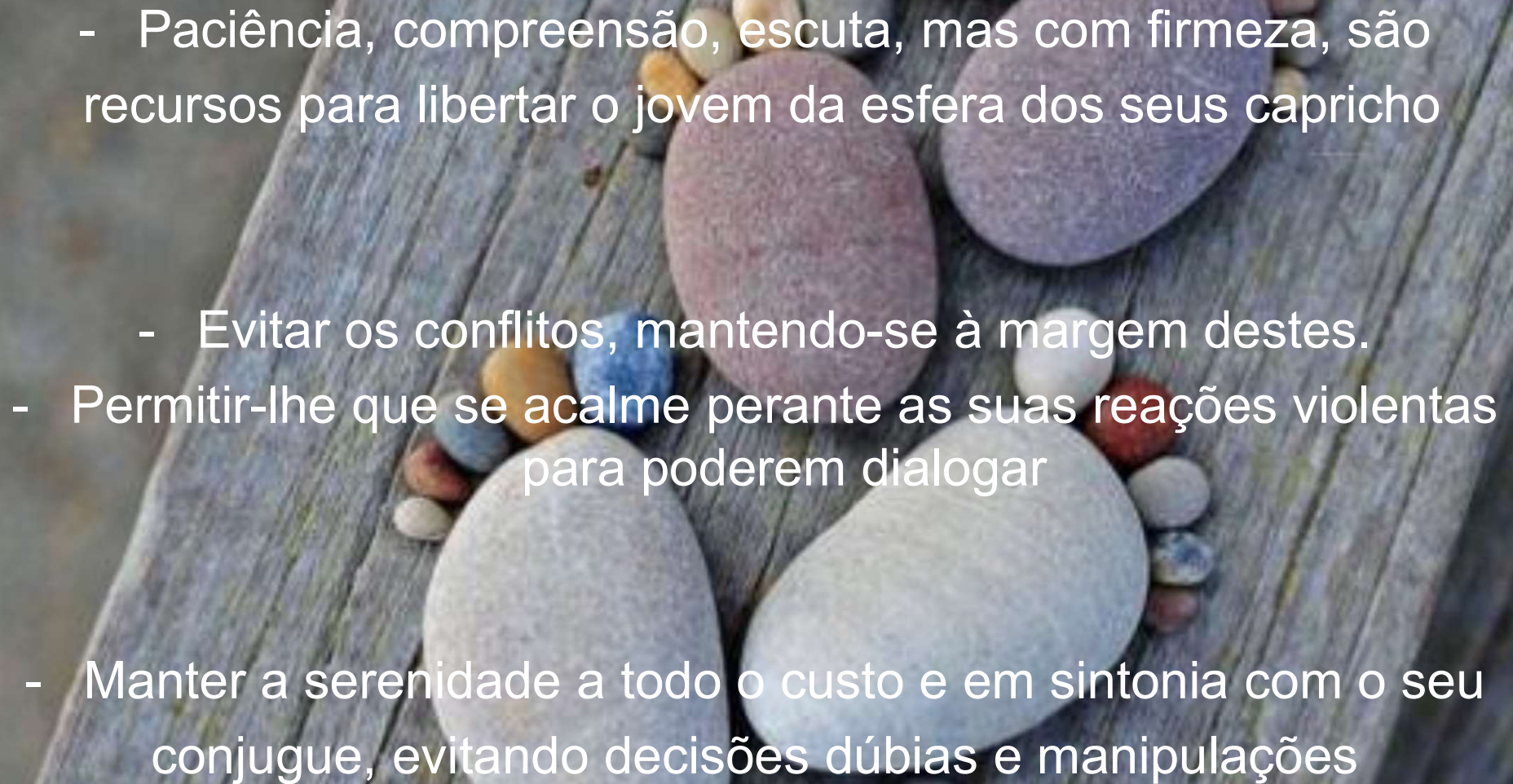
- 
- Conflito interior ou da personalidade
  - Comportamentos negativos, de inconformismo e agressividade para com os outros, causados pela frustração de não poderem valer-se por si mesmos
  - Agressividade verbal
  - Negação obstinada da realidade
  - Apatia, tristeza, desleixo
  - Agressividade física ou provocação
  - Ameaças de suicídio

- 
- Alterações na alimentação
  - Consumo de drogas
  - Fugas de casa
  - Mania das perseguições
  - Violações constantes e premeditada das regras...
  - Agressões frequentes contra todas as normas da escola, contra os colegas...
  - Seitas religiosas



## COMO AGIR...

- Ensina-los a refletir, (o **não** é mais seguro que o sim) para que, sem medo, se conheçam a si mesmos descobrindo as suas aspirações
- Colaborar com eles na descoberta dos valores e do respeito
- Manter os papéis bem definidos: **pais são pais...**

- 
- Paciência, compreensão, escuta, mas com firmeza, são recursos para libertar o jovem da esfera dos seus capricho
  - Evitar os conflitos, mantendo-se à margem destes.
  - Permitir-lhe que se acalme perante as suas reações violentas para poderem dialogar
  - Manter a serenidade a todo o custo e em sintonia com o seu conjugue, evitando decisões dúbias e manipulações



## COMPORTAMENTOS

Chamam à atenção com o vestuário, linguagem

Fecham-se no quarto, musica, decoração

Não fazerem TPC

Esquecem-se das tarefas de casa

Discutem com os pais opondo-se ao limite das regras

A wooden plank with a weathered, greyish-blue texture is the background. Several smooth, rounded stones of various colors (purple, blue, white, orange, red, grey) are arranged in a path-like pattern across the plank. The stones are of different sizes and are placed in a way that suggests a path or a sequence of steps.

Brigam sem violência com os irmãos ou amigos

Faltam esporadicamente às aulas com o grupo de amigos

Escapam à noite sem os pais saberem...

Frequentam locais sem estes saberem

Infringem as leis sem violência

# COMPORTAMENTOS DESVIANTES

Violações constantes e permanentes das regras e leis da sociedade onde está inserido (turma, escola...)

Manias constantes de perseguição (narcisismo)

Rancor, vingança, agressividade verbal

Apatia, desleixo, tristeza



Negação obstinada da realidade (não vêm nem aceitam)

Alterações radicais em relação à alimentação

Agressivo, provocador e violento

Constantemente ausente de casa

Consumo de drogas



MAS

9/10 das nossas crianças atravessam a adolescência sem nunca terem consumido drogas (exceção ao álcool...)

**O Grupo de amigos** é importantíssimo - guiam-se pelos padrões de conduta (Pais têm sempre influência, última palavra...)

Adolescentes precisam de regras

... pais presentes permitem maior liberdade

... pais ausentes, sentem-se abandonados




## E COM OS INTERNAUTAS.... (novos perigos)

Constantemente conetados, fazem imensas coisas ao mesmo tempo (Jogos on-line, MSN, Facebook,...)

Viver bem hoje em dia é saber utilizar bem as novas tecnologias, pelo que é importante a familiarização com elas

Os adultos (pais) sentem-se inferiores no papel de orientadores quando constataam a sua inferioridade tecnológica



O benefícios deste recurso sadio e adaptativo progressivamente  
deu lugar ao abuso e a falta de controle  
(graves impactos na vida quotidiana)

Dependência origina prejuízos significativos vida escolar, social e  
familiar

# PAIS VS ESCOLA

Através das suas atitudes na participação constantemente das atividades desenvolvidas pela escola, os pais demonstram que esta é importante para o seu núcleo familiar e não a menosprezam

# O INSUCESSO...

O esforço Pais / Filhos pode não ser proporcional aos resultados acadêmicos

As notas indicam a capacidade do aluno para escrever de forma correta, capacidade de ler e memorizar a informação que a escola considera fundamental

**mas**

Não indicam o nível de inteligência que estes possuem ou outras capacidades que têm...

# O QUE FAZER?

Acompanhar a vida escolar, estar atento...

Inteirando-se dos motivos que levam o seu filho a ter maus resultados

Incentivar atividades que mais goste

Evitar comparações com outros (colegas, familiar,...)



## DIFICULDADES NA APRENDIZAGEM (LEITURA...)

Determinar se há origem orgânica (neuropsicologia...dislexia)

Incentivar a leitura

Valorizar as aptidões dos filhos (onde são bons)

Solicitar a ajuda de um profissional se necessário  
(avaliações...)

## SE ESTIVER RELACIONADO COM A INDISCIPLINA...

(agitação, falta atenção, conflito com colegas e professores, falta de educação...)

Averiguar o motivo do comportamento

(problemas familiares, desmotivação,...)

Mau comportamento pode estar aliado a uma chamada de atenção, apesar de ser uma forma errada de pedir ajuda

Sempre que possível solicitar apoio

# EM CASA

Tentar perceber o porque da desmotivação

Usar o elogio e o afeto

Ajudar a estabelecer objetivos atingíveis para ganho de confiança

Evitar pressões em demasia, não obrigando a gostar mas levá-los a situações agradáveis



Evitar punições e ameaça que aumentem a tensão

Ajudar a valorizar-se e a melhorar a imagem de si e das suas competências

Ajudar no aumento das suas capacidades

**Incentivar a autoestima**




Esta passa por

Gostar de si própria e ter orgulho nisso

Ter confiança em si, mas suas capacidades

Esta deverá ser adquirida ao longo do crescimento e desenvolvimento da criança...



É moldada pela forma como as pessoas significativas se relacionam consigo

Esta contudo deverá ser dinâmica e possível de modificações (adaptação às diferentes situações de vida)

Pais?

Devem fazer um percurso conjunto... (almoço de família...)



Aceitação, fazendo notar que gosta dele

Passar tempo com eles e ouvi-los

Aceitar como eles são, respeitando-os bem como os seus gostos,  
sem deixar de o educar no sentido daquilo que seja melhor para  
ele  
e

***“NÃO O MELHOR QUE PENSA SER PARA SI”***

# O ESTUDAR EM CASA

Estabelecer um período de estudos diário que seja cumprido à risca mesmo quando não há testes

Os pais devem ajudar e vigiar o cumprimento do horário de estudo

Os filhos depois de estudarem, poderão então fazer as tarefas que mais gostam... (net, jogos,...)

# AJUDAR NA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Responsabilizar os filhos em casa com pequenas tarefas

Elogias as suas capacidades

Estimular a persistência e as atitudes positivas

Fazer com que aceite os seus erros pois é com os erros que se aprende a crescer

Faça com que ele desabafe

## QUANDO SURTIR TENSÃO...

Converse ouvindo e respeitando as posições

Fazer acordos amistosos (direitos e deveres), mas nunca esquecer que são estes (os pais) que estabelecem novas regras ou atitudes comportamentais

Definir tarefas obrigatórias (sentido de responsabilidade)

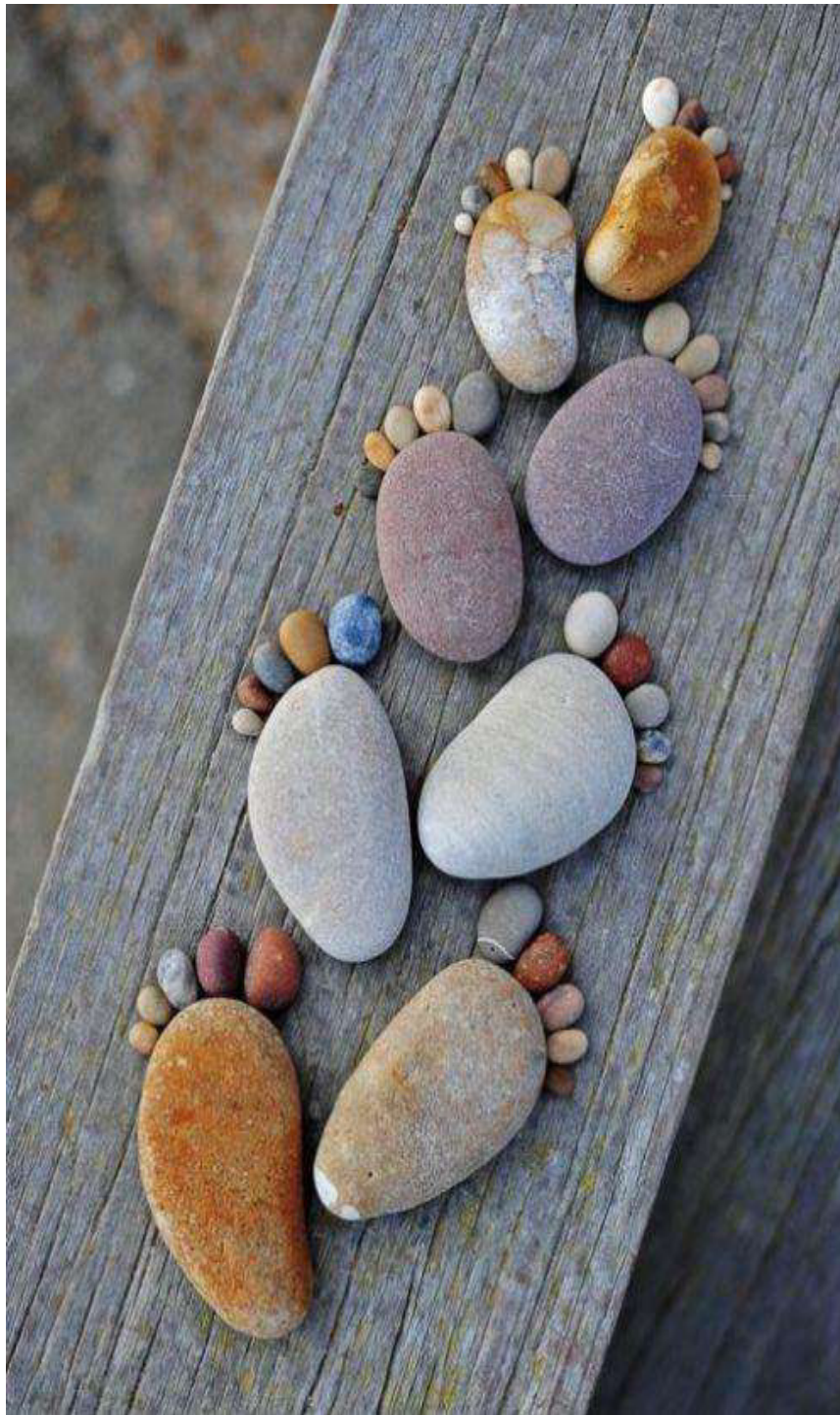
A wooden plank with a weathered, greyish-blue texture is the background. A path of smooth, rounded stones in various colors (purple, blue, white, orange, red, grey) is arranged across the plank, leading from the top right towards the bottom left. The stones are of different sizes and are placed in a way that suggests a path or a sequence of steps.

Dar-lhes espaço para ele tentar resolver as diversas situações de vida, respeitando a sua decisão

Promover a autodisciplina (cada coisa a seu termo)

Seja paciente e tolerante

Mostrar confiança, afeto e amor

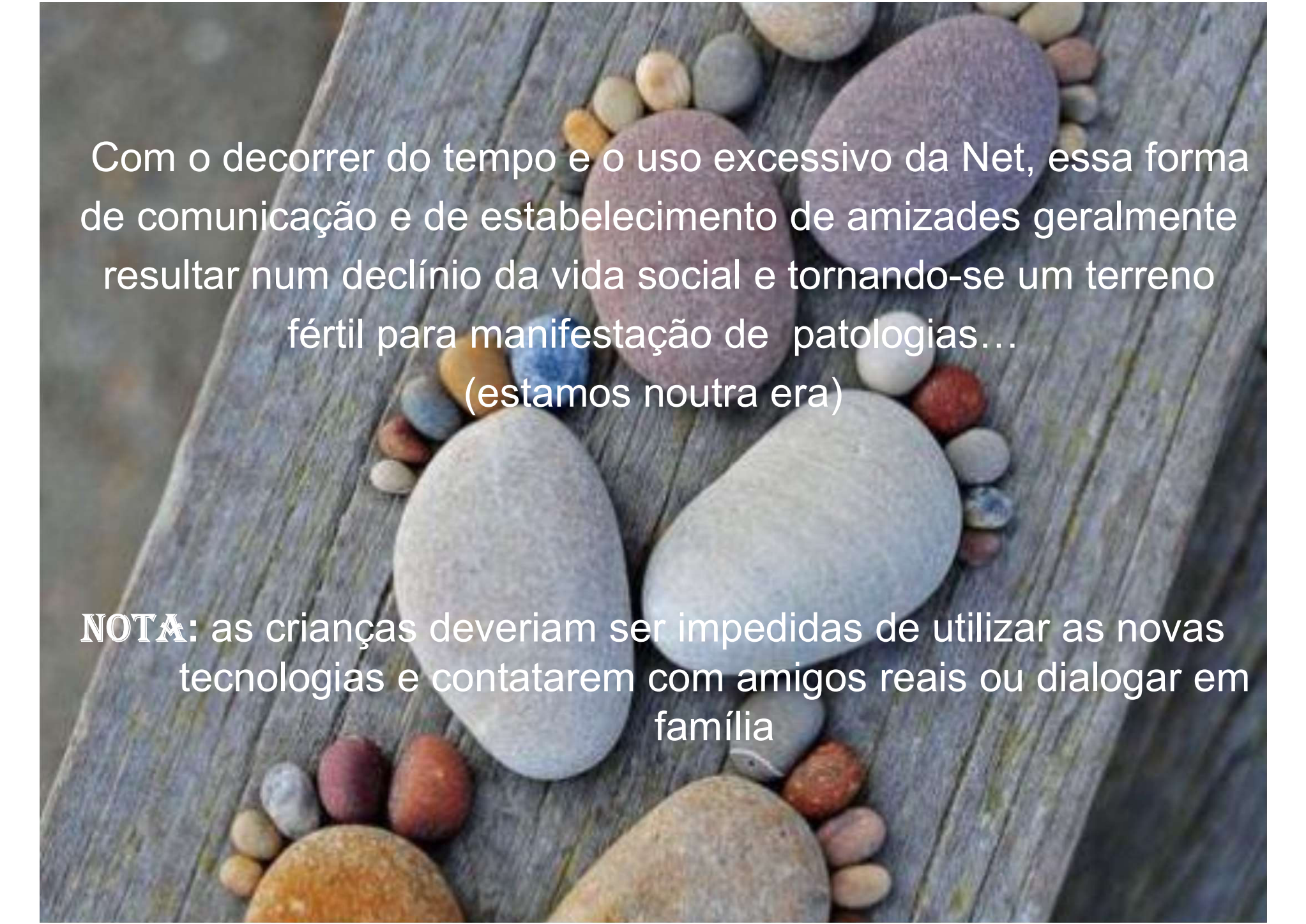


E a Internet...

Quando a internet se torna uma dependência que limita a vida pessoal, familiar, social, escolar, ou quando os mais vulneráveis ou os menos atentos se tornam vítimas de processos persecutórios, então este fenómeno começa a ter contornos preocupantes

Quando esta (net) disponibiliza um contato social que tem contornos terapêuticos, de amizades constantemente aceites, sempre presente, sempre disponível,...o amigo ideal, onde cada um forja a imagem que quer e necessita, podem parecer oferecer aos indivíduos possibilidades menos arriscadas de se envolverem numa relação virtual





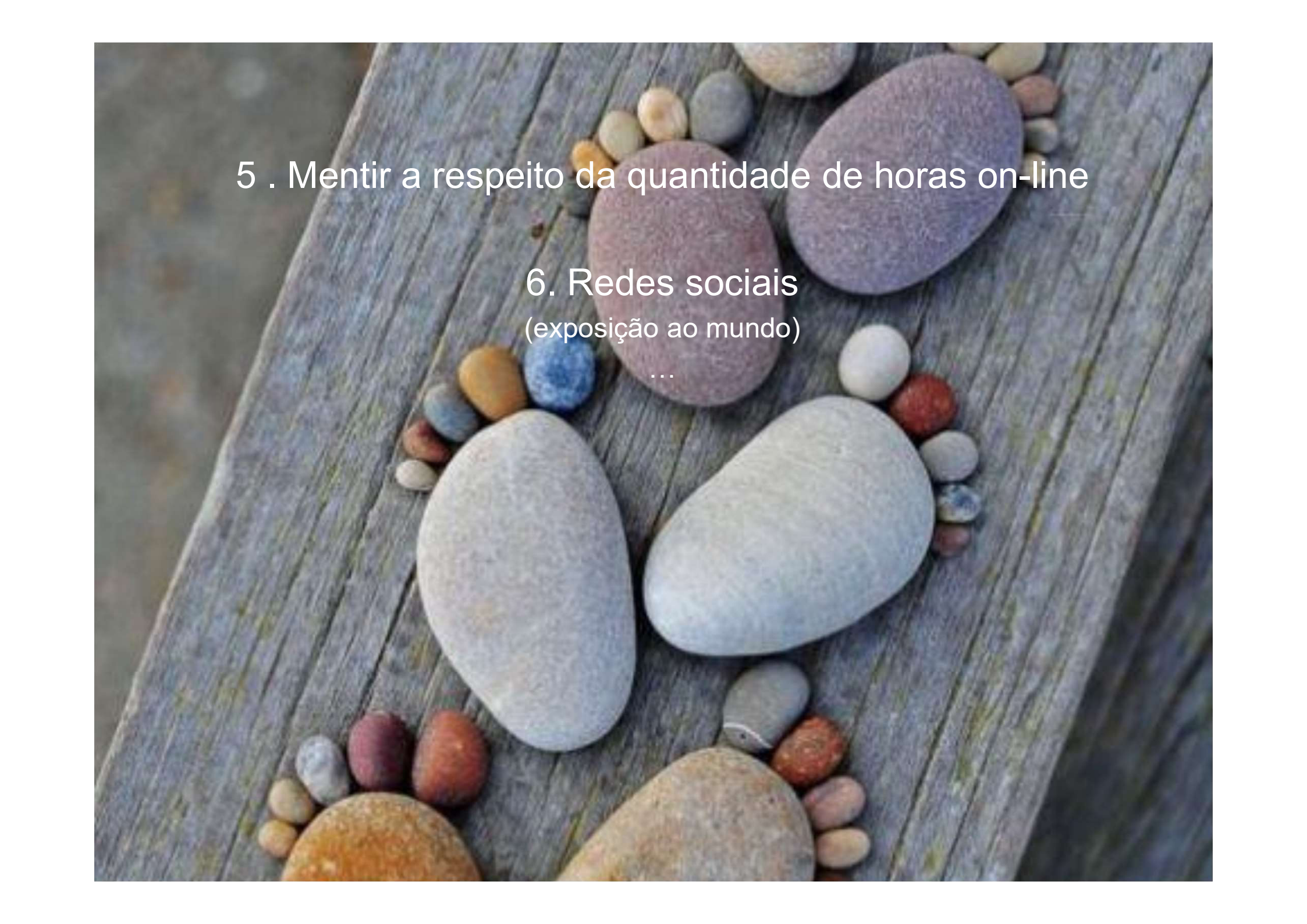
Com o decorrer do tempo e o uso excessivo da Net, essa forma de comunicação e de estabelecimento de amizades geralmente resultar num declínio da vida social e tornando-se um terreno fértil para manifestação de patologias...  
(estamos noutra era)

**NOTA:** as crianças deveriam ser impedidas de utilizar as novas tecnologias e contatarem com amigos reais ou dialogar em família

## Dependentes...?



1. Preocupação excessiva com a net
2. Aumento do tempo (on-line) para obter a mesma satisfação
3. Irritabilidade e/ou depressão
4. Quando a Internet é restringida, apresentam labilidade emocional



5 . Mentir a respeito da quantidade de horas on-line

6. Redes sociais  
(exposição ao mundo)

...

## Uso excessivo pode originar

Esta dependência apresenta uma comorbidade associada bem como angustias pessoais significativas

- Depressão
- Problemas de relacionamento
- Diminuição da comunicação social
- Diminuição das atividades físicas...
- Solidão



Quadros afetivos e de ansiedade

Alteração do humor

Formas exacerbadas de vulnerabilidade pessoal  
(baixa tolerância a frustração, alta esquivas ao dano, ansiedade social, baixa autoestima)

O QUE FAZER ENTÃO?



# Controlar o acesso à rede é tarefa dos pais

A melhor forma de proteger os filhos é impor limites ...

“Controlar o uso da internet pelos filhos”

Usar programas para monitorizar os acessos



# A ameaça da pedofilia no mundo virtual

Nunca se tem a certeza com quem se conversa

A mentira prevalece, qualquer um pode passar por criança podendo ser na verdade ser um “predador”

Estou com tanto medo  
que ela se deixe envolver pelas  
redes de pedofilia!! :(  
Assim posso vigiá-la!!!!



A wooden plank with a weathered, greyish-blue texture is the background. A path of smooth, rounded stones in various colors (purple, blue, white, red, orange, yellow) is arranged across the plank, leading from the top right towards the bottom left. The text is overlaid on this background.

# Não divulgar informações pessoais

Último nome

Número de telefone

Onde habita

Que escola frequenta

Desconfiar dos que pretendem obter informação

(a segurança do adolescente tornar-se vulnerável)



**Utilize com normas e respeito a net**

Evite enviar mensagens ofensivas

O reenvio de mensagem é rápido

Não diga nada que você não queira que os outros o ouçam dizer

Pais podem e devem ter papel importante na prevenção dos problemas relacionados com o cyberbullying (é um sinal dos tempos)

“Sabemos que é comum os jovens usarem a internet para ridicularizarem os colegas”

(mal estar pessoal e social que provoca, pode originar problemas de saúde física e mental em que nos casos extremos pode levar ao suicídio)



# Não marcar encontros com conhecidos virtuais

As pessoas podem ser muito diferentes do que elas dizem ser pelo computador

Se você decidir fazê-lo, informe amigos, os pais das suas intenções

É uma ideia inteligente

A wooden plank with a weathered, greyish-blue texture is the background. Scattered across it are numerous smooth, rounded stones in various colors including purple, blue, white, orange, and red. The stones are arranged in a loose, winding path that leads from the top right towards the bottom left.

# Se não se sentir confortável, desligue o computador

Quando estiver on-line se alguém lhe provocar desconforto ou medo, simplesmente desligue o computador

Bloqueie o acesso ao seu site

Informe os pais ou professores se se sentir ameaçado quando estiver on-line



**Ao receber mails suspeitos, fotos de  
alguém que não seja seu conhecido,  
elimine-os**

É perigoso abrir mails de fontes desconhecidas, pois entre  
outras coisas menos graves poderá ser vírus ...



**Não partilhe as suas passwords com ninguém**




# Compras on- line sem a supervisão, não

Pode custar imenso dinheiro à família

Podem ser facilmente enganados

Podem permitir o acesso a chats não aconselháveis  
(a não ser que os pais o permitam e o ajudem a fazê-lo)



**Evitar expressar os seu sentimentos com  
pessoas desconhecidas ,sobre  
problema que possa ter**

Fale com amigos reais, deixe-os entrar no seu mundo

São melhores recursos, mais fiáveis que os estranhos  
(os pais com visitas inopinadas aos quartos dos filhos, interagindo com quem  
se encontra do outro lado da linha )



## Evitar entrar em salas de chats

Maior exposição ao perigo pois permite que as pessoas online façam-nos crer que eles são amigos da vida real, amigos de longa data  
(nunca os conhecemos )

Evitar conflitos online. Se procurar conflitos na net, depressa os encontraremos



A close-up photograph of a weathered wooden plank. Scattered across the plank are numerous smooth, rounded stones in various colors including purple, blue, orange, red, and grey. The stones are arranged in a way that suggests a path or a sequence of steps.


Constantemente novos desafios para as famílias vão surgindo, tornando-se difícil a capacidade de ser útil aos adolescentes

Enfrentam novos desafios como stress, insegurança, depressões, aborrecimentos...

Promover atividades que proporcionem prazer, ocupação, e que envolvam a participação ativa dos jovens, permite apoiá-los no seu longo e difícil percurso para a autonomia e responsabilidade.

- Promover competências pessoais, utiliza-las no desenvolvimento social, na promoção da saúde, onde fatores ligados aos riscos possam existir, são modos alternativos de lidar com os desafios da vida de forma a exigir mas dar crédito aos adolescentes no seu desenvolvimento progressivo e na sua autonomia...  
(o que sou, o que sei, o que sinto, o que faço)



A close-up photograph of a weathered wooden plank. On the plank, several smooth, rounded stones of various colors (purple, blue, white, red, orange, grey) are arranged in a path that leads from the top right towards the bottom left. The stones are of different sizes and are set against the natural grain and texture of the wood.

***Pais e a escola*** devem estar em sintonia para que eles possam crescer com boa saúde mental

### **Saúde Mental (OMS)**

**“um estado de bem estar no qual o individuo percebe as suas próprias capacidades, consegue enfrentar o stress normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera e é capaz de dar contributo para a sua comunidade”**

Obrigado (a) pela vossa presença

Um bom período de férias



# BIBLIOGRAFIA

- Coleman, J.C., Psicologia de adolescência, Madrid, Morata, 1995
- Dolto, F., Como educar os nossos filhos, Lisboa, editora pergaminho, 1999
- Cordeiro, J.D., Os adolescentes por perto, Lisboa, Edições salamandra, 1988
- Matos, M.G., Sampaio, D., Jovens com saúde – Diálogo com uma geração, Lisboa, Texto editores
- Marques, T.P., como lidar hoje com os nossos filhos – conselhos práticos de psicologia infantil, Alpiarça, Garrido editores, 2002
- Monteiro, M. Matos, Como ajudar os nossos filhos nos estudos, Porto, porto Editora, 2002
- Vallejo-Nágera, A., Os adolescentes e os pais, Lisboa, editorial Presença, 2003



# UM DESAFIO...!?

Onde estou a falhar?

Como e onde posso melhorar...

(comparar com a pessoa do lado)

...partilhar...

## Sessão 1

**TEMA:** Adolescência: o manual é...

**Local:** Escola Básica 2,3 D. Dinis

**Grupo alvo:** Pais e Encarregados de educação dos alunos do Agrupamento

**Data:** 13/06/2012 **Hora (duração):** 19h00 (120 minutos)

Objetivos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação/ Indicadores
			Métodos	Meios auxiliares de ensino	
Conhecer alguns problemas relacionados com as diferentes etapas da adolescência Identificar os principais sinais de alerta	As diferentes etapas da adolescência e seus problemas Adolescência, riscos relacionados com os comportamentos desviantes	120 Minutos	Expositivo	Diapositivos + Projektor multimédia	Observação Análise da participação do grupo
Reconhecer o insucesso e perante este definir metas a alcançar Estimular regras em função do estudo	Diferentes dificuldades de aprendizagem, modos de lidar com elas Como adquirir competências		Expositivo	Diapositivos + Projektor multimédia	
Enumerar os diversos problemas relacionados com a má utilização da internet	A dependência da internet Como agir em função do mau uso da internet		Expositivo	Diapositivos + Projektor multimédia	

Houve uma participação ativa dos pais, com debate no final e questões de esclarecimento.

## **BIBLIOGRAFIA:**

Coleman, J.C. (1995). *Psicologia de adolescência*. Madrid. Morata

Dolto, F. (1999). *Como educar os nossos filhos*. Lisboa. Editora Pergaminho

Cordeiro, J.D. (1988). *Os adolescentes por perto*. Lisboa. Edições Salamandra

Matos, M.G., Sampaio, D. (2009). *Jovens com saúde – diálogo com uma geração*. Lisboa. Texto Editores

Marques, T.P. (2002). *Como lidar hoje com os nossos filhos- conselhos práticos de psicologia infantil*. Alpiarça. Garrido Editores

Monteiro, M.M. (2002). *Como ajudar os nossos filhos nos estudos*. Porto. Porto Editora.

Vallejo-Nágera, A. (2003). *Os adolescentes e os pais*. Lisboa. Editorial Presença.



# Comportamentos adolescentes: o que se passa com o meu filho?!

Enf. João Balau

Pós-Licenciatura de Especialização em  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

# Estarei atento?



- ◉ Frequentemente, os pais assumem que os filhos conhecem os fatos da vida, mas grande número deles não os compreende bem ou tem noções erradas.
- ◉ É no clima familiar que se podem construir os verdadeiros alicerces da educação para o amor. Dos pais espera-se o exemplo, o diálogo, a abertura, o conhecimento, a sensibilidade e a autoridade.
- ◉ Porém, a escola deve trabalhar em colaboração direta com a família, nunca à margem dela.



# Comportamentos alimentares



# Alimentação equilibrada



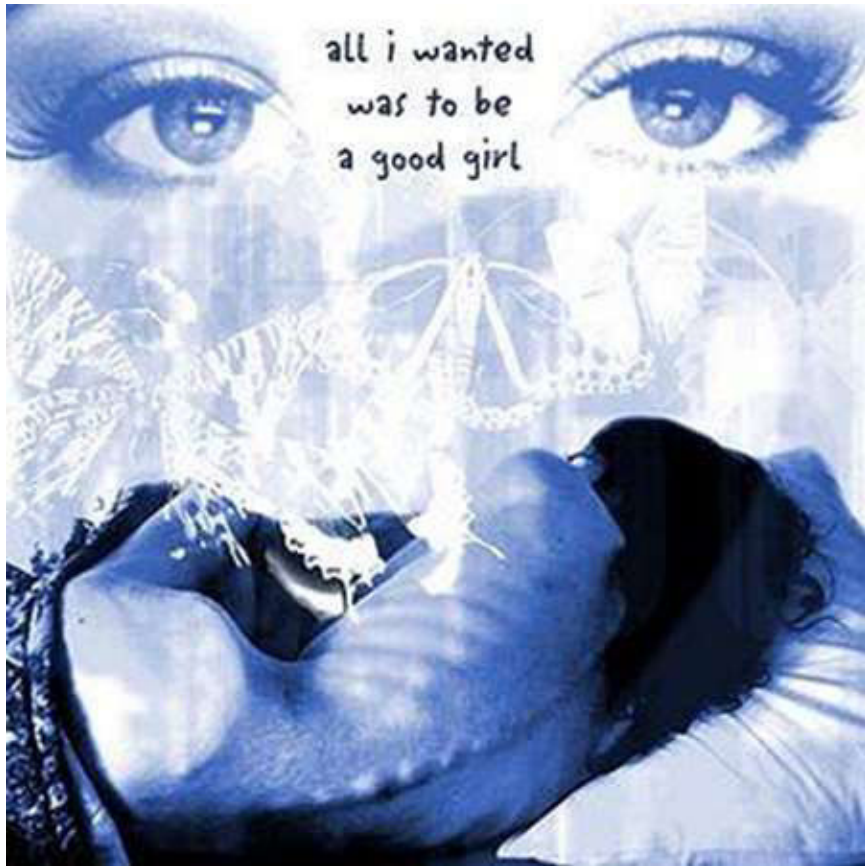
# Transtornos alimentares

- ◉ Obsessão pelo corpo perfeito
- ◉ Culto do corpo, da beleza e da beleza



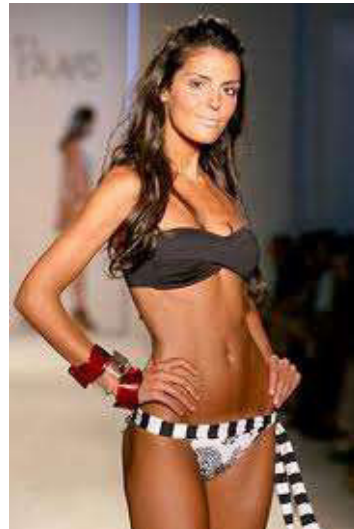
- ◉ Distorção da autoimagem





# Conceitos perseguidos

- ◉ Beleza, jovialidade, magreza
- ◉ Artistas= protótipos a copiar
- ◉ Cirurgia plástica e medicamentos para emagrecer



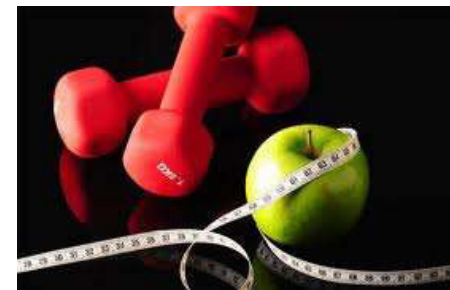
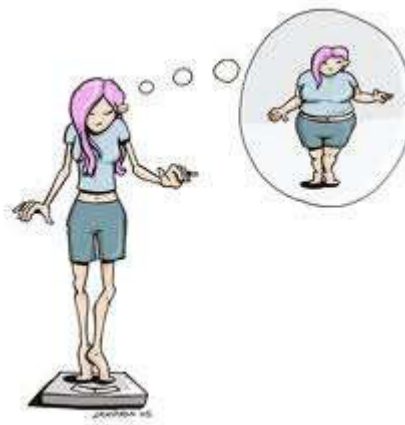
# Transtornos alimentares

- Preocupação excessiva com o peso
- Representação alterada da forma corporal
- Medo patológico de engordar.
- Bulimia e anorexia:
  - Julgamento de si mesmos indevidamente baseado na forma física,
  - Visão distorcida da forma física.



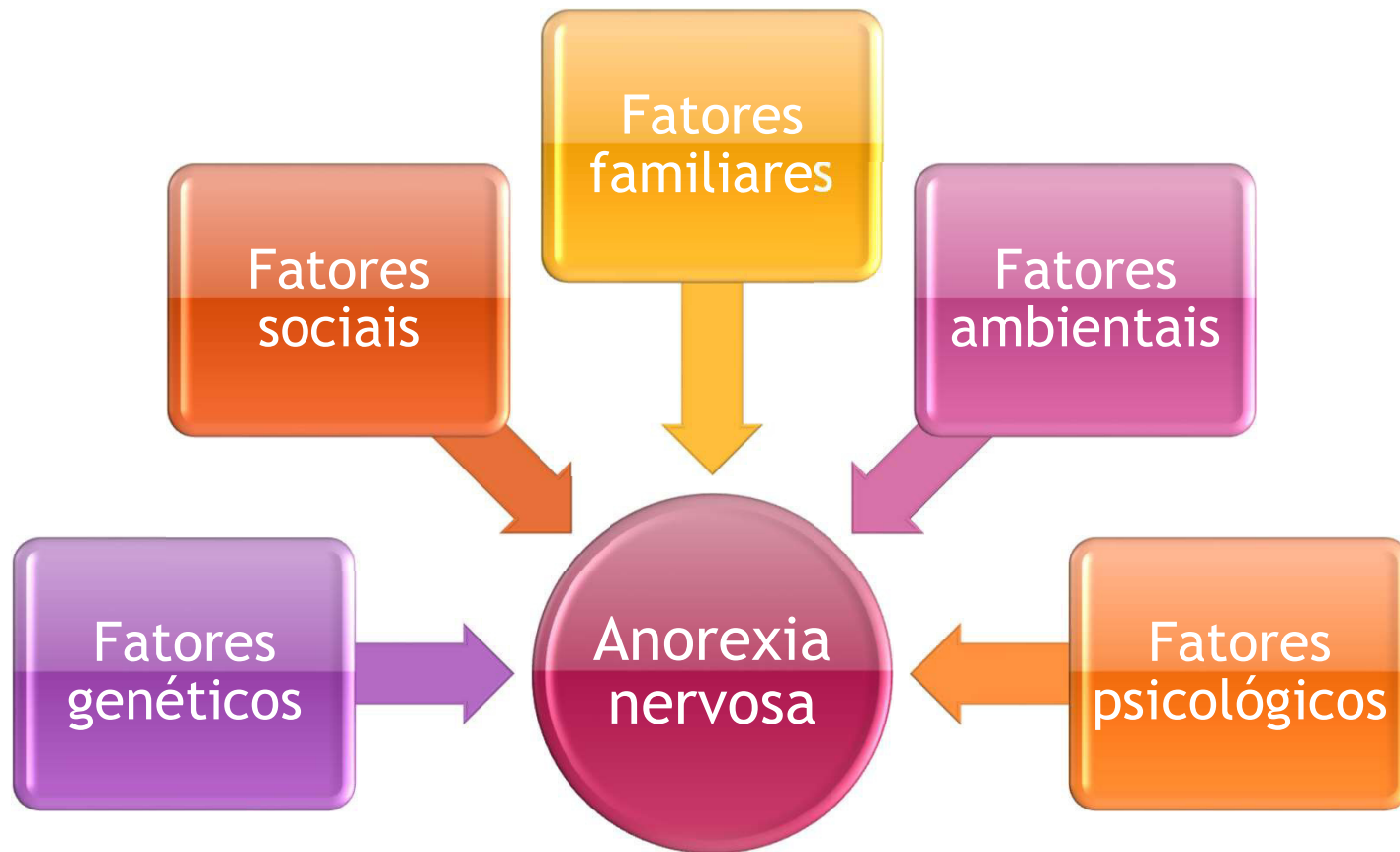
# Anorexia nervosa

- ◉ Comportamento persistente para manter o peso corporal abaixo dos níveis esperados para a estatura, juntamente a uma percepção distorcida quanto ao próprio corpo, que leva a pessoa a ver-se como "gorda".



# Causas

- As causas são desconhecidas



# Atinge maioritariamente:

1. Sexo feminino
2. Modelos e atrizes
3. Desportos em que o peso e a estética são relevantes:  
dança, ginástica, patinagem artística, ...
4. Desporto de competição com categorias de peso



# Mas também...

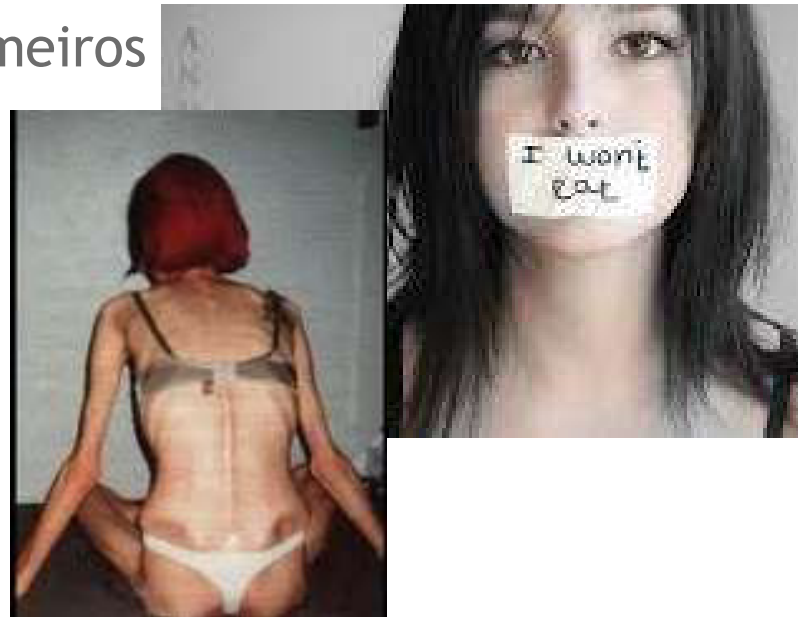
- ◉ Sexo masculino
- ◉ Pessoas anónimas
- ◉ Pessoas que tenham por norma fazer dietas radicais



# Início...



- ◉ Geralmente durante a adolescência (entre os 13 e 18 anos)
- ◉ Pode surgir após a adolescência
- ◉ Surge muitas vezes decorrente de:
  - Aparecimento dos primeiros sexuais
  - Eventos stressantes



# Prognóstico

- As recaídas são muito frequentes
- 40% recuperam
- 20% permanecem com peso insuficiente
- 20% tornam-se magros
- 5 a 10% tornam-se obesos
- 5 a 20% morrem por desnutrição, suicídio ou alterações hematológicas



Eliana Ramos, 18  
died February 13, 2007

Luisel Ramos, 22  
died August 2, 2006

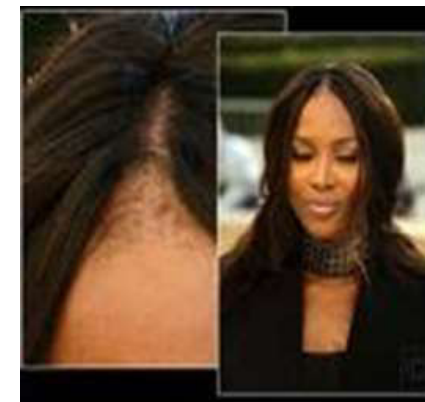
# Sinais de alerta

- ◉ Brincar com a comida, espalhando-a
- ◉ Escondem a comida à refeição
- ◉ Apetite “caprichoso” de poucos alimentos ou apenas de um
- ◉ Dificuldade em comer em locais públicos
- ◉ Interesse pelo valor nutritivo de cada alimento
- ◉ Exímias cozinheiras



# Sinais de alerta

- ◉ Emagrecimento rápido sem causa aparente
- ◉ Induzir vômitos
- ◉ Cabelos finos e quebradiços
- ◉ Alopecia
- ◉ Lanugo
- ◉ Perda de ereção nos rapazes, interrupção do ciclo menstrual nas raparigas



# Sinais de alerta

- ◉ Passam horas olhando-se ao espelho
- ◉ Diminuição das horas de sono
- ◉ Isolamento social e dificuldade para namoros e vida sexual
- ◉ Uso de roupas largas e às riscas horizontais ajudam a disfarçar a magreza
- ◉ Exageram no exercício

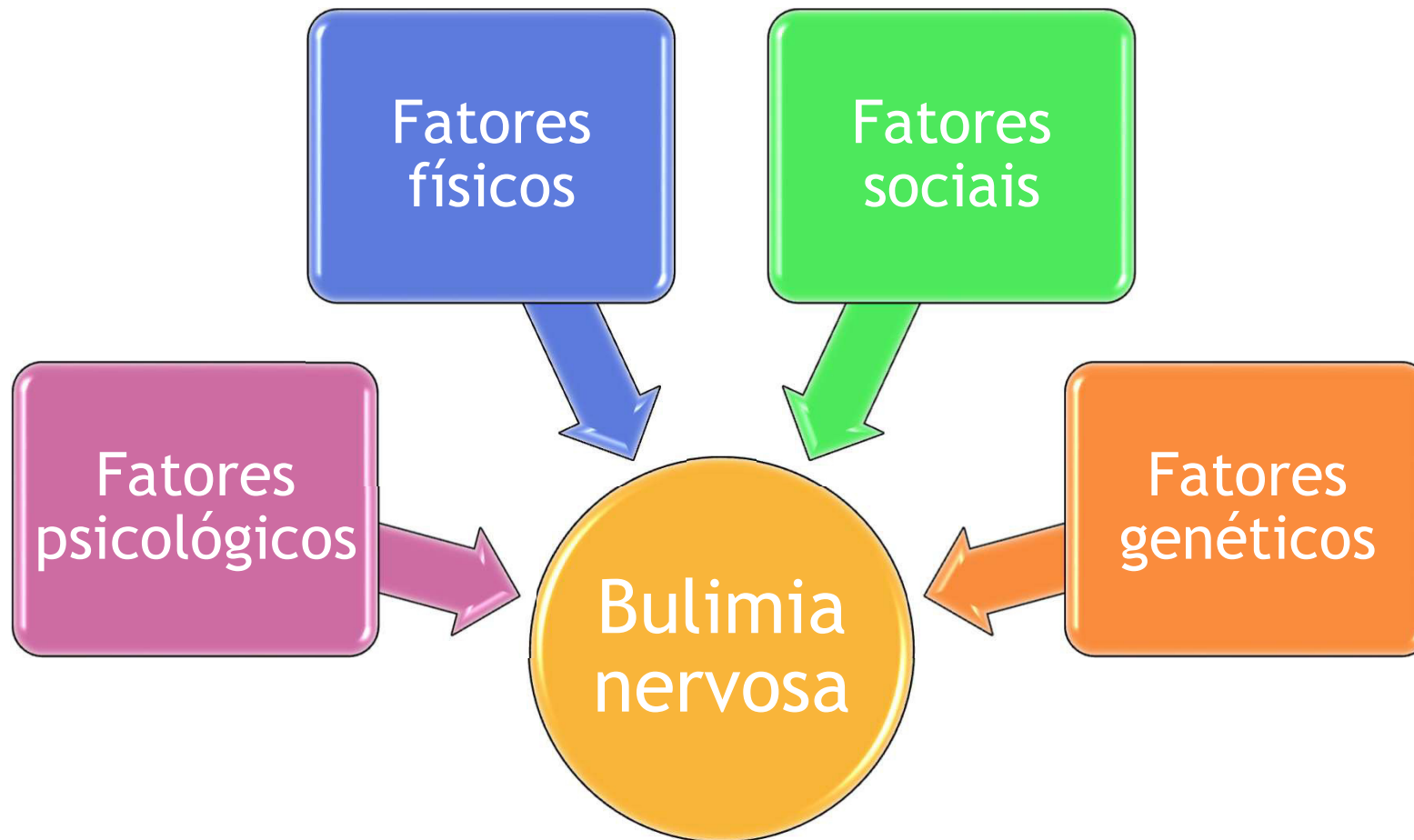


# Bulimia nervosa

- ◉ Bulimia = fome de boi
- ◉ Transtorno alimentar caracterizado por:
  - Episódios recorrentes de “excessos alimentares”, no qual é ingerido num curto espaço de tempo, grande quantidade de alimento de forma rápida.
  - Manobras e artifícios para eliminar o que foi ingerido ou para impedir o aumento de peso
  - Avaliação corporal alterada



# Causas



# Atinge maioritariamente:

- ◉ Sexo feminino (90%)
- ◉ Idade entre 18 - 40 anos
- ◉ Modelos e artistas
- ◉ Estudantes do secundário e universidade
- ◉ Pessoas com problemas afetivos, transtornos ansiosos, abuso e dependência de drogas



# Mas também...

- ◉ Sexo masculino
- ◉ Pessoas anónimas
- ◉ Pessoas ansiosas e com baixa autoestima



# Sinais de alerta

## ◉ Comportamentais:

- Obsessão por comida
- Indisposição depois das refeições
- Comer às escondidas
- Abuso de laxantes e diuréticos
- Provocação do vômito
- Isolamento social
- Exercício físico em excesso
- Jejuns prolongados e frequentes
- Fuga a restaurantes e refeições planejadas



# Sinais de alerta

## ⦿ Psicológicos:

- Alterações de humor
- Obsessão por dietas
- Autoestima determinada pelo peso
- Sentimento de culpa após o episódio bulímico
- Necessidade de aprovação dos outros



# Sinais de alerta

## ⦿ Físicos

- Grandes oscilações de peso
- Perda de água (desidratação)
- Fadiga
- Dificuldade em dormir
- Fraqueza muscular
- Problemas dentários



# Anorexia vs Bulimia

## Anorexia

- Idade atingida: 13-14 anos; 16-17 anos
- Perda significativa de peso
- Preferência pela magreza extrema
- Amenorreia
- Faz gala do seu estado
- Facilmente diagnosticada
- Internamento mais frequente
- Dietas loucas

## Bulimia

- Idade atingida: 18-40 anos
- Não há perda significativa de peso
- Satisfação com um peso abaixo da média
- Nem sempre ocorre amenorreia
- Guarda segredo
- Passa facilmente despercebida
- Internamento raro
- Períodos de voracidade alimentar

# Métodos para emagrecer

- ◉ Dietas
- ◉ Jejuns
- ◉ Exercício físico
- ◉ Métodos purgativos



# Complicações

- ◉ Patologias associadas
- ◉ Problemas cardiovasculares (coração)
- ◉ Diabetes
- ◉ Hipertensão
- ◉ Depressão
- ◉ Desnutrição ou peso oscilatório
- ◉ Gastrointestinais
- ◉ Metabólicos e endócrinos
- ◉ Reprodutores
- ◉ Renais
- ◉ Hematológicos
- ◉ Neurológicos

# Complicações

- ◉ Cabelos finos e quebradiços
- ◉ Alopecia
- ◉ Lanugo
- ◉ Perda de ereção nos rapazes, amenorreia nas raparigas
- ◉ Insónia
- ◉ Isolamento social e dificuldade para namoros e vida sexual
- ◉ Osteoporose
- ◉ Dificuldade de concentração e as notas baixam e diminuição do pensamento abstrato



# Complicações

- ◉ Ansiedade e alguma irritabilidade, alterações de humor
- ◉ Perda de água (desidratação)
- ◉ Autoestima determinada pelo peso
- ◉ Fadiga e Fraqueza muscular
- ◉ Obsessão por dietas
- ◉ Problemas dentários
- ◉ Sentimento de culpa após o episódio bulímico



# Tratamento

- ◉ Reabilitação nutricional pelo estabelecimento de um padrão alimentar regular e disciplinado
- ◉ Modificação os pensamentos de ingestão alimentar e melhorar a atitude relacionada com a perturbação alimentar
- ◉ Terapia de grupo
- ◉ Terapia familiar
- ◉ Antidepressivos, não sendo o tratamento principal, nem o mais eficaz...
- ◉ Internamento:
  - Quando surgem complicações
  - Risco de suicídio
  - Fracasso do tratamento em ambulatório



# Sexualidade



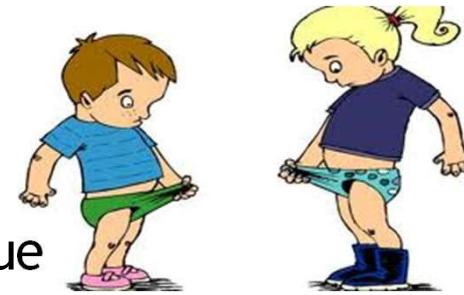
# Sexualidade

- ◉ Energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade
- ◉ Integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados
- ◉ Ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual
- ◉ Influencia a nossa saúde física e mental



# Sexualidade

- ◉ Conhecer o nosso corpo e compreender que cada individuo cresce e muda de forma diferente
- ◉ Aceitar que somos seres sexuados e que a sexualidade faz parte do nosso corpo, dos nossos sentimentos, das nossas relações, dos nossos sonhos e das nossas inquietações
- ◉ Tomar decisões conscientes e assumi-las de acordo
- ◉ com as nossas convicções
- ◉ Respeito por nós próprios e pelos outros, aceitando sempre as diferenças



# Masturbação



# Diferença de género

ANIMA

MENTE



*O cérebro feminino.*



*O cérebro masculino.*

# O Amor



# Riscos

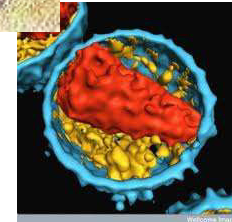
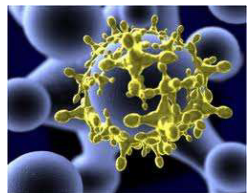
- ◉ Gravidez
- ◉ Infecções sexualmente transmissíveis (IST's)



# IST's

Sífilis

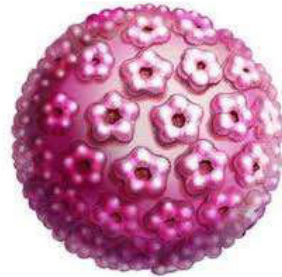
Gonorreia / blenorragia



# IST's

HPV / condiloma

Candidíase



# IST's

Pediculose

Herpes

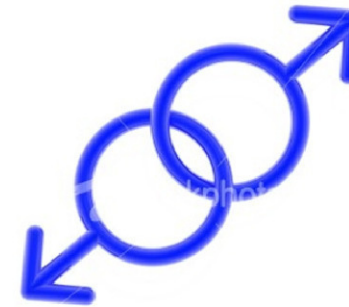


# IST's

Hepatitis

HIV / SIDA



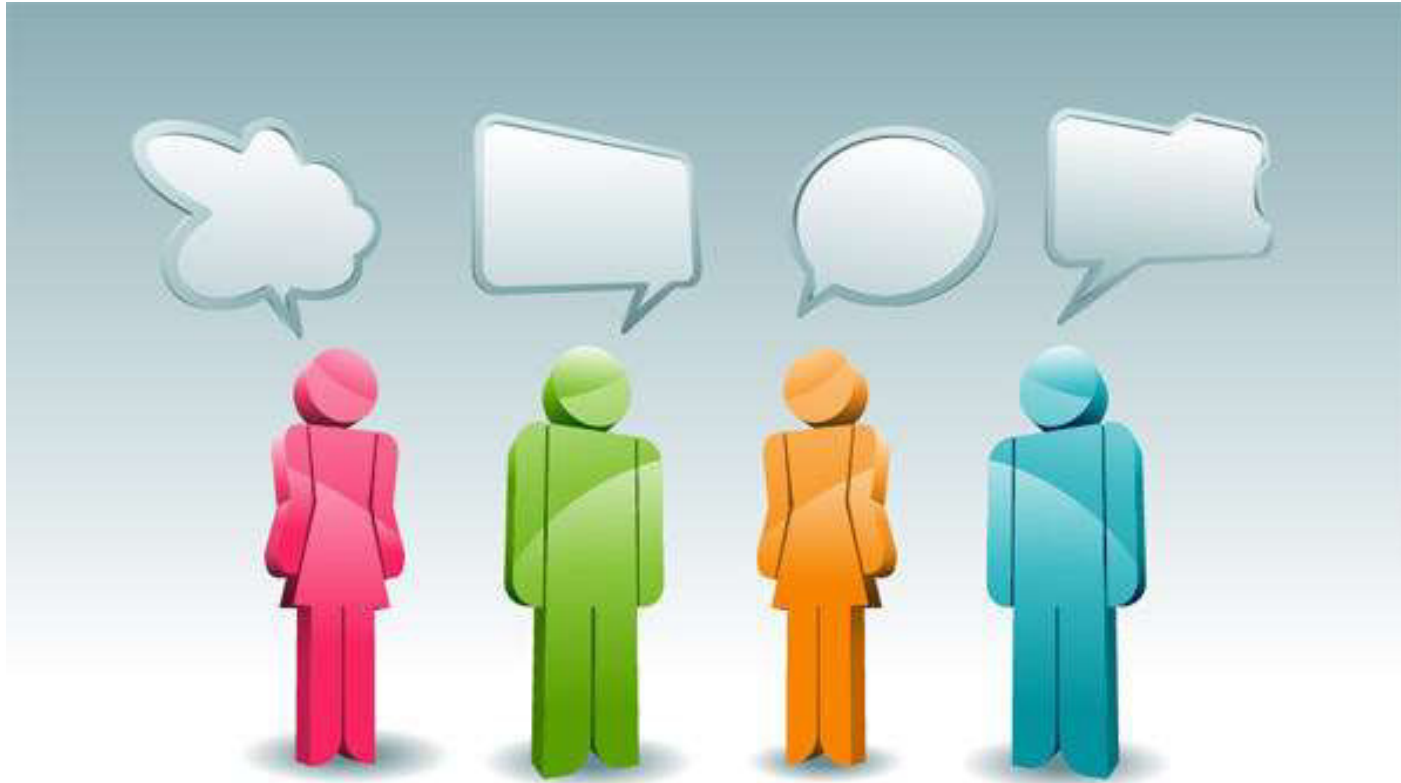


DST: conhecer  
para se  
proteger



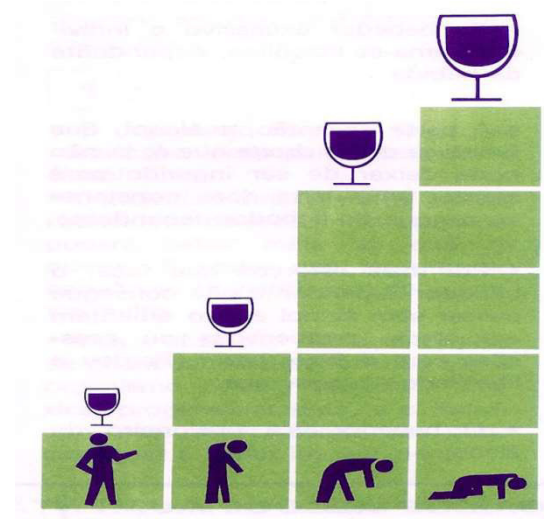
◎ **Parece haver uma afirmação categórica que se pode fazer acerca da educação dos filhos:**

- É que eles devem ser aceites como indivíduos de seu próprio direito e toleradas e incentivadas as diferenças existentes entre eles, os pais e entre os outros.
- Estes desenvolvem-se de uma forma mais satisfatória se forem amados por aquilo que são e não por aquilo que todos acham que eles deviam ser.





# Consumo de substâncias



# Droga

- ◉ “Droga é toda a substância que introduzida no organismo vivo modifica uma ou mais das suas funções. Esta definição engloba substâncias ditas lícitas - bebidas alcoólicas, tabaco e certos medicamentos - e, igualmente, as substâncias ilícitas como a cocaína, LDS, ecstasy, opiáceos, entre outras.” (OMS, s.d.)



# Droga

- “é tudo aquilo que é inalado, engolido ou injetado que provoca alterações psíquicas, sentidas como agradáveis, mas que cria com a pessoa uma relação em que se sente cada vez mais ligado à droga e cada vez menos se sente capaz de se interessar e sentir prazer nas coisas normais da vida” Neto 1996



# Toxicodependência

- “Estado de intoxicação periódica ou crônica, produzido pelo uso repetido de uma droga natural ou sintética, sendo o seu consumo lícito ou ilícito.” (OMS, 1971)



# Classificação das substância pelo efeito sobre o SNC

## ❖ Estimulantes do SNC ou Psicoanaléticas

- ⦿ Substâncias que aceleram o funcionamento do SNC provocando taquicardia, ansiedade, estado de vigília. Quanto maior a dose, maior a estimulação.

(xantinas, anfetaminas, cocaína, nicotina)



# Classificação das substância pelo efeito sobre o SNC

## ❖ Depressoras do SNC ou Psicodépticas

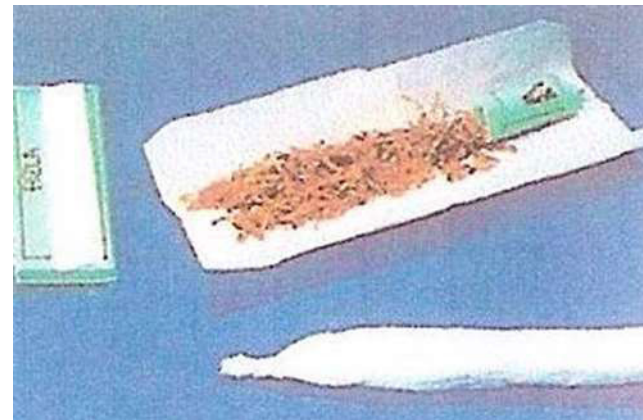
- ⊙ Substâncias que inibem ou diminuem a atividade do SNC (ópio e seus derivados, hipnóticos, tranquilizantes, álcool)



# Classificação das substância pelo efeito sobre o SNC

## ❖ Perturbadoras do SNC ou Psicodislépticas

- ⊙ Substâncias que modificam o curso do pensamento e as percepções sensoriais (alucinogénias (ecstasy) cannabis, peyote e solventes voláteis)



### *Grau de Tolerância*

<b>Tipos de Droga</b>	<b>Dependência Psíquica</b>	<b>Dependência Física</b>	<b>Tolerância</b>
<b>Álcool</b>	Ligeira a Forte	Ligeira a Forte	Ligeira
<b>Barbitúricos / Sedantes</b>	Ligeira a Forte	Ligeira a Forte	Intensa
<b>Opiáceos</b>	Moderada a Forte	Forte	Forte
<b>Cocaína</b>	Ligeira a Forte	Ligeira ou Nula	Nula
<b>Anfetaminas / Estimulantes</b>	Ligeira a Forte	Ligeira ou Nula	Forte
<b>Alucinógenos</b>	Ligeira a Moderada	Nula	Forte (segundo a substância)
<b>Cannabis</b>	Ligeira a Moderada	Ligeira ou Nula	Provável (doses altas)
<b>Substâncias Voláteis</b>	Ligeira a Moderada	Ligeira ou Nula	Ligeira (algumas substâncias)

# Classificação das substância pela sua origem

## Ecodrugs

- Absinto (bebida alucinogénia)
- Amanitas (distorção visual e auditiva)
- Cogumelos mágicos (alucinações)
- Datura (beladona provoca alucinações)
- Herbal highs (ectasy)
- Kava e khat (euforias)
- Salvia (mundo a duas dimensões)
- Catos (alucinogénios)

## Drogas sintéticas

- Quetamina (Special K, Vitamina K, Pó de Anjo)
- GHB (Ecstasy liquido - droga dos violadores)
- Solventes (Colas, Gás, Aerossóis)
- Ácidos (LSD, Vulcões)
- Anfetaminas , metanfetamina (Speeds, Cristal, Vidro, Gelo)
- Benzodiazepinas, barbitrycos...



# Como identificar o uso de drogas?

- ◉ É difícil ter a certeza que uma pessoa usa drogas
- ◉ Infelizmente quando a família desconfia que o adolescente usa substâncias, geralmente já este tem um longo percurso de três ou quatro anos de consumos sem que esta se aperceba, ou seja, a doença já está instalada

# Como identificar o uso de drogas?

- ◉ A família deve encarar a realidade, sem pânico, sem sentimento de culpa, sem acusações mútuas
- ◉ Deve discutir o problema para que todos falem a mesma língua
- ◉ Deve procurar ajuda, o mais rápido possível, mas ajuda profissional
- ◉ Se existirem médicos ou psicólogos na família, não tentar terapias com estes profissionais (“tratamento” não pode ser misturado com o afeto familiar) por risco de originar fracasso do tratamento

# Sinais de alerta

- ◉ Fala arrastada, lentidão, marcha alterada, olhos vermelhos, suores, excepcionalmente falador, muito feliz ou triste, mal-estar, comer muito
- ◉ Garrafas vazias de álcool, seringas, pedaços de papel alumínio, sacos individuais pequenos, pedaços de mangueira, colheres dobradas podem indicar o uso de diferentes drogas (no quarto, na mochila, nos bolsos)

# Sinais de alerta

- ◉ A repentina utilização de objetos com o intuito, de “disfarçar” ou ocultar o uso
- ◉ Abuso nos desodorizantes, perfumes
- ◉ Incenso
- ◉ Produtos para refrescar o hálito
- ◉ Óculos escuros
- ◉ Mudanças de personalidade

# Sinais de alerta

- ◉ As alterações físicas, ganho / perda de peso
- ◉ Alterações do sono
- ◉ Higiene pessoal descuidada
- ◉ Erupções na pele ou feridas (disfarçadas com mangas compridas)
- ◉ Problemas na escola
- ◉ Alterações nas amizades

# Sinais de alerta

O uso de drogas envolve tanto a compra e venda (tráfico)

- ◉ Aumento dos gastos
  - ◉ Demanda por dinheiro
  - ◉ Desaparecimento objetos valiosos
- } compra de drogas

- ◉ Mais dinheiro do que o habitual
  - ◉ Objetos novos e caros
- } Venda de drogas

# Sinais de alerta

- ⦿ Ao reconhecerem os perigos do consumo de drogas os pais e outros têm de ter noção de que existem estratégias eficazes para tratamento
- ⦿ Este processo passa também pela aceitação por parte do adito da sua doença
- ⦿ ...



Obrigado pela  
atenção!!!

# BIBLIOGRAFIA

- ◉ Anderson, R., Dartington, A. (2003). Olhar de frente- Perspetivas clínicas das perturbações da adolescência. Lisboa. Edição Assírio & Alvim
- ◉ Brito, M. Esteves, Manuel (2001). Consumos que nos consomem. Toxicodependência e toxicodependentes. Porto. Edição :Âmbar.
- ◉ Matos, M.G., Sampaio, D. (2009). Jovens com saúde - diálogo com uma geração. Lisboa. Texto Editores
- ◉ Patrício, L. (2006). Droga: Aprender para prevenir (1ª edição). Lisboa.

## Sessão 1

**TEMA:** Comportamentos Adolescentes: o que se passa com o meu filho?!

**Local:** Escola Básica 2,3 D. Dinis

**Grupo alvo:** Pais e Encarregados de educação dos alunos do Agrupamento

**Data:** 12/04/2012 **Hora (duração):** 19h00 (120 minutos)

Objetivos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação/ Indicadores
			Métodos	Meios auxiliares de ensino	
Conhecer as características da anorexia e bulimia nervosas Identificar os principais sinais de alerta	Transtornos alimentares: Anorexia nervosa e bulimia nervosa Sinais de alerta de transtornos alimentares	50 minutos	Expositivo	Diapositivos + Projektor multimédia	Observação Análise da participação do grupo
Reconhecer a importância da sexualidade da adolescência na adolescência Conhecer os principais riscos sexuais	Sexualidade na adolescência Riscos relacionados com os comportamentos sexuais	30 minutos	Expositivo	Diapositivos + Projektor multimédia	
Conhecer as características das substâncias consumidas e os riscos do consumo Identificar os principais sinais de alerta	Substâncias psicoativas: efeitos e riscos de consumo Sinais de alerta de consumos de substâncias	40 minutos	Expositivo	Diapositivos + Projektor multimédia	

Houve uma participação ativa dos pais, com debate no final e questões de esclarecimento.

**BIBLIOGRAFIA:**

Anderson, R., Dartington, A. (2003). *Olhar de frente- Perspetivas clínicas das perturbações da adolescência*. Lisboa. Edição Assírio & Alvim

Brito, M. Esteves, Manuel (2001). *Consumos que nos consomem. Toxicodependência e toxicodependentes*. Porto. Edição :Âmbar.

Matos, M.G., Sampaio, D. (2009). *Jovens com saúde – diálogo com uma geração*. Lisboa. Texto Editores

Patrício, L. (2006). *Droga: Aprender para prevenir* (1ª edição). Lisboa.

*Serviço de Psiquiatria Mulheres CHLP*



**SOMNO**

*Leiria, 2012*

# SONO

- “O sono é uma necessidade de todo o ser humano que consiste na modificação do estado de consciência e da actividade que deve proporcionar-se nas melhores condições e em quantidade suficiente assegurando o bom funcionamento orgânico”

Virgínia Henderson

Sob o ponto de vista comportamental, há a referir:

**Escassez de movimento** – andar, falar, escrever, etc...

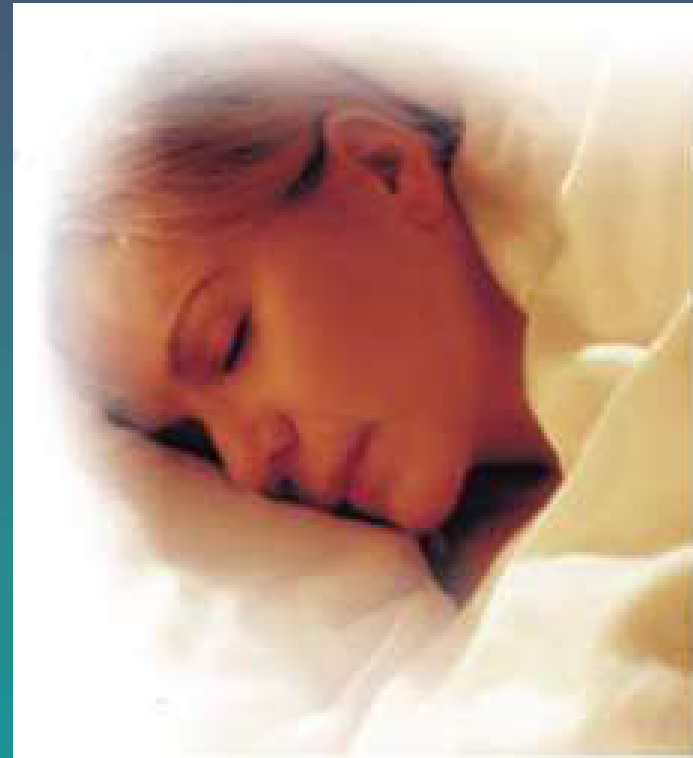
**Postura estereotipada** – deitada, sentada,...

**Resposta reduzida aos estímulos** – não há resposta a sons de baixa intensidade, toques etc...

**Reversibilidade** – sabemos que podemos acordar rapidamente do sono, o que o distingue do coma ou da morte

# REPOUSO

O repouso adequado  
contribui para recuperar  
o organismo do  
desgaste natural do  
dia-a-dia



# FUNÇÕES

Restaurar processos químicos e físicos deteriorados durante a vigília

Conservar energia

Estimular o crescimento cerebral

Consolidar a memória

# REGULAÇÃO DO SONO

**Fator homeostático** - associado à indução do sono (o que provoca o sono)

**O circadiano** - reflete a propensão a dormir a diversas horas do dia

O início do sono surge quando os 2 estão no máximo

**Depende de há quanto tempo se está acordado**

Mínimo: ao despertar

**O impulso para dormir aumenta proporcionalmente com a quantidade de tempo que se está acordado**

Logo um aumento do tempo acordado leva a alterações compensatórias na duração e intensidade do próximo período de sono

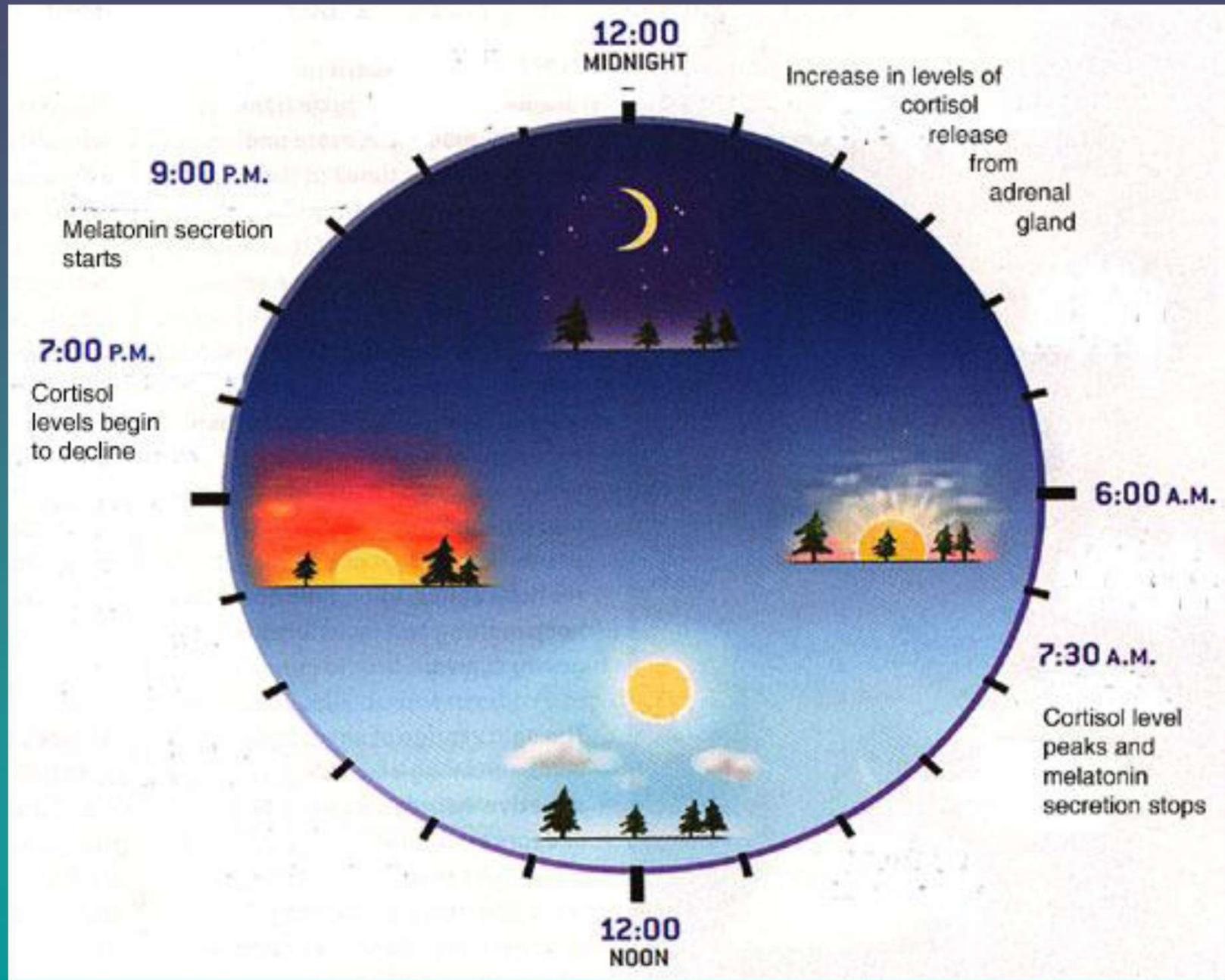
## Ritmo circadiano (24hrs) Processo Homeostático



Se houver atividades que promovam a vigília próximas da hora de dormir, tal vai influenciar e adiar o início do sono

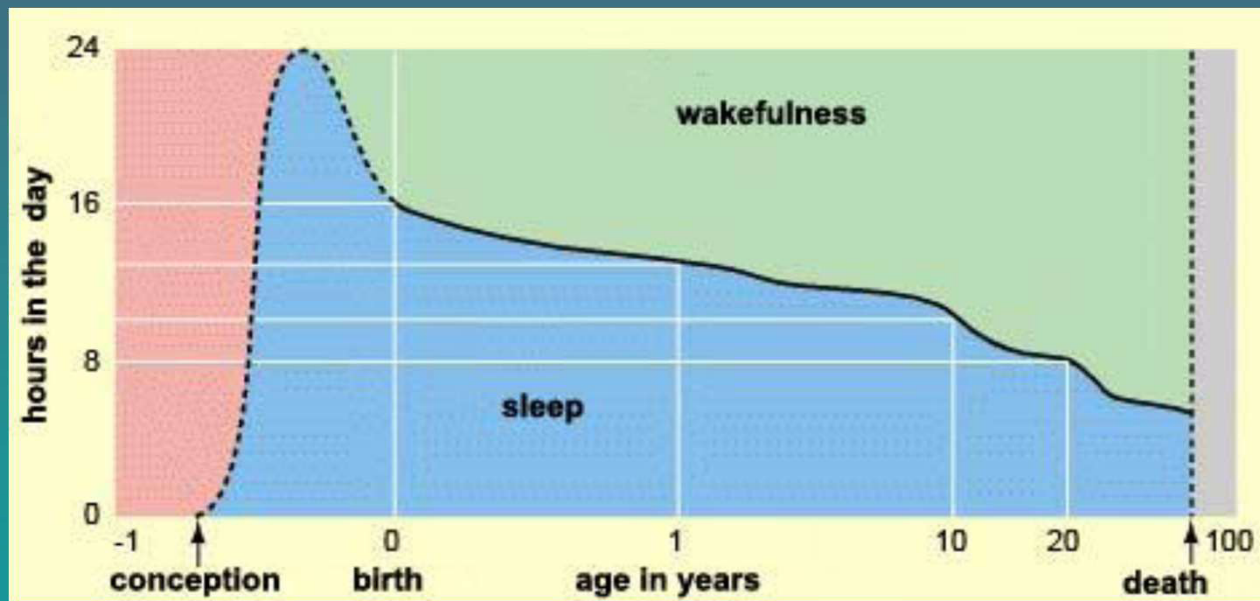
**EX.** exercício (com exceção da atividade sexual...), estudar, discussões, preocupações, assistir a um filme perturbador

Durante o dia **o tédio a inatividade** podem suplantarem-se ao comando para nos manter-mos acordados



# QUANTO TEMPO DORMIMOS

A quantidade de sono que uma pessoa dorme, efetivamente, depende da idade



## Recém-nascidos



- ❑ Dormem cerca de 17h
- ❑ Sono não influenciável pelo dia/noite mas antes pelas necessidades básicas

## Adulto jovem



- ❑ Ao longo do sono, variam as proporções REM e NÃO REM
- ❑ Sono NREM predomina no 1º 1/3 do sono;
- ❑ Sono REM predomina no último 1/3
- ❑ Sono interrompido por breves períodos de vigília dos quais não se recorda

## Idosos



- ❑ Sono mais leve e fragmentado, e tendem a acordar mais cedo
- ❑ Não dormem tanto durante a noite mas continuam a necessitar das mesmas horas de sono que os jovens adultos: dormem sestas durante o dia para compensar

**NÃO-REM**  
**NREM**

**não-REM**

**Fase 1**

3-12 min

Quando as pessoas se deitam e fecham os olhos

**Fase 2**

10-20 min

Sono leve

**Fase 3**

10 min

Marca a passagem do sono moderado a verdadeiramente profundo

**Fase 4**

35-40 min

Sono mais profundo

**SONO  
REM**

## **sono REM**

Uma hora e meia depois do adormecer

Combinação de um sono superficial com um sono profundo

Capaz , com grande clareza , de se lembrar do que sonhava e de seus pormenores

↑FC, ↑TA, ΔFR, ereção peniana total ou parcial, atonia muscular generalizada, rápidos movimentos oculares

**20 a 25% do total do sono**

Cerca de  
1/3 da  
nossa vida  
é passada  
a dormir

Aos 80 anos  
estima-se que  
cerca de 25 anos  
são passados a  
dormir

Em média  
devemos  
dormir 8 horas  
por dia e 16h



Uma  
**perturbação** a  
este nível pode  
representar um  
sintoma precoce  
de **doença  
psiquiátrica**

25 a 30% da  
população  
adulta apresenta  
algum tipo de  
perturbação do  
sono

**Sem dormir a vida não é possível....**

# INSÔNIA



Quantidade de sono insuficiente ou sono de má qualidade

- Principal distúrbio do sono
- 10-15% da população sofre de insónia crónica/persistente
- Percentagem aumenta com a idade
- Afeta sobretudo mulheres...

## Caracterização

**Inicial:** dificuldade em iniciar o sono

**Intermédia:** acordar repetidamente durante a noite

**Terminal:** acordar demasiado cedo e não conseguir voltar adormecer

## Consequências

Má qualidade de vida

Maior propensão a doença física e mental

Associada a elevada percentagem de absentismo



## Queixas

Pouca quantidade/dificuldade em iniciar o sono/acorda cedo demais

Fadiga, dificuldade de concentração, alteração do humor, problemas de memória

Sono de má qualidade ou não reparador

# PRIVAÇÃO DO SONO



# SONO NÃO REPARADOR



As “**noites em branco**” traduzem-se, muitas vezes, em alterações do humor, da atenção e do raciocínio...



... acabando por comprometer a aprendizagem ou o desempenho de várias tarefas

# CONSEQUÊNCIAS DO SONO NÃO REPARADOR

A privação continuada do sono contribui para o  
aparecimento de várias doenças



- Diabetes
- Obesidade
- HTA
- Problemas hormonais
- Doenças Cardiovasculares
- Doenças Neurológicas

# MAIS GRAVES

- Doenças Neuro-degenerativas
  - Demência
  - Parkinsonismo
- Epilepsia Relacionada ao Sono
- Cefaleias Relacionadas ao Sono
  - Alcoolismo

# CONSELHOS PARA UMA BOA HIGIENE DO SONO

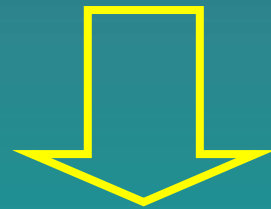
- 1) Evite pensar em problemas antes de adormecer
- 2) Respeite as horas para se deitar e acordar
- 3) Proteja o quarto de ruído, luz, calor ou frio
- 4) Pratique exercício físico durante o dia, contribui para o bem estar físico e mental
- 5) Deixe que o sono ocorra naturalmente





# BOA UMA HIGIENE DO SONO TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

A velha receita de contar carneiros, bem como olhar frequentemente para o relógio a ver o tempo passar, são duas medidas desaconselhadas.



Contribuem para o aumento da  
ansiedade



Evitar substâncias estimulantes

Horários regulares de sono

Evitar sestas durante o dia

**Reforçar associação sono/cama**

Manter horários regulares

Ir para a cama só quando tiver sono



# TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO



**Benzodiazepinas**

**Antidepressivos sedativos**

**Antipsicóticos**



FAÇAM FAVOR DE DORMIR BEM E TOMAREM A MEDICAÇÃO CORRETAMENTE  
OU ARRANJAREM ESTRATAGEMAS ALTERNATIVOS...

# Bibliografia

- Paiva, T. (2008). Bom sono, boa vida. Lisboa: Oficina do livro- Soc. Editorial, Lda.
- Madeira, N. (2011). Apontamentos fornecidos nas aulas de neurofisiologia. Leiria

**TEMA:** O SONO, ESTRATÉGIAS PARA UMA BOA HIGIENE DO SONO

**Local:** Centro Hospitalar Leiria Pombal

**Grupo alvo:** Equipa de Tratamento do CAT de Leiria

**Data:** Setembro 2012 **Hora (duração):** 11H00 (60 minutos)

Objetivos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação
			Métodos	Meios auxiliares de ensino	
<p>Que fiquem esclarecidos sobre a importância e necessidade de uma boa higiene do sono</p> <p>Consigam mencionar alguns dos problemas que a falta do sono origina</p> <p>Enumerem algumas recomendações a usar quando não conseguirem adormecer</p>	<p>Apresentação do enfermeiro</p> <p>Apresentação dos objetivos</p> <p>Sono e repouso</p> <p>Função e duração do sono</p> <p>Insónia</p> <p>Consequências da falta de sono</p> <p>Estratégias a usar para induzir o sono</p>	60 Minutos	<p>Expositivo</p> <p>Ativo/Interrogativo</p>	<p>Retroprojektor</p> <p>PC</p> <p>Power Point</p> <p>Comunicação Verbal</p>	<p>Questões colocadas pelos colegas do serviço</p>

**Bibliografia:**

Paiva, T. (2008). *Bom sono, boa vida*. Lisboa: Oficina do livro- Soc. Editorial, Lda.

Madeira, N. (2011). *Apontamentos fornecidos nas aulas de neurofisiologia*. Leiria

## ANEXO IV

Antagonistas/agonistas - tratamento de metadona

**TEMA:** ANTAGONISTAS / AGONISTAS TRATAMENTO DE METADONA

**Local:** Centro Hospitalar Leiria Pombal

**Grupo alvo:** Utentes da Ala Feminina do Serviço de Psiquiatria Agudos

**Data:** 23/04/2012    **Hora (duração):** 14H00 (60 minutos)

Objetivos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação
			Métodos	Meios auxiliares de ensino	
Aquisição de conhecimentos sobre os tratamentos a pessoas aditas  Reconhecer a diferença entre antagonistas e agonistas  Conhecer o tratamento em Programa Manutenção em Metadona	Apresentação do enfermeiro  Apresentação dos objetivos  Droga e toxicodependência  Tratamento agonista e antagonista  Metadona e PMM  Critérios de tratamento	60 Minutos	Expositivo  Ativo/Interrogativo	Retroprojektor  PC  Power Point  Comunicação Verbal	Avaliada a Formação em Serviço através de questionário de perguntas fechadas e abertas  Avaliação da sessão feita através do preenchimento de ficha existente no serviço de Psiquiatria Agudos do Centro Hospitalar Leiria Pombal

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

Patrício, L. (2009). *A Manutenção Opióide* (1ª edição). Lisboa.

Patrício, L. (2006). *Droga: Aprender para prevenir* (1ª edição). Lisboa.

Morel,A., Hervé,F., Fontaine,B. (1998). *Cuidados ao Toxicodependente*. (1ª edição). Lisboa: Climepsi editores.

Lowenstein,W., Gourarier,L. Coppel,A., Lebeau,B., Hefer,S., (1998). *A Metadona e os tratamentos de substituição* (1º edição). Lisboa: Climepsi editores.



**ANTAGONISTAS / AGONISTAS**

**TRATAMENTO DE METADONA**

**SERVIÇO DE PSIQUIATRIA AGUDOS**

# OBJETIVOS

---



Aquisição de conhecimentos sobre os tratamentos a pessoas aditas

Reconhecer a diferença entre antagonistas e agonistas

Conhecer o tratamento em Programa Manutenção em Metadona

# TOXICODPENDÊNCIA

Palavra geralmente conotada com tudo o que há de mau na nossa sociedade

## DROGA

“É tudo aquilo que é inalado, engolido ou injetado que provoca alterações psíquicas, sentidas como agradáveis, mas que cria com a pessoa uma relação em que esta se sente cada vez mais ligada à substância e cada vez menos capaz de se interessar e de sentir prazer nas coisas normais da vida”

Neto 1996

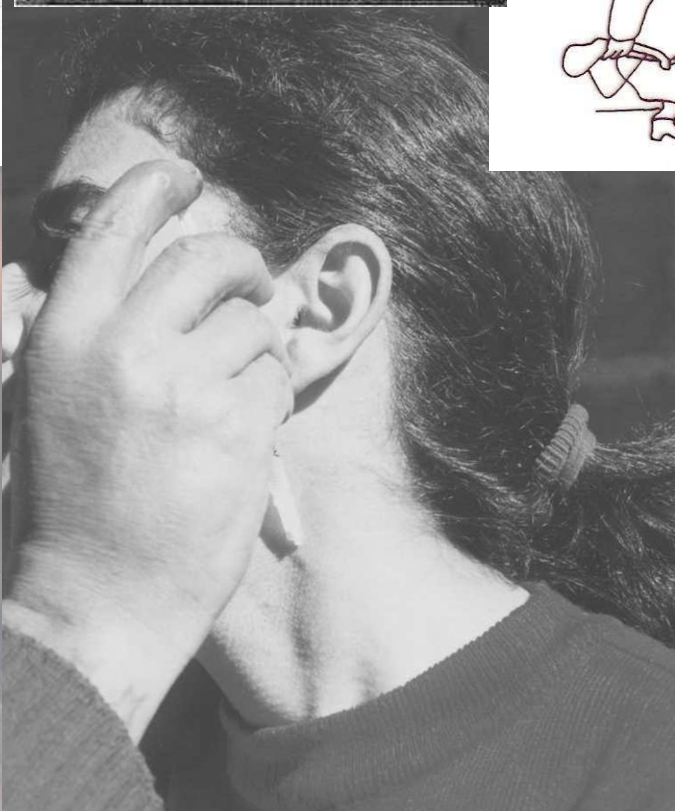
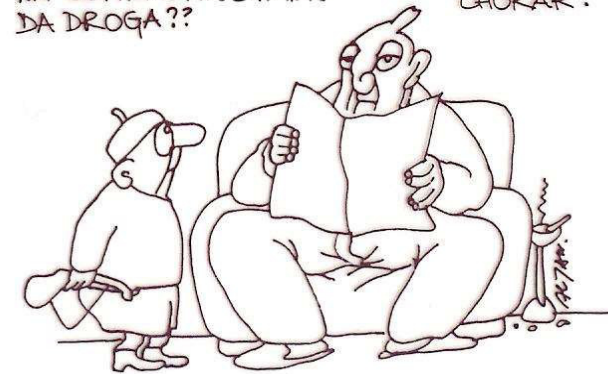
João Paulo Balau

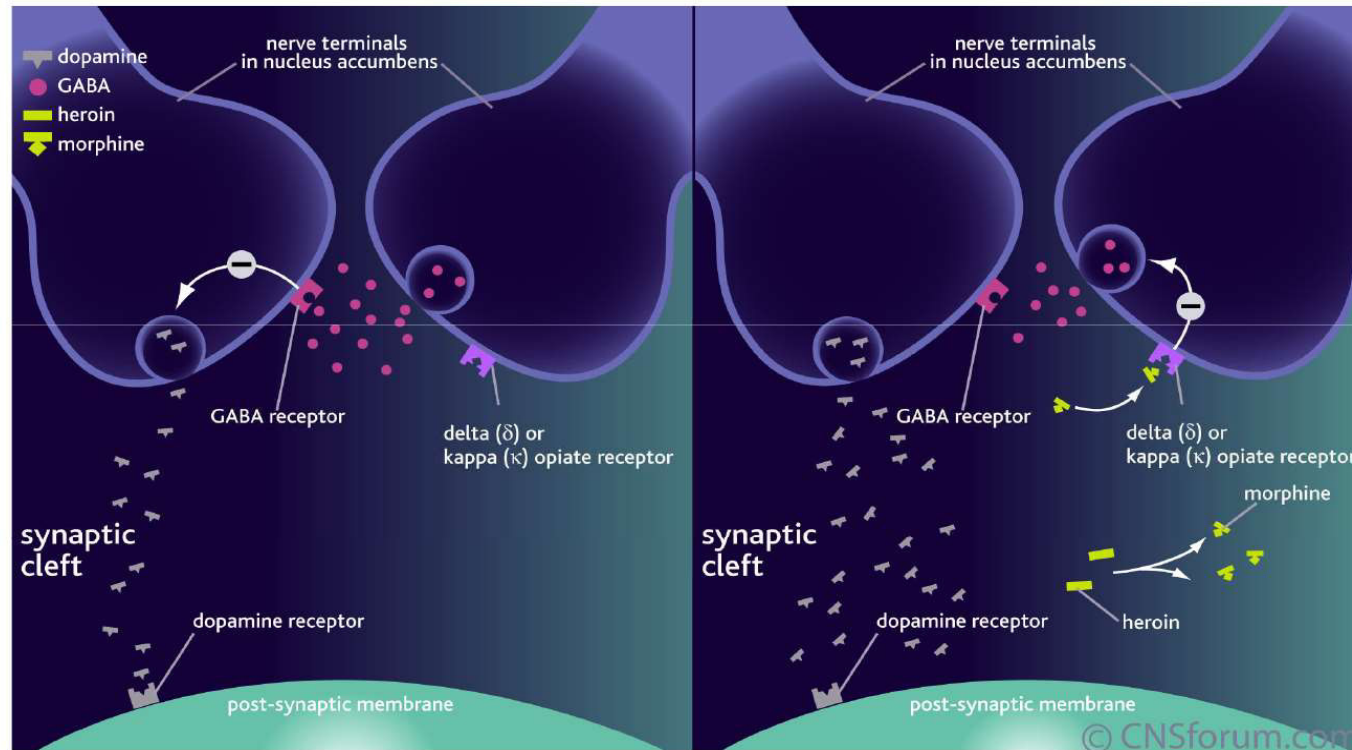




PAPA',  
O QUE FAZES  
QUANDO EU ENTRAR  
NA ESPIRAL ALUCINANTE  
DA DROGA??

PERGUNTO CHORANDO  
À TUA MÃE: ONDE FOI QUE  
NOS ENGANAMOS?  
ATÉ OS HOMENS PODEM  
CHORAR.





# RECEPTORES OPIÓIDES

**Mu- $\mu$ -** analgia supra espinhal, euforia, depressão física e respiratória

**Delta- $\delta$ -** analgia espinhal, tolerância e euforia

**Épsilon- $\varepsilon$ -** atua na micro circulação

**Kappa- $\kappa$ -** analgia espinhal, sedação e miose

**Sigma- $\sigma$ -** alucinações, manias, taquicardia, midríase



Locus coeruleus

Pars compata da substância negra

Substância gelatinosa da medula



João Paulo Balau

---

TRATAMENTO

ANTAGONISTAS

.../...

AGONISTAS

## TRATAMENTO COM ANTAGONISTAS

Quando o homem se apercebe que uma determinada substância “faz mal”, tenta descobrir uma outra que reduza ou anule os efeitos indesejáveis, provocados pela primeira. São como que anti - venenos, funcionando estes como bloqueadores no organismo dos locais onde se fixa a heroína (recetores opiáceos)  
(Patrício 1995)



Nalorex

João Paulo Balau

## SINDROME de ABSTINÊNCIA OPIACEA (SAO)

**6-8h** Após a ultima toma surgem primeiros sinais como o lacrimejo, rinorreia, bocejos

**14h** Midríase, calafrios, pele arrepiada, tremores, agitação ansiosa, irritabilidade

**24-48h** Náuseas, vômitos, diarreias, espasmos abdominais, câibras, lombalgias, hipertermia, Hta, taquicardia, angustia, contato impossível

**3 dia** Progressivamente os sinais vão desaparecendo e a partir do 6 a 8 dia é retomado o sono

**8 dia** Corpo limpo de substâncias



# DESINTOXICAÇÃO



Induzir antagonista

João Paulo Balau



# TRATAMENTO COM AGONISTAS / ANTAGONISTAS

Buprenorfina (derivado de morfina) é utilizada há vários anos no tratamento da adição de opióides

Apresentam-se sob a forma de comprimidos sublinguais  
(8mg,2mg,0.4mg,0.2mg)

Tem uma ação para 24 a 36 horas



Se bem ajustada o doente não sente sinais de privação :  
“...nem me lembro da heroína.”

Como também é antagonista, impede os efeitos da heroína (não bate) levando a que o consumidor não sinta qualquer efeito da droga

Associação com benzodiazepinas, hipnóticos, neuroléticos e antidepressivos sedativos, álcool é perigosa;  
potencializa efeito sedativo podendo provocar paragem respiratória, coma e morte

Se engolido não é eficaz

Se injetado pode originar embolia e abcesso devido aos fragmentos do comprimido, se snifado provoca o efeito de “droga”

Se apresentar testes positivos á heroína e/ou cocaína não levanta a receita

O início da toma faz-se em estado de privação

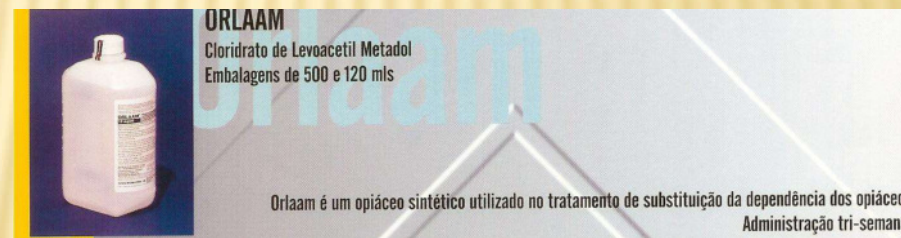
João Paulo Balau

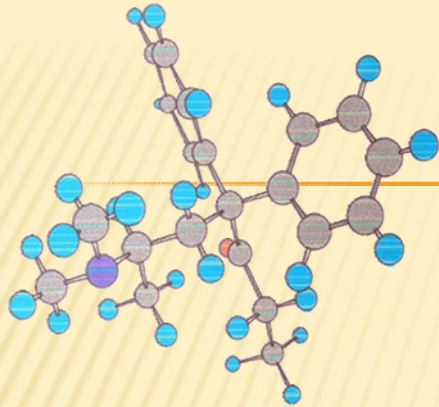


## TRATAMENTO COM AGONISTAS

Os tratamentos de substituição consistem na substituição da dependência de um opiáceo ilicitamente consumido pelo uso medicamentoso de um opiáceo legal. A ânsia, o desejo da droga ilegal fica por vezes anulada.

(Patrício 1995)





**METADONA** - é um opiáceo sintético, um analgésico semelhante à Morfina, com um efeito sedativo mais forte, administra sob orientação médica, a determinados indivíduos aditos aos derivados de ópio, especialmente à heroína

A sua biodisponibilidade é de 80 a 95%, com uma vida orgânica de 24 a 36 horas, superior à da heroína (+/- 5h)

O seu pico plasmático é atingido ao fim de quatro horas, com uma concentração máxima ao cérebro, atingida uma a duas horas após a sua administração

A biotransformação dá-se a nível do fígado e é excretado pela urina

Provoca menos prazer e euforia que a heroína, mas intensifica dependência física e psíquica

Permite ao adito quando em programa criar ou manter uma estrutura familiar, laboral e social equilibrada

Os seus efeitos são bloqueados pela Naloxona



## Apresentação

Líquida (Xarope)



Comprimidos (5, 10, 40 mgr)



## Uso

Proteção dos sintomas de abstinência  
aos opiáceos

Bloqueia ou reduz o efeito da auto  
administração de heroína

# Tratamento

## Como começou ?



O seu uso em tratamento deveu-se a Dole e Nyeswander (EUA 1965), que introduziram este medicamento oralmente, como tratamento de substituição de drogas para os dependentes de heroína

Considerada uma doença psiquiátrica a melhor maneira de controlá-la e estabiliza-la, era administrar Metadona

Permitia:

Reduzir os consumos de Heroína

Reduzir o “craving”

Reduzir a atividade criminal

Anos 70 passou a ser a terapia de eleição para a substituição da dependência de opiáceos

Os objetivos deste tratamento foram sofrendo alterações ao longo dos tempos.

Atualmente designam-se por:

## **Programa Manutenção de Metadona (PMM)**



João Paulo Balau

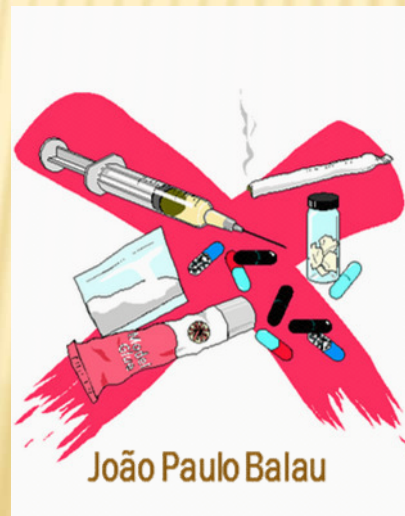
## **PMM permite**

Melhoria da sua qualidade de vida  
Melhoria do contato com equipa de saúde  
Criação de bons laços terapêuticos baseada na relação de confiança  
Estabilização de dose de Mtd

Promover a ressocialização e reinserção social do doente  
Contrariar a exclusão familiar, social, laboral do doente  
Diminuir os custos sanitários com doenças associadas  
Ganhos em saúde para o utente  
Melhorar as vivências familiares desorganizadas



O objetivo final é a abstinência a todos os opiáceos, incluindo a própria metadona



(Buning et al)

Tratamento pode ser dividido em três grupos fundamentais

- 1 - Os que deixam totalmente de utilizar a Heroína e regressam ao trabalho e à família
- 2 - Os que usam esporadicamente a heroína
- 3 - Os que mantêm consumos da heroína

(Patrício)

## Clarificação dos objetivos para o tratamento

**Alto Limiar** – utentes cumprem critérios claros como a frequência obrigatória a consultas, a total abstinência às drogas, controle analítico regular e a própria exclusão se não cumprirem as regras

**Médio Limiar** – contactos regulares com os serviços para que ele participe na redução de danos e ao mesmo tempo mobilizá-lo para o Alto Limiar, sendo permitida alguma tolerância para o incumprimento das regras, (Grávidas,...)

**Baixo Limiar** – são todos os que não conseguem responder às mais insignificantes exigências (tolerância)...Seropositivos

João Paulo Balau

# Pedido de Tratamento (Lowenstein et al)

**Casamentos, nascimentos, mortes**  
(O Consumidor tem de enfrentar novas responsabilidades e constrangimentos)

**Rutura familiar, problemas judiciais**  
(Os custos tornam-se demasiado elevados para o tipo de vida)

**Dessocializado, isolado, marginalizado**  
(A substância...objetivo de vida)

**Escalada de consumo, perda do controle da situação, “bate no fundo”**  
(perde controle total sobre si, não há auto estima, só pensa na “cena” e no próximo “chuto”)

# Critérios de Adesão (Hernandez)

Idade superior a 18 anos

Participado em outros tratamentos sem êxito

Dependente de opiáceos à vários anos

Portador de HIV, TP, ou outras patologias graves

Grávida dependente de opiáceos

Heroínodependentes sem retaguarda sociofamiliar

Heroínodependentes em estabelecimento prisional

Depois de explicado se o adito aceitar, assina um protocolo

João Paulo Balau

# Critérios de Exclusão

Consumir continuamente durante o tratamento

Frequência de testes positivos

Ser violento físico ou verbalmente

Traficar metadona

Falsificar receitas

Faltar regularmente às tomas de metadona  
(4 seguidas ou 8 intercalares)

# Contra Indicações

Insuficiência respiratória severa

Insuficiência renal

Insuficiência hepatocelular

Tce e hipertensão intracraniana

Estado convulsivo

Intoxicação alcoólica aguda

Síndrome abdominal agudo de etiologia desconhecida

# Efeitos Secundários

Obstipação persistente durante os seis primeiros meses

Alterações do sono (Insónias ou Sonolência)

Sudorese abundante, limitada à parte superior do tórax e ao rosto

Bradycardia / hipotensão

Aumento da temperatura corporal

Alteração da menstruação

Alteração do funcionamento sexual  
(diminuição do libido com dificuldade em alcançar o orgasmo)

(Afetam menos de 20% de utentes em PMM)

# Interação Medicamentosa

Todas as substâncias suscetíveis de aumentarem o metabolismo da oxidação hepática encurtam a duração da ação da metadona, ex.: Rifanpicina (antibiótico), ...

Todas as substâncias que inibem as enzimas hepáticas potenciam os efeitos da metadona, ex.: Eritromicina (antibiótico), Furosemida (Lasix), Propanolol (TA),...

O álcool é um dos mais frequentes fatores de desequilíbrio, tal como a cocaína, pois potenciam os seus efeitos acelerando o seu metabolismo.



# PMM

No primeiro dia - início com dose de 20 ou 30 mg, repartidas por duas ou três tomas com reajustes rápidos para o caso de apresentar sintomas de abstinência

Reavalia-se duas a três horas após a toma

**Dose de droga de rua**  
**1gr → 40mg ou 4 ml**

### Administração de metadona em forma líquida.

1 mg	2 gotas	Pipetagem manual
2 mg	4 gotas	
3 mg	6 gotas	
4 mg	8 gotas	
5 mg	10 gotas	
6 mg	12 gotas	
7 mg	14 gotas	
8 mg	16 gotas	
9 mg	18 gotas	
10 mg	20 gotas	
20 mg	40 gotas	2 ml
25 mg	50 gotas	2,5 ml
30 mg	60 gotas	3 ml
40 mg	80 gotas	4 ml
50 mg	100 gotas	5 ml
60 mg	120 gotas	6 ml

### Administração de metadona em comprimidos

Comprimidos de 40 mg	
40 mg	1 comprimido
20 mg	½ comprimido
Comprimidos de 20 mg	
10 mg	½ comprimido
5 mg	¼ comprimido

**Nota:** o manuseamento *per ós* só pode ser feito desta forma.

Se a tolerância for baixa, uma dose entre 10 a 20 mg/dia será apropriada

Se a tolerância for alta devem-se fazer ajustes no máximo de 5 a 10 mg/dia, sem passar dos 20 mg/dia na primeira semana

Recomenda-se que a dose não exceda os 120 mg/dia de Metadona

A **estabilização** da dose do utente em PMM, ocorrer aproximadamente nas primeiras 6 semanas de tratamento

Esta estabilização leva o consumidor a deixar de estar obrigado a procurar incessantemente a substância

A dependência passa a estar controlada farmacologicamente, mantendo-se o consumidor num estado “normal”



João Paulo Balau

# TIMING DE TRATAMENTO

## Início do tratamento (5 a 10 dias)

Ajustes

Reajustes

Desaparecimento de sintomas de abstinência

## Institucionalização do Tratamento (3 a 6 meses)

Diferenciação entre os que renunciam à substância (heroína) e os que para quem a ligação com a substância continua a ser imperiosa e a estabilização problemática

## **Fase da reconstrução pessoal (de 3 a 6 Meses)**

Realização de projetos “deixados a meio”,  
Alojamento, higiene, alimentação, restabelecimento de laços  
familiares, guarda de filhos, inserção profissional

Apoiar no restabelecimento das relações sociais e afetivas  
pois encontram-se deterioradas

Incentiva-los a evitar consumos esporádicos e abuso de outras  
drogas, ex.: Álcool, coca, ...

**(Papel do enfermeiro nos ganhos em saúde)**

## **A Manutenção (+ de 3 anos de tratamento)**

A droga já não ocupa posição central

Construiu um novo equilíbrio conforme as normas sociais,  
mais ou menos satisfatória, segundo os casos

Possibilidade de início de redução progressiva da posologia

Consultas e acompanhamentos menos intensivos e mais  
espaçadas

## Fim do Tratamento

O tratamento pode terminar? Não existe consenso

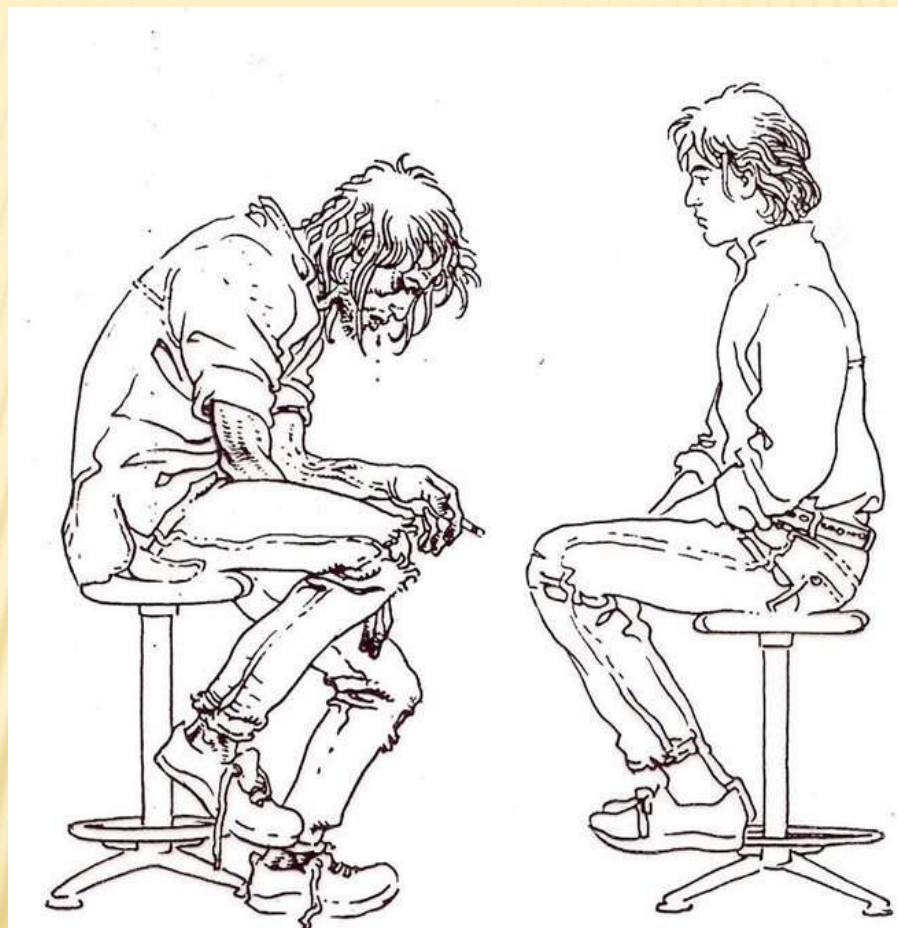
Sabe-se sim, quanto mais curtos forem os tratamentos, maiores serão os riscos de recaída

Sempre que a dependência da heroína está fortemente instalada, a duração do tratamento, é no mínimo 3 anos

A saída prematura do tratamento deve ser desencorajada

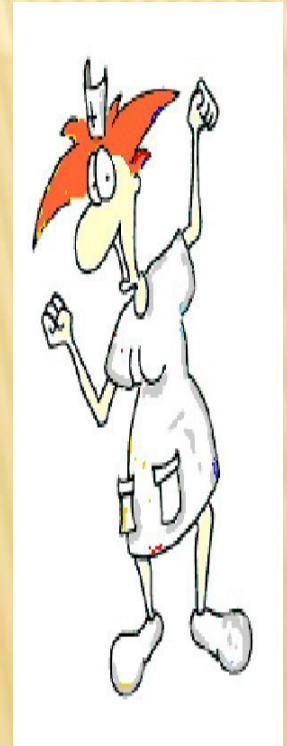
Se se apresentar abstinente (ao longo do tratamento), se a qualidade de vida, o seu estado de saúde física e psíquica o permitirem, ela pode ser considerada (sem pressas) – Desmame...

O objetivo será....

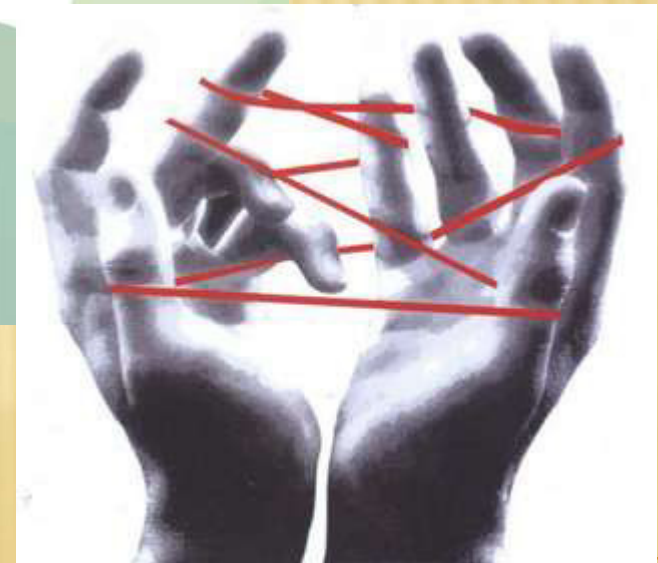


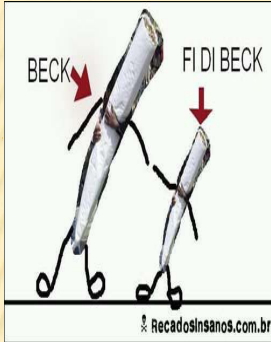
João Paulo Balau

**O Profissional de Saúde que se envolve num tratamento de pessoas aditas não se pode limitar a tratar sintomas provocados pela privação aguda da substância, deverá ir mais além, compreendê-lo como ser bio-psico-social-cultural-espiritual ajudando-o a promover as mudanças que ambos entendam necessárias**

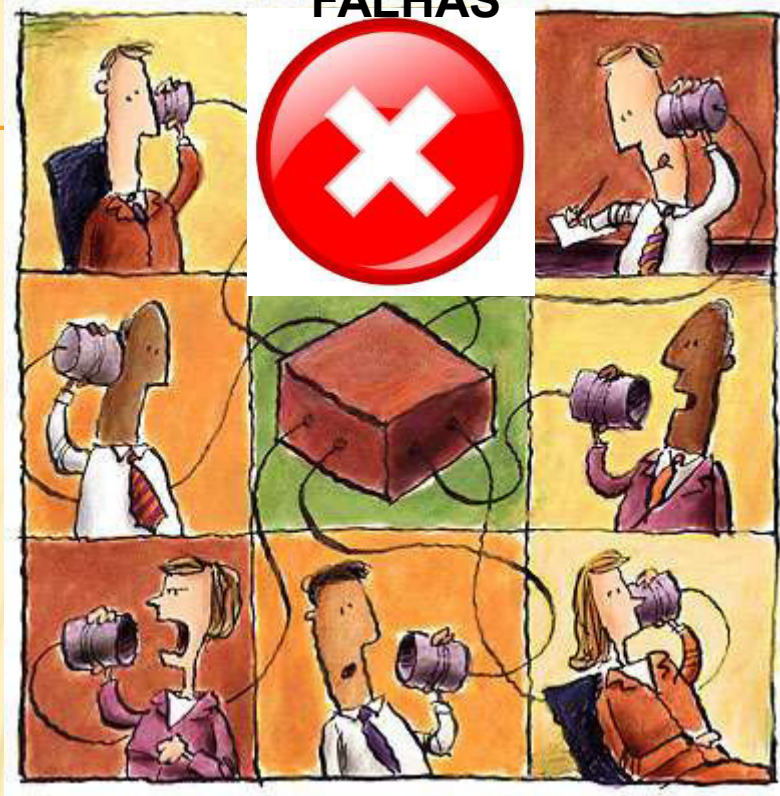


# Relações institucionais





## FALHAS





## Alta....o que fazer com as doses de metadona ?



MINISTÉRIO DA SAUDE – IDT/DRC ET de Leiria  
Metadona; Cloridrato a 1% - Solução Oral  
Precauções; Contém PARABENOS  
- Não injetar – Perigo de vida  
- Manter fora do alcance das crianças  
- Conservar ao abrigo da luz, à temperatura ambiente

Validade: ...../...../.....

Utente: .....

Período: ..../..../..... A .../...../...

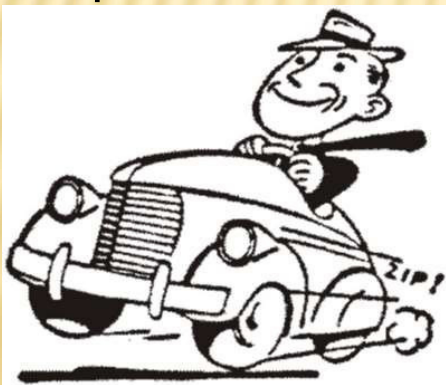
Dose: .....mg



Após a alta do utente, a ET deverá ser informada por fax



Se possível reenviar as doses para a ET, ou mencionar no fax a sua destruição no serviço



João Paulo Balau

A scenic view of a mountain landscape. In the foreground, there are trees with vibrant autumn foliage in shades of orange, red, and yellow. The middle ground shows a green hillside with a small castle or tower on a rocky outcrop. In the background, there are blue mountains under a clear sky. The text "Obrigado pela atenção" is overlaid in blue.

Obrigado pela atenção

Façam favor de serem felizes

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Patrício, L. (2009). A Manutenção Opióide (1ª edição). Lisboa.

Patrício, L. (2006). Droga: Aprender para prevenir (1ª edição). Lisboa.

Morel,A., Hervé,F., Fontaine,B. (1998). Cuidados ao Toxicodependente (1ª edição). Lisboa: CLIMEPSI EDITORES.

Lowenstein,W., Gourarier,L. Coppel,A., Lebeau,B., Hefer,S., (1998). A Metadona e os tratamentos de substituição (1º edição). Lisboa: CLIMEPSI EDITORES.

ANEXO V

Alcoholismo RA4

**TEMA:** ALCOOLISMO

**Local:** Regimento de Artilharia N° 4

**Grupo alvo:** Militares em serviço

**Data:** Junho de 2012 **Hora (duração):** 14H00 (60 minutos)

Objetivos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação
			Métodos	Meios auxiliares de ensino	
Aquisição de conhecimentos o álcool  Reconhecer a diferença entre as diferentes etapas da doença  A família como reage  Conhecer o tratamento oferecido pelas Forças Armadas (UTITA)	Apresentação do enfermeiro  Apresentação dos objetivos  Etapas da doença  Como reage a família  Tratamentos – Breve referencia sobre a UTITA (oral)	60 Minutos	Expositivo  Ativo/Interrogativo	Retroprojeter  PC  Power Point  Comunicação Verbal	Avaliação da sessão feita através do preenchimento de ficha previamente entregue

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

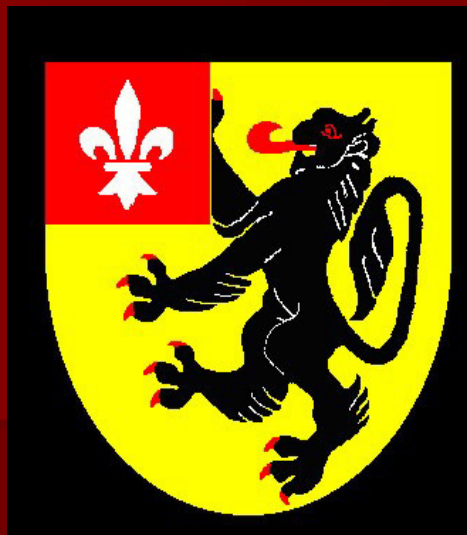
Brito, M. Esteves, Manuel (2001). *Consumos que nos consomem. Toxicodependência e toxicodependentes*. Porto. Edição :Âmbar.

Ismail, F. (2002). *Álcool benigno, álcool maligno*. Porto. Edição: Âmbar.

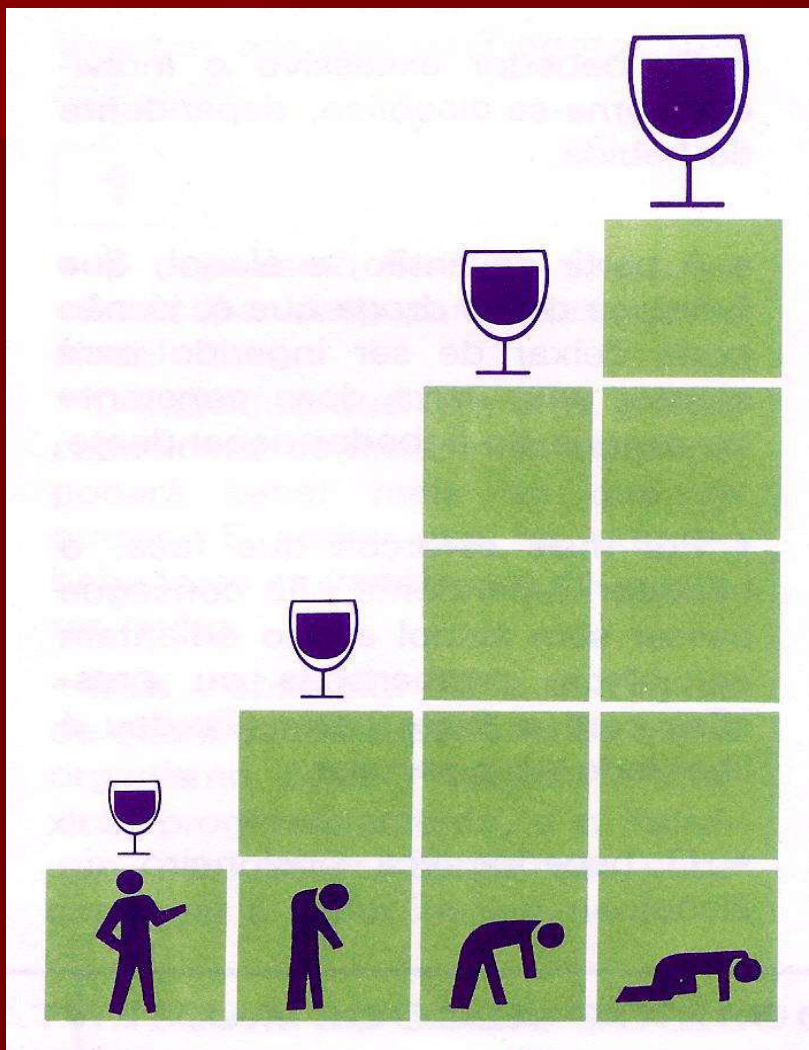
Patrício, L. (2006). *Droga: Aprender para prevenir* (1ª edição). Lisboa.

Morel,A., Hervé,F., Fontaine,B. (1998). *Cuidados ao Toxicodependente* (1ª edição). Lisboa: Climepsi Editores .

# Regimento de Artilharia Nº4



# A L C O O L I S M O



# Álcool

**Substância inebriante** obtida pela fermentação de amidos

Provocar euforia inicial

MAS

é uma droga **depressiva**

É a droga mais divulgadas

Torna mais lenta a resposta  
(afecta a coordenação)

Altera o funcionamento cerebral  
(capacidade crítica)

desajeitadas e embrutecidas

# Porque Bebemos ?

Uma actividade social (convívios)

Descontracção (trabalho; para relaxar)

Baixo preço

Alivia a depressão (droga depressora)

Saborear a comida (Só vai bem com)

Tal Pai, Tal Filho (culpabilizar os antepassados)

Para combater a solidão (\*)

\* Não há ninguém mais *digno de dó*, do que um bêbedo solitário,  
perdido numa multidão de bêbedos

***Confúcio diz:***

Primeiro o homem toma uma bebida; depois a  
bebida toma outra bebida; finalmente é a bebida  
que toma o homem.

# Noções

**Alcoolismo** – doença causada pelo consumo desregrado de álcool, que faz sofrer o indivíduo (física e mentalmente), a sua família, os seus colegas/amigos de trabalho bem como todo o meio que o envolve



**Alcoólico** – o que sofre da doença de alcoolismo

Bebe ao longo do dia mantendo o nível de alcoolemia

**Gradação** – percentagem de álcool etílico de uma bebida, sendo a sua concentração expressa em gramas (medida em Volume)

( 1L de vinho a 12° =12% equivale a dizer que existem 0,12l de álcool, isto é 120ml de álcool)



**Regra:** 1ml de álcool puro tem 0,8g de álcool puro

1L de vinho a 12°.....120ml de álcool

**120ml X 0,8** (factor de conversão) = **96g**

**Alcoolémia** – quantidade de álcool existente, num determinado momento, no sangue de um indivíduo.

Avalia-se para determinar a capacidade do indivíduo, quanto ao grau de segurança, a sua responsabilidade para evitar o risco que o álcool constitui no dia a dia



# Taxa de Alcoolemia

**TAS** = gramas de álcool puro ingerido  
peso corporal (kg) X Coeficiente

**0,7** ● Homens    **0,6** ● Mulheres    **1,1** ● H. e M. durante refeições

TAS de um homem com 75Kg, que bebeu 1L a 12º à refeição

$$\text{TAS} = \frac{96\text{g}}{(75 \times 1,1)} = 1,1\text{g/L}$$

## Quanto Posso beber?? Unidade de bebida padrão

Em Portugal, ..., não há estudos e assim sendo utilizamos por analogia aos países do sul da Europa **10 gramas** de álcool puro

- 250 ml de cerveja a 5%
- 125 ml de vinho a 12°
- 70 ml de vinho fortificado a 18%
- 50 ml de aperitivo de 25°
- 25 ml de destilados com 40%

# Tipologia de consumos de álcool

## ● **Consumos de risco**

**Regular** : 4U (40g) homens e 2U (20g) mulheres

**Ocasional** : 5U homens e 4U mulheres

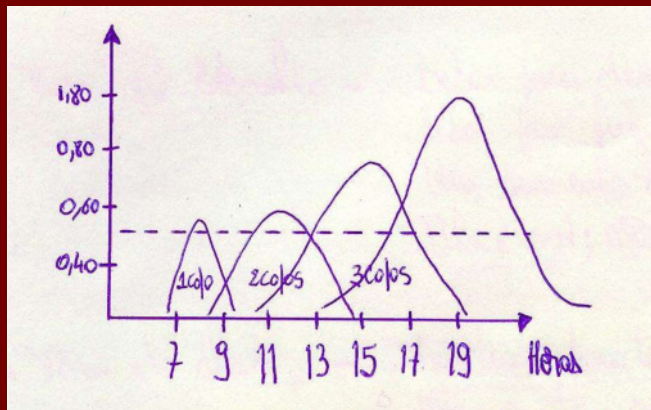
## ● **Consumos nocivos**

Consumos regulares/diário acima das 6U Homens e 4U Mulheres

## ● **Dependência do álcool**

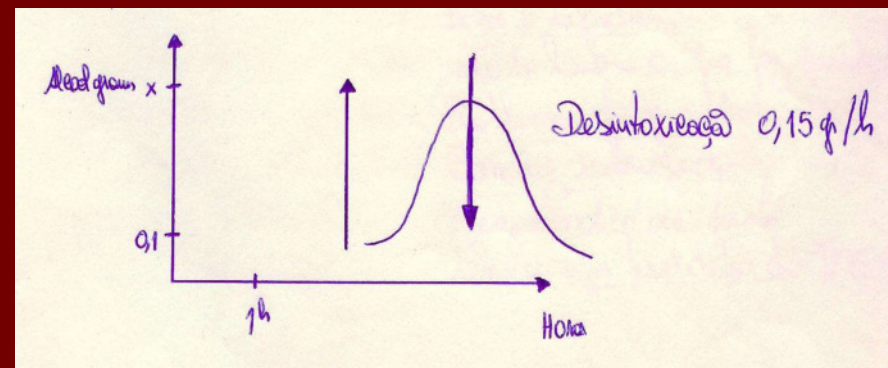
# Eliminação

**Degradação** – Feita no fígado, à média de  $0,10\text{g/L}$  por hora



Alcoolémia

Degradação



# Fases/Etapas

## Pré Alcoólico

1º Apagamento (amnésia)

## Alerta

Perda de Controlo

## Crucial

1ª Crise Prolongada -  
bebedeiras

## Crónica

Morte ou Abstinência (para toda  
a vida)



# Fase Pré Alcoólica

Beber para descontraír

Beber para fugir dos problemas (evasão)

Aumento da tolerância

Black-Out (não me lembro do que fiz ontem à noite)



## Fase de Alerta

Faz tudo para ter bebida (armazena)

Nega ter problemas com álcool

Bebe às escondidas

Não se lembra do que faz quando bebe

Problemas financeiros

Conduz embriagado

“jogo alcoólico da família”

Não consegue parar depois do 1º Copo

# Fase Crucial

Passa a vida a queixar-se (difícil convivência)

Jura nunca mais voltar a beber

Começa a esconder garrafas

Continua a negar o problema

“Curas geográficas”

Arranja discussões e brigas no trabalho

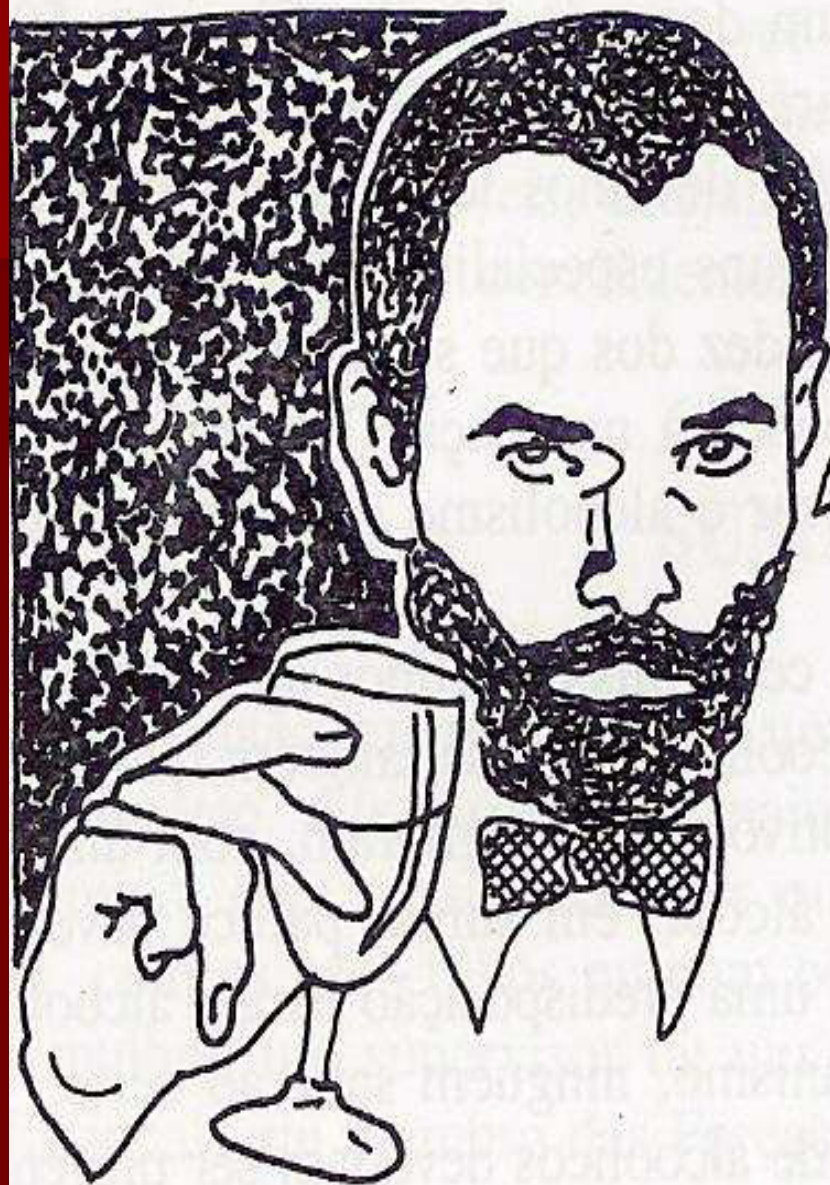
Absentismo

Acidentes frequentes

Perde emprego

Família e amigos abandonam-no

Crises de bebedeiras prolongadas



Quem eu ? Não  
sejas ridículo ....  
Nunca bebi , nunca  
vinho ou cerveja !  
Além disso sou  
suficientemente  
Responsável para  
Panan , se começar  
a ter problemas de  
alcoólismo ! . . . .

## Fase Crónica

Bebe para enfrentar a vida

Bebe todo o dia para evitar tremores

Contínua a negação

Tem de arranjar álcool de qualquer forma

Sente "medo inexplicável", o que o leva a beber mais

Frequentemente hospitalizado devido ao álcool

Senão pedir ajuda, morre sozinho



# Evolução Natural do ALCOÓLICO

1ª Bebida – 12 / 14

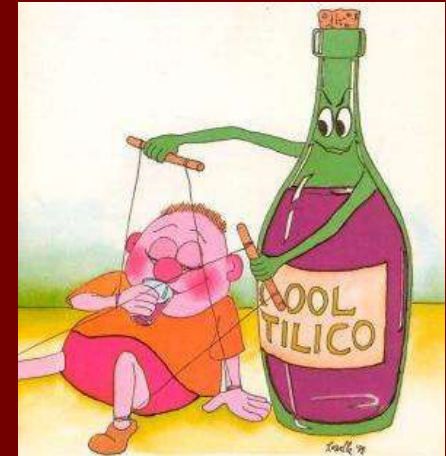
1ª Embriaguez – 14 / 18

Pequenos Problemas – 18 / 25

Problemas Graves – 25 / 33

Incidentes de Trabalho – 40

Morte – 55 (enfartes, cancro, acidentes, suicidio)



# Doenças

**Boca, garganta e esófago – cancro**

**Gastro-intestinais – Gastrite**  
**Úlceras duodenais e gástricas**

**Pâncreas – Pâncreatite alcoólica, podendo  
originar diabetes**

**Cardio-vasculares** – varizes esofágicas (franquear o fígado), arritmias, aumento da pulsação, cardiomiopatias (dilatação do músculo cardíaco)

**Pele** – vermelhidão das faces, nariz de aguardente, icterícia, psoríase, nódulos negros

# Disfunção sexual

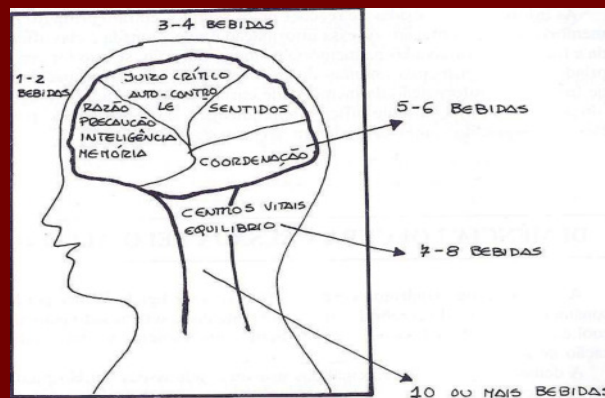
☹️ Diminuição da testosterona, originando diminuição do líbido

**Fígado** – Degradador de álcool do organismo. A energia é obtida da gordura que é metabolizada, mas se o álcool estiver presente, este passa a ser a fonte de energia, e a gordura será armazenada, originando um fígado gordo. Se degenerar origina hepatite. Ao inflamar, as células podem morrer originando tecido cicatricial, que provoca **cirrose**

# Efeitos no SNC

Comportamento inibido desaparece e o pensamento torna-se confuso

O álcool engana o SNC, levando-o a pensar que estamos a reagir normalmente



Pode ocorrer no estado psicótico transitório onde a pessoa fica desorientada, agressiva, irresponsável que depois de adormecer, ao acordar não se lembra de nada

Deficiência na memória recente -  
(incapacidade de transferir informação, da memória de curta duração para a de longa duração, tornando-se mais difícil adquirir novos conhecimentos)

Demência/Loucura – perda considerável de tecido cerebral activo

Nevrites - formigueiros na pele, ardor, prurido, enfraquecimento e paralisia

Neuropatia – perda de sensibilidade nas mãos e nos pés (queimaduras de cigarros)

**No geral**, sofre-se de fadiga, distracção, apatia, depressão, alterações da personalidade, que se manifestam por isolamento social e desleixo moral, desorientação, perda de memória, deficiência de raciocínio, perda do controlo motor, e em último a morte

# Falsos Conceitos

O álcool aquece – não aquece, mas provoca perda de calor

Mata a sede – quanto mais álcool se bebe, menor é a capacidade de “matar a sede”

Dá força – o trabalho muscular diminui o rendimento, originando maior cansaço

Melhor digestão – acelera o tracto gastrointestinal

Remédio – só estão relacionados com efeitos euforizantes e anestésicos

# Família



A **família** de um alcoólico, é uma família "doente"

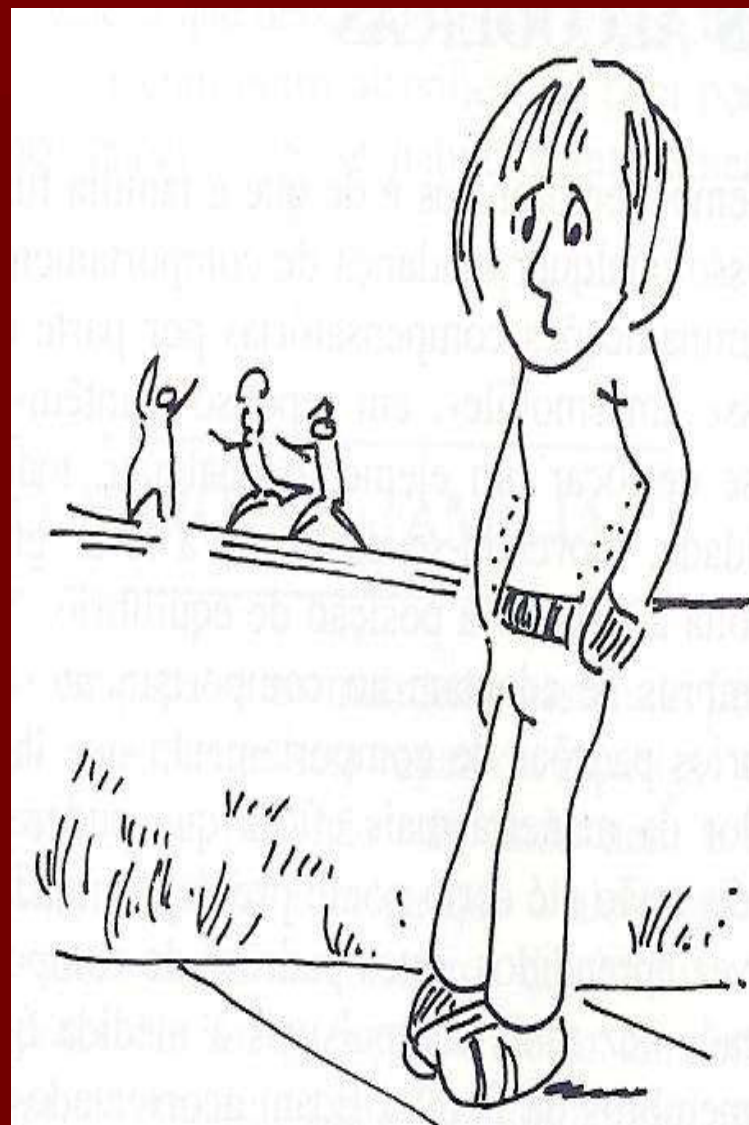
A família é uma fonte conveniente de bodes expiatórios ("apanha" as faltas dos filhos, do conjugue, mas não as suas)

## Bebe

Progressão da doença, a vida familiar é **pesadelo**

A culpa é minha, sou má esposa (ele bebe)

A culpa é minha, sou má filha (ele bebe)



A mulher passa a ter todos os defeitos (ela vai acreditando)

Ele põe-a na linha (agressão)

Perde o sentido e valor próprio, quando culpabiliza a mulher por esta lutar para melhorar a situação

Delírios por incapacidade sexual, projectando na mulher infidelidade, pensando que ela lhe "põe os cornos"  
(não tenho mulher, ela não pede, é-me infiel)

Os filhos temem, têm vergonha do pai (incesto, ...)

**Negam o problema**

# Como vai reagir

Dúvidas e desconfianças – se bebe ou não bebe

Insegurança – risco do emprego e da economia familiar

Medo – que volte a casa embriagado

Sentimento de culpa – família sente-se culpada

Desilusão – não cumpre as promessas

**Solidão e Isolamento** – a família não fala sobre o problema

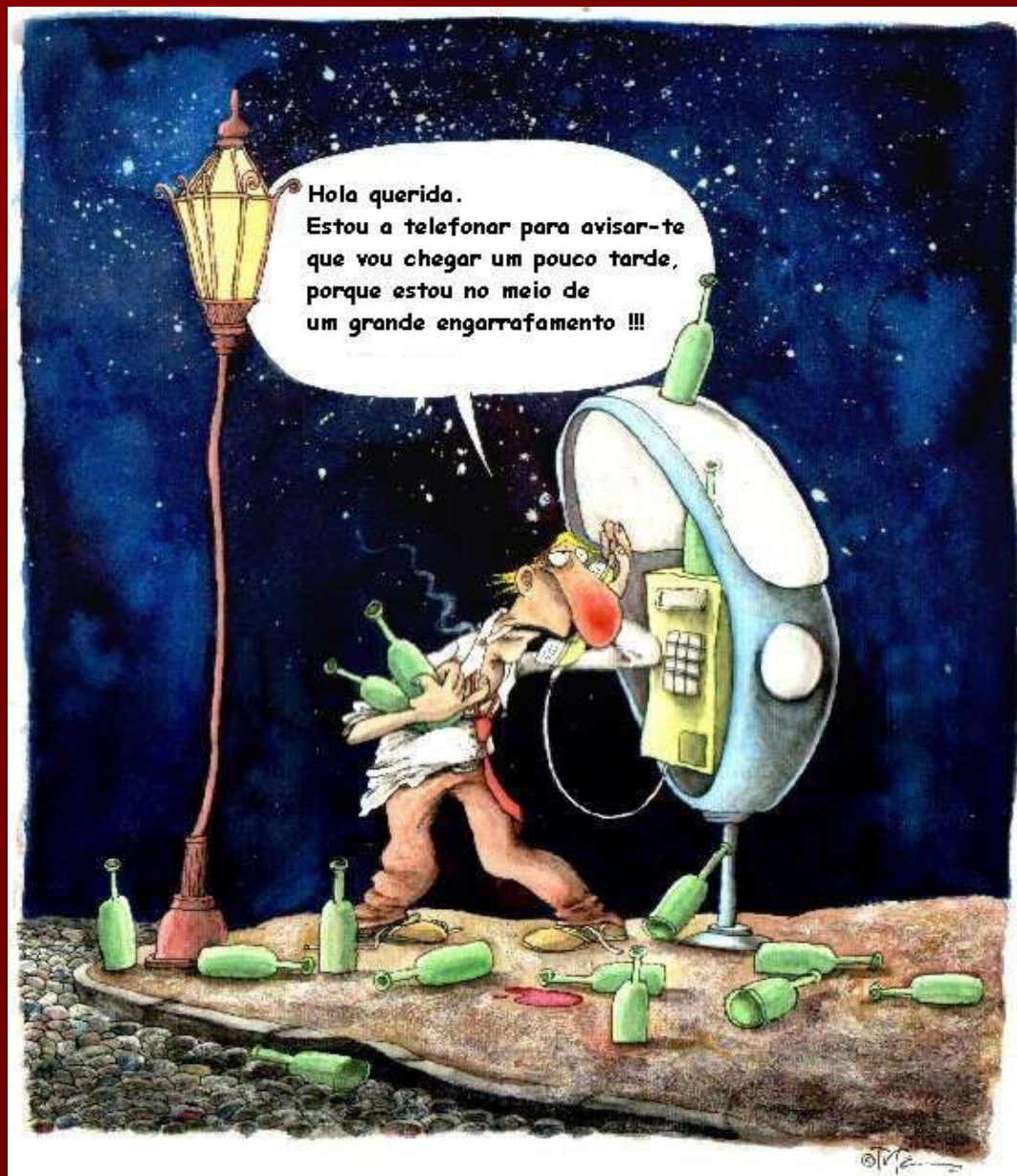
**Vergonha** – evitam locais

**Cólera e Rancor** – exigem demasiado à família, pondo em risco a sua unidade

**Sufrimento e dor** – levam ao afastamento das pessoas que mais gostam

# Tratamento





FIM

# Referencias Bibliográficas

Brito, M. Esteves, Manuel (2001). Consumos que nos consomem. Toxicodependência e toxicodependentes. Porto. Edição :Âmbar.

Ismail, F. (2002). Álcool benigno, álcool maligno. Porto. Edição: Âmbar.

Patrício, L. (2006). Droga: Aprender para prevenir (1ª edição). Lisboa.

Morel, A., Hervé, F., Fontaine, B. (1998). Cuidados ao Toxicodependente (1ª edição). Lisboa: Climepsi Editores .

## ANEXO VI

Avaliação do autoconceito num grupo de adolescentes portugueses

**Results:** We verified that 35.5% are 4th grade students. We emphasize that in the last month: 48.5% referred loneliness, 48.2% felt nervous and apprehensive; 68.6% felt tense and angry; 59.3% felt sad; 65% showed to be anxious and worried; 45.3% referred feeling under great pressure and stress and 61.4% felt depressed. The results point out a statistically significant association between gender and the practice of physical exercise (male students practice more physical exercise than female ones,  $p < 0.005$ ) and with the consumption of alcoholic drinks (male students consume more than the female ones,  $p < 0.002$ ). The students who consume tranquilizers feel more depressed ( $p < 0.027$ ); more nervous ( $p < 0.047$ ) and with few expectations for the future ( $p < 0.037$ ).  
**Conclusions:** These data are relevant as they allow intervening at the level of the prevention of the disease - in the depression towards the intervention in student who consume tranquilizers and the level of health promotion towards the intervention in healthy living styles.

### SELF-REGULATION AND ALCOHOL CONSUMPTION AMONG ADOLESCENTS IN THE DISTRICT OF VISEU

Gonçalo Valente<sup>a</sup>, Lídia Cabral<sup>b</sup>, João Duarte<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Mortágua. <sup>b</sup>Escola Superior de Saúde de Viseu-IPV, Portugal.

Contact details: [goncalo1043@hotmail.com](mailto:goncalo1043@hotmail.com)

**Introduction:** The behavior of self-regulated health includes the impulse control and the mobilization of thoughts, feelings and behaviors for purposes of long-term health.

**Objectives:** Analyze the relation between sociodemographic variables, of school context, lifestyles, involvement and expectations towards alcohol and psychological variables (self-esteem and self-concept) with the powers of self-regulation in adolescents of secondary school in the district of Viseu.

**Methods:** Quantitative, cross-sectional, analytic, descriptive and correlational research model. 971 public and cooperative high school students participated. The evaluation protocol includes the Alcohol Involvement Scale for Adolescents by Filstead & Mayer (1979) adapted by Fonte & Alves (1999), the Questionnaire of Reduced Self-regulation (Carey, Neal & Collins, 2004) adapted by Castillo & Dias (2009), the Questionnaire of Expectations in relation to Alcohol for Teens (Pilatti, Brussino & Godoy, 2010), Self-Esteem Scale of Rosenberg (Romano, Negreiro & Martins, 2007), Clinical Inventory of Self-concept (Vaz Serra, 1984) and demographic data, school and lifestyles.

**Results:** Self-regulation (total) was influenced by involvement with alcohol, expectations regarding alcohol, self-esteem and negative self-concept in two dimensions (psychological maturity and impulsivity/activity).

**Conclusions:** The development of skills of self-regulation proves to be an investment in health since the teenager with a self-regulated behavior assumes healthier lifestyles, revealing a lower involvement with alcohol.

### RESILIENCE LEVELS AMONG A GROUP OF PORTUGUESE ADOLESCENTS

Catarina Tomás<sup>a</sup>, João Paulo Balau<sup>b</sup>, José Carlos Gomes<sup>a</sup>, Maria dos Anjos Dixe<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Escola Superior de Saúde de Leiria. <sup>b</sup>Cruz Vermelha Portuguesa, Portugal.

Contact details: [catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)

**Introduction:** Resilience is the ability to reach goals despite adversity. Some differences concerning this adaptation skill have

been evidenced, specifically between genders. Nonetheless, other factors can also influence, like the family structure and the socioeconomic level.

**Objectives:** To evaluate the level of resilience among a group of Portuguese adolescents, and to find its correlation with social and personal variables.

**Methods:** This is a quantitative descriptive correlational research study, with a non-probabilistic convenience sample of 43 adolescents attending the 8th grade, with ages between 13 and 15. A self-fulfilling questionnaire was used, with socio-demographic questions, along with the Portuguese version of the "California Healthy Kids Resilience Assessment Module" (Version 6.0). This scale evaluates internal and external assets of resilience (resilience traits and protective factors, respectively). All ethical procedures were completed.

**Results:** The adolescents considered themselves to possess a good resilience (mean of internal assets of 3.168 and SD of 0.07989; mean of external assets of 2.903 and SD of 0.07217). A significant correlation between age and external assets ( $p < 0.05$ ), like familiar and scholar involvements, was also found. Additionally, other characteristics such as gender (female); performing extracurricular activities; having friends of the same age out of the school environment; having a best friend or live with brothers, have shown to have a positive influence on the resilience levels.

**Conclusions:** The results reveal that the adolescents present good levels of resilience. However, there is a need to increase this skill among certain groups, which have shown to present particular characteristics related to lower levels of resilience.

### ATTACHMENT, TRAUMA AND POSTTRAUMATIC GROWTH: A LITERATURE REVIEW

Leandra Cordeiro

Escola Superior de Educação de Viseu e no Instituto Superior Miguel Torga. Membro do Núcleo João das Santos. Psicóloga Clínica no Centro Pediátrico e Juvenil de Coimbra, Portugal.

Contact details: [cordeiro.leandra@gmail.com](mailto:cordeiro.leandra@gmail.com)

**Introduction:** Longitudinal research has emphasized the role of attachment in the trajectories of (in)adaptation, in particular its implications in the quality of development (Waters et al, 2000; Grossmann et al, 2005), approaching the analysis of psychological processes and their relationship with mental health (Mikulincer, Shaver, 2012).

**State of the Art:** This study includes an extended literature review emphasizing the internal working models and their relationship with the trauma, assuming that early experiences influence the socio-emotional interpretations that an individual makes of the world, the way it deals with interpersonal problems (Egeland & Carlson, 2004) and behavior strategies that distinguish its functioning (Bowlby, 1973). Contrary to the Psychology history that mainly focuses on the negative trauma effects (Fonseca, 2011), a set of studies have been developed over the last decades that include many traumatic events which indicate a resistance or struggle against adversity and a perception of post traumatic growth.

**New Perspectives:** Throughout the document there are interconnect contributions in the correlation of attachment theories as a possible pointer of posttraumatic growth with specificities in regards to the nature of this relationship.

**Implications:** Research suggests that a secure attachment style allows the individual to successfully integrate traumatic memories into pre-existing schemas (Gwynn, 2008) and assign a greater openness and cognitive flexibility, using new information in decision making and social judgments (Mikulincer, 1997), and may set up a bridge with the perception of growth.

## ANEXO VII

Enfermeiros (de referencia - consulta de enfermagem)



Ministério da Saúde



Delegação Regional do Centro

## DECLARAÇÃO

Maria Fernanda Pereira Coelho, Responsável Regional de Enfermagem, na Delegação Regional do Centro do Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I.P., declara, que **JOÃO PAULO BRANCO GASPARD DIAS BALAU** desempenha funções, como **enfermeiro**, na Delegação Regional do Centro, em regime de acumulação de funções desde Abril de dois mil e nove.

É com muita consideração pelas suas excelentes qualidades profissionais e apreço pelo trabalho desenvolvido que destaco algumas das intervenções que desenvolveu no Centro de Respostas Integradas de Leiria, designadamente:

- Participou na elaboração do Manual de Boas Práticas de Enfermagem Regional.
- Participou no Estudo "Consulta de Enfermagem – Que contributo para os Ganhos em Saúde?", nomeadamente na colheita de dados.
- Participou na Revisão do Manual de Boas Práticas de Enfermagem Regional.
- A adesão à organização da prestação de cuidados segundo o método Enfermeiro de Referência e á utilização da linguagem classificada CIPE.

Por ser verdade e ter sido requerida, se passa a presente declaração, que assino e vai autenticada com o selo branco em uso nesta Delegação Regional.

Delegação Regional do Centro do Instituto da Droga e da Toxicoddependência, IP., aos dezoito dias de Abril de dois mil e doze.

A Responsável Regional de Enfermagem

*Maria Fernanda Pereira Coelho*

(Maria Fernanda Pereira Coelho, OE 2-E-25749)

## ANEXO VIII

Adesão terapêutica

**TEMA:** ADESÃO TERAPEUTICA, UMA ETAPA A CUMPRIR

**Local:** Centro Hospitalar Leiria Pombal

**Grupo alvo:** Utentes da Ala Feminina do Serviço de Psiquiatria Agudos

**Data:** 26 /04/2012 **Hora (duração):** 18 H00 (60 minutos)

Objetivos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação
			Métodos	Meios auxiliares de ensino	
Descrever a importância da adesão terapêutica Estimular as clientes para cumprir corretamente o esquema terapêutico Promover interação entre as clientes e a equipa, permitindo a elucidação de dúvidas Observar a receptibilidade das clientes	Em que consiste a adesão terapêutica A sua importância Consequências da não adesão e cuidados a ter com a administração da terapêutica Efeitos dos medicamentos	60 Minutos	Expositivo Ativo/Interrogativo	Computador portátil Power Point Retroprojektor	Avaliação da sessão feita através do preenchimento de ficha existente no serviço de Psiquiatria Agudos do Centro Hospitalar Leiria Pombal Questionar sobre lacunas que tenham detetado na exposição Questionar quanto a eventuais dúvidas

## **BIBLIOGRAFIA:**

Catela, A.I. (2010). *Viver a Adesão ao Regime Terapêutico*. Pensar Enfermagem Vol. 14 N.º 2. 2º Semestre. (p. 39)

Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A, Castro, S. (2011). *Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura*.

Leite, S.N. Vasconcellos, M. P. C. (2003). *Adesão à terapêutica medicamentosa: elemento para a discussão de conceitos e pressupostos adotados*. Ciência & Saúde Coletiva, 8 (3):775-782, 2003



**ADESÃO TERAPÊUTICA  
UMA ETAPA A CUMPRIR**

# EM ENFERMAGEM

A adesão ao regime terapêutico, é um conceito que engloba não só o cumprimento da prescrição farmacológica, mas também os comportamentos promotores de saúde, pelo que o enfermeiro deve compreender como o regime terapêutico se relaciona com a vida do doente.



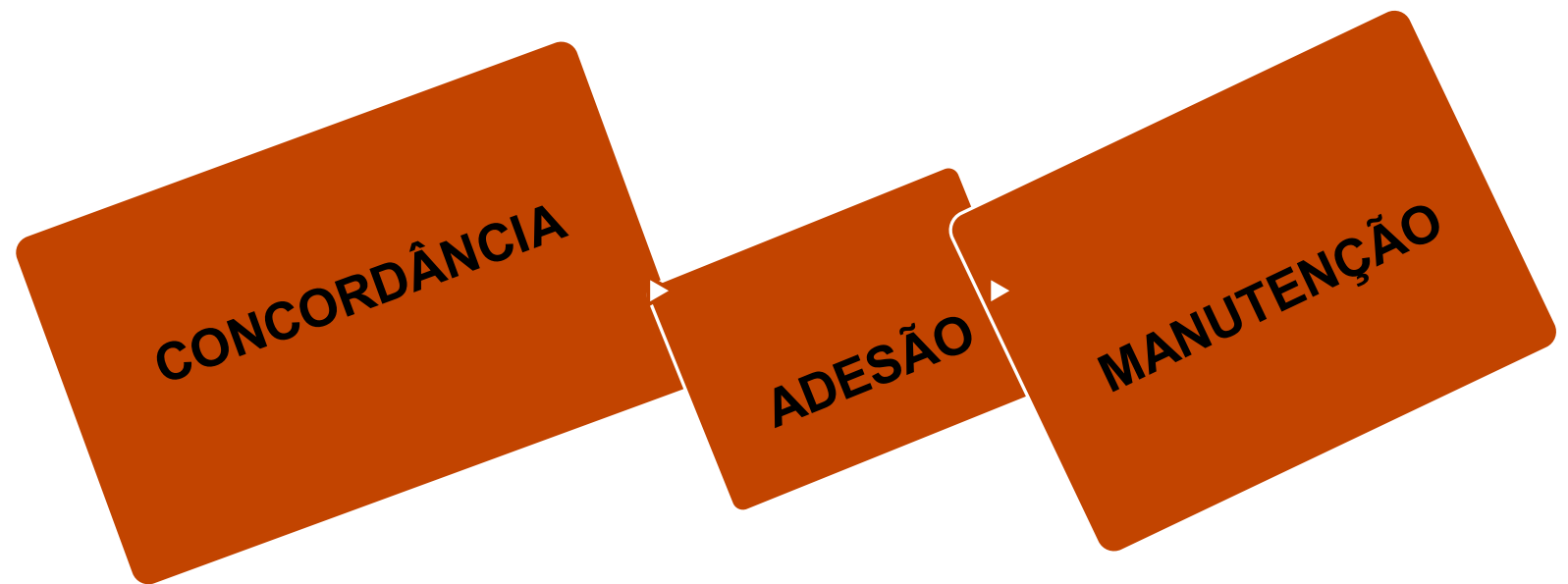
# ADESÃO

Ação decisiva para a promoção ou proteção da saúde,  
para a prevenção ou tratamento das doenças

É a medida em que o comportamento do doente ,em  
termos de tomar a medicação, seguir uma dieta ou  
modificar estilos de vida, coincide com os conselhos  
para a saúde



# FASES DA ADESÃO TERAPEUTICA



# CONCORDÂNCIA

Quando inicialmente o doente concorda e diz que vai cumprir as recomendações

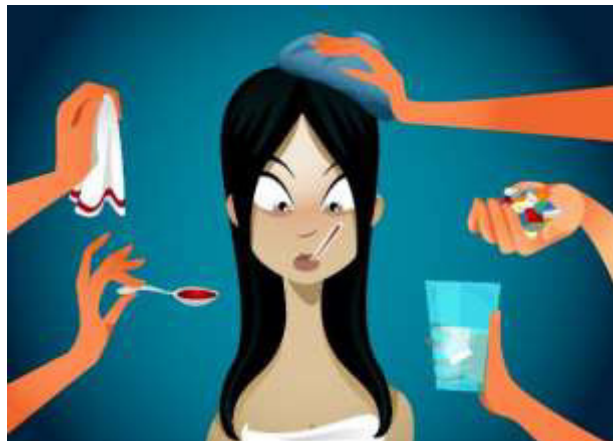
Decide seguir os conselhos dados, porque confia no profissional que fez o diagnóstico e instituiu o tratamento

Geralmente resulta na eficácia do tratamento



# ADESÃO

O doente mantém o tratamento com o qual concordou, sob uma vigilância mais limitada, mesmo na presença de situações conflituosas, o que implica uma grande participação e controlo da sua parte



O doente tem autonomia, no entanto os profissionais têm o papel de orientadores, promovendo a integração do tratamento no estilo de vida do indivíduo e ajudando-o a prever alguns problemas, para que possa arranjar estratégias de coping

É a fase de transição entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o autocuidado



# MANUTENÇÃO

O cliente mantém o comportamento de melhoria da saúde, já sem vigilância, tornando-se num hábito de vida

O indivíduo tem que ter um determinado nível de autocontrolo

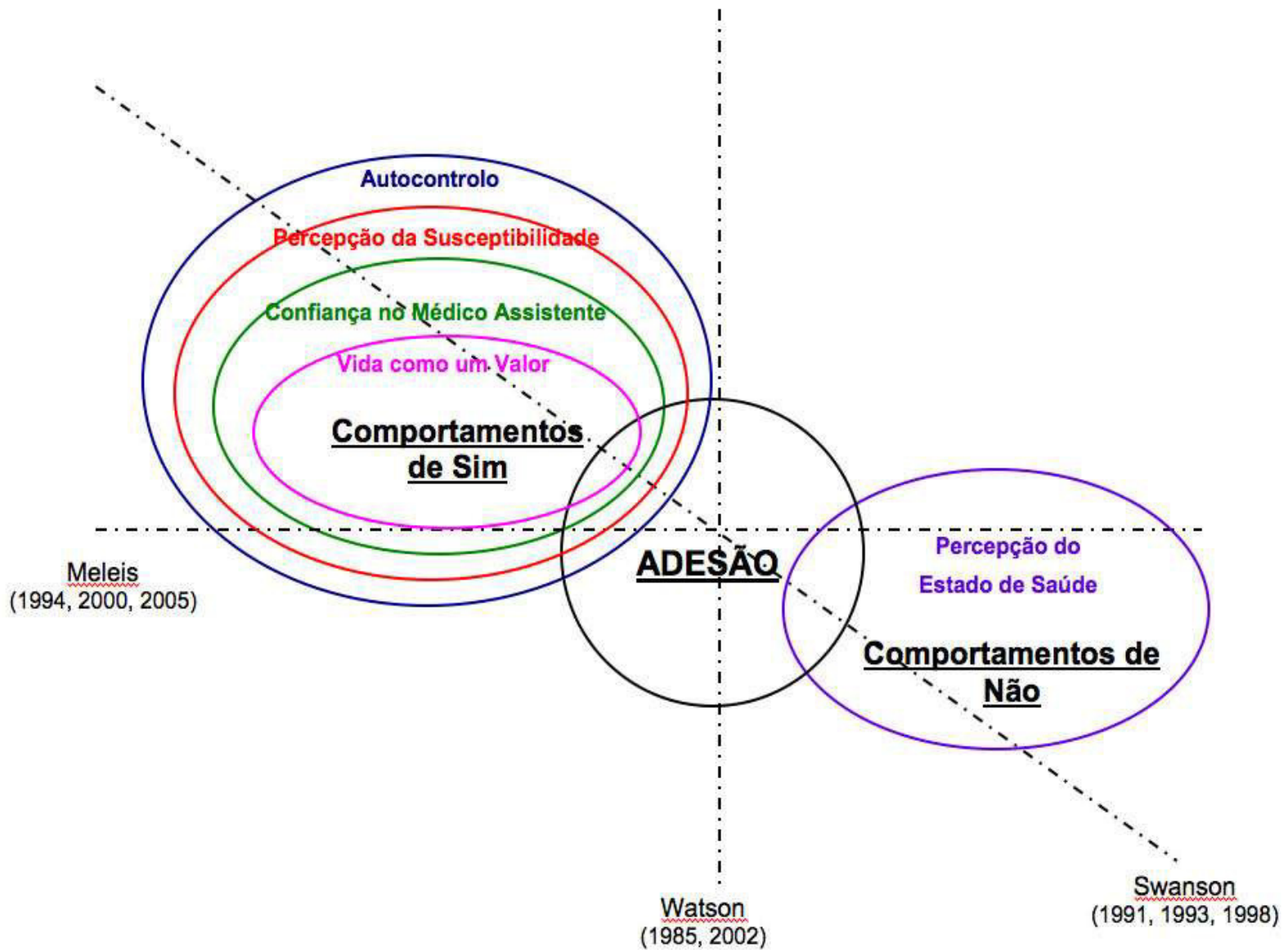


Conscientizar-se da necessidade da toma da medicação

# OBJETIVO

Ao longo destes estádios, o indivíduo vai desenvolvendo e adquirindo controlo, que lhe permitirá atingir a autonomia total







# FUNÇÃO DOS MEDICAMENTOS

Ação preventiva, curativa, paliativa ou diagnóstico

## **Alívio dos sintomas**

Diminuem, eliminam sintomas (dor, febre, inflamação, tosse, vômitos, náuseas, ansiedade, insônia,...), mas não atuam nas causas



## Cura das doenças

Eliminam as causas de determinada enfermidade, como infecções: antibióticos



## Prevenção de doenças

Atuam restabelecendo funções corporais, auxiliando o sistema imunológico ou na proteção contra microrganismos.

Exemplos: soros, vacinas,...



## Diagnóstico

Auxiliam no diagnóstico como por exemplo os contrastes radiológicos



**São fundamentais para os tratamentos**  
**controlam sintomatologia**  
**Evitam recaídas (interrupção)**

# DIFICULDADES NA ADESÃO TERAPÊUTICA

**Falta a  
consulta  
médica**

**Interrupção  
da toma da  
medicação**

**Alteração  
da  
dosagem**

**Não  
cumpre a  
prescrição**



**Incumprimento  
de horários de  
toma**

# CAUSAS DA NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO O QUE OS LEVA A NÃO TOMAR A MEDICAÇÃO

## Esquecimento

### Prevenir o esquecimento

Colocar notas em locais visíveis

Solicitar ajuda de um familiar, para que o lembre

Medicamentos visíveis e em local estratégicos

Alarme no relógio, telefone, tlm

Horários fixos de tomas



## **Pouco convencidos da necessidade de tomar a medicação**

Sem percepção da doença

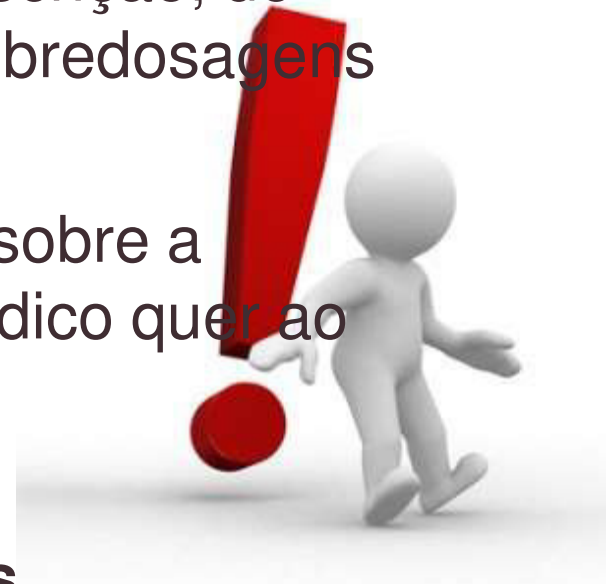
### **Pensar que a medicação não é eficaz**

Não deve recorrer constantemente às urgências ou a consultas para alteração constante do esquema de medicação

## Complexidade do tratamento

Tentar simplificar ao máximo a prescrição, de modo a evitar esquecimentos ou sobredosagens

Esclarecimento e aconselhamento sobre a doença e a medicação, quer ao médico quer ao **enfermeiro**



## Várias tomas diárias

Pedir auxílio na gestão da toma da medicação

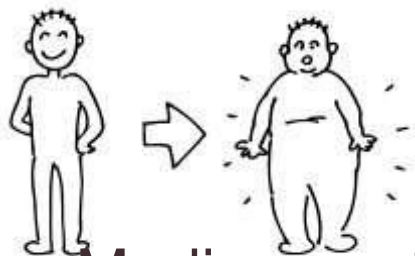
## **O cliente não reconhece que está doente, nega a doença**

Ao melhorarem, pensam já estar bem, o que os leva a abandonar a medicação

### **Acha que já não necessita de medicação**

Origina recaída

Gere as consultas, as receitas, a medicação



## Efeitos secundários

Medicamentos engordam

(alguns aumentam o apetite...faça exercício físico)

Diminuição do libido (potencia sexual)



**Familiares e amigos propõem parar tratamento  
por parecerem estar bem**

Desconhecimento da doença

Só parar medicação com autorização médica

## EFEITOS SECUNDÁRIOS...

Náuseas e vômitos

Diarreia ou obstipação

Dores de cabeça

Sonolência

Desmotivação

Dores musculares

Alterações sexuais

Aumento ou diminuição de peso

Palpitações

Alterações na TA



## NÃO ESQUECER...

Os medicamentos são parte fundamental no tratamento

Os medicamentos não são “drogas”

Controlam sintomas e evitam recaídas

Podem ser para toda a vida

Interrupção medicação agrava a doença

Acompanhamento médico constante

Tomar a medicação a horas conforme prescrito

Não controlam a mente

Não se automediquem...

Não misturar com álcool

Se possível associar com psicoterapia





**FAÇAM FAVOR DE SEREM  
FELIZES**



# BIBLIOGRAFIA

- Catela, A.I. (2010). Viver a Adesão ao Regime Terapêutico. Pensar Enfermagem Vol. 14 N.º 2. 2º Semestre. (p. 39)
- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A, Castro, S. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura.
- Leite, S.N. Vasconcellos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elemento para a discussão de conceitos e pressupostos adotados. Ciência & Saúde Coletiva, 8 (3):775-782, 2003

## ANEXO IX

Colheita de dados

## IDENTIFICAÇÃO DA UTENTE

**Nome:** MCF

**Idade:** 47 Anos, nascida a 06-06-1964

**Sexo:** Feminino

**Raça:** Caucasiana

**Naturalidade:** Leiria - Portugal

**Residência:** Rua Nossa Srª do Carmo N°30 – Sobral – Barreira – 2410-267

**Profissão:** Empregada fabril – reciclagem de plásticos

**Estado Civil:** Divorciada

**Religião:** Católica; não praticante

## MOTIVOS E CIRCUNSTÂNCIAS DO INTERNAMENTO

**Porquê do Internamento:** Internada compulsivamente em 11-3-12 por apresentar alteração de comportamento com tentativa de suicídio e eventual tentativa de agressão a neto (duvidoso).

**Veio de Livre Vontade:** MCF foi trazida à Urgência pela PJ. Posteriormente foi transferida para o Sobral Cid por não haver psiquiatra na urgência.

**Maior Preocupação:** A casa estar entregue aos filhos pois segundo ela eles vão destruí-la. Preocupação com os netos principalmente o neto que está envolvido no seu caso de internamento.

**Veio acompanhada:** Veio acompanhada exclusivamente pelos agentes.

## HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

**Início:** Entrada com o diagnóstico de depressão major com ideação suicida. Misturou num iogurte remédio para matar gatos e tentou administrá-lo ao seu neto ameaçando suicidar-se de seguida. Discurso coerente, humor é depressivo, mantendo-se o risco de suicídio. Apresenta-se crítica perante a causa que motivou o seu internamento.

Internada compulsivamente.

**Internamentos:** Não existem registos de internamentos anteriores. Referiu tentativa anterior de suicídio. Refere que fazia medicação (topomax 50, ciprallex )

## HISTÓRIA FAMILIAR

**Pai:** Reformado com 82 anos de idade. Refere que este era bastante severo com ela mas que tem uma boa relação com ele.

**Mãe:** Falecida em 2011 com tumor. Não tinha grande empatia com ela pois só se lembra das grandes tarefas que esta lhe dava.

**Irmãos:** Refere ter irmã mas sem relação com ela

**Agregado familiar:** 3 raparigas e um rapaz. O rapaz tem 18 anos, solteiro. A filha mais velha tem 29 anos divorciada com 2 filhos um dos quais autista. A filha do meio tem 25 anos namora e tem dois filhos. A filha mais nova tem 22 anos e tem um filho. (Ninguém trabalha)

**Posição social, condições económicas:** Única fonte de rendimento do seu agregado familiar.

**Ambiente familiar:** Família desestruturada. Refere que as filhas e o filho a agridem-na com frequência. Na altura do internamento apresentava escoriações na região cervical.

## HISTÓRIA PESSOAL

Cliente não se manifesta sobre os episódios da sua vida.

Refere que quando era criança levava alguma tarefa principalmente pela sua mãe.

Pensa contudo ter sido uma criança feliz. Não se lembra de alguma vez ter estado doente, salvo as doenças normais “sic”.

Casou cedo, marido era alcoólico e maltratava-a tendo-se divorciado á 18 anos logo após o nascimento do seu filho.

Desde que se lembra que trabalha. Refere que está na mesma empresa á 15 ou mais anos e que tem um bom vencimento. Encontra-se de baixa neste momento por acidente de trabalho (fratura do pé direito?)

O relacionamento com os seus filhos é mau pois estes não trabalham vivendo á custa dela. Isto faz com que constantemente existam atritos familiares por vezes bastante violentos chegando mesmo á agressão física.

É bastante social referindo que gosta de ir aos chamados bailes das cotas ”sic”, onde por vezes vai conhecendo alguns amigos.

Em relação a estes refere que á um ano o seu maior amigo se suicidou tendo este estado minutos antes com ela a explicar-lhe o que iria fazer.

Desde então refere que tem a sensação da sua presença e esta a impulsiona para o suicídio, para ir ter com ele “sic”. Foi depois desta situação que já tentou o suicídio uma vez mas sem resultado.

Atualmente tem um novo amigo que pratica exorcismo “sic”. Este após conhecer a sua casa referiu-lhe que esta estava embruxada e com mau-olhado tendo-a convencido a mudar de casa, ato que ela já concretizou alugando um pequeno apartamento. Refere também que ele lhe disse que a vizinha é bruxa ...Relata que isto do “bruxedo “é verdade pois uma vez ao entrar em casa, esta com tudo fechado, estava cheia de moscas varejeiras e com o remédio para as matar retirou um caldeiro cheio delas “sic”.

A situação do seu internamento é relatada como o acumular de constantes conflitos com as filhas o que a levou a uma grande agitação e que tudo não passou de palavras proferidas com a cabeça quente pois nunca na vida lhe passou pela cabeça fazer mal ao seu neto. Refere que os netos são as coisas mais importantes para si, pois as suas filhas para ela morreram, que não quer saber nada deles.

Não apresenta sentido crítico para a situação em relação a ela, não negando hipótese de voltar a tentar novamente o suicídio, pois refere com discurso coerente que quem já tentou várias vezes não deixará de tentar “sic”.

### **Nota de internamento**

Cliente deu entrada com o diagnóstico de depressão major com ideação suicida. Trata-se de um internamento compulsivo. Doente calma á chegada, consciente e orientada. Facies expressiva. Humor um pouco depressivo. Discurso fluido e coerente.

Transferida do hospital Sobral Cid onde foi internada compulsivamente a 10 de março.

Refere que vive com 3 filhas, um filho e 5 netos um dos quais autista mais os namorados destes.

Há conflitos tendo já sido agredida pelos filhos apresentando escoriações na face externa do pescoço.

Ninguém trabalha nem contribui par as despesas da casa.

Acusada de tentar envenenar o neto o que a doente não concorda. Refere que após conflito com a filha e numa situação de desespero foi buscar remédio para misturar no iogurte. A filha referiu que se ia embora para a “deixar á vontade.”

A Cliente não ingeriu o iogurte mas que disse á filha que se quisesse tinha-o dado a beber ao filho. Isto segundo a utente foi para irritar a filha. A filha começou aos gritos agrediu-a e chamou a policia.

Acaba internada compulsivamente, negando intenção suicida referindo aquilo como mais um ato de desespero, pois não quer fazer mal ao seu neto que aquilo era mais para vingança contra a filha.

Vai viver só, trabalha numa central de reciclagem de plásticos. Diz que é um trabalho desgastante mas bem remunerado o que faz com que ela por lá se mantenha.

Acerca do internamento este é injusto.

Avaliados sinais vitais.

Apresenta discurso fluido e coerente sendo de contato fácil.

### **Simiologia (exame metal)**

**Apresentação:** MCF de 47 anos. A sua idade real coincide com a sua idade aparente. Higieniza-se diariamente, apresentando gosto na sua apresentação (unha bem cuidadas, bem penteada...), usa pijama pessoal que diariamente muda.

**Motricidade:** Esta é livre. Deambula por longos períodos no corredor do serviço. No final do dia costuma apresentar uma certa dificuldade pois apresenta o pé do M.I.Esquerdo edemaciado por ter sofrido acidente de trabalho.

**Postura:** A sua postura é expansiva, pois é bastante comunicativa com as outras utentes do serviço. Bastante faladora principalmente no que diz respeito a homens e namoricos.

**Expressão facial:** Apresenta-se triste em consonância com a situação pois refere que o seu internamento não tem razão de ser, é injusto.

**Movimentos dirigidos:** Impulsiva quando confrontada com o ato em si.

**Contato:** Contato fácil, comunica facilmente quando abordada apresentando-se mais reservada quando se aborda a situação em que se encontra. A relação com as outras utentes é superficial.

**Humor:** Algo deprimido, triste

**Afetividade:** Ambivalência afetiva pois apresenta impulsos distintos em relação ao ato realizado

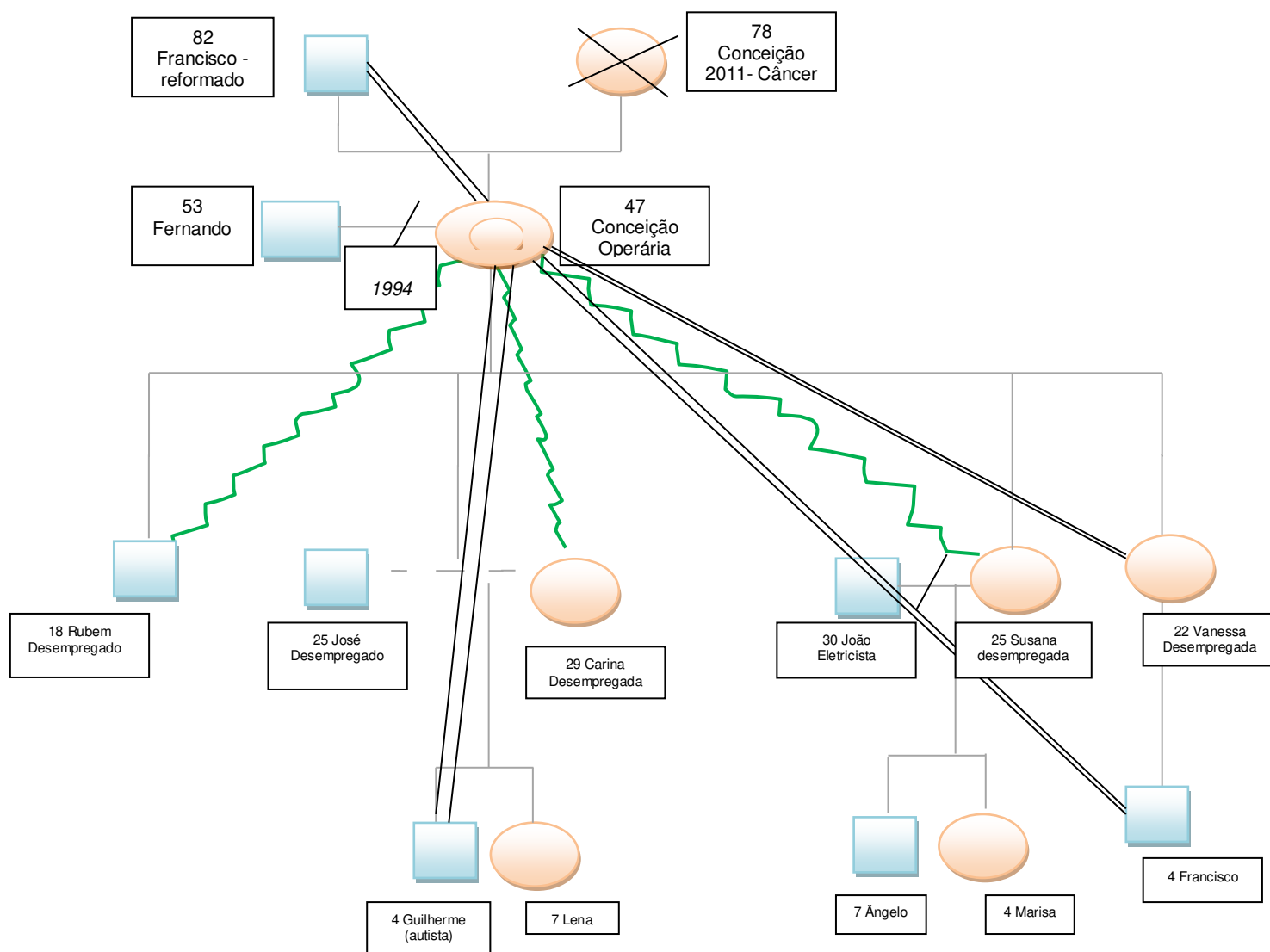
**Emoções:** .....

**Insight:** Em relação ao sucedido com o neto tem consciência do ato, em relação a si própria continua na negação de que fez algo contra si.

**Instinto de conservação:** Alterado pois mantém pensamento recorrente de procura da morte

## GENOGRAMA – o sistema familiar

Um genograma consiste num diagrama visual da árvore genealógica da família, identificando o número de pessoas que a ela pertencem, bem como, de casamentos, separações, divórcios... Segundo Hanson (2005, p.189) “*um genograma é um formato para um desenho de uma árvore genealógica, que regista informação acerca dos membros da família e das relações ao longo de pelo menos três gerações (...)*”. O genograma apresentado pertence à família da Sr.<sup>a</sup> M. e é baseado na simbologia de McGoldrick & Gerson e Minuchin (Wendt & Crepaldi, 2007).



## ANEXO X

Plano de cuidados do estudo de caso



# PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Serviço: Serviço de Psiquiatria Agudos – Ala Feminina

Enfermeiro Responsável: João Paulo Blau

MCF

1964-06-06

Sobral-Barreira-Leiria

Operária Fabril

**Diagnóstico:** Depressão major com ideação suicida

Data	Problemas	Ações de Enfermagem	Avaliação	Data	Enf. (N.º Mec.)
13-03-03	<p><b>TENTATIVA DE SUICIDIO</b></p> <p><b>Juízo: Demonstrado</b></p>	<p>Vigiar o comportamento do utente</p> <p>Identificar traços de personalidade (teimosia, rebeldia, ...)</p> <p>Orientar a pessoa para contacto com grupos de suporte</p> <p>Vigiar sinais de ansiedade (tensão muscular, palidez, Sudorese, voz trémula, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas, pânico, insegurança)</p> <p>Gerir visitas</p> <p>Gerir regime medicamentoso</p> <p>Providenciar apoio de família e pessoas significativas</p> <p>Gerir ambiente (luminosidade, ruído, janelas fechadas, número e tipo de visitas).</p> <p>Remover objetos potencialmente perigosos</p> <p>Executar técnica de relaxamento</p> <p>Negociar estratégias adaptativas</p> <p>Promover expressão de sentimentos</p> <p>Reforçar autoestima</p> <p>Reforçar imagem corporal</p> <p>Encorajar a participação em atividades</p> <p>Evitar isolamento</p>	<p>A partir da segunda semana a cliente começou a interagir com algumas das outras clientes do internamento</p> <p>Instruída na forma como administrar a sua medicação</p>	18-3 12	



	<p><b>ANSIEDADE</b></p> <p><b>Juízo: Presente</b></p> <p><b>Em grau moderado</b></p> <p><b>AUTO ESTIMA</b></p> <p><b>Juízo: Comprometida</b></p>	<p>Monitorizar Sinais Vitais  Vigiar sinais de ansiedade (tensão muscular, palidez, Sudorese, voz trémula, pupilas dilatadas, pânico, insegurança)  Identificar com a pessoa estratégias anteriores de adaptação eficaz  Gerir ambiente (número e tipo de visitas).  Gerir regime medicamentoso  Instruir e executar técnica de relaxamento  Executar técnica de escuta ativa  Promover expressão de sentimentos  Facilitar o apoio de pessoa significativa  Identificar mecanismos de defesa</p> <p>Apoiar a tomada de decisão  Estimular estratégias adaptativas  Elogiar progressos  Promover presença de pessoas significativas  Promover expressão de sentimentos  Induzir a pessoa a realizar uma lista de aspetos físicos e psicológicos que são positivos em si  Orientar a pessoa de forma a participar em atividades recreativas, educativas e sociais</p>	<p>Participou ativamente nas sessões de relaxamento e foi instruída na aplicação das mesmas quando se sentisse mais ansiosa.</p> <p>Reforço da autoestima com a sessão de manicura e pedicura que as utentes implementaram no serviço</p> <p>Passou a ter mais cuidado na sua apresentação diária, mais cuidada</p>	<p>24-3-12</p>	
--	--	--	---	----------------	--

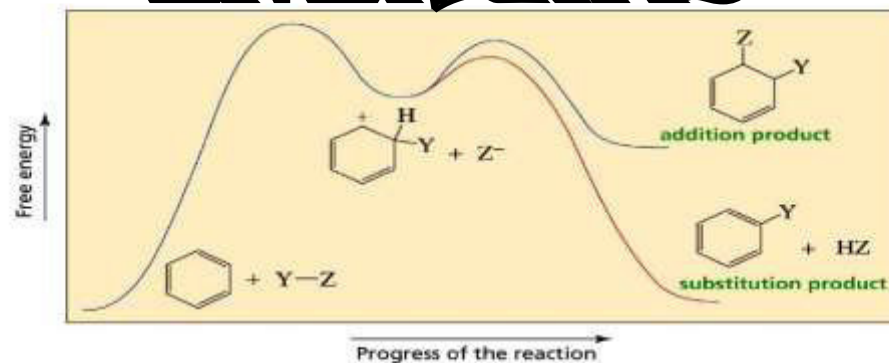
	<p><b>EDEMA DO PÉ DIREITO</b></p> <p><b>Juízo: Presente</b></p>	<p>Elevar do membro afetado  Executar compressão elástica (ligadura ou meia elástica)  Gerir regime medicamentoso  Estimular movimentos ativos do segmento afetado  Vigiar a pele (integridade, temperatura, coloração, humidade)  Informar sobre medidas de prevenção e controle do edema  Ensinar prestador de cuidados sobre medidas de prevenção e controle do edema</p>	<p>Realizada massagem de drenagem diariamente com a finalidade de melhorar o edema.</p> <p>Elevação do membro afetado.</p> <p>Melhoria considerável na locomoção.</p>		
--	---	--	---	--	--

## ANEXO XI

Restabelecimento de energias

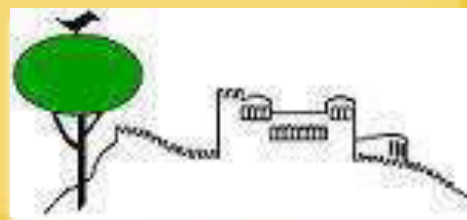
# RESTABELECIMIENTO DE

# ENERGIAS



P R O F I S S Ã O

Professor



# Educar

Educar - "Educar é viajar no mundo do outro sem nunca penetrar nele.

É usar o que pensamos para nos transformar no que somos. O maior educador não é o que controla, mas o que liberta.

Não é o que aponta os erros, mas o que os previne.

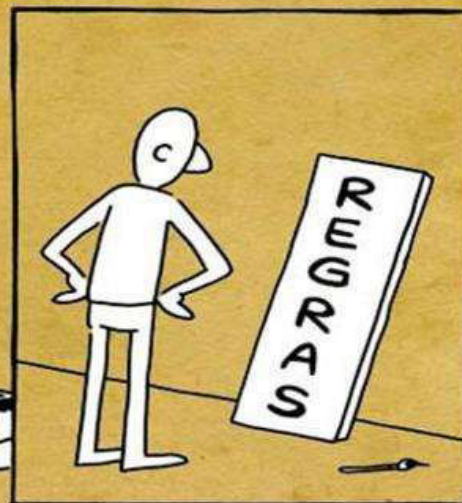
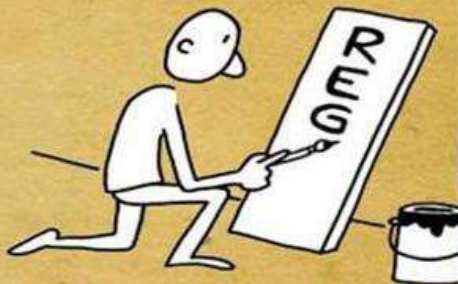
Não é o que corrige comportamentos, mas o que ensina a refletir. Não é o que observa apenas o que é tangível aos olhos, mas o que vê o invisível.

Não é o que desiste facilmente, mas o que estimula sempre a começar de novo.

Um bom educador abraça quando todos rejeitam; anima quando todos condenam; aplaude os que nunca subiram ao pódio; vibra com a coragem de disputar dos que ficaram nos últimos lugares. Não procura o seu próprio brilho, mas faz-se pequeno para tornar os seus filhos, alunos e colegas de trabalho grandes.

Que educador daria conta desta missão?

Fernando Pessoa...



<https://facebook.com/umorsemlimites>

Stora,  
não quero alarmá-la, mas o meu pai disse  
que se as minhas notas não melhorarem,  
alguém vai levar uma sova !...

?

# READ

and The Force is with you.



Um em cada três professores portugueses sente que a sua profissão é stressante e um em cada seis docentes encontra-se em estado de exaustão emocional ou com esgotamento cerebral

#### REQUISITOS PARA SER PROFESSOR:

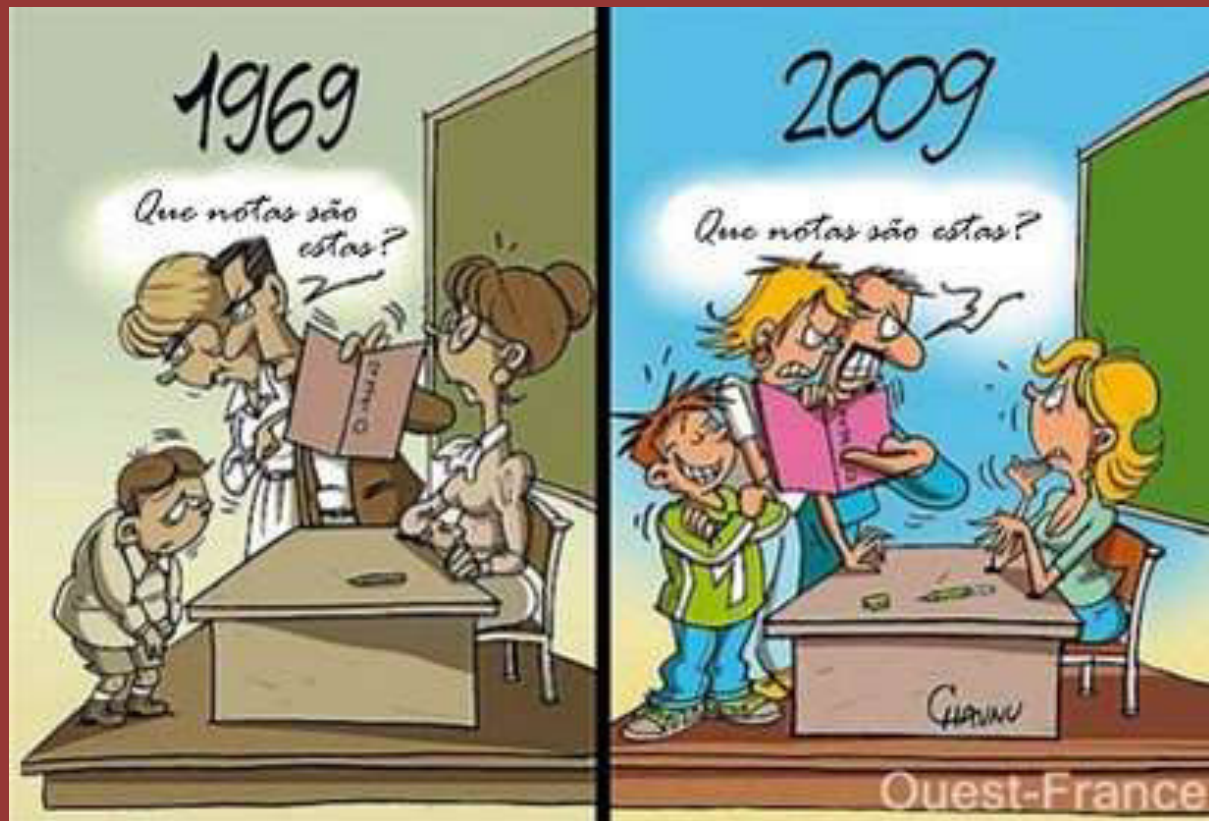
Ter memória de elefante, paciência de anjo, coração do tamanho do sol, olhos por todos os lados da cabeça, filtro purificador nasal, oito braços como o polvo, mil e uma utilidades na escola, tolerância máxima, sensibilidade para aguentar as colegas, pernas de maratonista,

bexiga com capacidade para cinco litros, multi-canaís auditivos e sistema imunológico extra.

Ainda assim dizem que é muito fácil ser professor!!!!!!



Os aspetos que afetam, negativamente, a saúde física e mental do professor, são determinados, em particular, pela pressão dos pais dos alunos, dos próprios alunos e pelas autoridades escolares





No caso dos alunos em particular, os problemas são sobretudo ligados ao baixo nível de preparação, baixa motivação e indisciplina endêmica, o desinteresse da família e o ambiente social pouco favorável



Na profissão a tensão é agravada pelo próprio clima da escola, pela a incerteza, pela desorganização, falta de coesão, baixo nível de comunicação, exagerada competitividade



Neste sentido, muitos professores tendem a desenvolver uma excessiva rigidez ou perfeccionismo, ou pelo contrário, autoconceito negativo e sentimentos de fracasso

Além das agressões atrás referenciadas os docentes também sofrem agressões físicas e materiais

Há professores que são espancados, esfaqueados, ou seja, em alguns casos as agressões físicas são levadas ao extremo



Por outro lado também existem agressões de foro material, tais como danos nas viaturas dos docentes, estragar as roupas dos professores, entre outras...



## PACIFICO



Quase 23% dos portugueses “tiveram uma doença mental” nos  
12 meses

Prevalência altíssima de quase 43% de portugueses que  
sofreram de perturbações mentais ao longo da vida

33,6% de perturbações graves não tiveram qualquer tratamento  
acompanhadas

38,9% ocorreram em serviços especializados em Saúde Mental  
47,1% foram acompanhadas em Medicina Geral

16,5% sofrem de ansiedade em 3,2% dos casos assume proporções graves

“...depressão é que é grave, mas esquecem-se da ansiedade”

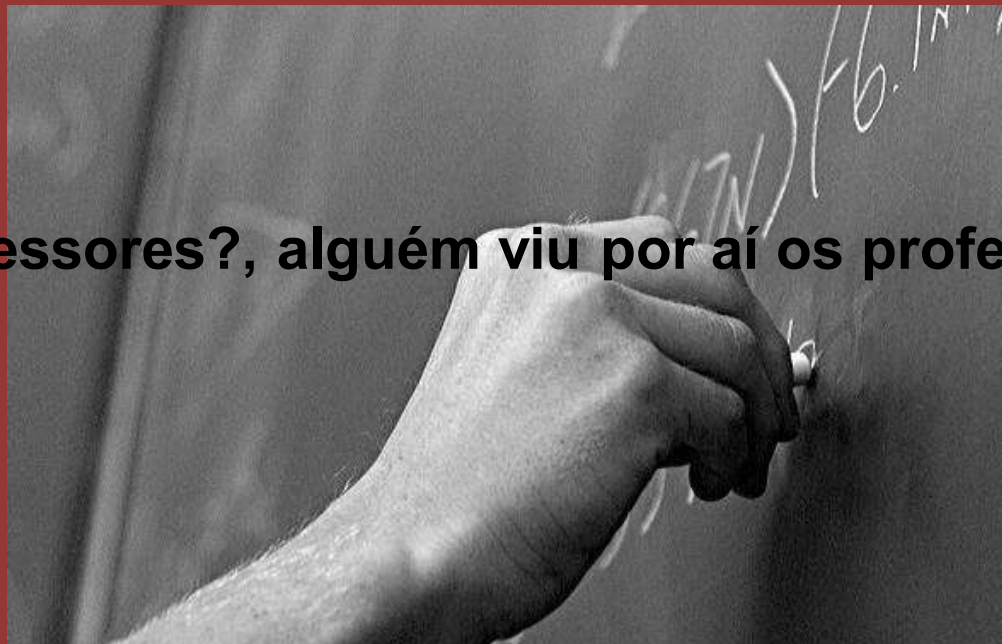
Fobias com 8,6%,  
Obsessivo-compulsiva 4,4%  
Depressões 8% do total  
Bipolares 1%.

1,8% dos doentes têm explosões intermitentes

O comportamento irado - nota-se ao volante  
exemplo de manifestação de perturbação



**E professores?, alguém viu por aí os professores...**



15% dos professores portugueses já apresentaram sintomas de ansiedade durante 6 meses seguidos

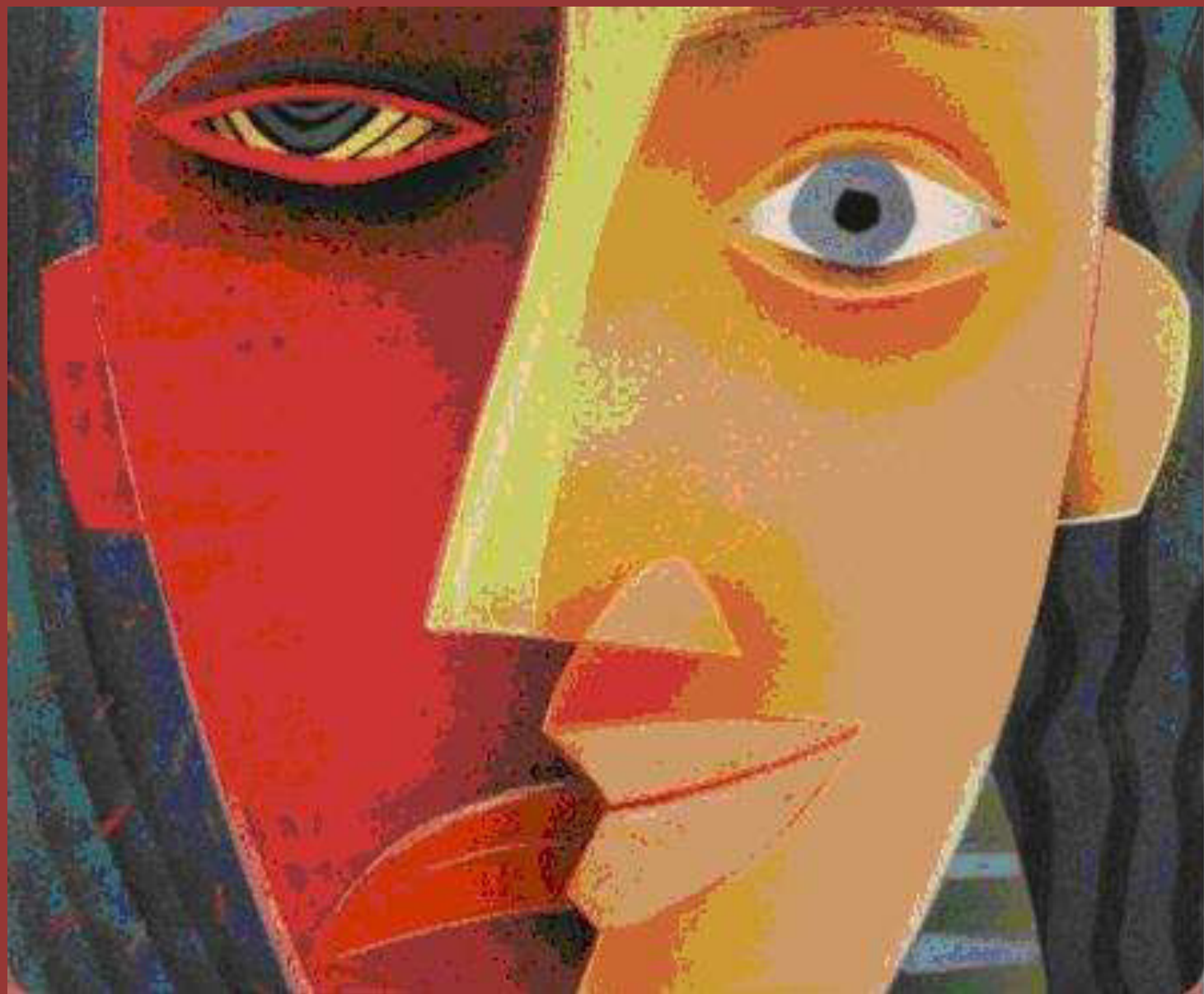
...

**Foram ao médico?**

Talvez não por estigma



**BASTA !**





"Saúde para mim é de ter uma habitação decente, vizinhos agradáveis, bons amigos, não me sentir isolado, ter dinheiro suficiente para viver, ter um ambiente limpo, e algumas acesso a instalações e recursos da comunidade"

# O que é isto ... Saúde?



## O que sou

biológico

## O que sei

cognitivo

## O que sinto

afetivo

## O que faço

comportamental

Saúde  
(equilíbrio)

O que sou

biológico

O que sei  
cognitivo

O que faço

comportamental

O que sinto

afetivo

Desequilíbrio



Doença

Será?

A saúde mental  
uma das  
prioridades das  
políticas...



**Esta tem duas dimensões**

# 1 - Saúde Mental Negativa

Relacionada com os transtornos mentais, os sintomas e os problemas da saúde mental  
(distúrbios comportamentais e mentais)

Estes distúrbios mentais e comportamentais em contrapartida contribuem para a deficiência, a morbilidade, perda de produtividade , pobreza e baixa qualidade de vida, aumentando significativamente as despesas com a saúde



<b>Sofrimento Mental</b>	<b>Prevalência anual (%)</b>	<b>Prevalência anual (n)</b>
<b>Total do sofrimento mental</b>	<b>22,9 %</b>	<b>2404500</b>
<b>Ansiedade</b>	<b>16,5%</b>	<b>1732500</b>
<b>Depressão</b>	<b>7,9%</b>	<b>829500</b>
<b>Obsessão / compulsão</b>	<b>3,5%</b>	<b>367500</b>
<b>Alcoolismo</b>	<b>1,6%</b>	<b>168000</b>

**33,6% sem tratamento no mês anterior**

**Fonte: Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 2010.** Apresentação dos dados preliminares pelo Sr. Coordenador Nacional para a Saúde Mental, Professor Doutor Caldas de Almeida a 23 de Março de 2010 na FCM da UNL.





**Existem outras formas  
possíveis de  
repensar a situação?**



**Será que não estou a  
exagerar?**

Mesmo que o que eu pense seja  
verdade

(ou parcialmente verdade)

fará grande diferença

para a minha vida pessoal  
e profissional?

photo: mesa / mesa/ spain



O que é que acontece se não  
pensar dessa maneira

**THIS IS  
MY  
SHOW**

**Ajuda-me a alcançar o que  
pretendo?**





Qual o

**PLANO DE ATAQUE**



## 2- Saúde Mental Positiva

É um valor em si mesmo (sentir-se bem), ou como uma capacidade de perceber, compreender e interpretar o ambiente que nos rodeia, adaptar-se a ele e alterá-lo se necessário, ainda como uma capacidade para pensar e comunicar com os outros



Não estar doente

Ausência de doença mental, ou presença de saúde apesar da doença mental

Uma capacidade de resistência e/ou de rápida recuperação



Comportamento – “estilos de vida saudáveis”

Criar ou manter hábitos de sono saudável



Alimentar-se saudavelmente



Praticar exercício físico



Evitar ingestão de bebidas alcoólicas



Evitar tornar-se fumador



Não consumir **drogas** não prescritas



Capacidade para expressar os seus

sentimentos



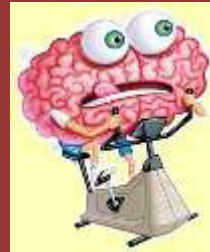
Evitar isolamento social



Evitar situações de stresse



Exercitar a mente



Ter objetivos de vida (etapa a etapa)



Realizar práticas que lhe proporcionem prazer



**Aplicar o  
trabalho na  
viagem e  
não no  
destino**



©SunMedia.PT

# Fonte de distúrbio se...

O assédio moral quer por superiores quer com origem nos colegas de trabalho pode ser devastador. Ansiedade, depressões, burnout, insónias, adição, estão diariamente presentes como potencial fonte geradora de distúrbios

Ao viver sob um trabalho em condições stressantes, as consequências são múltiplas e podem alargar-se às famílias e a toda a sociedade



**Boa gestão, comunicação, informação, autonomia e controle do seu trabalho, segurança do emprego, são fatores promotores da saúde mental**

# Trabalho tem impacto positivo na saúde mental

1. O trabalho é a fonte de sustento e segurança
2. O trabalho regular, impõe um ritmo importante no nosso uso de tempo
3. O trabalho proporciona uma base natural para uma maior integração no ambiente social fora da família

4. O trabalho proporciona uma oportunidade para alcançar uma identidade positiva
5. O trabalho contribui para preencher de forma significativa a vida e dá uma sensação de satisfação
6. O trabalho proporciona o respeito dos outros e um sentimento de ser um membro útil da sociedade.

# PROPOSTAS...

Prevenção da doença e a Promoção da saúde



	Prevenir a Doença	Promover a Saúde
<b>MODELO</b>	<b>Patogénese</b>  causa específica da doença ou Lesão  aculturação médica	<b>Salutogénese</b>  Fatores que determinam positivamente a saúde

## **Questão Principal**

### **Prevenção**

Como evitar os riscos  
doença, acidente , incapacidade

Como tratar a doença  
controle ,duração ou gravidade  
do acidente

Como atenuar os efeitos de  
futuras sequelas

### **Promoção**

Como realizar as suas  
potencialidades  
de saúde e responde  
positivamente às exigências

físicas, biológicas, psicológicas  
e sociais dum ambiente laboral  
e extra laboral em constante  
mutação

**Informação  
Predominante**

**Prevenção**

Quantitativa  
dados clínicos e  
epidemiológicos

**Promoção**

Qualitativa  
conhecimentos, valores,  
atitudes

<b>Protagonismo</b>	<b>Prevenção</b> Profissionais de saúde	<b>Promoção</b>  Qualquer um
---------------------	---	------------------------------------

<b>Papel Predominante</b>	<b>Prevenção</b>  Especialista	<b>Promoção</b>  Todos  (Promotor, prestador, especialista, decisor, agente de mudança, participante)
-------------------------------	--------------------------------------	--

**Intervenção**

**Prevenção**

Médico

Orientado para o indivíduo e não para grupos e comunidade

**Promoção**

Participativo

Orientado para o indivíduo, grupos e comunidade

**População**

**Prevenção**

Grupos de risco

**Promoção**

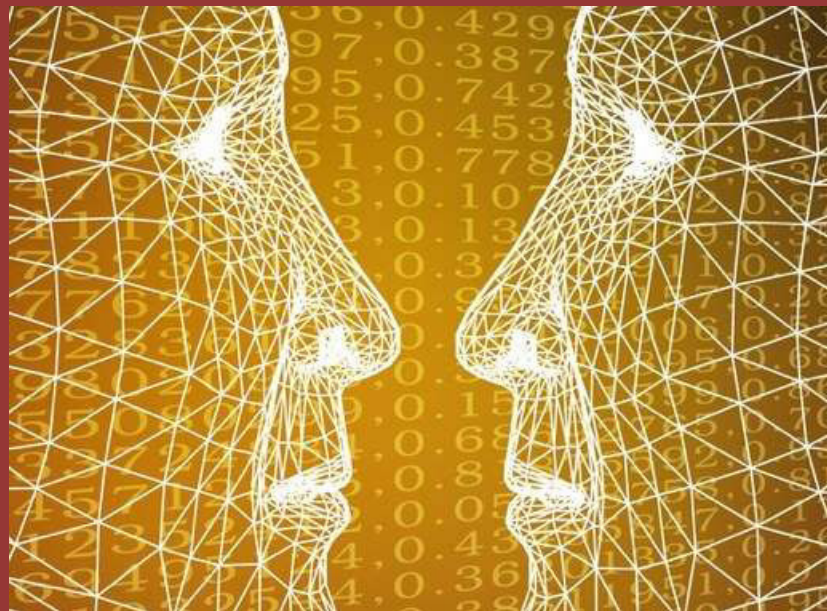
Todos no contexto do dia-a-dia

<p><b>Decisão</b></p>	<p><b>Prevenção</b></p> <p>Racionalista</p> <p>centrado nas soluções não nos problemas</p> <p>Ênfase na informação</p>	<p><b>Promoção</b></p> <p>Estratégico</p> <p>"passo a passo"</p> <p>centrado nos problemas não nas soluções</p> <p>negociação e obtenção de consensos</p>
-----------------------	--	---

<p><b>Resultados Esperados</b></p>	<p><b>Prevenção</b></p> <p>Eliminação ou redução do risco</p> <p>Imediata ou a curto prazo</p>	<p><b>Promoção</b></p> <p>Mudanças operadas a nível do indivíduo</p> <p>saúde, bem-estar, satisfação, conhecimentos, competências e do seu ambiente físico e psicossocial</p> <p>Longo prazo</p>
------------------------------------	--	--

**Se quisermos melhorar...**

**Temos de mudar os nossos paradigmas,  
procurando estratégias partindo de uma  
prespetiva de dentro para fora**



# **Proativo**

mais do que ter iniciativas, responsáveis pelo nosso comportamento

## **Sempre um fim em mente**

não viver o dia a dia de modo meramente casuístico, sem um claro sentido

## **Prioritário ao que é prioritário**

dizer não simplesmente àquilo que é não

## **Pensar ganhar / ganhar**

benefício mutuo, não é fácil alcançar, permite negociar o conflito

## **Primeiro compreender para ser compreendido**

compreender não é concordar...

se compreender, as pessoas sentem-se melhores, valorizadas

## **Criar sinergias**

não é mais que criar uma terceira alternativa de pensamento

## **Afinar as ferramentas pessoais**

renovar os quatro pilares fundamentais da nossa vida;

Físico

Social

Mental

Espiritual

**E É ISTO QUE SE PRETENDE**



**OBRIGADO POR TUDO**



**FAÇAM FAVOR DE SEREM FELIZES**



**Pst, pst.....**



**Onde pensão  
que vão?**

**ISTO NÃO ACABA ASSIM**

# Nervosos? Irritados?





# RELAXAMENTO POR IMAGENS MENTAIS

## ANEXO XII

Relaxamento por imagens mentais

# RELAXAMENTO POR IMAGENS MENTAIS

Este método que vão praticar consiste no pensar por imagens e tem o nome de relaxamento por imagens mentais.

Irei conduzir-vos durante alguns minutos numa viagem com imagens mentais positivas, invocando os 5 sentidos; visão, som, cheiro, sabor, tato.

## INTRODUÇÃO

Coloque as suas mãos entreabertas com os braços ao longo do corpo e relaxe...

Concentre-se nos seus olhos e feche-os delicadamente e relaxe...

Entre cada uma das inspirações profundas que fará, deverá respirar normalmente.

Faça agora uma inspiração e mantenha esse ar dentro de si por uns instantes...

Ao deitar fora o ar devagar, diga para si mentalmente a palavra...relaxar...

Sinta-se mais relaxado. Faça outra inspiração profunda e de novo mantenha esse ar dentro dos vossos pulmões por breves instantes, e ao deitarem fora bem devagar, digam mentalmente...relaxe...

Sintam-se a ficar mais e mais relaxados...de novo, com outra inspiração profunda, e mantendo o ar por breves instantes e ao deitar fora bem devagar...sinta-se mais e mais relaxado.

Permitam agora que os músculos do couro cabeludo...de testa...e da face se tornem mais frouxos...relaxem...relaxem agora o queixo e pescoço...sintam que as tensões abandonam essas partes do corpo...e que o queixo e pescoço se tornam mais relaxados e confortáveis.

Permitam que essa sensação de relaxamento e conforto percorra...lentamente todo o corpo até à ponta dos dedos dos pés.

Sintam como a cabeça, pescoço, ombros, braços, mãos e dedos, costas, peito, barriga, coxas, joelhos, pernas, tornozelos, pés e dedos dos pés estão muito fluxos e relaxados.

Agora vou contar até três e vós sentir-vos-eis cada vez mais relaxados...

Um e dois e três...

Agora o vosso corpo e mente estão a descansar calmamente e vós estais em paz...cada uma das vossas respirações são lentas e fácil...lenta e fácil e torna-se cada vez mais fácil e profunda...mais fácil e cada vez mais profunda...

Sensações maravilhosas de luz branca estão em cada parte do vosso corpo, enquanto continuam a aprofundar o vosso relaxamento...

## A PRAIA QUE EU MAIS GOSTO

...Imaginem-se agora numa praia...junto ao mar calmo a uma distância do mar que se sintam bem...Estão na praia que mais gostam...há no ar uma brisa fresca...e conseguem sentir nas vossas narinas, o cheiro da água salgada...e sentem-se tão bem...Estão felizes e calmos...Tudo está bem.

Olhem à vossa volta...e instalem-se confortavelmente...Aproveitem esse momento...É só vosso...Explore a vossa praia...O que vêem...O que sentem... O que cheiram...O que ouvem...

Estejam atentos aos pormenores...É uma sensação tão boa e agradável...Sintam como é bom...Como estão tão relaxados e descontraídos...E podem voltar sempre que quiserem, sempre que precisarem...

Estendam os braços, ... e vejam como as vossas mãos seguram uma pequena...morna...e brilhante... bola de pura energia... enchem-se lentamente com essa luz branca...é uma energia de cor branca a pulsar...a vibrar...aumentando de tamanho...essa bola de luz e energia...vai crescendo...e crescendo...nas vossas mãos e é agora suficientemente grande, para que possam entrar nela...

Entrem nessa bola... vejam como é a bola por dentro...Todo o seu interior...Que bonita que é...É a vossa bola...Um espaço só vosso...onde mais ninguém pode entrar...sentem-se seguros, dentro da bola...respirem calmamente.

De cada vez que inspiram...permitam...que a energia que está dentro da bola invada o vosso corpo...quando inspiram pelo nariz sentem a calma...a segurança... a coragem...e tranquilidade que essa energia vos trás...inspirem agora...e sintam a calma...a segurança...a coragem...e tranquilidade que essa energia vos trás...

Quando expiram sintam as preocupações a saírem...sintam como ficam mais leves...com menos preocupações...menos ansiedade...menos medos...Sintam-se invadidos por uma sensação de bem-estar profundo e total...

Agora...cheios de energia, saiam da bola e caminhem pela praia...

É para vós uma sensação maravilhosa...apreciem essa sensação à medida que o Sol continua a subir e o céu se torna cada vez mais claro.

Sintam o calor do sol a acariciar a face...ombros...peito...braços...e em todo o corpo...

Sintam esse calor a entrar em vós, a aquecer-vos e a relaxar-vos.

...Uns sentimentos agradáveis de bem-estar, felicidade e harmonia invade a vossa mente...Sorriam...Sorriam...Sintam-se

Sinta cada respiração que faz. Experimente o seu relaxamento. Não há nada a incomodá-la. Nada a distraí-la. Relaxe... Foque-se na respiração ou simplesmente relaxe.

Simplesmente pense nas palavras que tem estado a ouvir. Apenas, feche os seus olhos... e relaxe... Feche os seus olhos... e relaxe...

Quando diz estas palavras a si própria nas circunstâncias certas, ajuda-a a concentrar-se e a ficar mais confortável e a relaxar. A ficar muito relaxada. Muito rapidamente... Você está a aprender a relaxar, a recarregar as suas baterias. Relaxe agora... Limpe os seus pensamentos e simplesmente, respire...

Aprecie estes sentimentos de calma, de segurança, Auto relaxamento. Revitalizada, Recarregada. Simplesmente volte... volte... volte... lentamente... lentamente... Aprecie o seu novo sentido da vida. Volte para este tempo e lugar. Volte... Agora está alerta, preparada e refrescada.

...Dentro de momentos vou contar de um até seis...e ao dizer seis irão abrir os vossos olhos...e estão despertos...bem-dispostos, sentindo a energia subindo dentro de vós...Vão guardar na memória este local e este momento...

Podem voltar sempre que quiserem...sempre que precisarem...É a vossa Praia...a vossa bola de energia de felicidade.

Um...subindo muito lentamente...Dois...Três...lembrem-se que ao ouvir o número **seis** estarão bem-dispostos e felizes...

Olhos abertos...bem-dispostos espreguicem-se...bocejem...mexendo as pontas dos pés, das mãos, levemente.

Mais uma espreguiçadela...bocejem à vontade...estiquem-se bem dentro das vossas possibilidades...

Obrigada a todas as presentes.

**Musica: VANGELIS – THEMES (1989)**

## ANEXO XIII

(A)Risco ou desisto

## (A) Risco ou Desisto

### INTRODUÇÃO

A adolescência, anteriormente considerada uma etapa curta e transitória, palco de rituais iniciáticos e facilitadores da separação da família de origem e de rápida aquisição de *status* de adulto, transformou-se sendo atualmente, uma fase longa do ciclo de vida.

Na puberdade, surgem as mudanças biológicas, fisiológicas, cognitivas e outras, preparando o jovem para a autonomia.

Crescer é então compreender que novas oportunidades surgem e é também ter vontade de arriscar. Este processo de maturidade contém uma tal plasticidade e capacidade adaptativa que muitas dificuldades podem ser resolvidas, tornando-se normativas ou adaptativas.

Contudo também é nesta fase que estes comportamentos da adolescência se podem transformar num risco. O risco, é importante para o crescimento, mas também é importante e fundamental saber geri-lo.

Neste procura-se recuperar a consciência dos nossos limites que temporariamente nos devolva a sensação de estar vivo. Esta nova sensação encontra-se sempre presente em nós, tornando a vida um permanente jogo. Por exemplo a festa estende-se cada vez mais pela noite dentro. As experiências são cada vez mais precoces. O importante é transcender, o ciclo de prazer / desprazer passam a estar associados nas experiências vazias a que os jovens muitas vezes se submetem.

O adolescente, de uma maneira geral, tem e toma consciência dos seus limites. Tem e toma noção das suas decisões e sabe que ao tomá-las, tem de as assumir posteriormente.

Assim sendo é através da percepção que não são apenas os limites orientadores que evitam que um problema se instale, mas sim fornecer vias alternativas de respostas às questões que apenas encontram saídas em comportamentos que põem em causa o bem-estar do adolescente.

Estas são exigentes. Para as assumir é fundamental a experiência (que geralmente o adolescente não possui), ou experimentar o acontecimento através de novos comportamentos (fase a que estão expostos): novas relações sociais que se tornam mais vastas, surgimento dos pares com papel importante no crescimento, intimidade, escolha da via profissional...

Então, exige-se aos adolescentes a aquisição de competências (saber-fazer, saber - ser e saber transformar-se) e recursos de adaptação às alterações e experiências vivenciadas. A aquisição de competências vai ocorrendo e serão estas que irão permitir o sucesso nas interações sociais que por conseguinte levarão a um aumento da autoeficácia e auto estima essenciais para o desenvolvimento saudável e bem-estar satisfatórios dos jovens.

É neste querer de promoção de saúde mental que se pretende que as intervenções tenham em vista o aumento das capacidades pessoais para a adoção de comportamentos saudáveis. A diminuição ou eliminação de sintomas psiquiátricos não é suficiente para promover a saúde mental. É preciso refletir sobre o desenvolvimento saudável dos jovens, como forma de guiar as intervenções a desenvolver pela enfermagem. O equilíbrio entre promoção de fatores protetores, diminuição de sintomas psiquiátricos, bem como a promoção da saúde mental e do bem-estar é o balanço apropriado para uma intervenção adequada com estes adolescentes, com o objetivos de promover o desenvolvimento positivo dos mesmos.

As desordens mentais, emocionais e comportamentais da adolescência estão associadas a um desenvolvimento pobre de competências, levando muitas das vezes a comportamentos de risco, tais como consumo de drogas, abandono escolar, violência, entre outros.

Todas estas experiências têm como objetivo principal a construção da sua identidade e da sua autonomia. Esta pressupõe aprendizagem. O caminho é sinuoso, tem percalços que originam vulnerabilidade. Esta está geralmente associada à potencialização do risco. Drogas, comportamentos sexuais, alimentares e sociais de risco podem dar os primeiros passos nesta altura.

## **OBJETIVOS**

O importante dos programas de prevenção é diminuir a exposição dos jovens aos fatores de riscos. O fundamental, pois muitas vezes os objetivos são difíceis de cumprir, é promover competências e capacidades pessoais e sociais aos jovens de autorregulação face ao risco.

Se há condições pessoais e ambientais dificilmente alteráveis, existem também uma panóplia de mudanças possíveis no que diz respeito a si próprios, e no que diz respeito aos grupos onde se encontram inseridos. Então, estas passam a ser o alvo preferencial das intervenções nesta área da saúde.

Face à realidade, pretende-se então proporcionar aos jovens a aquisição de “ferramentas” para que com elas adquiram essas mesmas competências de resolução dos problemas, principalmente na abordagem à comunicação, aos sentimentos e forma de lidar com estes, contribuindo assim para a resiliência, permitindo um crescimento saudável.

Neste âmbito propõe-se que estes jovens,

- ☐ Tomem conhecimento dos comportamentos que põem em risco a saúde;
- ☐ Desenvolvam competências para a resolução de problemas;
- ☐ Reconheçam os seus sentimentos e avaliem os dos outros para, assim, poderem lidar com as diferentes situações;
- ☐ Desenvolvam competências de comunicação e assertividade.

## **METODOLOGIA**

A metodologia que se pretende aplicar destina-se a alunos do 3º ciclo, mais especificamente ao 7º ano de escolaridade, tornando-se estes a população alvo deste trabalho. Esta deverá ser implementada de acordo com o que o professor determinar, estando organizada em sessões de 45 minutos na área curricular da disciplina de Formação Cívica. Sugere-se que o seu início seja no princípio do próximo período.

A proposta de intervenção visa sobretudo a promoção de saúde mental dos estudantes da escola no geral, com particular interesse na prevenção de comportamentos de risco e de patologia mental, nomeadamente consumo de substâncias psicoativas.

A realização destas sessões com a duração de pelo menos 45 minutos serão importantes pois permitirão o desenvolvimento de competências intrapessoais, interpessoais e profissionais, necessárias para a manutenção de uma boa saúde mental e à prevenção do uso de substâncias psicoativas e de outros problemas comportamentais, através de atividades de intervenção psicoeducativas, reflexão e treino de competências.

Será importante a implementação de métodos de aprendizagem ativa, adequadas às características dos alunos, bem como a necessidade de um reforçar o trabalho em grupo sempre que possível.

Estas a serem desenvolvidas passarão pelo autoconhecimento, autoestima, autorrealização, empatia, assertividade, suporte social, criatividade, cooperação, liderança e resiliência.

Serão aplicadas a:

■ **Discussão Orientada** - tema pré-definido que irá ser debatido, onde as regras previamente estabelecidas terão de ser respeitadas. Permite-se o debate sobre as questões lançadas com a orientação discreta do professor ou do moderador. No final, e em colaboração com a turma far-se-á uma síntese do que foi debatido.

■ **Brainstorming** - onde o apelo à criatividade estará presente. Não se permite contudo, críticas negativistas. Após o lançamento do tema feito pelo professor ou moderador, todos devem expressar as suas ideias livremente sobre a proposta. Fundamental será eleger um aluno que vá anotando todas as ideias que são “fabricadas”. Estas devem ser claras, precisas e concisas, para mais facilmente se poderem analisar no final da sessão.

■ **Role-play** - os participantes devem apresentar situações com as quais se podem confrontar no seu dia-a-dia e assim treinarem comportamentos e atitudes que lhes possam ser ou vir a ser úteis. Para a representação pode-se dar espaço para ensaiarem. Os que não representam devem manter-se em silêncio. Quem observa deve dar um feedback no final da sessão sobre os comportamentos e sentimentos que estiveram a se testados. Este feedback jamais poderá ser focado na pessoa, originando uma avaliação subjetiva o que implica variância (varia de pessoa para pessoa).

E assim quando alcançar-mos o termo, o importante será o que ficou. Do que ficou, esperamos que seja uma valorização da escolaridade por parte dos alunos e que estes a vejam como um valioso instrumento para a construção de um futuro promissor

## **AVALIAÇÃO**

A avaliação deverá ser contínua ao longo do período do ano letivo.

Realizar-se-á através de pré e pós-teste, concretamente no início e no final do ciclo.

Após cada sessão deverá, sempre que possível, ser feita uma avaliação sumária para determinar se houve aquisição de competências que possam ou não permitir a existência de alterações significativas nos seus comportamentos.

No final de cada período a coordenadora de saúde elaborará o relatório das atividades desenvolvidas, com vista à elaboração do relatório final. Este relatório será baseado nas conclusões que os próprios alunos irão elaborar no final de cada sessão.

(**Nota:** os alunos deverão eleger um colega que terá a tarefa de sintetizar o que de mais importante se passou)

## **PROPOSTAS DE AÇÃO:**

**Apresentação:** apresentação do que se pretende fazer aos alunos, clarificação de regras a serem implementadas e a sua discussão (discussão orientada)

**Família:** as regras em casa, o respeito, o amor de ... (discussão orientada)

**O que é a saúde:** determinar o que é a saúde (discussão orientada)

**Comportamentos que comprometem a saúde:** comportamento de risco, riscos que podem prejudicar a saúde (discussão orientada e brainstorming)

**Razões que levam à adoção de comportamentos de risco:** razões que leva a agirem de determinada maneira (discussão orientada)

**Alternativas saudáveis:** motivo para não aplicar medidas saudáveis, quais as alternativas saudáveis (discussão orientada)

**Decidir ou não:** o que é decidir, decidir ou não eis a questão (discussão orientada e brainstorming)

**Fatores que influenciam as decisões:** decisões fáceis, difíceis e assim-assim (discussão orientada)

**Valores:** os meus valores são... (discussão orientada)

**Dilemas:** a decisão (discussão orientada e brainstorming)

**Sentimentos:** o que é o sentimento, o que é que se passa, o que me faz sentir...  
(discussão orientada)

**Alegria e tristeza:** alegre ou triste, lidar com a tristeza (discussão orientada)

**Medo e ansiedade:** até assusta, como me safo desta... (discussão orientada)

**Zangado:** “tou-me” a passar, como saio desta... (discussão orientada)

**Comunicação verbal e não-verbal:** (discussão orientada)

**Saber conversar:** como ouvimos e como falamos (discussão orientada)

**Estilo de comunicação:** (discussão orientada e role-play)

**Assertividade:** o que é isso (discussão orientada)

Podem contudo ser mais como por exemplo, a forma ou processo de resolver problemas, a inveja, a culpa, fazer pedidos, recusar um pedido, como lidar com as críticas, aceitar as ordens, pedir desculpa, o que pensas de...,o que farias no lugar de..., o que é o problema, vergonha, ira, pensar sentir agir, defender os seus direitos, dizer não, negociação,

## **BIBLIOGRAFIA:**

Abraão, I. (1999). *Fatores de risco e fatores protetores para as toxicodependências. Uma breve revisão.* Revista Toxicodependências, Ano5, nº2, pp3-11. Lisboa

Becoña Iglesias, E. (2001). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevencion de drogas.* Madrid: Plan nacional sobre drogas.

Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases científicas de la prevención drogodependências*. Madrid: Plan nacional sobre drogas

Fachada, M.O. (1998). *Psicologia das relações interpessoais*. 1º vol. Lisboa: Edições Rumo.

Leiria 10 de dezembro de 2012

jpbalau@gmail.com

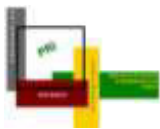
## ANEXO XIV

Rua direita

## FORMULÁRIO DE CANDIDATURA

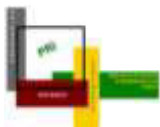


### EIXO DA PREVENÇÃO



## A – DOCUMENTAÇÃO

Fotocópia do Cartão de Identificação de Pessoa Coletiva	X
Fotocópia da Escritura Pública de Constituição da Entidade Promotora, devidamente autenticada ou Declaração da Direção-Geral da Segurança Social em como a cópia dos Estatutos da Entidade Promotora está conforme o original dos Estatutos registados naquela Direção como Instituição Particular de Solidariedade Social	
Fotocópia de Declaração de Início/Alteração de Atividade	X
Certidão emitida pelo Centro Regional de Segurança Social ou Sub-Região geográfica a que pertence a Entidade Promotora em que certifique, nos termos e para os efeitos dos Artigos 11º, 15º e 20 do D.L. n.º 411/91 de 17 de Outubro, que a Entidade Promotora tem a situação contributiva regularizada relativamente às contribuições devidas à Segurança Social	
Certidão da Repartição de Finanças em como a Entidade Promotora não é devedora de qualquer contribuição ou Imposto ao Estado ou, sendo devedora, que se encontra a regularizar a situação	X
Declaração em como possui contabilidade organizada, caso seja legalmente exigida	X
Protocolos de parceria com descrição sucinta da participação técnica e financeira	
Documento que juridicamente vincule mais do que uma entidade a prosseguir o projeto de forma integrada	
Breve Curriculum Vitae do(a) Coordenador(a) e dos elementos da Equipa Técnica	X
Parecer do CLAS	
Outros:	



**DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DE HONRA**

Nome da Entidade: Cruz Vermelha Portuguesa

Declara-se, para os devidos efeitos, que a entidade acima referida reúne os requisitos previstos nos Artigos 7º e 8º da Portaria n.º 27/2013, de 24 de Janeiro, comprometendo-se a fazer prova dos mesmos no prazo que lhe for fixado pelo SICAD caso não os tenham apresentado em candidatura.

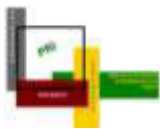
O Declarante tem ainda pleno conhecimento de que a prestação de falsas declarações implica a exclusão da candidatura apresentada, bem como da participação à entidade competente para efeitos de procedimento penal.

O Responsável pela Entidade Promotora

O Coordenador do Projeto

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B – COMPONENTE TÉCNICA****B.1- INDIQUE QUAL A ÁREA LACUNAR A QUE CONCORRE, DAS IDENTIFICADAS NO AVISO DE ABERTURA:**

A-Eixo da Prevenção

**B.2- IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE PROMOTORA**

Designação Cruz Vermelha Portuguesa/ Delegação de Leiria

Morada Rua Tenente Valadim

Código Postal |2|4|1|0|-|1|9|0

Localidade Leiria

Distrito Leiria

Concelho Leiria

Freguesia Leiria

Telefone 244 823 725

Fax 244 826 507

E-mail dleiriacruzvermelha@sapo.pt

**B.2.1 – NATUREZA JURÍDICA ENTIDADE**IPSS N.º de Registo: Pessoa Coletiva de Direito Canónico Organização Não Governamental Outra 

Data de Início de Atividade: 23/2/1904

Data de Constituição: 11/2/1865

Atividade Principal Assistência Humanitária e Social

Atividade Secundária 

N.I.P.C. 500745749

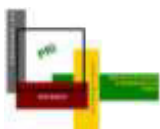
Código Rep. Finanças **B.3- RESPONSÁVEL DA ENTIDADE PROMOTORA PELO PROJETO**

Nome Carlos José Gomes Vieira

Cargo Presidente da Delegação de Leiria da Cruz Vermelha Portuguesa

Telefone 244849900

Fax E-mail



**B.4- ESTRUTURAS/PROGRAMAS NA ÁREA DA TOXICODEPENDÊNCIA QUE A ENTIDADE PROMOTORA DESENVOLVE**

Prevenção em Meio Familiar	<input type="checkbox"/>	Prevenção em Meio Escolar	<input checked="" type="checkbox"/>	Prevenção em Meio Desportivo	<input type="checkbox"/>
Prevenção em Meio Universitário	<input checked="" type="checkbox"/>	Prevenção em Meio Laboral	<input type="checkbox"/>	Prevenção em Meio Prisional	<input type="checkbox"/>
Gabinete de Apoio	<input type="checkbox"/>	Espaço Móvel de Prevenção de Doenças Infeciosas	<input type="checkbox"/>	Ponto de Contacto e Informação	<input type="checkbox"/>
Equipa de Intervenção Social	<input type="checkbox"/>	Centro de Acolhimento	<input type="checkbox"/>	Centro de Abrigo	<input type="checkbox"/>
Unidade de Desabilitação	<input type="checkbox"/>	Comunidade Terapêutica	<input type="checkbox"/>	Centro de Dia	<input type="checkbox"/>
Apartamento de Reinserção	<input type="checkbox"/>	Programa VIDA-Emprego	<input type="checkbox"/>	Programa Troca de Seringas	<input type="checkbox"/>
Programa Substituição BLE	<input type="checkbox"/>	Intervenção em Contextos Recreativos	<input checked="" type="checkbox"/>	UNIVA	<input type="checkbox"/>
Comunidade de Inserção	<input type="checkbox"/>	Equipa de Rua	<input type="checkbox"/>	Clube de Emprego	<input type="checkbox"/>
Centro de Consultas	<input type="checkbox"/>	Programa de administração de agonista opiáceo	<input type="checkbox"/>		
Outra. Qual: _____	<input type="checkbox"/>	Outra. Qual: _____	<input type="checkbox"/>	Outra. Qual: _____	<input type="checkbox"/>

**B.5- IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO**

Designação do Projeto:

“ Rua Direita ”

Duração do Projeto:

24 Meses

Início Previsto

1/10/2013

Fim Previsto

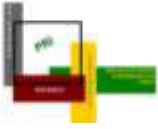
29/9/2015

**Enquadramento Teórico**

Adolescência e Juventude

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (n.d.) “a adolescência é o período da vida que começa aos 10 e termina aos 19 anos de idade. É definida como um período biopsicossocial, em que ocorrem modificações corporais, cognitivas, de adaptação a novas estruturas psicológicas, ambientais, sociais que afetam o indivíduo e o conduzem da infância à idade adulta” (Ferreira e Nelas, p.145). É na adolescência que o indivíduo toma consciência das alterações que ocorrem no seu corpo, gerando um ciclo de desorganização e reorganização do sistema psíquico, diferente em cada sexo, mas com iguais complicações conflituosas inerentes à dificuldade de compreender a crise de identidade referida por Erickson (1968), na teoria do desenvolvimento psicossocial. Para o mesmo autor, o conflito dominante da adolescência encontra-se entre a formação da identidade e a difusão da identidade.

Por outro lado, e estabelecendo um paralelismo entre adolescência e juventude, a primeira é definida como uma fase de transição enquanto a



juventude “é a referência a uma faixa etária caracterizada por uma cultura própria e unitária.” (Pais, 1990, p.140).

“Histórica e socialmente, a juventude tem sido encarada como uma fase de vida marcada por uma certa instabilidade associada a determinados “problemas sociais”. Se os jovens não se esforçam por contornar esses “problemas”, correm mesmo riscos de serem apelidados de “irresponsáveis” ou “desinteressados””. (Pais, 1990, p.141).

Atualmente, é considerado um período em que os jovens, após momentos de maturação diversificados, constroem a sua identidade, os seus pontos de referência, escolhem o seu caminho profissional e o seu projeto de vida, isto é, um plano refletido que visa fazer com que se adotem os caminhos corretos para alcançar objetivos e metas, tendo sempre em conta os valores e normas sociais.

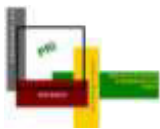
Assim, a juventude, segundo os autores Ferreira e Nelas “termina quando o jovem atinge a maturidade social e emocional, de experiência e habilidade e vontade, características necessárias para assumir o papel do adulto, de acordo com os padrões culturais do meio onde vive.” (p.145).

### Jovens em Risco e Exclusão Social

Como referido anteriormente, esta faixa etária é caracterizada por um período de inúmeras transformações e adaptações. Assim, a vulnerabilidade é maior face às novas situações que aparecem nesta fase do desenvolvimento, logo, o risco está inerente à sua condição e ao próprio contexto onde este está inserido.

Segundo a Direcção-Geral da Saúde (2008) “as situações de risco dizem respeito ao perigo potencial para a efetivação dos direitos da criança, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento. Entende-se que a evolução negativa dos contextos de risco condiciona, na maior parte dos casos, o surgimento das situações de perigo”. Assim, nas situações de risco, “a legitimidade da intervenção circunscreve-se aos esforços para superação do mesmo, tendo em vista evitar o eclodir do perigo, através de políticas, estratégias e ações integradas dirigidas à população em geral, ou específicas para crianças e jovens em situações familiares, habitacionais, ambientais, escolares, sanitárias, sociais, culturais e económicas que, pela sua precariedade, criem condições de especial vulnerabilidade.” (p.7,8).

A compreensão sobre a conceção do conceito de risco possibilita indicações na orientação da exclusão social fundamentada na diferença, mas é no processo que determina a exclusão e o estigma, que aparece como associada a uma maior discriminação e conseqüente exclusão social. No entanto, o fenómeno da exclusão não é específico dos jovens, mas atinge os diferentes sectores da sociedade. É também evidente que a exclusão não é provocada apenas pelo sector económico, embora se admita que este é um dos principais pilares de sustentação deste fenómeno. A exclusão social pode portanto agrupar-se em sistemas sociais e estes “assentam em cinco domínios: o social, o económico, o institucional, o territorial e o das referências simbólicas.” (Bruto da Costa, 2004, p.14).



## Prevenção das toxicodependências em Meio Escolar

A prevenção das toxicodependências em meio escolar tem inúmeras vantagens, entre as quais o facto de a escola ser um dos principais agentes de socialização, juntamente com a família. Para além de que é nesta instituição que o processo de socialização, iniciada na família, se continua a desenvolver.

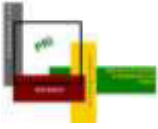
A Escola é um espaço privilegiado para o desenvolvimento do processo de socialização, da capacidade de estabelecer relações, da perceção da experiência sensorial e das necessidades pessoais, da autoestima e confiança, das competências de comunicação, da identificação, expressão e gestão das emoções, da capacidade de brincar e de favorecer a criatividade e o espírito crítico.

Este agente de socialização tem a vantagem de poder atuar sobre as crianças / jovens que se encontram num processo de amadurecimento, suscetíveis a mudanças e momentos de crise. Que se encontram expostos a múltiplos riscos (entre os quais o consumo de drogas lícitas e ilícitas) as quais podem ser detetadas precocemente. O processo de desenvolvimento de todas as crianças está muito dependente das interações com o meio, podendo estas resultarem em vulnerabilidade ou em resiliência. Deste modo, as intervenções preventivas devem ser integradas no processo educativo, sob forma de promoção da saúde, dirigindo-se a todas as crianças.

A escola como um meio privilegiado terá como função prevenir situações de risco, informando e motivando a população no sentido de evitar as drogas, situando-se para tal no seu quadro social, económico e cultural. Esta, deve procurar incutir nas crianças/jovens modos de vida saudável isentos de droga. Para além de que, deve procurar atingir indivíduos antes que estes fiquem expostos aos meios da droga e outras influências que possam favorecer os primeiros contactos, não suscitando a curiosidade ou desejo mas indicando claramente os efeitos negativos e prejudiciais do abuso de drogas e sublinhando os efeitos positivos de outras atividades e de um estilo de vida isento de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas.

A prevenção escolar deve conseguir evitar que as crianças / jovens não consumam drogas ou pelo menos retardar o consumo destas.

Considerando que o diagnóstico do território de Leiria/Marrazes, efetuado pelo Centro de Respostas Integradas de Leiria/ SICAD identificou um elevado número de jovens adolescentes a frequentar o Ensino Básico, Secundário, Profissional e Superior de Leiria e Marrazes, que apresentam comportamentos de experimentação de substâncias psicoativas e comportamentos de risco durante saídas á noite em idade precoce. Deparamos-mos com uma elevada disponibilidade e acessibilidade A SPAS legais e ilegais, *Bringe Drinking* em espaços públicos e condutas desviantes. Considerando que no supracitado diagnóstico é identificada a necessidade de reforçar as estratégias de prevenção em contexto escolar.



Para comunidade educativa pretende-se uma prevenção Universal, seletiva e indicada, estratégias informativas, formativas, treino de competências e reforço das competências parentais tendo como objetivo retardar a idade de consumo e a transição para a dependência.

Em contexto Escolar e lúdico/pedagógico será importante a implementação de métodos de aprendizagem ativa, adequadas às características dos jovens, bem como a necessidade de um reforçar o trabalho em grupo sempre que possível.

Aqui fará todo o sentido metodologias participativas possibilitam o desenvolvimento de saberes e competências, uma vez que promovem o adolescente como principal agente da sua própria aprendizagem. As metodologias participativas expressam-se na utilização de um conjunto muito vasto de técnicas.

Alguns exemplos dessas técnicas:

- **Trabalho de pesquisa**

O trabalho de pesquisa ajuda o aluno a clarificar ideias, levando-o a interrogar-se sobre os diferentes aspetos do tema em estudo. A pesquisa de informação pode ser feita com base em inúmeras e diversificadas fontes: livros, revistas, jornais, Internet, etc., podendo recorrer-se também a entrevistas, trabalho de campo, arquivos e visitas de estudo.

- ***Brainstorming* ou «Tempestade de ideias»**

Consiste em listar, sem a preocupação de discutir num primeiro momento, todas as sugestões que o grupo ou a turma fazem sobre determinada questão ou problema. A lista deve ser constituída por palavras ou frases simples. Após as sugestões dos alunos deve-se aprofundar a discussão e esclarecer as dúvidas e as ideias erradas.

- **┘Resolução de problemas**

Mediante a utilização de histórias, casos reais ou dilemas morais, incentiva-se a discussão para a resolução de problemas comuns com os quais os alunos podem vir a ser confrontados.

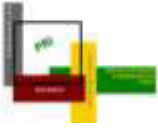
- **Utilização de questionários**

Em geral, os questionários são utilizados para recolher conhecimentos e opiniões existentes.

No entanto, também podem ser utilizados para transmitir (e não apenas para avaliar) conhecimentos.

- ***Role play* ou dramatização**

Consiste na simulação de pequenos casos ou histórias em que intervêm o número de personagens desejadas. Funciona bem quando são os próprios alunos, em grupo, a elaborarem o texto dramático. As dramatizações não devem ser longas (cerca de 10 minutos) e devem ser complementadas com debate em pequeno ou em grande grupo. É uma forma particularmente dinâmica de analisar uma situação ou provocar um debate. O *role play* pode



ser eficazmente aproveitado no treino de determinadas competências, tais como saber escutar o outro, desenvolver o relacionamento interpessoal ou saber expressar sentimentos

- **Visita externa**

Pode aproveitar-se de forma bastante mais eficaz a visita de alguém especialista num determinado assunto se houver uma apresentação anterior à visita e uma preparação das perguntas e questões que a turma desejaria colocar. A visita pode, também, ser complementada com um trabalho em grupo, em que são pedidas opiniões, sínteses ou dúvidas que tenham ficado após a visita.

- **Produção de cartazes**

É uma forma de organizar a informação recolhida (textos, fotografia, gráficos, esquemas, etc.). Pode ser apresentada ao grande grupo, ou pode ser uma forma de fomentar a discussão à volta de um tema. Nesse caso pede-se com antecedência aos participantes que tragam revistas, jornais, textos retirados da internet ou de livros, relacionados com um dado tema que se vai debater.

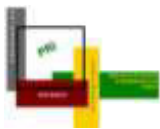
- **Exploração de vídeos e outros meios audiovisuais**

Estes materiais podem ser um auxiliar muito importante para o desenvolvimento das atividades. Aconselha-se que sejam diferenciados os momentos «antes da projeção» e «após projeção»:

Outra Metodologia utilizada com os jovens é a Educação pelos Pares que é uma das estratégias utilizadas em Educação para a Saúde, é utilizada para ensinar, partilhar ou alterar informações, valores e comportamentos na área da saúde e ocorre entre elementos da mesma idade ou grupo social. O Projeto de Educação pelos Pares surge como forma de proporcionar aos jovens estudantes que ingressam no ensino superior um suporte para uma melhor integração na vida académica, para um desenvolvimento estável do processo de socialização e para a promoção de hábitos de vida saudáveis.

A existência de um projeto de prevenção no consumo de substâncias como o álcool e a cannabis que vise resultados a médio e longo prazo pressupõe uma atividade continua no tempo e a adoção de uma base técnica e multidisciplinar a trabalhar para uma prevenção Universal, seletiva e indicada. Terá resultados mais positivos na educação para uma maior responsabilização em matéria de consumos de Substâncias Psicoativas e na Promoção da Saúde enquanto resultado ou efeito de decisões individuais.

Desde 2008 que a CVP em parceria com o CRI através da juventude da CVP e com o apoio institucional da Direção Geral de Saúde (DGS) está no terreno com o projeto “Cupos-quem decide és tu” trata-se de um projeto de prevenção seletiva que visa sensibilizar e informar os jovens entre os 14 e os 20 anos de idade para os riscos inerentes ao abuso do álcool. Existe já uma relação de Proximidade das Delegações regionais com o contexto escolar.



A Juventude da Delegação de Leiria tem vindo a desenvolver este projeto ao longo dos anos essencialmente junto da Comunidade Escolar na Freguesia de Leiria em estreita colaboração com o CRI (Formação).

A Juventude da Cruz Vermelha é constituída por jovens voluntários e é uma estrutura privilegiada para a prossecução de projetos de promoção de saúde cujos públicos destinatários sejam crianças e jovens, precisamente os pares dos voluntários. A intervenção pelos pares tem vindo a ser reconhecida como estratégia eficiente em várias áreas da intervenção social e em particular no trabalho de prevenção de Substâncias psicoativas. Na linha daquilo que é a missão da CVP enquanto auxiliar dos poderes públicos, complementar á instituição escola através de uma componente de educação informal, neste caso, na área da promoção para a saúde, contribuindo assim para um projeto educativo global e eclético, que, acontecendo no espaço físico da escola, vai para além dos muros do ensino institucionalizado.

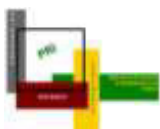
Considerando que a JCV/DL apresenta bastante experiência na intervenção no terreno em matéria de prevenção junto de jovens e adolescentes e que é constantemente solicitada para ações e atividades junto da comunidade escolar e outras associações juvenis, atendendo ao facto de ter sido submetida ao longo dos anos a formação por parte do pessoal técnico do IDT e da JCV e por existir a possibilidade de dar continuidade a essa formação, a nosso ver a JCV/DL é detentora de todas as competências para um projeto desta Natureza e Dimensão.

## Descrição do Projeto

Sendo uma necessidade pertinente e urgente uma intervenção estruturada que vise o treino de competências, informação e adoção de estilos de vida saudáveis.

Este projeto pretende dar resposta á Área Lacunar no Eixo da Prevenção.

De acordo com o diagnóstico efetuado em Dezembro de 2012 pelo CRI de Leiria, a população identificada consiste em jovens adolescentes 2º e 3º Ciclo, Secundário, Profissional do Ensino Público das freguesias de Leiria e Marrazes, e ainda do Ensino do Ensino Superior, em contexto de rua na cidade de Leira. Estes jovens estão expostos às saídas à noite em idade precoce, experimentação e consumo de substâncias psicoativas legais e



ilegais, *Bringe Drinking* em espaços públicos, existência de pontos de venda de novas substâncias psicoativas e condutas desviantes.

**O projeto que apresentamos pretende** dar resposta a uma população caracterizada pelas elevadas disponibilidades e acessibilidades a estas substâncias, essencialmente o álcool e cannabis. Jovens e adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 20 anos pertencentes à comunidade educativa em contextos escolares e recreativos com comportamentos de risco. Estes Jovens e adolescentes apresentam uma consciência distorcida e minimizada dos riscos que advém dos consumos. Pretende-se, portanto, direcionar este projeto para a prevenção do consumo abusivo de álcool e cannabis na população juvenil considerando os seus atuais padrões de consumo e os contextos em que tais consumos ocorrem.

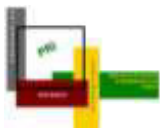
No caso do presente projeto a intervenção em meio escolar é a forma privilegiada da aplicação, no entanto não será a única atendendo a sinergias, parcerias, contextos locais é suscetíveis de ser aplicado em outros âmbitos, como Associações Juvenis, espaços noturnos e recreativos, etc...

O Projeto pretende a Intervenção em espaços educativos através de sessões de carácter lúdico informativo, distribuição de material informativo sobre SPAS em contexto académico, acompanhar adolescentes no processo de valorização pessoal, escolhas assertivas, desenvolver ações de educação pelos pares, ocupação de tempos livres para adolescentes sinalizados pela comissão de proteção de crianças e jovens em risco CPCJ e ainda o reforço informativo nas competências parentais.

**Assim, tem como principais objetivos a sensibilização para o consumo excessivo de substâncias psicoativas, o treino de competências pessoais e sociais e promover estilos de vida saudáveis.**

Este projeto pretende desenvolver-se com o apoio dos vários parceiros:

- Agrupamento de Escolas D. Dinis - Espaço e tempo em contexto Escolar;
- Agrupamento de Escolas Marrazes - Espaço e tempo em contexto Escolar;
- Agrupamento de Escolas José Saraiva - Espaço e tempo em contexto Escolar;
- Agrupamento de Escolas Dr. Correia Mateus - Espaço e tempo em contexto Escolar;
- Escola Secundária Afonso Lopes Vieira – Espaço e tempo em contexto Escolar;
- Escola Secundária Rodrigues Lobo – Espaço e tempo em contexto escolar;
- Escola Profissional de Leiria – Espaço e tempo em contexto Escolar;



- Instituto Politécnico de Leiria - Colaboração para intervenção em eventos académicos;
- Centro de Saúde Gorjão Henriques e Centro de Saúde dos Marrazes - Divulgar o Projeto;
- Câmara Municipal de Leiria - Divulgar e promover o projeto junto da comunidade local, bem como sinalizar situações e locais problemáticos;
- Junta de Freguesia de Leiria - Divulgar e promover o projeto junto da comunidade local, sinalizar situações e locais problemáticos dos municípios;
- Rede Social de Leiria - Divulgar e promover o projeto junto da comunidade local, bem como sinalizar situações e locais problemáticos;
- Centro de Respostas Integradas (CRI) – Ações de formação para os técnicos responsáveis pelo projeto e colaboração no decorrer do projeto;
- Narcóticos Anónimos - Colaboração nas Sessões de sensibilização;
- Academia Mais Saber - Espaço e material lúdico e didático para atividades e sessões previstas no projeto;
- Associação Novo Olhar II- Colaboração nas ações decorrentes do projeto;
- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ) – Colaboração na Identificações de Jovens Adolescentes e encaminhamento para atividades Lúdico/Recreativas que integram o projeto.

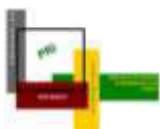
O Projeto integra elementos de inovação e de boas práticas validadas e inexistentes no território, nomeadamente uma intervenção pelos pares e ações e atividades dinâmicas que apresentam adesão por parte dos jovens. Pretende-se que a divulgação do projeto seja realizada através dos meios de comunicação social, Estabelecimentos Escolares, Cruz Vermelha Portuguesa/ Delegação de Leiria, Rede Social de Leiria, correio eletrónico da Juventude/ Delegação de leiria, parceiros do projeto e folhetos informativos.

O projeto pretende integrar duas Técnicos Superior de Serviço Social, um Educador Social e um Técnico da área da Saúde. Pretende, ainda, recorrer ao apoio de voluntários na realização de várias Ações.

A Cruz Vermelha Portuguesa/ Delegação de Leira é a única Entidade do Concelho a desenvolver várias ações e atividades através de uma gestão de voluntariado consistente.

Apresenta parcerias e protocolos com várias entidades prestando apoio e serviços nas diversas estruturas que a integram.

Estas potencialidades estão disponíveis como recursos suscetíveis de ser rentabilizados para responder às necessidades diagnosticadas na



candidatura/projeto.

**A metodologia** utilizada no processo de avaliação do projeto terá em conta, avaliação no decorrer das ações e por último, a avaliação dos resultados das ações planificadas.

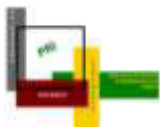
No processo de avaliação a metodologia a aplicar define-se como qualitativa “ [...] implica um contacto direto e prolongado do investigador com a realidade a estudar.” (Vieira, 1992, p. 19). No entanto, é fundamental avaliar de forma concreta e objetiva os resultados de forma quantitativa e, segundo Serrano (2008,p.100), “A ênfase quase exclusiva nos produtos ou resultados de ensino” e “O modelo experimental concentra-se na procura quantitativa mediante meios e instrumentos objetivos”.

De acordo com Serrano (2008,p.81) “A avaliação é um processo de reflexão que permite explicar e avaliar os resultados das ações realizadas [...] e permite-nos reconhecer os erros e os sucessos da nossa prática a fim de corrigir aqueles no futuro”.

Na avaliação no decorrer das ações tendo como indicadores a participação, adesão, e o envolvimento nas ações optou-se pela realização de um diário de bordo onde se estará registado um sumário das sessões, acontecimentos importantes, ideias discutidas e o grau de participação do grupo alvo. Será realizado um questionário inicial em algumas ações. Como indicadores de avaliação teremos os conhecimentos obtidos, alterações de comportamentos, práticas de consumo, as dúvidas partilhadas, comportamentos modificados e materiais produzidos. Como instrumentos a utilizar opta-se por questionário inicial e final conjuntamente com o grau de adesão.

## B.6-COORDENAÇÃO/DIREÇÃO TÉCNICA DO PROJETO

<b>Nome</b>	João Paulo Balau & Joana Rita Gil Duarte		
<b>Habilitações Lit.</b>	Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria / Licenciada em Serviço Social		
<b>Telef./Telemóvel</b>	936470198 916336362	<b>Fax</b>	
		<b>E-mail</b>	<a href="mailto:jpbalau@gmail.com">jpbalau@gmail.com</a> Joana_dte@hotmail.com

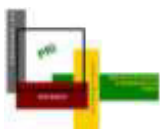


**B.6.1 – FUNÇÕES QUE DESEMPENHA NA INSTITUIÇÃO. INDIQUE:**

Dirigente	<input type="checkbox"/>	Monitor	<input type="checkbox"/>
Técnico com Função de Chefia	<input type="checkbox"/>	Formador	<input type="checkbox"/>
Técnico qualificado/superior	<input type="checkbox"/>	Outra	<input checked="" type="checkbox"/> Voluntário Coordenadora da Juventude da CVP de Leiria

**B.6.2- VÍNCULO FACE À INSTITUIÇÃO. INDIQUE:**

Destacado da instituição para o Projeto	<input type="checkbox"/>	Cedido ou requisitado de outra entidade	<input type="checkbox"/>
Contratado propositadamente para o Projeto	<input checked="" type="checkbox"/>	Voluntário	<input type="checkbox"/>
Outro. Qual?	<input type="text"/>		



## B7- OBJETIVOS

<b>B7.1 – OBJETIVOS GERAIS</b> (Identifique de forma clara e precisa os principais objetivos a alcançar com o desenvolvimento do projeto)	<b>B7.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> (Identifique de forma clara e precisa os principais objetivos específicos, estabelecendo a relação com os objetivos gerais definidos)
<b>1.</b> Sensibilizar para o consumo excessivo de substâncias psicoativas	1.1. Proporcionar conhecimentos sobre consequências associadas aos consumos das SPAS  1.2. Reforçar as competências parentais
<b>2.</b> Treino de competências pessoais	2.1. Estimular os adolescentes á valorização pessoal  <b>2.2.</b> Capacitar alunos para serem agentes de sensibilização do consumo excessivo das SPAS
<b>3.</b> Promover estilos de vida saudáveis	<b>3.1.</b> Permitir que o jovem e adolescentes apresente escolha informadas e seguras  <b>3.2.</b> Proporcionar atividades lúdico-recreativo junto da comunidade em tempo livre

## B8- AÇÕES

Identifique e caracterize relativamente aos seguintes aspetos as ações que pretendem realizar:

Ação N.º1	Início	1/11/2013	Fim	1/12/2013	Duração Total:	18h	Objetivo (s) Específico (s) correspondente (s) (conforme campo B7.2)
<b>Designação:</b>	Palestra - Álcool e Cannabis- O que são?						1.1

### B8.1 DESCRIÇÃO

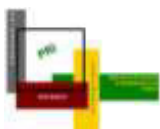
#### Divulgação de informação sobre a substância Psicoativa o Álcool e Cannabis.

A Equipa Técnica presente no projeto irá aos estabelecimentos de ensino que estão enquadrados nas parcerias previstas para uma prevenção universal. Será a título Informativo apenas, dando a conhecer estas substâncias e as suas consequências. Contempla também a apresentação do projeto e dos agentes de prevenção perante a comunidade escolar. Será dividido em grupos se os estabelecimentos de ensino assim o entenderem e esta ação estará aberta a pais, alunos e professores.

#### B8.1.1 DE ACORDO COM A TIPOLOGIA! ABAIXO DESCRITA, SINALIZE EM QUE CATEGORIA ESTA AÇÃO SE ENQUADRADA (SELECIONE APENAS UMA CATEGORIA):

Formação	x	Sensibilização/Informação	Treino de Competências
Atividades Educativas-Culturais/Lúdico-Pedagógicas		Atendimento/Encaminhamento	Acompanhamento Psicossocial
Grupos de Pares		Grupos de Interajuda	Produção de Materiais

!Ver Anexos – Nota explicativa da Tipologia das Ações



**B8.1.1 DE ACORDO COM A TIPOLOGIA ABAIXO DESCRITA, SINALIZE EM QUE CATEGORIA ESTA AÇÃO SE ENQUADRA (SELECIONE APENAS UMA CATEGORIA):**

<input type="checkbox"/>	<b>Campanhas de Prevenção</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Orientação Vocacional</b>
--------------------------	-------------------------------	--------------------------	------------------------------

**B8.1.2 CASO TENHA IDENTIFICADO ESTA AÇÃO NO CAMPO B8.1.1, NAS CATEGORIAS FORMAÇÃO OU TREINO DE COMPETÊNCIAS, INDIQUE:**

Nome do Programa (se aplicável): \_\_\_\_\_

	Nome dos Módulos	Conteúdos Programáticos	N.º total de horas	N.º de sessões por grupo
1				
2				
(...)				

### B8.2 GRUPOS ALVO

TIPO DE DESTINATÁRIO	NÚMERO PREVISTO DE INDIVÍDUOS A ABRANGER
3º Ciclo do Ensino Básico	600/650
Ensino Secundário e Profissional	1000

### B8.3 INDIQUE OS LOCAIS DE REALIZAÇÃO

ESTABELECIMENTOS DE ENSINO DA FREGUESIA DE LEIRIA E MARRAZES

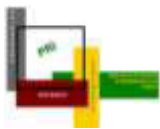
**CASO ESTA AÇÃO SE DESENVOLVA EM CONTEXTOS RECREATIVOS E/OU FESTIVOS, INDIQUE QUAIS OS ESTABELECIMENTOS (BARES/DISCOTECAS) E/OU EVENTOS ONDE VÃO INTERVIR:**

<b>Estabelecimentos (bares/discotecas)</b>	1.
	2.
	(...)
<b>Eventos</b>	1.
	2.
	(...)

### B8.4 METODOLOGIAS (IDENTIFIQUE OS PRINCIPAIS MÉTODOS E TÉCNICAS A UTILIZAR)

Nesta ação irá ser utilizada essencialmente uma apresentação gráfica PowerPoint.  
Exploração de vídeos e outros meios audiovisuais.

<b>Ação N.º2</b>	<b>Início</b>	1/1/2014	<b>Fim</b>	29/6/2015	<b>Duração Total:</b>	24H	<b>Objetivo (s) Específico (s) correspondente (s) (conforme campo B7.2)</b>
------------------	---------------	----------	------------	-----------	-----------------------	-----	---



Designação:	1.2
-------------	-----

### B8.1 DESCRIÇÃO

#### Reforçar as competências parentais.

Esta ação será essencialmente para possibilitar á comunidade parental um reforço nos conhecimentos e atualização de informação sobre SPAS de forma a possibilitar uma melhor intervenção destes nos comportamentos dos jovens.

#### B8.1.1 DE ACORDO COM A TIPOLOGIA: ABAIXO DESCRITA, SINALIZE EM QUE CATEGORIA ESTA AÇÃO SE ENQUADRADA (SELECIONE APENAS UMA CATEGORIA):

	Formação	x	Sensibilização/Informação	Treino de Competências
	Atividades Educativas-Culturais/Lúdico-Pedagógicas		Atendimento/Encaminhamento	Acompanhamento Psicossocial
	Grupos de Pares		Grupos de Interajuda	Produção de Materiais
	Campanhas de Prevenção		Orientação Vocacional	

#### B8.1.2 CASO TENHA IDENTIFICADO ESTA AÇÃO NO CAMPO B8.1.1, NAS CATEGORIAS FORMAÇÃO OU TREINO DE COMPETÊNCIAS, INDIQUE:

Nome do Programa (se aplicável): \_\_\_\_\_

	Nome dos Módulos	Conteúdos Programáticos	N.ºtotal de horas	N.º de sessões por grupo
1				
2				
(...)				

### B8.2 GRUPOS ALVO

TIPO DE DESTINATÁRIO	NÚMERO PREVISTO DE INDIVÍDUOS A ABRANGER
Pais pertencentes a comunidade escolar	30/ por escola

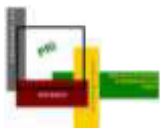
### B8.3 INDIQUE OS LOCAIS DE REALIZAÇÃO

ESTABELECIMENTOS ESCOLARES DE LEIRIA MARRAZES

#### CASO ESTA AÇÃO SE DESENVOLVA EM CONTEXTOS RECREATIVOS E/OU FESTIVOS, INDIQUE QUAIS OS ESTABELECIMENTOS (BARES/DISCOTECAS) E/OU EVENTOS ONDE VÃO INTERVIR:

Estabelecimentos (bares/discotecas)	1.
	2.
	(...)
Eventos	1.

2Ver Anexos – Nota explicativa da Tipologia das Ações



### B8.3 INDIQUE OS LOCAIS DE REALIZAÇÃO

2.  
(...)

### B8.4 METODOLOGIAS (IDENTIFIQUE OS PRINCIPAIS MÉTODOS E TÉCNICAS A UTILIZAR)

Nesta ação irá ser utilizada essencialmente uma apresentação gráfica PowerPoint.  
Exploração de vídeos e outros meios audiovisuais.  
Discussão orientada.

Ação N.º3	Início	1/10/2013	Fim	29/6/2015	Duração Total:	800H	Objetivo (s) Específico (s) correspondente (s) (conforme campo B7.2)
Designação:	"Quero Ser..."						2.1

### B8.1 DESCRIÇÃO

Atividades específicas na área das competências pessoais e sociais.  
Estas sessões que se pretendem aplicar destinam-se a alunos do 3º ciclo, tornando-se estes a população alvo deste trabalho. Esta deverá ser implementada no contexto escola.  
Esta ação terá lugar durante o ano letivo.  
A proposta de intervenção visa sobretudo a promoção de saúde nos estudantes da escola no geral, com particular interesse na prevenção de comportamentos de risco e nomeadamente consumo de substâncias psicoativas.

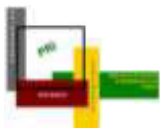
#### B8.1.1 DE ACORDO COM A TIPOLOGIA<sup>3</sup> ABAIXO DESCRITA, SINALIZE EM QUE CATEGORIA ESTA AÇÃO SE ENQUADRADA (SELECIONE APENAS UMA CATEGORIA):

Formação	Sensibilização/Informação	x	Treino de Competências
Atividades Educativas-Culturais/Lúdico-Pedagógicas	Atendimento/Encaminhamento		Acompanhamento Psicossocial
Grupos de Pares	Grupos de Interajuda		Produção de Materiais
Campanhas de Prevenção	Orientação Vocacional		

#### B8.1.2 CASO TENHA IDENTIFICADO ESTA AÇÃO NO CAMPO B8.1.1, NAS CATEGORIAS FORMAÇÃO OU TREINO DE COMPETÊNCIAS, INDIQUE:

Nome do Programa (se aplicável): \_\_\_\_\_

<sup>3</sup>Ver Anexos – Nota explicativa da Tipologia das Ações



	Nome dos Módulos	Conteúdos Programáticos	N.º total de horas	N.º de sessões por grupo
1	Saúde	Definição de saúde, motivos para não adotar uma vida saudável, substâncias psicoativas, alternativas saudáveis.	100m	2
2	Comportamentos de Risco	Comportamentos de risco, riscos que podem prejudicar a saúde, dilemas, o poder de decidir.	100m	2
3	Valores e Sentimentos	O que são os valores, que é o sentimento, O que me faz sentir, alegria e tristeza: Como lidar com ela. Medo/ ansiedade	100m	2
4	Comunicação	Comunicação verbal e não-verbal, saber conversar, estilos de comunicação. Assertividade na comunicação.	100m	2

### B8.2 GRUPOS ALVO

TIPO DE DESTINATÁRIO	NÚMERO PREVISTO DE INDIVÍDUOS A ABRANGER
3º Ciclo do Ensino Básico	2400

### B8.3 INDIQUE OS LOCAIS DE REALIZAÇÃO

ESTABELECIMENTOS ESCOLARES DA FREGUESIA DE LEIRIA E MARRAZES

**CASO ESTA AÇÃO SE DESENVOLVA EM CONTEXTOS RECREATIVOS E/OU FESTIVOS, INDIQUE QUAIS OS ESTABELECIMENTOS (BARES/DISCOTECAS) E/OU EVENTOS ONDE VÃO INTERVIR:**

<b>Estabelecimentos (bares/discotecas)</b>	1.
	2.
	(...)
<b>Eventos</b>	1.
	2.
	(...)

### B8.4 METODOLOGIAS (IDENTIFIQUE OS PRINCIPAIS MÉTODOS E TÉCNICAS A UTILIZAR)

**Discussão Orientada**

**Brainstorming**

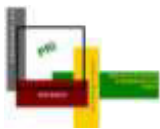
**Role-play -**

Ação N.º4	Início	1/10/2013	Fim	29/7/2015	Duração Total:	28h	Objetivo (s) Específico (s) correspondente (s) (conforme campo B7.2)
<b>Designação:</b>	“ Copos – Quem decide és tu”						2.2

### B8.1 DESCRIÇÃO

**Prevenção seletiva que visa sensibilizar e informar os jovens para os riscos inerentes ao abuso do álcool.**

Nesta ação pretende-se selecionar, em colaboração com o pessoal docente, dois grupos de alunos do ensino secundário (2 turmas). Estes jovens serão capacitados pela equipa técnica do projeto e voluntários da juventude, sendo sempre acompanhados por estes,



### B8.1 DESCRIÇÃO

Para proceder a sessões do “copos – quem decide és tu” em outras turmas, podendo ser do mesmo estabelecimentos de ensino ou outro. Tem como principal objetivo capacitar os jovens de modo a que possam atuar como agentes de mudança, “educadores informais”, dentro das comunidades e/ou grupos em que estão inseridos.

**B8.1.1 DE ACORDO COM A TIPOLOGIA<sup>4</sup> ABAIXO DESCRITA, SINALIZE EM QUE CATEGORIA ESTA AÇÃO SE ENQUADRADA (SELECIONE APENAS UMA CATEGORIA):**

x	<b>Formação</b>	<b>Sensibilização/Informação</b>	<b>Treino de Competências</b>
	<b>Atividades Educativas-Culturais/Lúdico-Pedagógicas</b>	<b>Atendimento/Encaminhamento</b>	<b>Acompanhamento Psicossocial</b>
	<b>Grupos de Pares</b>	<b>Grupos de Interajuda</b>	<b>Produção de Materiais</b>
	<b>Campanhas de Prevenção</b>	<b>Orientação Vocacional</b>	

**B8.1.2 CASO TENHA IDENTIFICADO ESTA AÇÃO NO CAMPO B8.1.1, NAS CATEGORIAS FORMAÇÃO OU TREINO DE COMPETÊNCIAS, INDIQUE:**

Nome do Programa (se aplicável): \_\_\_\_\_

	<b>Nome dos Módulos</b>	<b>Conteúdos Programáticos</b>	<b>N.º total de horas</b>	<b>N.º de sessões por grupo</b>
<b>1</b>	Sessão “Copos-quem decide és tu.”	Dinamização de sessão; Esclarecimento de dúvidas junto dos participantes.	<b>1h</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	Informação/ Prevenção	Noções gerais de informação, comunicação e prevenção.	<b>1h</b>	<b>2</b>
<b>3</b>	Preparação da sessão	Tratamento de material, organização do grupo e planificação para aplicar nas escolas secundárias.	<b>2h</b>	<b>2</b>
<b>4</b>				
<b>5</b>				

### B8.2 GRUPOS ALVO

<b>TIPO DE DESTINATÁRIO</b>	<b>NÚMERO PREVISTO DE INDIVÍDUOS A ABRANGER</b>
Alunos do Ensino Secundário	300
Alunos da Escola Profissional	100

### B8.3 INDIQUE OS LOCAIS DE REALIZAÇÃO

ESCOLAS SECUNDÁRIAS DE LEIRA

**CASO ESTA AÇÃO SE DESENVOLVA EM CONTEXTOS RECREATIVOS E/OU FESTIVOS, INDIQUE QUAIS OS ESTABELECIMENTOS (BARES/DISCOTECAS) E/OU EVENTOS ONDE VÃO INTERVIR:**

<b>Estabelecimentos (bares/discotecas)</b>	1.
	2.
	(...)
<b>Eventos</b>	1.

<sup>4</sup>Ver Anexos – Nota explicativa da Tipologia das Ações



### B8.3 INDIQUE OS LOCAIS DE REALIZAÇÃO

2.  
(...)

### B8.4 METODOLOGIAS (IDENTIFIQUE OS PRINCIPAIS MÉTODOS E TÉCNICAS A UTILIZAR)

Dinâmicas de grupo que alertem para os riscos inerentes ao consumo excessivo do álcool, técnicas informativas e formativas, assim como Educação pelos Pares.

Ação N.º5	Início	1/10/2013	Fim	29/7/2015	Duração Total:	55H	Objetivo (s) Específico (s) correspondente (s) (conforme campo B7.2)
Designação:	“Diversão Saudável”						3.1

### B8.1 DESCRIÇÃO

Com recurso a Informação formatada para esta população, ir-se-ão abordar os jovens que estejam nas proximidades dos estabelecimentos de diversão noturna, procurando criar uma relação de empatia com os mesmos, a fim de mais fácil passar a mensagem que se pretende. Nesta abordagem passaremos ainda informação relativa ao consumo de Álcool e Cannábis. Será ainda oportunidade para recolha de informação relativa a consumos e experiências dos jovens. Realização de intervenções de carácter informativo em espaços de diversão noturna e eventos académicos

### B8.1.1 DE ACORDO COM A TIPOLOGIAS ABAIXO DESCRITA, SINALIZE EM QUE CATEGORIA ESTA AÇÃO SE ENQUADRA(SELECIONE APENAS UMA CATEGORIA):

Formação	x	Sensibilização/Informação	Treino de Competências
Atividades Educativas-Culturais/Lúdico-Pedagógicas		Atendimento/Encaminhamento	Acompanhamento Psicossocial
Grupos de Pares		Grupos de Interajuda	Produção de Materiais
Campanhas de Prevenção		Orientação Vocacional	

### B8.1.2 CASO TENHA IDENTIFICADO ESTA AÇÃO NO CAMPO B8.1.1, NAS CATEGORIAS FORMAÇÃO OU TREINO DE COMPETÊNCIAS, INDIQUE:

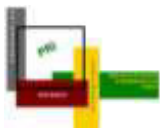
Nome do Programa (se aplicável): \_\_\_\_\_

	Nome dos Módulos	Conteúdos Programáticos	N.º total de horas	N.º de sessões por grupo
1				
2				
3				

### B8.2 GRUPOS ALVO

TIPO DE DESTINATÁRIO	NÚMERO PREVISTO DE INDIVÍDUOS A ABRANGER
Alunos do ensino superior em contexto de rua	2000

5Ver Anexos – Nota explicativa da Tipologia das Ações



## B8.2 GRUPOS ALVO

--	--

## B8.3 INDIQUE OS LOCAIS DE REALIZAÇÃO

Zonas Circundantes dos Bares da Zona Histórica: Largo da Sé, Rua Direita, Praça Rodrigues Lobo, Terreiro.

## CASO ESTA AÇÃO SE DESENVOLVA EM CONTEXTOS RECREATIVOS E/OU FESTIVOS, INDIQUE QUAIS OS ESTABELECIMENTOS (BARES/DISCOTECAS) E/OU EVENTOS ONDE VÃO INTERVIR:

Estabelecimentos (bares/discotecas)	1. Bares da Zona Histórica da Cidade
	2.
	(...)
Eventos	1. Semana Académica de Leira
	2. Receção ao caloiro
	(...)

## B8.4 METODOLOGIAS (IDENTIFIQUE OS PRINCIPAIS MÉTODOS E TÉCNICAS A UTILIZAR)

--

Ação N.º6	Início	1/10/2013	Fim	29/9/2015	Duração Total:	460H	Objetivo (s) Específico (s) correspondente (s) (conforme campo B7.2)
Designação:	"Vamos Conviver"						3.2

## B8.1 DESCRIÇÃO

### Proporcionar Atividades lúdico-recreativo junto da comunidade em contexto de tempos livres.

Intervenção educativa com jovens em risco, é fundamental, salientando a ocupação dos tempos livres, a sua inserção na comunidade local e a educação para a cultura, recorrendo à educação não formal, acompanhamento e a mediação, para os valores essenciais que promovem o exercício efetivo da cidadania.

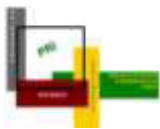
### B8.1.1 DE ACORDO COM A TIPOLOGIA<sup>6</sup> ABAIXO DESCRITA, SINALIZE EM QUE CATEGORIA ESTA AÇÃO SE ENQUADRA (SELECIONE APENAS UMA CATEGORIA):

	Formação	Sensibilização/Informação	Treino de Competências
x	Atividades Educativas-Culturais/Lúdico-Pedagógicas	Atendimento/Encaminhamento	Acompanhamento Psicossocial
	Grupos de Pares	Grupos de Interajuda	Produção de Materiais
	Campanhas de Prevenção	Orientação Vocacional	

### B8.1.2 CASO TENHA IDENTIFICADO ESTA AÇÃO NO CAMPO B8.1.1, NAS CATEGORIAS FORMAÇÃO OU TREINO DE COMPETÊNCIAS, INDIQUE:

--

<sup>6</sup>Ver Anexos – Nota explicativa da Tipologia das Ações



Nome do Programa (se aplicável): \_\_\_\_\_

	Nome dos Módulos	Conteúdos Programáticos	N.º total de horas	N.º de sessões por grupo
1				
2				
3				

### B8.2 GRUPOS ALVO

TIPO DE DESTINATÁRIO	NÚMERO PREVISTO DE INDIVÍDUOS A ABRANGER
Adolescentes sinalizados pela CPCJ.	15/20

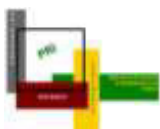
### B8.3 INDIQUE OS LOCAIS DE REALIZAÇÃO

**CASO ESTA AÇÃO SE DESENVOLVA EM CONTEXTOS RECREATIVOS E/OU FESTIVOS, INDIQUE QUAIS OS ESTABELECIMENTOS (BARES/DISCOTECAS) E/OU EVENTOS ONDE VÃO INTERVIR:**

<b>Estabelecimentos (bares/discotecas)</b>	1.
	2.
	(...)
<b>Eventos</b>	1.
	2.
	(...)

### B8.4 METODOLOGIAS (IDENTIFIQUE OS PRINCIPAIS MÉTODOS E TÉCNICAS A UTILIZAR)

A metodologia a utilizar neste projeto pode ser considerada como sendo qualitativa, quantitativa, ativa, participativa, didática, reflexiva e flexível. É deste modo adequada aos sujeitos com os quais se quer atingir os objetivos propostos: o grupo de 20 jovens, com idades compreendidas entre os 13 e os 16 anos, orientado assim de acordo com a sua disponibilidade, com as áreas de interesses e para o desenvolvimento de competências sociais e pessoais.



### B9- LOCAIS GEOGRÁFICOS DE INTERVENÇÃO

Concelhos

Leiria

Freguesias

Leira/Marrazes

Bairros

### B10-TIPO DE ZONA ONDE SE DESENVOLVE O PROJETO

Zona urbana

Zona suburbana

Zona rural

### B11- CONTEXTOS DE IMPLEMENTAÇÃO

Serviços de Saúde

ATL(Ocupação de Tempos Livres)

Contexto Judicial ou Prisional

Rua

Espaços Noturnos de Lazer/  
Diversão

Meio Familiar

Meios de Comunicação Social

Pré-Escolar

1º Ciclo do Ensino Básico

2º Ciclo do Ensino Básico

3º Ciclo do Ensino Básico

Ensino Secundário

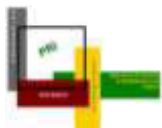
Ensino Superior

Zona Residencial

Espaços recreativos de lazer

Bairro (s) Sócio Economicamente desfavorecido (s)

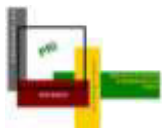
Outro



**B12- POPULAÇÃO ALVO FINAL**

Indique quais os grupos a atingir com a implementação do Projeto e uma estimativa do NÚMERO PREVISTO de indivíduos a abranger por categoria

Tipo de destinatários	Número de indivíduos previsto	Idades									Sexo		Escolaridade						N.º das ações (conforme campo B8)	
		1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	>=40	F	M	Não sabe ler nem escrever	Sabe ler e escrever	1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo	Ensino Secundário		Curso médio/superior
Crianças																				
Adolescentes	2420			x	x						x	x		x		x	x			
Jovens	2400				x	x					x	x		x				x	x	
Adulto																				
Pais/famílias	210										x	x		x	x	x	x	x	x	
Técnicos da Área Social																				
Técnicos de Educação	70							x	x	x	x	x		x						
Técnicos de Saúde																				
Auxiliares da Ação Educativa																				
Monitores																				
População em geral																				
Outros. Especifique																				



### B12.1 – CARACTERIZAÇÃO QUALITATIVA DOS GRUPOS ALVO

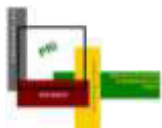
Apresente uma caracterização dos grupos acima apresentados, tendo por referência as mesmas categorias, tendo em conta variáveis quanto ao contexto familiar, ao contexto socioeconómico, à etnicidade aos fatores de risco identificados (pessoais, sociais, escolares)

Crianças	Adolescentes	Jovens	Adulto	Pais/famílias	Técnicos da Área Social	Técnicos de Educação	Técnicos de Saúde	Auxiliares da Ação Educativa	Monitores	População em geral	Outros. Especifique

### B13- POPULAÇÃO ALVO ESTRATÉGICA

Indique quais os grupos a atingir com a implementação do Projeto e uma estimativa do NÚMERO PREVISTO de indivíduos a abranger por categoria

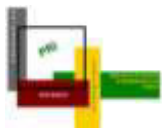
Tipo de destinatários	Número previsto	N.º das ações (conforme campo B8)
Técnicos da Área Social	5	
Técnicos de Educação	25	
Técnicos de Saúde	3	
Grupos de Interajuda	5	
Grupos de pares	20	
Pais/famílias		
Agentes das Forças de Segurança	2	
Auxiliares da Ação Educativa		
Membros de outras entidades ou organizações	10	
Monitores	5	



**B14- RELAÇÃO ENTRE A POPULAÇÃO ALVO ESTRATÉGICA E A POPULAÇÃO ALVO FINAL**

Caso exista, faça corresponder com uma cruz o tipo de população alvo final abrangido para cada um dos tipos de população alvo estratégica, considerando todo o Projeto.

POPULAÇÃO ALVO ESTRATÉGICA	POPULAÇÃO ALVO FINAL											
	Crianças	Adolescentes	Jovens	Adultos	Pais/ Famílias	Reclusos	Técnicos da área Social	Técnicos de Educação	Técnicos de Saúde	Auxiliares da Ação Educativa	Monitores	Outros. Especifique
Técnicos da Área Social		x	x		x							
Técnicos de Educação		x	x		x							
Técnicos de Saúde		x	x		x							
Grupos de interajuda					x							
Grupos de pares		x	x									
Pais/famílias		x	x									
Agentes das Forças de Segurança		x	x		x							
Auxiliares de Ação Educativa												
Membros de outras entidades ou organizações												
Monitores		x										



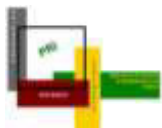
**B15- CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO PROJETO**

Identifique e explicita a calendarização de cada ação, identificando os meses da sua realização e caso se justifique, poderá decompor cada mês em quatro semanas. Esta folha deverá ser duplicada por forma a abranger os 24 meses de duração do Projeto.

Ações (conforme campo B8)/Meses	Outubro	Novembro	Dezembro
Ação 1	x	x	x
Ação 2			
Ação 3		x	x
Ação 5	x	x	x
Ação 6	x	x	x

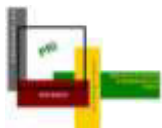
Ações (conforme campo B8) /Meses	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Ação 1										x	x	x
Ação 2	x	x	x	x	x	x				x	x	
Ação 3	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x
Ação 5	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Ação 6	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Ações (conforme campo B8)/Meses	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro



**PREVENÇÃO**

Ação 1									
Ação 2	x	x	x	x	x				
Ação 3	x	x	x	x	x	x			
Ação 5	x	x	x	x	x	x	x		x
Ação 6	x	x	x	x		x	x	x	x



### B16- IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPA TÉCNICA

Financiados ou não pelo SICAD

Nome	Habilitações Literárias	Experiência e/ou formação específica na área das drogas e das toxicodependências	Funções desempenhadas no Projeto	Tempo de afetação ao Projeto	N. das Ações em que participam (conforme campo B8)	Vínculo Contratual
Joana Duarte	Licenciatura	X	Coordenação/Participação técnica	Tempo Inteiro	1,2,3,4,5	
João Balau	Pós Graduado	X	Coordenação / Participação técnica	Tempo Parcial	1,2,3,4,5	
Telmo Inácio	Licenciatura	X	Participação técnica	Tempo Parcial	1,2,3,4,5	

### B17- AVALIAÇÃO

#### B17.1 – TIPO DE AVALIAÇÃO

Avaliação de Planeamento do Projeto

Avaliação do Processo

Avaliação dos Resultados

#### B17.2 – TIPO DE AVALIADOR

Avaliador Interno

Avaliador Externo

Avaliador Interno e Externo

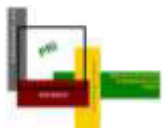
#### B17.3 – CASO SE TRATE DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS, ESPECIFIQUE:

Pós-intervenção – Os resultados apenas são medidas no final do projeto, não podendo ser comparados com dados anteriores ao projeto



-----**PREVENÇÃO**-----

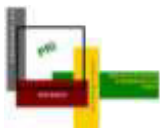
x	Pré e pós intervenção, sem grupo de controlo
	Pré e pós intervenção, com grupo de controlo
	Pré e pós intervenção, com grupo de controlo, selecionados a partir de amostras aleatórias



**B18- INDICADORES, INSTRUMENTOS E RESULTADOS**

Tendo em conta os objetivos definidos, preencha a seguinte grelha explicitando quais os indicadores de avaliação e os instrumentos a aplicar:

Objetivos Específicos (conforme campo B7.2)	Indicadores		Instrumentos a utilizar	Recursos Humanos envolvidos na avaliação do Projeto
	Processo	Resultados	Quais	
1.1 Proporcionar conhecimentos sobre consequências associadas aos consumos das SPAS.	Participação dos jovens durante a ação	Conhecimentos/dúvidas partilhados	Diário de bordo. Aferição oral de conhecimentos.	Técnicos responsáveis por cada sessão
1.2 Reforçar as competências parentais	Participação/Adesão dos adultos	Conhecimentos/dúvidas partilhados		
2.1 Estimular os adolescentes à valorização pessoal	Envolvimento nas sessões.	Comportamentos modificados	Diário de bordo. Questionário inicial e final. Aferição oral de conhecimentos.	
2.2 Capacitar alunos para serem agentes de sensibilização do consumo excessivo das SPAS.	Número de Sessões executadas. Parceiros angariados.	Adesão às suas sessões. Materiais produzidos. Iniciativa demonstrada		
3.1 Permitir que os jovens e adolescentes tenham escolhas informadas e seguras	Adesão / Participação	Práticas de consumo	Diário de bordo. Grau de adesão à atividade. Questionário no final de todas as atividades.	
3.2 Proporcionar atividades lúdico-recreativo junto da comunidade em tempo livre.	Participação nas atividades	Alteração de comportamentos		



C – COMPONENTE INTEGRADA

C19- INTEGRAÇÃO

C19.1 – ESTÁ PREVISTO O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES EM CONJUNTO COM OUTRAS RESPOSTAS INSTITUCIONAIS/ENTIDADES TENDO EM CONTA AS NECESSIDADES DOS GRUPOS-ALVO A ABRANGER? ISTO É, O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES COMPLEMENTAR ENTRE SI FACE ÀS NECESSIDADES DOS GRUPOS-ALVO.

Sim  Não

Se sim:

Quais são as ações?

C19.1.1 – Relativamente às ações acima descritas, foram estabelecidos, em conjunto com as entidades parceiras, objetivos a alcançar junto dos grupos alvo?

Sim  Não

Se sim:

Quais foram os objetivos definidos em conjunto?

C19.2 – QUAL A LIGAÇÃO DAS AÇÕES PREVISTAS NO PROJETO COM RESPOSTAS DA RESPONSABILIDADE DOS SERVIÇOS LOCAIS - CENTRO DE RESPOSTAS INTEGRADAS (CRI)?

C19.3 – CASO EXISTAM OUTRAS INTERVENÇÕES A DECORRER NO TERRITÓRIO E NÃO ESTÁ PREVISTA A INTEGRAÇÃO, JUSTIFIQUE:

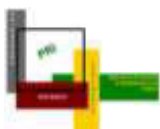
C20- PARCERIA

C20.1 – EXISTEM PARCERIAS COM OUTRAS ENTIDADES?

Sim  Não

Se sim, especifique:

Designação das entidades	Quais os contributos (recursos técnicos, financeiros, materiais, equipamentos, etc) das entidades em parceria para o desenvolvimento do Projeto?	Existe protocolo de parceria formalizado (S/N)	Ações n.º (conforme campo B8)
Estabelecimentos de Ensino de Leiria e Marrazes	<ul style="list-style-type: none"><li>Recursos Técnicos- Apoio de Professores</li><li>Equipamentos- Salas</li></ul>	Não (Devido às férias de pessoal docente, ficará)	1,2,3,4



## PREVENÇÃO

		formalizado na primeira semana de setembro)	
Academia Mais Saber	<ul style="list-style-type: none"><li>Equipamentos- Salas e Espaços lúdico-recreativos</li></ul>	Sim	6
Narcóticos Anónimos	<ul style="list-style-type: none"><li>Recursos Humanos</li></ul>	Sim	1,2
CPCJ	<ul style="list-style-type: none"><li>Encaminhamento de Adolescentes Sinalizados</li></ul>	Sim	6

## C21- TERRITORIALIDADE

### C21.1 – EM QUE MEDIDA OS CONTEXTOS DE INTERVENÇÃO SÃO ADEQUADOS FACE ÀS NECESSIDADES DOS GRUPOS ALVO?

Sendo os Grupos Alvo Adolescentes e Jovens em contexto escolar do 2º, 3º Ciclo e Secundário, do ensino público das Freguesias de Leiria e Marrazes, adolescentes e jovens em contexto de rua na cidade de Leiria: cerca de 300 jovens do 3º Ciclo e secundário, durante a semana, especialmente terças e quintas-feiras, e ainda cerca de 1500 jovens do ensino superior.

Assim, o contexto escolar e o contexto rua em divertimento noturno serão os contextos de intervenção mais adequados face a necessidades de prevenção universal, seletiva e Indicada, privilegiando estratégias informativas, formativas e de treino de competências, dirigida à comunidade educativa.

## C22- PARTICIPAÇÃO

### C22.1 – OS ELEMENTOS DA COMUNIDADE LOCAL FORAM INFORMADOS SOBRE A CANDIDATURA APRESENTADA?

Sim  Não

Se sim, indique quais

CLAS, CRI, Escolas de Ensino Básico, Escola Profissional, Escolas Secundárias e Instituto Politécnico de Leiria

### C22.2 – FORAM CONSULTADOS ELEMENTOS DA COMUNIDADE LOCAL PARA A ELABORAÇÃO DA CANDIDATURA?

Sim  Não

Se sim, Indique quais

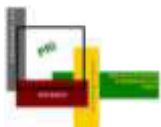
CRI; Câmara Municipal de Leiria; Associações de pais e os Diversos Estabelecimentos Escolares.

### C22.2.1 – Qual a metodologia utilizada (discussão individual com peritos, entrevistas, grupos focais, reuniões, etc)?

Discussão individual com peritos.

### C22.2.2 – Quais os seus contributos para o Projeto apresentado?

Colaboração; Cedência de Espaços; Recursos Humano e Orientações.



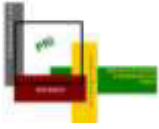
**C22.3 – ESTÁ PREVISTA A PARTICIPAÇÃO DE ELEMENTOS DA COMUNIDADE LOCAL NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO?**

Sim  Não

Se sim, indique quais

**C22.3.1 – Quais as ações em que irão participar?**

**C22.3.2 – Quais os seus contributos?**



**A ENTIDADE PROMOTORA DECLARA QUE SÃO VERDADEIRAS TODAS AS INFORMAÇÕES CONSTANTES NA PRESENTE PROPOSTA  
TÉCNICA**

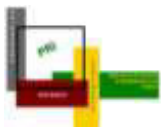
O(A) COORDENADOR(A)

O(A) RESPONSÁVEL DA ENTIDADE PROMOTORA

\_\_\_\_\_

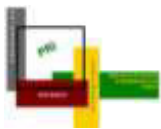
\_\_\_\_\_

DATA / /



D – COMPONENTE FINANCEIRA

Utilizar **Formulario\_Financeiro\_PRI.xls**



## E - BIBLIOGRAFIA

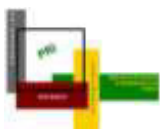
Ferreira, M.J., Nelas, P.B. (2006) *Adolescência...Adolescentes...* Millenium online- Revista do instituto superior politécnico de viseu,32,141-162.

Erickson, Erik H. (1976). *Identidade, juventude e crise*. 2º Edição, Rio de Janeiro: zahai

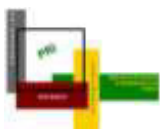
Costa, A. B. (2004) *Exclusões Sociais*. 4º Edição, Viseu: Gravida

Pais, J.M (1990). *A construção Sociológica da juventude - alguns contributos*. *Análise Social*, Vol. XXV (105-106), (1º,2º), 139-165.

Vieira, Balbina (1992). *História do serviço social. Contribuição para a construção de sua teoria*. Rio de Janeiro: Agir



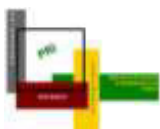
## ANEXOS



## TIPOLOGIA DAS AÇÕES

De seguida, apresentam-se as tipologias utilizadas para caracterizar as ações dos projetos. A cada ação só pode corresponder uma destas categorias

<b>FORMAÇÃO</b>	Atividades realizadas com o mesmo grupo (ex: famílias, técnicos, jovens) durante um período de tempo limitado, com um programa definido e com formadores acreditados ou técnicos com currículo e experiência relevantes em áreas específicas relacionadas com a temática dos respetivos eixos de intervenção; estas atividades podem dirigir-se tanto à população-alvo final como à população-alvo estratégica (ex: formação de mediadores).
<b>SENSIBILIZAÇÃO/ INFORMAÇÃO</b>	Atividades de sensibilização, divulgação de informação e/ou discussão de temas diversos, orientadas por técnicos com experiência, <u>utilizando materiais com conteúdos específicos adequados ao grupo alvo</u> , que podem ter o formato de Workshops/Debates/Colóquios. Não devem ser consideradas as ações de informação que visem a divulgação da entidade promotora ou de realização de eventos no âmbito do projeto (ex: distribuição de materiais a informar da realização de um seminário).
<b>TREINO DE COMPETÊNCIAS</b>	Programa pré-definido com atividades muito específicas na área das competências pessoais e sociais, de duração limitada, mas com efeito de continuidade, dirigido a um grupo delimitado e estável (que deverá ser sempre o mesmo) e orientado por técnicos com experiência na área da aquisição de competências pessoais e sociais.
<b>ATIVIDADES EDUCATIVAS- CULTURAIS/ LÚDICO- PEDAGÓGICAS</b>	Atividades desenvolvidas em áreas específicas (teatro, música, desporto, cinema, vídeo, dança, artes gráficas, jornalismo, leitura, escrita, artes plásticas, atividades manuais, novas tecnologias, desporto) que, <u>através da sua dinâmica de implementação, devem contribuir para o desenvolvimento de competências sociais</u> , mas assumem um carácter mais inespecífico do que as desenvolvidas no Programa de treino de competências. Estas atividades são orientadas por monitores com experiência nas áreas a trabalhar.
<b>ATENDIMENTO/ ENCAMINHAMENTO</b>	Atividades que consistem em contactos pontuais, sem continuidade no tempo, efetuados por técnicos especializados com os objetivos de apoiar na resolução de questões/dúvidas/problemas relacionados com a prevenção nas vertentes pessoal, familiar e/ou social e ainda encaminhar para outros serviços/entidades da comunidade local. Deve funcionar com horário fixo de atendimento, em espaço específico.



<b>ACOMPANHAMENTO PSICOSSOCIAL</b>	<p>Atividades, sem carácter terapêutico, que têm como objetivo um apoio continuado ao longo do tempo, que facilite o encontro de soluções e de alternativas para a resolução dos problemas. O atendimento pode ser individualizado ou em grupo (ex: em família) e deve funcionar com horário fixo. Estas atividades pressupõem um carácter de continuidade no tempo e de regularidade.</p> <p>Nestas atividades deve ser considerada a componente do encaminhamento, mas de uma forma mais exaustiva do que na categoria anterior, ao considerarem-se os locais para onde os utentes foram encaminhados e efetivamente atendidos.</p>
<b>GRUPOS DE PARES</b>	<p>Atividades dinamizadas por mediadores com características semelhantes ao grupo-alvo final (ex: idade, escolaridade, contexto social) com formação específica para exercerem estas funções.</p>
<b>GRUPOS DE INTER-AJUDA</b>	<p>Atividades dirigidas a grupos específicos (ex: pais, jovens) onde são discutidos temas/problemáticas de interesse comum (sem carácter terapêutico). Estes grupos têm uma dimensão reduzida, orientada por técnicos com experiência. As ações devem ter um carácter de regularidade e continuidade no tempo.</p>
<b>PRODUÇÃO DE MATERIAIS</b>	<p>Atividades de conceção e produção de materiais com conteúdos dirigidos a grupos específicos. Podem ser produzidos por uma equipa técnica ou em conjunto com os grupos-alvo. Todos os materiais a produzir no âmbito destas atividades, devem ser enviados aos CRI para apreciação, antes da sua reprodução e divulgação. Não é considerada como atividade a produção de materiais de divulgação do projeto (ex: folhetos, cartazes sobre a realização de ações para a mobilização dos grupos-alvo).</p>
<b>CAMPANHAS DE PREVENÇÃO</b>	<p>Atividades de carácter informativo, utilizando algum material de divulgação, preferencialmente dirigido a algum grupo específico.</p>
<b>ORIENTAÇÃO VOCACIONAL</b>	<p>Atividades orientadas por técnicos da área das ciências sociais que têm como objetivo o diagnóstico das competências, áreas de interesse e recursos pessoais, com vista à definição de um plano de inserção profissional adaptado ao indivíduo.</p>

## ANEXO XV

Plano de sessão, Apresentação

## Sessão 1

**TEMA:** Apresentação

**Local:** Escola Básica 2,3 D. Dinis

**Grupo alvo:** 8.º D

**Data:** 12/04/2012 **Hora (duração):** 14h15 (45 minutos)

Objetivos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação/indicadores
			Métodos	Meios auxiliares de ensino	
Identificar as suas características Reconhecer o líder e o tipo de relação entre os membros do grupo de trabalho Identificar o conhecimento mútuo entre os elementos do grupo	Apresentação “Adivinhem quem sou”	45 minutos	Ativo/Interrogativo	Papel, lápis, saco	Observação Análise dos comportamentos e reações

### **Apresentação: “Adivinhem quem sou”**

O exercício que se irá desenvolver necessita que todos estejam e se sintam à vontade. O que se pretende com isto é que eles se apresentem uns aos outros.

Cada estudante deverá escrever o seu nome num pequeno papel.

Esses papéis são depois dobrados e colocados num saco. Cada aluno deverá retirar um papel e imitar o colega cujo nome está no papel.

Os objetivos são:

- Compreender a relação entre elementos do grupo, bem como a capacidade de integração no mesmo
- Conhecer as características identificadas pelo grupo em relação a cada elemento
- Perceber a necessidade de intervir a nível da autoestima e integração grupal

### **Bibliografia:**

Manes, S. (2001). *83 Jogos psicológicos para a dinâmica de grupo. Um manual para psicólogos, professores, operadores sociais, animadores...* Lisboa. Paulos-Apelação ISBN 972-30-0924-2

Fritzen, S.J. (2001). *Exercícios práticos de dinâmicas de grupo. 31ª Edição. Vol. I e II. Petrópolis. Editora Vozes ISBN 85-326-0210-X (vol.I), ISBN 85-326-0211-8*



## ANEXO XVI

Plano se sessão, Serei assim

## Sessão 2

**TEMA:** Serei assim?

**Local:** Escola Básica 2,3 D. Dinis

**Grupo alvo:** 8.º D

**Data:** 19/04/2012 **Hora (duração):** 14h15 (45 minutos)

Objetivos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação/indicadores
			Métodos	Meios auxiliares de ensino	
Identificar os níveis de resiliência e de autoconceito	Questionário	20 minutos	Interrogativo	Papel, lápis	Observação Análise dos comportamentos e reações Níveis de autoconceito e resiliência
Reconhecer as características que os outros reconhecem em si Refletir sobre a necessidade de se conhecer	Dinâmica: “Nas minhas costas”	25 minutos	Ativo / interrogativo	Papel, caneta, fita-cola	
Refletir sobre as suas características Identificar as suas características	Atividade: “O Museu”	A realizar fora da sessão	Ativo / interrogativo	Papel A3, material de desenho	

## **Questionário**

Cada aluno deverá preencher o questionário com as escalas Piers-Harris Children's Self-Concept Scale 2 – (PHCSCS-2) e Healthy Kids Resilience Assessment Module (version 6.0). Os objetivos são:

- Identificar os níveis de autoconceito e resiliência de cada aluno

## **Dinâmica: “Nas minhas costas”**

Cada aluno deverá colocar uma folha de papel nas suas costas. Os colegas deverão escrever o que acham dele.

Os objetivos são:

- Conhecer o que os outros pensam de cada aluno
- Refletir sobre a diferença sobre o que queremos transmitir e o que os outros interpretam
- Refletir sobre o que é necessário para que os outros pensem sobre mim o que que quero transmitir

## **Atividade: “O Museu”**

Cada aluno deverá até à próxima sessão pensar em quais são as suas características (gostos, defeitos, qualidades, ...) e transpor o máximo possível para um desenho. Não pode conter palavras.

Os objetivos estão mencionados no quadro acima.

**Bibliografia:**

Manes, S. (2001). 83 *Jogos psicológicos para a dinâmica de grupo. Um manual para psicólogos, professores, operadores sociais, animadores...* Lisboa. Paulos-Apelação ISBN 972-30-0924-2

Fritzen, S.J. (2001). Exercícios práticos de dinâmicas de grupo. 31ª Edição. Vol. I e II. Petrópolis. Editora Vozes ISBN 85-326-0210-X (vol.I), ISBN 85-326-0211-8

## ANEXO XVII

Plano de sessão, Autoconhecimento

### Sessão 3

**TEMA:** Autoconhecimento

**Local:** Escola Básica 2,3 D. Dinis

**Grupo alvo:** 8.º D

**Data:** 26/04/2012 **Hora (duração):** 14h15 (45 minutos)

Objetivos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação/indicadores
			Métodos	Meios auxiliares de ensino	
Refletir sobre as suas características Identificar as suas características Demonstrar capacidade de se apresentar ao grupo	Atividade: “O Museu”	10 Minutos	Ativo / interrogativo	Papel A3, material de desenho	Observação Análise dos comportamentos e reações Níveis de autoconceito e resiliência
Refletir sobre os seus sentimentos perante si e os outros	Dinâmica: “Os meus sentimentos”	35 Minutos	Ativo / interrogativo	Boneco de peluche	

### **Atividade: “O Museu”**

Cada aluno deverá até à próxima sessão pensar em quais são as suas características (gostos, defeitos, qualidades, ...) e transpor o máximo possível para um desenho. Não pode conter palavras.

Os objetivos são:

- Refletir sobre as suas próprias características
- Refletir sobre a melhor forma de as transmitir aos outros sem palavras
- Perceber a dificuldade de se apresentar ao grupo e de falar sobre si

### **Dinâmica: “Os Meus Sentimentos”**

Os alunos devem dispor-se em círculo. Passa depois um peluche por cada um deles, sendo que cada um deve expressar um sentimento ao peluche como se de uma pessoa de quem gostam se tratasse. Depois desta ronda reflete-se sobre os sentimentos que transmitiram. Pede-se depois que expressem o mesmo sentimento ao colega do lado. No final reflete-se sobre como se sentiram a expressar os sentimentos nos colegas e como se sentiram a recebê-lo.

Os objetivos são:

- Refletir sobre a dificuldade de expressar sentimentos.

- Refletir acerca dos próprios sentimentos e sobre os recebidos e expressos pelos demais.

**Bibliografia:**

Manes, S. (2001). 83 *Jogos psicológicos para a dinâmica de grupo. Um manual para psicólogos, professores, operadores sociais, animadores...* Lisboa. Paulos-Apelação ISBN 972-30-0924-2

Fritzen, S.J. (2001). Exercícios práticos de dinâmicas de grupo. 31ª Edição. Vol. I e II. Petrópolis. Editora Vozes ISBN 85-326-0210-X (vol.I), ISBN 85-326-0211-8

## ANEXO XVIII

Plano de sessão, Afeto

## Sessão 4

**TEMA:** Afeto

**Local:** Escola Básica 2,3 D. Dinis

**Grupo alvo:** 8.º D

**Data:** 3/05/2012    **Hora (duração):** 14 H15 (45 minutos)

Objetivos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação
			Métodos	Meios auxiliares de ensino	
Capaz de manifestarem um gesto de afeto  Transporem esse gesto de afeto ao colega e explicar o porque dessa atitude  Expressar o que sentiu ao ser tocado por m colega	O aluno deve demonstrar concretamente seu sentimento (carinho, afago, etc.)	45 Minutos	Expositivo  Ativo/Interrogativo	Boneco de peluche	Observação  Análise dos comportamentos e reações  Capacidade de cada aluno expressar-se

## **Apresentação: “AFETO”**

### **Descrição:**

Pede-se aos alunos ordeiramente que formem um círculo

Inicia-se passando um boneco de peluche não em mão

Cada aluno quando for portador deve expressar para com o boneco o seu sentimento, fazendo uma festa, um carinho, uma agressão.

Após o término da expressão sentimental junto do boneco este é retirado

Pede-se a cada aluno que execute o mesmo sentimento para com o companheiro que se encontra ao seu lado.

Posteriormente este tem de explicar em voz alta o porque da sua atitude e o colega do lado explica de seguida a sensação de ser tocado por um colega do qual não estava á espera.

Deve-se ficar atento a manifestações verbais dos alunos com o intuito de evitar o surgimento de adversidades

Por último, deve-se debater sobre as reações dos alunos com relação a sentimentos de carinho, medo e inibição que tiveram.

### **Bibliografia:**

Manes, S. (2001). 83 *Jogos psicológicos para a dinâmica de grupo. Um manual para psicólogos, professores, operadores sociais, animadores...* Lisboa. Paulos-Apelação ISBN 972-30-0924-2

Fritzen, S.J. (2001). Exercícios práticos de dinâmicas de grupo. 31ª Edição. Vol. I e II. Petrópolis. Editora Vozes ISBN 85-326-0210-X (vol.I), ISBN 85-326-0211-8

## ANEXO XIX

Plano de sessão, Exclusão I

## Sessão 5

**TEMA:** Poder de decisão para excluir, sentir-se excluído, Parte I

**Local:** Escola Básica 2,3 D. Dinis

**Grupo alvo:** 8.º D

**Data:** 09/05/2012    **Hora (duração):** 14 H15 (45 minutos)

Objetivos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação
			Métodos	Meios auxiliares de ensino	
Compreender a relação entre os elementos do grupo  Sejam capazes de argumentar face á exclusão a que são votados	Jogo “capacidade de decidir”  Responder a pensamentos negativos	45 Minutos	Expositivo  Ativo/Interrogativo	Lápis  Canetas  Folha de papel	Observação  Análise dos comportamentos e reações  Capacidade de cada cliente expressar-se

## **Apresentação: “capacidade de decidir”**

A turma para a realização desta dinâmica terá de se reunir e em consenso eliminar 5 colegas.

Durante a reunião deverão os alunos defenderem-se de todas as contrariedades que lhes são postas ou impostas. Não se podem auto excluir pois esse será o caminho mais fácil. É fundamental haver trocas de argumentos antes da turma decidir quem é que sai.

Durante o período de decisão +/- 15 minutos vamos criando tensão e pressão no grupo provocando para uma rápida decisão.

Pedir a colaboração da professora para estar com os alunos excluídos lá fora explicando-lhes que isto é um jogo e que dali a pouco tempos voltarão a entrar.

Confrontar o grupo que fica na sala com a falta de camaradagem, com o individualismo, com a troca de papéis, com o sentimento de exclusão.

O grupo que entra posteriormente, deverá perante os outros expor os seus sentimentos em função da rejeição. Tentar saber o porque de terem aceitado de bom agrado a decisão. E no futuro que armas vão ter para se defenderem das agruras da vida, dão-se por derrotados sem irem á luta? Aceitarão de bom agrado o que lhes é imposto? Como deverão vender a sua ideia.

E os outros na vida será que conseguirão impor sempre a sua ideia, como será que reagirão quando forem eles excluídos ou postos á margem de decisões importantes para ele.

Fazer ver á turma que as diferenças existem, que pensamos de maneira diferente. Mostrar que é indispensável lutar pelos objetivos tentando arranjar mecanismos que nos permitam pensar positivamente e que não nos devemos auto excluir sem refletir.

Os objetivos estão mencionados no quadro acima.

**Bibliografia:**

Manes, S. (2001). 83 *Jogos psicológicos para a dinâmica de grupo. Um manual para psicólogos, professores, operadores sociais, animadores...* Lisboa. Paulos-Apelação ISBN 972-30-0924-2

Fritzen, S.J. (2001). Exercícios práticos de dinâmicas de grupo. 31ª Edição. Vol. I e II. Petrópolis. Editora Vozes ISBN 85-326-0210-X (vol.I), ISBN 85-326-0211-8

ANEXO XX

Plano de sessão, Exclusão II

## Sessão 6

**TEMA:** Poder de decisão para excluir, sentir-se excluído (os que foram excluídos), Parte II

**Local:** Escola Básica 2,3 D. Dinis

**Grupo alvo:** 8.º D

**Data:** 17/05/2012 **Hora (duração):** 14 H15 (45 minutos)

Objetivos	Conteúdo	Duração	Estratégias		Avaliação
			Métodos	Meios auxiliares de ensino	
Compreender a relação entre os elementos do grupo  Sejam capazes de argumentar face á exclusão a que são votados	Jogo “capacidade de decidir”  Responder a pensamentos negativos	45 Minutos	Expositivo  Ativo/Interrogativo	Lápis  Canetas  Folha de papel	Observação  Análise dos comportamentos e reações  Capacidade de cada cliente expressar-se

## **Apresentação: “capacidade de decidir”**

A turma para a realização desta dinâmica terá de se reunir e em consenso eliminar 5 colegas.

Durante a reunião deverão os alunos defenderem-se de todas as contrariedades que lhes são postas ou impostas. Não se podem auto excluir pois esse será o caminho mais fácil. É fundamental haver trocas de argumentos antes da turma decidir quem é que sai.

Durante o período de decisão +/- 15 minutos vamos criando tensão e pressão no grupo provocando para uma rápida decisão.

Pedir a colaboração da professora para estar com os alunos excluídos lá fora explicando-lhes que isto é um jogo e que dali a pouco tempos voltarão a entrar.

Confrontar o grupo que fica na sala com a falta de camaradagem, com o individualismo, com a troca de papéis, com o sentimento de exclusão.

O grupo que entra posteriormente, deverá perante os outros expor os seus sentimentos em função da rejeição. Tentar saber o porque de terem aceitado de bom agrado a decisão. E no futuro que armas vão ter para se defenderem das agruras da vida, dão-se por derrotados sem irem á luta? Aceitarão de bom agrado o que lhes é imposto? Como deverão vender a sua ideia.

E os outros na vida será que conseguirão impor sempre a sua ideia, como será que reagirão quando forem eles excluídos ou postos á margem de decisões importantes para ele.

Fazer ver á turma que as diferenças existem, que pensamos de maneira diferente. Mostrar que é indispensável lutar pelos objetivos tentando arranjar mecanismos que nos permitam pensar positivamente e que não nos devemos auto excluir sem refletir.

Os objetivos estão mencionados acima no quadro.

**Bibliografia:**

Manes, S. (2001). 83 *Jogos psicológicos para a dinâmica de grupo. Um manual para psicólogos, professores, operadores sociais, animadores...*Lisboa. Paulos-Apelação ISBN 972-30-0924-2

Fritzen, S.J. (2001). Exercícios práticos de dinâmicas de grupo. 31ª Edição. Vol. I e II. Petrópolis. Editora Vozes ISBN 85-326-0210-X (vol.I), ISBN 85-326-0211-8

## ANEXO XXI

### Conclusão

## Questionário

Cada aluno deverá preencher o questionário com as escalas Piers-Harris Children's Self-Concept Scale 2 – (PHCSCS-2) e Healthy Kids Resilience Assessment Module (version 6.0).

Os objetivos são:

- Identificar os níveis de autoconceito e resiliência de cada aluno

Depois de passado o inquérito, agradei à professora a disponibilidade manifestada em colaborar connosco disponibilizando a sua turma para o estudo que pretenderíamos aplicar na escola.

Na análise em conjunto sobre as dinâmicas realizadas, alguns alunos pediram a palavra para referirem:

Manuel, manifestou-se agradecido com as sessões referindo que foram bastante produtivas pois permitiram-lhe adquirir conhecimentos para poder abordar de maneira diferente situações novas que lhe possam surgir. Refere ainda que o mais difícil foi a decisão de excluir, mas que o preparou para encarar essa realidade, adquiriu poder de decisão consciente dos atos que praticava. Deu-lhe ferramentas para conhecer melhor os colegas e as pessoas com quem lida diariamente...

Manuel I, diz que foi produtivo pois conseguiu expressar as suas opiniões sem medos face aos colegas. Permiteu ver claramente o que se passa com os seus colegas e os seus preconceitos para com a diferença. Manifesta opinião que o mais difícil foi a exclusão o ter de decidir pois nunca tinha sido confrontado com uma situação análoga. Contudo sente vazio quando tem de decidir contra alguém.

Manuel III, afirma que não aprendeu nada de novo. Diz que tudo o que foi apresentado ele já praticava. Preza pela diferença mas esta não se enquadra depois com as suas ações.

Manuel IV, refere que aprendeu algo, que conseguiu mudar a sua atitude face aos conhecimentos que foi adquirindo nestas dinâmicas, mas perentoriamente foi referindo que não pretende alterar nada para já na sua maneira de agir. (a perda de um ente querido, pai, está profundamente a marcar a sua vida quotidiana).

Maria, expressou positividade nas ações desenvolvidas mas mais não quis adiantar. (aluna bastante culta, com bom ambiente familiar mas que não se expressa)

Para o Manuel V, estas sessões de nada valeram pois não aprendeu nada. Mas foi referindo que gostou pois foi feito algo diferente daquilo que estavam habituados a fazer em sala de aula (não se expressa pois é bastante infantil, mal comportado e pouco respeitador da ordem na sala de aula).

Maria I, manifestou o seu agrado pelas sessões. Afirma que algumas das competências que aqui foram apresentadas lhe são dadas pela sua mãe. Preza os laços familiares e é nesta que se revê diariamente. Assim sendo não foi difícil para ela colaborar com as atividades propostas.

Manuel VI, manifestou desagrado com o tempo disponível para por em prática as dinâmicas pois diz que quando se começavam a debater os pontos de vista mais importantes da sessão o tempo acabava originando um corte no pensamento que depois dificilmente seria retomando na sessão seguinte. (concordo plenamente com esta crítica construtiva pois temos a noção que 45 minutos fica muito aquém das necessidades para desenvolver as dinâmicas sejam elas quais forem).

À turma foi explicado então que inicialmente no projeto a intenção era termos aulas de 90 minutos mas esta aplicação não foi possível.

Numa avaliação geral sumária penso que sem dados estatísticos, que o possam comprovar, estas sessões correram de forma positiva. É de crer que possam ter feito com que estes alunos iniciassem um processo de pensamento diferente daquele a que estava habituado.

Veremos após a leitura dos dados aqui colhidos se tal transformação ocorreu. Mas como referi anteriormente pode ser que tenha sido um início de um longo percurso para a mudança mesmo que agora não haja valores que assim o expressem.

## ANEXO XXII

Questionário de competências intrapessoais

## Questionário de Avaliação de Competências

Este questionário destina-se a avaliar o nível da tua resiliência e do teu autoconceito. Todos os dados recolhidos serão confidenciais, não sendo divulgados de forma alguma dados individuais dos estudantes.

Lê com atenção cada item.

Não existem respostas certas ou erradas. Em cada um dos itens assinala a resposta com que mais te identificas no momento atual.

**Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**Sexo:** Masculino  Feminino

**Ano de escolaridade:** \_\_\_\_\_

**Tens atividades extracurriculares e fora da escola (desporto, associações)?**

Sim  Não

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

**Tens algum amigo ou grupo de amigos da tua idade fora da escola?**

Sim  Não

**Consideras ter algum melhor amigo ou amigo especial?**

Sim  Não

**Com quem vives a maior parte do tempo?**

Com os teus pais

Com a tua mãe

Com o teu pai

Com outro familiar. Qual? \_\_\_\_\_

Com outras pessoas. Quem? \_\_\_\_\_

**Tens irmão?**

Sim  Não

Se sim, indica a idade de cada um deles por ordem decrescente:

\_\_\_\_\_

Se sim, vivem contigo? Sim  Não

## Piers-Harris Children's Self-Concept Scale 2 – (PHCSCS-2)

(traduzida e adaptada à população portuguesa por Veiga, 2006)

**Intruções:** No questionário que se segue encontram-se um conjunto de afirmações que descrevem aquilo que algumas pessoas da tua idade sentem em relação a si mesmas. Lê cada uma dessas afirmações e vê se ela descreve ou não o que tu achas de ti próprio.

Se for verdadeiro ou verdadeiro na maior parte dos casos assinala com um X na coluna do “**Sim**” dessa afirmação.

Se for falso ou falso na maior parte dos casos assinala com um X na coluna do “**Não**” dessa afirmação.

Não podes assinalar “Sim” e “Não” na mesma afirmação.

Responde a todas as afirmações mesmo que em relação a algumas, seja difícil a decisão. Lembra-te que não existem respostas certas ou erradas. Só tu podes dizer o que é que achas de ti mesmo(a), por isso responde de acordo com o que realmente sentes acerca de ti.

		Sim	Não
1	Os meus colegas de turma troçam de mim.		
2	Sou uma pessoa feliz.		
3	Tenho dificuldades em fazer amizades.		
4	Estou triste muitas vezes.		
5	Sou uma pessoa esperta.		
6	Sou uma pessoa tímida.		
7	Fico nervoso(a) quando o Professor me faz perguntas.		
8	A minha aparência física desagrada-me.		
9	Sou um chefe nas brincadeiras e nos desportos.		
10	Fico preocupado(a) quando temos testes na escola.		
11	Sou impopular.		
12	Porto-me bem na escola.		
13	Quando qualquer coisa corre mal, a culpa é geralmente minha.		
14	Crio problemas à minha família.		
15	Sou forte.		
16	Sou um membro importante da minha família.		
17	Desisto facilmente.		
18	Faço bem os meus trabalhos escolares.		
19	Faço muitas coisas más.		
20	Porto-me mal em casa.		
21	Sou lento(a) a terminar, os trabalhos escolares.		
22	Sou um membro importante da minha turma.		
23	Sou nervoso(a).		
24	Sou capaz de dar uma boa impressão perante a turma.		
25	Na escola estou distraído(a) a pensar noutras coisas.		
26	Os meus amigos gostam das minhas ideias.		
27	Meto-me frequentemente em sarilhos.		
28	Tenho sorte.		
29	Preocupo-me muito.		

<b>30</b>	Os meus pais esperam demasiado de mim.		
<b>31</b>	Gosto de ser como sou.		
<b>32</b>	Sinto-me posto de parte.		
<b>33</b>	Tenho o cabelo bonito.		
<b>34</b>	Na escola, ofereço-me várias vezes como voluntário(a).		
<b>35</b>	Gostava de ser diferente daquilo que sou.		
<b>36</b>	Odeio a escola.		
<b>37</b>	Sou dos últimos a ser escolhido(a) nas brincadeiras e nos desportos.		
<b>38</b>	Muitas vezes sou antipático(a) com as outras pessoas.		
<b>39</b>	Os meus colegas da escola acham que tenho boas ideias.		
<b>40</b>	Sou feliz.		
<b>41</b>	Tenho muitos amigos.		
<b>42</b>	Sou alegre.		
<b>43</b>	Sou estúpido(a) em relação a muitas coisas.		
<b>44</b>	Sou bonito(a).		
<b>45</b>	Meto-me em muitas brigas.		
<b>46</b>	Sou popular entre os rapazes.		
<b>47</b>	As pessoas embirram comigo.		
<b>48</b>	A minha família está desapontada comigo.		
<b>49</b>	Tenho uma cara agradável.		
<b>50</b>	Quando for maior, vou ser uma pessoa importante.		
<b>51</b>	Nas brincadeiras e nos desportos, observo em vez de, participar.		
<b>52</b>	Esqueço-me o que aprendo.		
<b>53</b>	Dou-me bem com os outros.		
<b>54</b>	Sou popular entre as raparigas.		
<b>55</b>	Gosto de ler.		
<b>56</b>	Tenho medo muitas vezes.		
<b>57</b>	Sou diferente das outras pessoas.		
<b>58</b>	Penso em coisas más.		
<b>59</b>	Choro facilmente.		
<b>60</b>	Sou uma boa pessoa.		

## Healthy Kids Resilience Assessment Module (version 6.0)

(traduzida e adaptada à população portuguesa por Veiga, 2006)

Leia cuidadosamente cada afirmação e faça um círculo sobre a letra que melhor indica como se sente face ao que é afirmado.

		<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo totalmente</b>
<b>1</b>	Sinto-me próximo(a) das pessoas da minha escola.				
<b>2</b>	Estou contente por estar nesta escola.				
<b>3</b>	Sinto que faço parte desta escola.				
<b>4</b>	Os professores nesta escola tratam os alunos com justiça.				

De seguida assinale a sua discordância ou concordância face às seguintes afirmações sobre a sua ESCOLA e sobre o que lá pode fazer

Na minha escola, há um(a) professor(a) ou outra pessoa adulta que...

		<b>Totalmente falso</b>	<b>Um pouco certo</b>	<b>Bastante certo</b>	<b>Muito certo</b>
<b>5</b>	... realmente se preocupa comigo.				
<b>6</b>	... me diz quando faço bem as tarefas.				
<b>7</b>	... se apercebe quando não estou na escola.				
<b>8</b>	... quer que eu faça sempre o meu melhor.				
<b>9</b>	... me escuta quando eu quero dizer algo.				
<b>10</b>	... acredita que terei sucesso na vida.				
<b>11</b>	... espera que eu siga as regras.				

Na escola...

		<b>Totalmente falso</b>	<b>Um pouco certo</b>	<b>Bastante certo</b>	<b>Muito certo</b>
<b>12</b>	... participo em atividades interessantes.				
<b>13</b>	... ajudo a tomar decisões sobre atividades ou regras na minha sala.				
<b>14</b>	... faço coisas que melhoram a vida dos meus colegas.				
<b>15</b>	... faço coisas que ajudam ou outros.				
<b>16</b>	... estou envolvido em clubes, desporto, ou outras atividades extracurriculares.				

As próximas afirmações referem-se ao que poderia ocorrer fora da tua escola ou da tua casa, na tua VIZINHA ou COMUNIDADE, ou com outros adultos que não os teus pais.

Fora da minha escola e da minha casa, há uma pessoa adulta que...

		Totalmente falso	Um pouco certo	Bastante certo	Muito certo
17	... realmente se preocupa comigo.				
18	... me diz quando faço bem as tarefas.				
19	... se apercebe quando algo me aborrece.				
20	... acredita que terei sucesso na vida.				
21	... quer que eu faça sempre o meu melhor.				
22	... em quem eu confio.				

Fora da minha casa e escola, eu faço estas coisas...

		Totalmente falso	Um pouco certo	Bastante certo	Muito certo
23	... estou envolvido em clubes, equipas de desporto, grupos de igreja ou outras atividades.				
24	... estou envolvido em aulas de música, arte, desporto ou outros passatempos.				
25	... ajudo outras pessoas.				

As afirmações sobre os meus AMIGOS são:

Tenho um(a) amigo(a) da minha idade que...

		Totalmente falso	Um pouco certo	Bastante certo	Muito certo
26	... realmente se preocupa comigo.				
27	... fala comigo sobre os meus problemas.				
28	... me ajuda quando tenho dificuldades.				

Os meus amigos...

		Totalmente falso	Um pouco certo	Bastante certo	Muito certo
29	... envolvem-se em muitos problemas.				
30	... tentam fazer o que está correto.				
31	... têm bons resultados na escola.				

Na minha casa, está o meu pai ou a minha mãe ou outra pessoa adulta que...

		Totalmente falso	Um pouco certo	Bastante certo	Muito certo
32	... espera que eu siga as regras.				
33	... se interessa pelo meu trabalho na escola.				
34	... acredita que terei sucesso na vida.				
35	... fala comigo sobre os meus problemas.				
36	... quer que eu faça sempre o meu melhor.				
37	... me escuta quando quero dizer algo.				

Em casa...

		Totalmente falso	Um pouco certo	Bastante certo	Muito certo
38	... faço coisas divertidas ou vou a locais divertidos com os meus pais.				
39	... faço coisas que melhoram a vida de todos.				
40	... ajudo a minha família a tomar decisões.				

As seguintes afirmações sobre a tua personalidade são:

		Totalmente falso	Um pouco certo	Bastante certo	Muito certo
2.1	Sinto-me triste quando vejo outra pessoa sofrer, porque alguém a magoou.				
2.2	Tento compreender as dificuldades das outras pessoas.				
2.3	Quando preciso de ajuda, encontro alguém com quem falar.				
2.4	Eu sei onde posso encontrar ajuda quando tenho um problema.				
2.5	Tento resolver os problemas falando com alguém sobre eles.				
2.6	Sou capaz de resolver os meus problemas.				
2.7	Consigo fazer tudo, desde que tente.				
2.8	Sou capaz de trabalhar com alguém cujas opiniões sejam diferentes das minhas.				
2.9	Há muitas coisas que faço bem.				
2.10	Gosto de trabalhar em conjunto com outros alunos da minha idade.				
2.11	Defendo os meus direitos sem ofender os outros.				
2.12	Tento compreender como é que as outras pessoas pensam e sentem.				
2.13	A minha vida tem objetivos.				
2.14	Compreendo a minha maneira de ser e os meus sentimentos.				
2.15	Compreendo porque faço o que faço.				
2.16	Tenho planos e objetivos para o meu futuro.				
2.17	Penso terminar a Escola Secundária.				
2.18	Penso continuar a estudar após terminar a Escola Secundária.				

Por favor, antes de entregares o questionário, certifica-te que respondeste a todas as questões.

**Obrigada pela Colaboração!**