



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MENTAL E PSIQUIÁTRICA

João Paulo de Sousa Fonseca

**INTERVENÇÕES DO
ENFERMEIRO
ESPECIALISTA DE SAÚDE
MENTAL E PSIQUIÁTRICA
NA PREVENÇÃO DOS
COMPORTAMENTOS
SUICIDÁRIOS EM
ADOLESCENTES**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE
SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA NA PREVENÇÃO
DOS COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS EM
ADOLESCENTES

Relatório Final de Estágio

João Paulo de Sousa Fonseca

Relatório Final de Estágio apresentado com o objetivo de aquisição do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sob orientação do Professor Doutor José António Pinho da Silva

Oliveira de Azeméis | 2024

“Somos o que fazemos,
mas somos, principalmente, o que fazemos para mudar o que somos.”

EDUARDO GALEANO

AGRADECIMENTOS

Ao professor José António Pinho da Silva pela disponibilidade e partilha de conhecimentos;

A todos os professores do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, pois foram fundamentais para o desenvolvimento da minha formação teórica e prática nesse campo da saúde;

Aos orientadores de estágio H.M., B.F., M.G., A.R., pelo acolhimento, integração, troca de conhecimentos e suporte contínuo;

Às equipas das organizações onde realizei os meus estágios, pelo apoio, pela abertura para colaborar e pela capacidade de análise;

Às minhas colegas de curso, em especial à C.F. e à M.L. com quem partilhei os estágios, pela partilha de ideias, dinamismo e colaboração nos trabalhos em grupo, e por todo o caminho que fizemos juntos;

À minha família, por serem a minha base, o meu sustento, o meu refúgio e pela compreensão que mostraram quando não estive presente;

Aos meus amigos pelo apoio constante e pela confiança nas minhas capacidades, demonstrada em todas as ocasiões;

A todos o meu muito sincero Obrigado.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
EE – Enfermeiros Especialistas
ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
PCA - Perturbações do Comportamento Alimentar
CAL – Comportamentos Auto Lesivos
IMV - Ingestão Medicamentosa Voluntária
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde
ULS – Unidade Local de Saúde
OE – Ordem dos Enfermeiros
CDE - Código Deontológico dos Enfermeiros
PQCEESMP - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Mental e Psiquiátrica
DeCS/MeSH - Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings
QR – Quick Response
OMS - Organização Mundial de Saúde
NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem
RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal
WHO – World Health Organization
INE – Instituto Nacional de Estatística
DGS - Direção-Geral da Saúde
TCC – Terapia Cognitivo Comportamental
TDC – Terapia Dialético Comportamental
NSSI – Nonsuicidal Self-Injury

RESUMO

O suicídio é visto como um real desafio para a saúde pública e figura como uma das principais causas de morte entre os jovens em todo o mundo, tornando a diminuição da taxa de suicídio uma prioridade à escala global. Por outro lado, os comportamentos suicidários são causas de morte passíveis de prevenção, pois não ocorrem imprevisivelmente nem repentinamente, mas em etapas, em que o estágio inicial é a ideação suicida, ou seja, um desejo de acabar com a vida.

Neste contexto o EEESMP deve assumir um papel preponderante, onde as competências que lhe são atribuídas permitem desenvolver um juízo clínico singular e intervenções dirigidas a adolescentes com comportamentos suicidários. Isto é, o objetivo da intervenção do EEESMP é permitir que os adolescentes superem a ideação suicida em vez de evoluir para o próximo estágio e que as suas intervenções especializadas contribuam para diminuir significativamente a ideação suicida.

O presente Relatório Final de Estágio, em contexto do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, visa a reflexão crítica ao desenvolvimento de competências com base no regulamento de competências do EEESMP, a realização de um Estudo de Caso, o desenvolvimento de três Projetos de Literacia em Saúde Mental e a execução de uma *Scoping Review* com o objetivo de mapear a literatura relativa à intervenção do EEESMP em adolescentes com comportamentos suicidários.

Assim, o estágio permitiu mobilizar os conhecimentos teóricos na condução do processo de aprendizagem e aquisição de competências específicas do EEESMP, desempenhando um papel fundamental ao nível da avaliação, prevenção, intervenção e cuidados adequados ao adolescente que evidencia ideação ou comportamentos suicidários. Relativamente ao mapeamento da literatura, esta revelou como intervenções terapêuticas do EEESMP o treino de liderança entre pares, a terapia cognitiva comportamental e a terapia combinada.

Palavras-chave: Adolescentes; Comportamentos suicidários, Competências; Intervenções; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de SaúdeMental e Psiquiátrica.

ABSTRACT

Suicide is seen as a real challenge for public health and is one of the leading causes of death among young people worldwide, making the reduction of the suicide rate a global priority. On the other hand, suicidal behaviors are preventable causes of death, as they do not occur unpredictably or suddenly, but in stages, with the initial stage being suicidal ideation, that is, a desire to end one's life.

In this context, the Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing must assume a prominent role, where the competencies assigned to it allow for the development of unique clinical judgment and interventions directed at adolescents with suicidal behaviors. The goal of the Specialists in Mental Health and Psychiatric Nursing intervention is to enable adolescents to overcome suicidal ideation rather than progressing to the next stage, and for their specialized interventions to contribute significantly to reducing suicidal ideation.

This Final Internship Report, within the context of the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing, aims for critical reflection on the development of competencies based on the Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing competency regulations, the execution of a Case Study, the development of three Mental Health Literacy Projects, and the conduct of a Scoping Review aimed at mapping literature related to the Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing intervention in adolescents with suicidal behaviors.

Thus, the internship allowed for the mobilization of theoretical knowledge in conducting the learning process and acquiring specific competencies of the Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing, playing a fundamental role in the assessment, prevention, intervention, and appropriate care for adolescents exhibiting suicidal ideation or behaviors. Regarding the mapping of the literature, it revealed the therapeutic interventions of the Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing, including peer leadership training, cognitive-behavioral therapy, and combined therapy.

Keywords: Adolescents; Suicidal behaviors; Competencies; Interventions; Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing.

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1: Critérios de inclusão e exclusão..... | 74 |
| Tabela 2: Estratégia de pesquisa utilizada na MEDLINE (via Pubmed)..... | 75 |
| Tabela 3: Estratégia de pesquisa utilizada na CINAHL (via EBSCOhost)..... | 75 |
| Tabela 4: Estratégia de pesquisa utilizada no RCAAP..... | 76 |
| Tabela 5: Análise dos artigos seleccionados..... | 80 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1: Tabela de identificação de pensamentos automáticos, stressores, emoções negativas, estratégias/respostas adaptativas e resultados/emoções positivas da adolescente..... | 57 |
| Figura 2: Diagrama PRISMA (adaptado) ilustrativo do processo de revisão..... | 79 |

ÍNDICE GERAL

| | |
|--|-----|
| INTRODUÇÃO..... | 19 |
| PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO..... | 21 |
| 1. ENQUADRAMENTO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO..... | 23 |
| 1.1. Estágio em Contexto de Respostas Diferenciadas..... | 23 |
| 1.2. Estágio em Contexto de Cuidados na Comunidade..... | 29 |
| 2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA..... | 37 |
| 3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA..... | 51 |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 61 |
| PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO..... | 63 |
| 1. RESUMO..... | 65 |
| 2. ABSTRACT..... | 67 |
| 3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO..... | 69 |
| 4. FINALIDADE E OBJETIVOS..... | 71 |
| 5. METODOLOGIA..... | 73 |
| 5.1. Desenho do Estudo..... | 74 |
| 5.2. Considerações Éticas..... | 77 |
| 6. RESULTADOS..... | 79 |
| 7. DISCUSSÃO..... | 83 |
| 8. CONCLUSÃO..... | 89 |
| 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 93 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 95 |
| ANEXOS..... | 101 |
| ANEXO I: RelaxadaMente..... | 103 |
| APÊNDICES..... | 105 |
| APÊNDICE I: ESTUDO CASO..... | 107 |

| | |
|---|------------|
| APÊNDICE II: LiteraSMental..... | 109 |
| APÊNDICE III: FORMAÇÃO EM SERVIÇO..... | 111 |
| APÊNDICE IV: VIRTUALMENTE CRESCENDO..... | 113 |

INTRODUÇÃO

É no contexto da prática clínica que o enfermeiro constrói a sua identidade profissional, mobiliza os conhecimentos teóricos e desenvolve as suas competências para que fique habilitado para o desenvolvimento do seu papel enquanto enfermeiro especialista.

O relatório atual é fruto da exposição, avaliação e ponderação da trajetória percorrida durante o estágio, levando em consideração as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EEESMP). Emerge, assim, na sequência da unidade curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis, que decorreu entre 20 de Setembro de 2023 e 16 de Abril de 2024. Este Estágio foi composto por um total de 810 horas, das quais 428 horas foram de contacto e 382 horas de trabalho autónomo. O primeiro momento de estágio em contexto de respostas diferenciadas decorreu de 02 de outubro a 24 novembro de 2023 e o segundo momento de estágio em contexto de cuidados na comunidade de 27 de novembro de 2023 a 8 de março de 2024.

O suicídio é visto como uma questão de saúde pública, de magnitude à escala nacional e global. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os dados epidemiológicos revelam que a cada ano 800 000 pessoas morrem por suicídio, o que corresponde sensivelmente a uma pessoa a cada 40 segundos (OMS, 2021). Também, o facto de existir um aumento expressivo, na Europa, das taxas de suicídio entre adolescentes e jovens adultos, torna-o um tema de extrema relevância, onde os jovens adultos apresentam índices alarmantes de suicídio, figurando assim entre os principais motivos de óbito na faixa etária entre os 15 e os 19 anos (OMS, 2021).

Devido à complexidade do ato suicida, é fundamental adotar abordagens multifacetadas e unificadas que englobem o jovem, a família e a sociedade (Sharaf et al., 2016). Perante este contexto, o enfermeiro especialista deve estar preparado e sensibilizado para as áreas específicas de atuação em Saúde Mental e Psiquiatria, percecionando a envolvimento e especificidade dos cuidados a prestar à pessoa.

Pretende-se, assim, com o desenvolvimento do relatório, demonstrar que o EEESMP detém competências diferenciadas que podem auxiliar na prestação de cuidados para prevenir o suicídio em adolescentes com comportamentos suicidários, através de processos de avaliação, prevenção, intervenção e cuidados de enfermagem diferenciados.

A elaboração do documento incide numa metodologia do tipo descritiva, baseada na reflexão crítica sobre o percurso, tendo presente os objetivos, as competências e as necessidades de aprendizagem a desenvolver ao longo do estágio.

Assim, ao contribuir para melhorar o conhecimento na área da tomada de decisão é finalidade deste relatório realizar uma reflexão sobre o percurso em contexto de ensino clínico e o desenvolvimento de competências enquanto EEESMP, tendo-se definido os seguintes objetivos:

- Analisar reflexivamente o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEESMP em contexto de estágio;
- Mapear a literatura relativa à intervenção do EEESMP, em adolescentes com comportamentos suicidários, com recurso a uma *Scoping Review*.

Este documento está em conformidade com as diretrizes de referência científica adotadas pela American Psychological Association (APA) 7ª edição e divide-se em duas partes distintas. A apresentação do documento inicia-se com a introdução onde é efetuada uma breve contextualização, com os respectivos objetivos e metodologia adotada. Posteriormente, a primeira parte, a componente de estágio, refere-se à narrativa das experiências adquiridas durante o trabalho clínico, incluindo uma avaliação crítica das intervenções de enfermagem realizadas. Além disso, são destacadas as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Relativamente à segunda parte, a componente de investigação, expõe a *Scoping Review* alusiva à identificação de intervenções desenvolvidas pelo EEESMP em adolescentes com comportamentos suicidários.

Nas considerações finais realçamos a importância das experiências em contexto clínico, identificamos alguns constrangimentos e analisamos as contribuições do relatório tanto em termos pessoais quanto para a prática especializada de enfermagem. Finalmente, os apêndices e anexos apresentam a fundamentação das tarefas realizadas durante os estágios.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. ENQUADRAMENTO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

A experiência clínica promove o desenvolvimento de competências específicas, a aplicação prática do conhecimento teórico, a preparação para a pesquisa, a integração profissional e a construção da identidade profissional por meio de experiências práticas e modelos profissionais.

Este documento aborda o processo de aperfeiçoamento de competências que está intimamente ligado ao local de estágio. É importante descrevê-lo de forma objetiva para que o leitor possa entender as diretrizes gerais da instituição e do serviço, e como elas se relacionam com os objetivos e o processo que se desenvolveu.

1.1. Estágio em Contexto de Respostas Diferenciadas

A escolha do local de estágio incidiu num serviço de Pedopsiquiatria e foi efetuada por vários motivos: referências positivas do método de trabalho e funcionamento da unidade, população alvo dos cuidados (jovens/adolescentes), proximidade do local de trabalho e desejo pessoal em, futuramente, integrar a equipa de enfermagem. Após confirmação de todas as expectativas pessoais, incentivo da equipa de enfermagem e da enfermeira gestora foi efetuado o pedido de transferência de serviço.

A Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria, aliado ao já existente Ambulatório (Consulta Externa e Hospital de Dia), formam o Serviço de Pedopsiquiatria. A unidade de internamento tem uma lotação de 8 camas e é constituído por 3 quartos com capacidade para 3, 2 e 2 camas respetivamente, 1 quarto individual e um quarto de redução de estímulos. Fazem também parte integrante da unidade: uma sala de tratamento, um gabinete, um gabinete de trabalho, uma sala de visitas, um refeitório, uma sala de estar polivalente, uma sala de Psicoterapia de grupo/Expressão plástica e um pátio exterior com mesa de pingue-pongue e cesto de basquetebol.

A equipa multidisciplinar é constituída por 14 enfermeiros (11 Especialistas em ESMP e 3 em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica), 9 assistentes operacionais, 4 médicos pedopsiquiatras, 1 psicóloga, 1 terapeuta ocupacional, 1 musicoterapeuta, 1 assistente social e 1 administrativa.

A metodologia de trabalho no internamento tem por base o enfermeiro de referência (e associados), e, também, a figura do enfermeiro responsável, tendo em consideração a especificidade do serviço, com reflexo nos referenciais de cuidados de Meleis, Orem, Calgary e Anne Casey.

O horário praticado pelos enfermeiros é de 35h semanais, com turnos de 7, 8, 9 e 12 horas. O horário de funcionamento das Consultas Externas é das 8h às 17h, de segunda a sexta-feira, funcionando em média com 2 enfermeiros e 2 assistentes operacionais. O horário de funcionamento do Serviço de Urgência de Psiquiatria da Infância e Adolescência, com presença física acontece em todos os dias da semana, das 8 às 20h, com última admissão no Internamento (de Psiquiatria da Infância e Adolescência) até às 19h.

O Internamento é direccionado para adolescentes/jovens (e suas famílias), com o objetivo de prestar cuidados especializados em Psiquiatria da Infância e Adolescência, sempre que existam critérios e potencial benefício terapêutico de internamento, comprometendo-se a fomentar o bem-estar e promover a rápida reintegração no seu ambiente social, procurando o melhor equilíbrio possível.

É um serviço de âmbito regional que, para além da articulação com os CSP, desenvolve um trabalho de articulação com escolas, CPCJs, Tribunais, Instituições de Acolhimento de Crianças e Jovens e Centros Tutelares Educativos, constituindo este trabalho uma mais-valia no sentido de promover contextos e decisões que possam melhorar a saúde mental das crianças e jovens, e a integração o mais favorável possível das que são portadoras de psicopatologia grave.

As atividades com os adolescentes/jovens são previamente planeadas, seja diariamente, seja em reunião de equipa e esquematizadas num cronograma semanal (flexível). Todas as quartas-feiras de manhã, cumprindo o programa de atividades socio terapêuticas do internamento de Pedopsiquiatria são realizadas as reuniões comunitárias, onde é efetuada uma análise da semana. A reunião é realizada em grupo, sendo importante a partilha da semana nas diferentes experiências, e nas diferentes perceções dos momentos mais positivos, menos positivos e das aprendizagens, sendo que, cada um, tem oportunidade de fazer sugestões para a semana seguinte. Posteriormente é realizado o registo informático da atividade e é enviado para a enfermeira gestora, que ajusta o cronograma de atividades sócio terapêuticas para a semana seguinte tendo presente os gostos e sugestões identificados por todos. Dinâmica bastante interativa, integrativa, motivacional e terapêutica.

No contexto de pedopsiquiatria é necessário refletir numa linha da vida; ensinar a identificar e resolver problemas; gerir conflitos, sendo assertivo; apostar no processo de mudança; ajudar a tomar decisões; etc... emergindo assim uma diversidade de projetos, tais como:

RelaxadaMente - o objetivo é que a pessoa fique mais consciente do seu corpo e aprenda gradualmente diferentes formas de relaxamento para alcançar um estado de

calma mais elevado e diminuir os níveis de *stress*, ansiedade ou raiva. As técnicas incluem exercícios de respiração, relaxamento muscular progressivo, imaginação guiada e *mindfulness*, com a realização de sessões de relaxamento num ambiente de sala de Snoezelen.

Moviment'Arte - projeto que aposta na dança enquanto mediador da expressão, sendo qualquer forma de movimento que não tenha outra intenção para além da expressão de sentimentos, de sensações ou de pensamentos. Aposta na identificação dos sons do próprio corpo, posturas e diferentes ritmos musicais.

Cuid'Arte - terapia pela arte ou arteterapia. É uma terapia em que os profissionais de saúde recorrem aos mediadores artísticos como instrumento terapêutico, promovendo o autoconhecimento, a autoestima, o bem-estar e o desenvolvimento de novas perspetivas. Contribui para a organização e expressão das cognições e emoções do sujeito/criador, possibilitando voltar-se para si, para o mundo interno e externo. Por sua vez, o objeto de arte/criação permite ao profissional aceder ao mundo interno do sujeito/criador e à compreensão do seu comportamento.

CineCuidar – considera o cinema como mediador terapêutico de expressão cognitiva e emocional dos adolescentes/jovens internados. Aborda e discute diferentes temáticas no âmbito da saúde ou doença mental e permite a reflexão sobre as mesmas.

BiblioCuidar – recurso à literatura enquanto mediador terapêutico de expressão cognitiva e emocional dos adolescentes/jovens internados. Desde um poema específico à letra de uma música, a terapia surge pela discussão do tema em análise.

Psicoeducação (com dramatização) - investe na operacionalização e sistematização de um conjunto de 9 sessões psicoeducacionais que acompanhem o potencial e as capacidades dos adolescentes/jovens, facilitando o desenvolvimento de conhecimentos e a aquisição de competências, no âmbito das componentes da literacia em saúde mental, facilitando a sua recuperação e maximizando a preparação para o retorno ao seu contexto de vida comum.

BeYou (emoções) - permite identificar, escolher e a gerir as emoções. Das básicas às secundárias, é notória a persistência da tristeza e do medo (algo que conhecem bem), comparativamente a todas as outras, sendo difícil a sua adequação e gestão, traduzindo dificuldades comunicacionais que necessitam de ser trabalhadas.

Pedoparentalidade - a proposta deste programa é auxiliar os jovens e famílias, concentrando esforços em ações que promovam, previnam e atuem diante das reações inadequadas às mudanças que causam sofrimento ou problemas mentais. Tem como objetivos: proporcionar aos pais/família/cuidadores um espaço de partilha e reflexão sobre

a sua ação educativa (papel parental-parentalidade), procurando melhor bem-estar individual e familiar, visando questões de vinculação (quase sempre insegura), a necessitar de melhor ajustamento (apostando na segurança e proteção).

Após a admissão no internamento o objetivo é que o adolescente/ jovem seja ele mesmo, estabilize, faça uma reflexão do porquê da sua condição, vantagens e desvantagens, como foi o seu percurso até ali, que se descubra, em solitude, para depois definir estratégias facilitadoras de mudança de comportamento, orientado pela equipa terapêutica. Pretende-se assim: melhorar a regulação emocional, com estratégias de coping e de resolução de problemas; aumentar a satisfação e o compromisso com a escola e a vida; melhorar a empatia e o ajustamento psicológico; criar resiliência, proporcionando os recursos internos para lidar com os stressores negativos e ultrapassar desafios e dificuldades (com bem-estar, apoio e orientação); oferecer oportunidades para a procura de ajuda (com confidencialidade e anonimato); ajudar a gerir os problemas emocionais, o abuso de álcool e de substâncias, assim como os comportamentos de risco para a saúde e as experiências sexuais precoces; facilitar a aceitação da condição de saúde e o controle do tratamento prescrito.

A porta “fechada” e a não permanência dos pais/cuidadores no internamento, contrariamente ao que se preconiza na pediatria, mantém-se prática do serviço. Foi possível a constatação de que permite uma melhor avaliação da situação e um olhar para o adolescente/ jovem de forma única, fora do seu contexto habitual, facilitando o trabalho na procura das relações entre emoções, pensamentos/cognições e comportamentos e definição de objetivos terapêuticos individualizados.

As histórias clínicas observadas justificam os diagnósticos que alertam para a importância da Saúde Mental e o imperativo social de dar resposta ao sofrimento destes adolescentes/jovens e famílias. Nas situações em que as próprias famílias também estão perturbadas, a solução poderá passar pela institucionalização ou pela intervenção da CPCJ.

Algumas verbalizações mais ou menos hiperbolizadas: “Quero morrer...!”; “Não gosto de mim, sou horrível, sou muito gorda ...!”; “Não quero crescer!”; “Ninguém gosta de mim, fazem bullying comigo na escola!”; “Os meus pais não querem saber de mim, só querem que tenha 20 a todas as disciplinas, não aguento mais!”; “Bebo às escondidas para dormir melhor!”; “Eu vivo numa outra dimensão e não é imaginação...”; “Não tenho amigos...”; “Fui abusada sexualmente e não posso dizer a ninguém...”; “A minha mãe também é doente, o meu pai é alcoólico e os meus avós não me entendem...”; “A instituição não me deixa estar junto da minha namorada...” “O meu irmão despreza-me...”; “Tenho medo de tudo, até de viver...” ... são reflexo da realidade do serviço.

Na exploração das histórias pessoais também não foi raro constatar-se que desde tenra idade existem indícios de perturbações de comportamento (no seio das famílias, na escola, nos gabinetes de consulta...).

Também existem crianças/adolescentes que controlam os pais e os deixam exaustos com as suas birras (poder, vingança, falta de atenção e desistência) que se prolongam além do desejável. Por outro lado, surgem crianças/adolescentes que assumem culpa pelas mães de semana e pais de fim-de-semana, com refúgios no tablet, telemóvel, jogos de computador, televisão, levando ao isolamento, à superficialidade com o outro, ao egoísmo, ou à exposição abusiva nas redes sociais.

A questão é que não há oportunidade de competências efetivas de relacionamento (com pessoas reais), correndo riscos de permanecer nestes mundos, onde a violência e a morte são banais ou inexistentes, porque se pode morrer muitas vezes e existem causas ocultas, conseguindo muitas vezes “ganhos” com a doença. Algumas vezes, os pais/cuidadores entram neste jogo e recorrem a diversos especialistas, procurando soluções milagrosas na medicação, furando descaradamente situações não negociáveis (recusa escolar) ou exigindo o impensável de perfeição em todas as áreas académicas e fora delas, procurando espelho nos filhos daquilo que nunca conseguiram ser. Assim, a procura de consumos, a sexualidade abusiva, o álcool, as perturbações alimentares e comportamentos autolesivos tornam-se soluções desajustadas momentâneas que se podem tornar viciantes e descontroladas.

Pensando no Desenvolvimento Psicossocial de Erik Erikson, que crianças queremos? Que adolescentes queremos? Queremos Ter ou Ser? Que modelos de cuidadores temos hoje? E como ajudar as crianças/adolescentes a ter confiança quando há desconfiança comprovada; na autonomia quando há vergonha e dúvidas; na iniciativa quando há sentimentos de culpa; na diligência quando há cobrança e inadmissão de falhas que levam à inferioridade; e por fim na procura de identidade quando se tem de assumir novos papéis?

Em termos de focos de atenção de enfermagem, os mais comuns que surgem no internamento são: ansiedade, autocontrolo: ansiedade; tristeza; autoestima; sono; ideação suicida; comportamento autodestrutivo (PCA, CAL e IMV) e interação social. Na Consulta Externa, os mais frequentes são: autocontrolo ansiedade; ansiedade; comportamentos de adesão; autocontrolo impulso; interação social e tristeza, sendo realizadas as intervenções correspondentes.

Relativamente ao acolhimento e integração na Pedopsiquiatria, a recepção foi efetuada pela enfermeira gestora, que forneceu todas as indicações, esclarecimentos e apresentações necessárias, desde o espaço físico, à equipa multidisciplinar, aos jovens

internados, à documentação, projetos e dinâmicas do serviço. Ou seja, um ambiente favorável, com todas as condições, quer físicas, quer humanas ao desenvolvimento das competências específicas do EEESMP.

De uma forma geral acredito ter atingido os objetivos que propos inicialmente, nomeadamente:

- Participar ativamente nas dinâmicas e em todos os projetos do internamento que constaram nos cronogramas semanais;
- Participar na Reunião multidisciplinar da Consulta da Primeira Infância; no Debate em mesa-redonda sobre o tema: Saúde Mental das Crianças e Adolescentes Migrantes e no Seminário: Saúde Mental dos Adolescentes organizados pelo serviço de Pedopsiquiatria;
- Colaborar na consulta de enfermagem de *follow-up*, que tem em vista o pós-alta, permitindo a articulação com os CSP e as Unidades de Cuidados Continuados da região (sempre que necessário), em parceria com a família;
- Integrar a Consulta Externa e o Hospital de Dia;
- Identificar focos de enfermagem de uma adolescente com 13 anos internada após a quarta tentativa de suicídio por IMV, tendo por base a tomada de decisão clínica em enfermagem. E ainda, elaborar, implementar e avaliar um plano de intervenção centrado na pessoa, personalizado e individualizado - Estudo Caso (Apêndice I). A reestruturação cognitiva, enquanto intervenção psicoterapêutica, assumiu uma importância basilar neste contexto de ensino clínico, pois permitiu obter ganhos em saúde para a adolescente, tendo sido bastante gratificante;
- Planear, executar e avaliar um projeto de promoção da literacia em saúde mental e de redução do estigma intitulado LiteraSmental (Apêndice II). Abordar, em 4 sessões de psicoeducação, temas como: o conceito e a importância da saúde mental, mitos e crenças, a origem e o impacto do estigma e do autoestigma, promoção das relações interpessoais, treino de competências sociais e a primeira ajuda em saúde mental;
- Dinamizar uma formação em serviço à equipa de enfermagem (Apêndice III). Realizar uma avaliação diagnóstica das necessidades formativas junto dos enfermeiros tutores e da enfermeira gestora, que sugeriram a apresentação do projeto de promoção da literacia em saúde mental e de redução do estigma, pois era um tema atual, pertinente, nunca antes abordado na equipa e que permitia responder às necessidades dos jovens internados. Planear e executar a ação de

formação à equipa de enfermagem que demonstrou receptividade, aceitação e entusiasmo para a execução do projeto no serviço.

As fragilidades prenderam-se essencialmente pelas dúvidas inerentes do querer fazer sempre bem e melhor, pelo tipo de casos clínicos (de sofrimento extremo) e pela incerteza dos diagnósticos nesta fase de desenvolvimento.

De salientar que, na procura de excelência dos cuidados de enfermagem, com centralidade na pessoa, ancorada nos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade e nos referenciais teóricos, essencialmente da Teoria de Meleis e modelo de análise familiar de Calgary, é necessário promover processos de reconstrução de autonomia com aproximação às famílias e maior capacitação dos pais, daí considerar a necessidade de investimento adequado no “Papel parental”.

Por fim, uma equipa de enfermagem especializada, em que, dos 14 enfermeiros 11 são EEESMP, é imperativo que se prestem cuidados individualizados aos jovens, através de intervenções psicoterapêuticas e não apenas intervenções em grupo como é prática comum. Estas opiniões de melhoria/críticas construtivas foram verbalizadas em reunião de equipa e aceites em concordância por todos.

1.2. Estágio em Contexto de Cuidados na Comunidade

O local de estágio escolhido foi uma unidade de cuidados na comunidade da Região Centro. A escolha recaiu nesta UCC por termos referências positivas do método de trabalho, funcionamento da unidade e pela proximidade do local de residência.

É uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física funcional ou de doença, que requeiram acompanhamento de proximidade. Com o objetivo de promover a saúde da comunidade local e alcançar benefícios relacionados à saúde, procura contribuir para alcançar as metas estabelecidas pelo Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) ao qual pertence, através da sua atuação direta na melhoria do estado de saúde da população atendida.

A equipa de enfermagem é composta por duas enfermeiras especializadas em Saúde Mental e Psiquiátrica, uma Enfermeira Especialista de Reabilitação e um Enfermeiro Especialista de Saúde Pública. Fazem ainda parte da equipa multidisciplinar, em tempo parcial, uma Técnica Superior de Serviço Social, uma Fisioterapeuta, uma administrativa, uma Psicóloga, uma Médica de Medicina Geral e Familiar e um Médico de Clínica Geral.

As instalações são constituídas por três gabinetes para profissionais situados no primeiro piso, um ginásio situado na cave, uma sala para arrecadação de material situado na cave, uma sala de reuniões no primeiro piso, sala de contaminados na cave, copa situada no primeiro piso e vestiários situados no rés-do-chão.

A Unidade de Cuidados na Comunidade oferece todos os seus serviços aos habitantes, dentro da região que abrange 11 freguesias. Com o objetivo de fornecer assistência médica à comunidade local, em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde e focados na educação em saúde, prevenção de doenças e na colaboração com outras entidades, pretende criar redes de apoio para grupos mais vulneráveis.

Com o objetivo de cumprir a missão do ACeS, a UCC colabora de forma estreita com outras unidades funcionais, como a Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Saúde Pública (USP), Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e Equipa Coordenadora Local (ECL) da RNCCI.

O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 8 horas às 17 horas. Cumprindo os profissionais da sua equipa, a tempo inteiro, 35 horas semanais. A ECCI, sempre que se justificar e de forma programada, poderá alargar o seu horário das 8 horas às 20 horas durante os dias da semana. Aos sábados, domingos e feriados também e sempre de forma programada, poderá funcionar das 9 horas às 17 horas.

As visitas domiciliárias no âmbito da ECCI durante a semana são agendadas entre o utente/família/cuidador e os profissionais da equipa de acordo com as necessidades do utente, tendo em conta a correta e eficaz gestão dos recursos (Colaço et al, 2019).

A organização das atividades de cada projeto da carteira de serviços da UCC e a participação dos diferentes grupos profissionais envolvidos é efetuada de acordo com os objetivos definidos no Plano de Ação para cada projeto (Colaço et al, 2019), entre os quais:

Saúde Escolar - abrange projetos de intervenção na promoção da saúde nas áreas da sexualidade, violência doméstica, alimentação, saúde oral, estilos de vida saudáveis, substâncias psicoativas (álcool, droga e tabaco), prevenção do suicídio em meio escolar (+ contigo), gabinete de apoio ao aluno e formação de pares educadores (Colaço et al, 2019). Rastreios vários, a toda a comunidade educativa de acordo com as necessidades identificadas/referenciadas (Colaço et al, 2019).

As intervenções são previamente decididas e agendadas no final de cada ano letivo para serem desenvolvidas no ano seguinte (Colaço et al, 2019). Esta articulação faz-se com os responsáveis da promoção da saúde e com a direção de cada escola. (Colaço et al, 2019). A população alvo é composta pelas comunidades educativas do Agrupamento de Escolas do Concelho, das Escolas Profissionais, de Instituições Públicas de Solidariedade Social (IPSS)

com as valências de creche e jardim de Infância assim como as Instituições de carácter privado de ensino (Colaço et al, 2019).

Equipa local de intervenção precoce na infância (SNIPI) - A Intervenção Precoce tem como objetivo o apoio e acompanhamento em crianças e famílias dos 0 aos 6 anos, cujas problemáticas possam constituir risco para o seu desenvolvimento (sendo prioritárias as crianças com necessidades especiais) em contexto institucional e domiciliário, onde a metodologia de trabalho desenvolvida em equipa transdisciplinar é a abordagem sistémica (Colaço et al, 2019).

As sinalizações de crianças para a equipa são realizadas através de formulário próprio disponibilizado a todas as equipas prestadoras de cuidados e instituições de ensino e solidariedade social (Colaço et al, 2019).

Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) - insere-se no Programa Nacional “Maus tratos em crianças e Jovens – Intervenção de Saúde” da DGS e tem como objetivo estabelecer a primeira linha de identificação e intervenção na prevenção de maus tratos em crianças e jovens (Colaço et al, 2019).

Contra a Corrente - contribuir para a erradicação da Violência Doméstica, intervindo no sentido de alterar comportamentos individuais e /ou comunitários e promover a adoção de comportamentos não condutores de violência doméstica.

Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) - A necessidade de intervir para garantir os direitos e a segurança da criança e do adolescente em situação de risco ocorre quando os responsáveis legais ou quem detém a guarda efetiva colocam em risco a integridade física, emocional, educacional ou desenvolvimento desses indivíduos, ou quando tal perigo é causado por terceiros ou pelas próprias crianças ou adolescentes.

A parceria com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens tem como objetivo realizar ações para crianças em situações de vulnerabilidade, visando garantir o seu bem-estar físico e emocional, bem como incentivar a sua participação em iniciativas da Rede Social. A colaboração também inclui a supervisão da saúde e suporte social de famílias com poucos recursos, sendo esses aspectos fundamentais na integração entre a Unidade de Cuidados na Comunidade e a CPCJ.

Rendimento Social de Inserção (RSI) - é uma medida que consiste numa prestação pecuniária e num programa de inserção, de modo a proporcionar aos beneficiários e agregados familiares apoio adaptados à sua situação pessoal, que contribuam para a satisfação das suas necessidades básicas, favorecendo a sua inserção laboral, social e comunitária. A aprovação dos programas de inserção, a organização dos meios inerentes à

sua prossecução e ainda o acompanhamento e avaliação da respetiva execução competem aos núcleos locais de inserção.

Núcleos Locais de Inserção (NLI) - têm base concelhia e integram representantes dos organismos públicos, responsáveis na respetiva área de atuação pelos sectores da Segurança Social, Emprego e Formação Profissional, Educação, Saúde e Autarquias Locais, podendo também integrar outros organismos públicos ou não, sem fins lucrativos. O NLI do concelho, integra os responsáveis da Segurança Social, sendo a coordenadora do Núcleo, Emprego e Formação Profissional, Educação, Saúde, Autarquia Local, representante das IPSS concelhias. É uma estrutura operativa, com uma composição plurissectorial.

Rede Social - foi criada num contexto de afirmação de uma geração de políticas sociais ativas, baseadas na responsabilização e mobilização do conjunto da sociedade de cada indivíduo para o esforço de erradicação da pobreza e da exclusão social em Portugal.

É composta por um Conselho Local de Ação Social que integra o plenário e respetivo Núcleo Executivo (constituído por entidades parceiras representantes da Autarquia, Segurança Social, Saúde, Educação, Juntas de Freguesia).

Doente mental na comunidade - A doença mental grave tem repercussões no indivíduo e nos respetivos cuidadores/familiares. Neste sentido, o doente mental grave, pela sua especificidade e no cumprimento do Programa Nacional de Saúde Mental, é um dos focos de atenção.

Os objetivos propostos são: avaliar as capacidades e necessidades destes intervenientes, de forma a dinamizar estratégias de resposta às dificuldades, promovendo um maior conhecimento e aceitação do estado de saúde e maior resiliências às dificuldades, através de intervenções psicoeducativas individuais e familiares.

Cuidados Continuados - A equipa de cuidados continuados integrados é composta por profissionais de diversas áreas da saúde e do apoio social, que trabalham em conjunto para fornecer serviços domiciliários em situações de incapacidade funcional, doença grave ou convalescença. Estes serviços são baseados numa avaliação completa das necessidades médicas, de enfermagem, reabilitação e apoio social, e são destinados a indivíduos com suporte social mas que não se possam deslocar de forma independente e não necessitem de internamento.

A equipa de cuidados continuados integrados apoia-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada centro de saúde, conjugados com os serviços comunitários, nomeadamente as autarquias locais. A população alvo será composta por indivíduos que residem na região atendida pelo Centro de Saúde e que se encontram em situação de

dependência funcional, doença terminal ou em processo de recuperação, mas que não necessitam de internamento, ou seja, não conseguem deslocar-se de forma independente.

A avaliação integral é efetuada em articulação com o centro de saúde e a entidade que presta apoio social. O ingresso dos doentes na RNCCI e a respetiva admissão de doentes em equipas da rede está condicionada ao preenchimento de critérios de referenciação, que consagram as condições de admissão e de exclusão de doentes nesta tipologia de serviço.

A referenciação é efetuada pela Equipa de Gestão de Altas (EGA), pela Equipa Coordenadora Local (ECL) e pelas equipas de família das Unidades Funcionais do Centro de Saúde.

Saber Cuidar - O projeto Saber Cuidar tem como finalidade melhorar as condições de vida do idoso dependente. Os seus objetivos são identificar os idosos dependentes e cuidadores informais do concelho e capacitar os cuidadores informais para a prestação de cuidados de melhor qualidade.

Voluntariado - consiste em atividades altruístas realizadas por indivíduos em projetos e programas sociais, em benefício da comunidade, sem receber qualquer forma de pagamento. Essas ações são desenvolvidas por organizações, sejam públicas ou privadas, visando o bem-estar das pessoas, famílias e comunidades.

É um exercício de cidadania ativa, complementaridade e transformação social, que deixa transparecer atos de solidariedade, gratuidade, compromisso e responsabilidade, tendo como finalidade o desenvolvimento pessoal e o interesse comunitário, de forma altruísta.

O voluntariado na saúde tem um percurso histórico basicamente de cariz hospitalar, sendo uma experiência pioneira e recente nos Cuidados de Saúde Primários e apresenta como objetivo geral colaborar na criação de um grupo de voluntariado na UCC como forma de exercício de cidadania ativa.

Programa de Apoio à Geração Sénior (PAGER) - dirigido à população residente no concelho em situação de dependência funcional sem apoio institucional ou familiar. No âmbito da saúde, esta situação precária reflete-se numa acessibilidade deficitária aos cuidados e mesmo quando existe, uma má gestão do Regime Terapêutico.

Assim, é imperioso a identificação e o acompanhamento destas pessoas, que na esfera das Unidades de Saúde será realizado pela Unidade de Cuidados na Comunidade. O programa abrange 5 vetores:

- Identificar os idosos em causa;
- Intervir nas pessoas identificadas (Visitação domiciliária; Orientação para Equipa de Saúde Familiar; Gestão do Regime Terapêutico; Gestão de consultas

hospitalares/Cuidados Saúde Primários; Gestão do transporte, acompanhamento e prestação de informações sobre o funcionamento de serviços públicos)

- Prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas (projeto “Com mais cuidado”);
- Avaliação de risco demência;
- Intervir em necessidades extremas (temperaturas extremas, epidemias, ...).

Programa Nacional de Saúde Reprodutiva - O conceito de Saúde Reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e possam decidir se, quando e com que frequência têm filhos. Esta condição pressupõe o direito de cada indivíduo a ser informado e a ter acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis e, ainda, a serviços de saúde adequados, que permitam às mulheres terem uma gravidez e um parto em segurança e ofereçam aos casais as melhores oportunidades de terem crianças saudáveis. Abrange, também, o direito à saúde sexual, entendida como potenciadora da vida e das relações interpessoais. Neste âmbito a UCC intervém neste programa com 5 projetos:

- Preparação para a parentalidade (vai nascer e agora?);
- Aleitamento Materno Mor (AMOR) promoção do aleitamento materno;
- Consulta Domiciliária de Enfermagem no Puerpério (Nasceu e agora?);
- Projeto bebés, crianças e jovens em segurança (Segura-te à vida) segurança rodoviária.
- Recuperação no pós-parto (Pós-parto Ativo), desenvolvido em parceria com o Município.

Anos incríveis - programa de promoção de saúde mental na infância - O projeto Anos Incríveis para a Promoção da Saúde Mental na Infância - Programa para Pais, consiste numa intervenção baseada na evidência que provou ser eficaz para ajudar os pais a lidar com os desafios típicos de quem tem filhos entre os 3 e os 6 anos. Tem como objetivos fortalecer as relações entre pais e crianças; incentivar estilos parentais positivos; encorajar a imposição de limites efetivos e a definição de regras claras; promover o uso de estratégias disciplinares não violentas.

Em síntese, a UCC, através dos diferentes profissionais que a integram, articula-se com as restantes unidades funcionais do Centro de Saúde e do ACeS, na partilha de informação e atividades, que contribuam para a resolução das necessidades de intervenção identificadas em cada projeto. Ainda, de acordo com as necessidades de intervenção e a

obtenção de ganhos em saúde para a população, procura estabelecer com as diferentes entidades da comunidade protocolos de cooperação.

O acolhimento e integração na UCC foi efetuado no primeiro dia pelo enfermeiro em funções de gestão e pela EEESMP, que forneceram todas as indicações, esclarecimentos e apresentações necessárias, desde o espaço físico, à equipa multidisciplinar, à documentação, projetos e dinâmicas do serviço.

De sublinhar, no entanto, que foi perceptível um clima de instabilidade devido à alteração estrutural do serviço, no que diz respeito aos recursos humanos. Nomeadamente: uma das enfermeiras tutoras teve um acidente de trabalho e ficou de atestado prolongado até ao início de Fevereiro e a outra enfermeira poderia ser mobilizada de serviço a partir do início de Janeiro devido à reestruturação da ULS, o que de facto se veio a confirmar. Perante a hipotética situação inicial de permanecer o mês de Janeiro sem tutoria e no sentido de viabilizar o ensino clínico, o facto mencionado anteriormente foi ultrapassado com a integração no projeto de saúde escolar.

As necessidades identificadas/referenciadas pela comunidade educativa no ano letivo transato e as intervenções previamente decididas e agendadas para serem desenvolvidas no ano letivo atual, conduziram-nos para o desenvolvimento de dois projetos:

- **RelaxadaMente** (Anexo I) - sobre ansiedade na adolescência, cujo planeamento fora feito pela colega que antecedeu o estágio e que foi executado e avaliado em 3 turmas do 9º ano de uma das escolas do agrupamento. O objetivo principal é promover a diminuição dos níveis de ansiedade dos adolescentes, através da sua capacitação para o autocontrolo da ansiedade. O projeto compreende duas componentes: uma primeira abordagem psicoeducativa sobre o conceito de ansiedade, sinais e sintomas, em contexto de sala de aula em cada turma; e uma segunda abordagem num contexto mais personalizado em Gabinete de Apoio Personalizado (GAP) com realização de sessões práticas para ensino e treino de estratégias de autocontrolo da ansiedade.
- **Virtualmente Crescendo** (Apêndice IV) - de promoção da literacia em saúde mental sobre a influência da *internet* nas dimensões biológica, psicológica e social dos adolescentes do 7º ano de todas as turmas (11) das escolas do agrupamento. Abordagem, em 3 sessões psicoeducativas e socioterapêuticas a cada turma, temas como: o sono, a alimentação, a saúde física, estilos de vida saudáveis, emoções, autoestima, promoção das relações interpessoais e familiares, treino de competências sociais, *cyberbullying*, medidas básicas de segurança e de proteção *online* e linhas de apoio de Ajuda em Saúde Mental.

Em suma, foi possível aplicar intervenções e adquirir competências que se coadunam com as competências específicas do EEESMP, tendo sempre presente a capacidade de adaptação, motivação, responsabilidade e dinamismo.

2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com as diretrizes estabelecidas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o Enfermeiro Especialista é reconhecido por possuir competências científicas, técnicas e humanas necessárias para fornecer cuidados especializados em enfermagem (OE, 2019). Em todas as especialidades de enfermagem, os profissionais partilham um conjunto de competências essenciais que são aplicáveis em diversos contextos de cuidados de saúde.

A formação do Enfermeiro Especialista inclui a habilidade de capacitar o profissional a desenvolver, promover e aperfeiçoar os seus quatro domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal (A); Melhoria contínua da qualidade (B); Gestão de cuidados (C); Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

Independentemente da área de especialidade escolhida, é fundamental garantir o desenvolvimento das seguintes competências comuns, onde o enfermeiro:

Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1)

O artigo 99º do Código Deontológico dos Enfermeiros, presente no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Decreto-Lei n.º 104/98), estabelece que as ações de enfermagem devem ser realizadas tendo em vista a proteção da liberdade e dignidade tanto da pessoa atendida quanto do enfermeiro. Além disso, o principal guia é a valorização dos direitos humanos durante o contato com os pacientes.

No artigo 102º, é mencionado o compromisso com os princípios humanos de atender a pessoa sem discriminação e garantir o respeito pelas suas escolhas culturais, políticas, religiosas e morais, além de estabelecer as medidas indispensáveis para que ela possa usufruir plenamente de seus direitos nessas esferas (OE, 2016).

Durante os estágios em contexto de respostas diferenciadas e em contexto de cuidados na comunidade, foram priorizadas a proteção e o respeito pela dignidade das pessoas assistidas em todas as decisões. Além disso, houve respeito pelo dever de sigilo, conforme previsto no Artigo 106º do Código Deontológico de Enfermagem, por se considerar que é um pilar fundamental da profissão. Esses princípios foram aplicados nas relações terapêuticas que se estabeleceram com os utentes.

Durante esse processo, foi estabelecida uma participação ativa na discussão e implementação dos planos terapêuticos. Esta colaboração não se limitou apenas aos

jovens, mas também envolveu orientadores, familiares, enfermeiros e toda a equipa envolvida no cuidado dos mesmos.

Nesta construção com o adolescente/família/equipa a ética e a deontologia em enfermagem e o enquadramento jurídico emergiram como referências para direcionar a conduta. Foi concedida a oportunidade de decidir com consciência e responsabilidade, em função do compromisso profissional de cuidar do próximo. Essa responsabilidade inerente à tomada de decisão levou à reflexão sobre determinadas situações, tendo sempre presente que cada indivíduo é único, com os seus próprios valores, crenças e desejos, e tem o direito de se autodeterminar.

É imprescindível assegurar o respeito à dignidade das pessoas e garantir a proteção dos seus direitos essenciais, especialmente perante condições de fragilidade, estigma e incapacidade (Nunes, 2014). No exercício da enfermagem, deu-se uma atenção particular às pessoas com perturbações ou doenças mentais, partindo sempre do princípio de que, muitas vezes, necessitamos de garantir a defesa dos direitos da pessoa, quando esta não consegue cuidar de si mesmo.

Na área da saúde mental e psiquiátrica, a pessoa pode estar num estado vulnerável, com sua autonomia reduzida e ocasionalmente incapaz de solicitar assistência ou se auto-regular. Portanto, é crucial não apenas a prática profissional e ética, exigida pela competência, mas também um enfoque prioritário num "cuidado ético" do EEESMP (Nunes, 2014).

Assim, propôs-se atuar em favor do bem-estar e dos direitos de adolescentes, crianças, adultos e famílias, respeitando a sua dignidade, privacidade, autonomia e capacidade de tomar decisões. Procurou-se contribuir para o tratamento, reabilitação e reintegração na sociedade, refletindo constantemente sobre a atuação e formas de aprimorá-la.

A atuação profissional do enfermeiro especialista baseia-se num exercício ético e responsável, que envolve a tomada de decisões éticas e deontológicas em diferentes contextos da prática de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. Isso inclui a realização de intervenções fundamentadas em princípios, valores e normas éticas, visando garantir a proteção dos direitos humanos e a gerir os cuidados que respeitem a privacidade, segurança e dignidade de todos as pessoas que cuidamos, sejam elas adultos, crianças ou adolescentes.

Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2)

Os princípios fundamentais da relação profissional incluem a equidade, a autonomia com responsabilidade, a preocupação com o bem coletivo, a transparência e a imparcialidade, a generosidade e cooperação, a competência e o desenvolvimento profissional.

Infelizmente, pessoas com transtornos mentais ainda sofrem com estigmas e preconceitos. Essa condição torna-os mais suscetíveis a serem discriminados tanto pela sociedade como por aqueles que convivem com eles, talvez pela falta de compreensão desse fenômeno, sendo que, o projeto de promoção da literacia em saúde mental e de redução do estigma, intitulado “*LiteraSmental*”, foi importante para minimizar este preconceito e para prevenir comportamentos suicidários nos adolescentes.

Esta discriminação também se reflete nos jovens que têm (ou tiveram) ideação suicida. Ao longo deste relatório, e de todo o percurso, instruiu-se sobre este estigma e alertou-se para as populações mais vulneráveis. Houve divulgação em ambiente hospitalar, por se acreditar que é uma obrigação ética prestar atenção especial às pessoas vulneráveis e com menos recursos de proteção. É importante ressaltar que a evidência indica que aproximadamente 70% das pessoas que cometem suicídio procuram atendimento médico no mês anterior à sua morte (Valadas e Freitas, 2021).

De entre as diversas atividades realizadas, procurou-se garantir a equidade no acesso aos cuidados, estimulando a liberdade de escolha sem deixar de considerar o interesse coletivo; atuou-se com transparência, respeitando o princípio da equidade, atendendo às necessidades daqueles que cuidamos e atuando sempre com habilidade, utilizando os nossos próprios recursos pessoais e os disponíveis. Atuou-se sempre com um propósito específico e refletindo sobre esse processo, procurando constantemente a melhoria profissional.

Não só nas intervenções terapêuticas individuais, mas também nas de grupo, procurou-se o desenvolvimento desta competência. As intervenções terapêuticas em grupo, foram sobretudo realizadas nas sessões dos projetos “*LiteraSMental*”, “*RelaxadaMente*” e “*Virtualmente Crescendo*”. Neste cenário, é fundamental a gestão adequada das fronteiras entre o âmbito público e privado, especialmente quando se trata do acompanhamento dos adolescentes nesse processo. É importante auxiliá-los a lidar de forma equilibrada com essa dualidade.

O adolescente está num momento de formação de identidade, o que o torna mais sensível ao expressar as suas emoções. Nesse contexto, auxiliou-se o adolescente a

escolher o que pode partilhar em grupo e a expressar os seus sentimentos de forma a respeitar a sua privacidade e a proteger a sua vulnerabilidade.

Falar sobre a esfera privada envolve questões como independência, liberdade e capacitação, princípios e intervenções essenciais à prática da enfermagem e assegurados pelos documentos normativos da profissão. Já em relação ao âmbito público, conforme Arendt (1983), é associado à esfera da ação, que está ligada à interação, diversidade e pluralidade. É por meio da nossa interação com o público que somos identificados e nos identificamos. Auxiliar os jovens a adquirir essa capacidade é colaborar para a formação da sua personalidade e para a proteção da sua Dignidade Humana.

Durante a interação com os adolescentes, foi fundamental abordar a importância da distinção entre o que é público e o que é privado para cada um deles. A experiência e o contexto de vida de cada adolescente demandaram uma abordagem individualizada e personalizada na prestação de cuidados, mesmo durante intervenções em grupo. Essa experiência foi crucial para o desenvolvimento da primeira competência comum do EE, pois possibilitou aperfeiçoar a ética e a conduta profissional, bem como adotar medidas preventivas para garantir a segurança, a privacidade e a dignidade dos adolescentes.

Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1)

De acordo com esta competência, é responsabilidade do Enfermeiro Especialista auxiliar na criação e implementação de iniciativas organizacionais relacionadas com a qualidade e contribuir para que essas ações sejam compreendidas e aplicadas a todos os níveis operacionais (OE, 2019).

Assumiu-se a liderança de um sistema de gestão clínica ativa durante as intervenções implementadas. Em contexto de respostas diferenciadas produziu-se um Estudo de Caso que estabeleceu um plano personalizado, focado na pessoa e nas suas necessidades, com a implementação de intervenções para melhorar e recuperar a sua saúde. Iniciou-se pela identificação dos problemas e circunstâncias que se pretendiam alterar. Posteriormente, definiram-se os objetivos a serem alcançados, analisando as estratégias e as intervenções a desenvolver junto da mesma. Após a definição destes aspetos, o planeamento foi colocado em prática, monitorizando e controlando as atividades para corrigir possíveis constrangimentos que exijam alteração ou ajuste. No término de cada fase, realizou-se uma avaliação para verificar se os objetivos estabelecidos foram alcançados. Este procedimento baseia-se no cerne do conceito de gestão clínica, que visa à constante melhoria da qualidade dos cuidados (Rodrigues & Felício, 2017).

Em contexto comunitário na procura incessante da melhoria contínua da qualidade, procurou-se mobilizar conhecimentos e habilidades de modo a desenvolver projetos institucionais, como é o caso do Virtualmente Crescendo. Projeto da instituição que se encontrava em fase embrionária e que foi desenvolvido, a nível do planeamento, da execução e da avaliação. O mesmo visa a promoção da literacia em Saúde Mental e prevenção de complicações associadas ao uso de internet, como, por exemplo, o isolamento social, autoestima, gestão emocional, relações interpessoais, cyberbullying e comportamentos da esfera suicidária, abraçando as práticas de qualidade em enfermagem.

A busca pela excelência nos cuidados prestados foi um dos principais focos, visando sempre a precisão da documentação de enfermagem, a integração dos cuidados durante as passagens de turno ou em reuniões com as equipas multidisciplinares. Participou-se em iniciativas institucionais relacionadas com a qualidade, ajustando os cuidados de acordo com as avaliações realizadas; e liderou-se o projeto de melhoria contínua mencionado anteriormente, com o objetivo de alcançar a excelência e aperfeiçoar os cuidados de enfermagem.

Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2)

Os PQCEESMP estabelecem as responsabilidades do enfermeiro com as pessoas, colegas de trabalho, comunidade e autoridades, além de oferecer diretrizes na elaboração de programas da melhoria contínua da qualidade (OE, 2015). Estes estão agrupados em oito enunciados descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção das complicações, o bem-estar e o autocuidado, a adaptação, a organização dos cuidados de enfermagem, a relação psicoterapêutica, a redução do Estigma e a promoção da inclusão social (OE, 2015).

Qualquer programa de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem requer uma visão partilhada, visando o máximo bem-estar possível para cada indivíduo. É necessário estabelecer prioridades e metas de qualidade (realistas, claras, mensuráveis, concisas e que resultem em benefícios para a saúde), com a implementação de projetos que agreguem valor para todos os envolvidos (pessoas, profissionais de saúde, instituições de saúde e até mesmo a sociedade).

De acordo com as normas estabelecidas para os cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental, a questão das "Tentativas de suicídio em adolescentes" está associada à Promoção da Saúde, Prevenção de Complicações e à Satisfação do Cliente, como descrito no Regulamento n.º 356/2015, publicado no Diário da República em 25 de

junho de 2015. Neste sentido, desenvolveu-se um projeto de melhoria contínua da qualidade de cuidados - LiteraSMental - que poderá ser um início promissor para a implementação de um programa de prevenção do suicídio em jovens. Também houve colaboração na execução de diversos projetos estabelecidos em contextos da prática clínica.

Na comunidade implementou-se um projeto de intervenção - Virtualmente Crescendo - com o objetivo de melhorar os cuidados oferecidos aos adolescentes, resultando em benefícios significativos para a saúde e qualidade de vida. Este projeto, que se encontrava numa fase embrionária, atendeu aos focos de estudo e à necessidade da equipa de enfermagem de carência de recursos perante as solicitações da comunidade docente. O processo diagnóstico estava concluído, mas o projeto tinha apenas uma sessão planeada, pelo que, o mesmo foi reestruturado com o planeamento de três sessões de psicoeducação, que foram executadas e avaliadas em cada turma do 7º ano (11) de todo o Agrupamento de Escola do Concelho, num total de 33 sessões.

Procurou-se sempre adquirir as competências de EEESMP, em consonância com o projeto da equipa, procurando o seu desenvolvimento. Durante a elaboração em parceria do planeamento de atividades terapêuticas, foram organizadas sessões e definidos objetivos terapêuticos de acordo com as necessidades do grupo. As sessões foram implementadas com metas terapêuticas específicas. Após avaliar os resultados de uma sessão, a próxima sessão era adaptada para minimizar dificuldades e atender melhor às necessidades identificadas.

De acordo com os critérios de excelência dos cuidados de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica, este documento e os projetos mencionados abrangem a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e a autogestão, além de adaptar e reduzir estigmas, bem como promover a inclusão social.

Com as actividades referidas anteriormente, demonstrou-se o comprometimento em alcançar constantemente a qualidade dos cuidados e colaborar para uma intervenção terapêutica fundamentada e organizada.

Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3)

O EE enfatiza a importância de criar um ambiente centrado na pessoa para garantir o sucesso do tratamento e evitar incidentes, agindo de forma proativa para promover o bem-estar e avaliar os riscos. No ambiente hospitalar, a prevenção de riscos sempre teve destaque, com foco nos fatores de risco e das populações vulneráveis aos comportamentos suicidas, principalmente entre os adolescentes. A implementação de estratégias para

reduzir esses riscos tem como objetivo garantir a segurança das pessoas em situação de risco, como demonstrado no Estudo de Caso e no projeto LiteraSMental.

No contexto comunitário, nomeadamente em jovens do 7º ano, a literacia e consequentemente o empoderamento sobre os riscos da internet nas suas dimensões biológica, psicológica e social realizada no projeto Virtualmente Crescendo demonstram a redução do risco e promoção da segurança.

Durante o processo de aprendizagem nesta área, também foi importante reconhecer a importância dos momentos menos formais da intervenção no ambiente hospitalar. Esses momentos incluem a interação durante as refeições e na sala de estar do grupo, que, mesmo mantendo o propósito terapêutico, não seguem uma estrutura programada.

A intermediação de assuntos de discussão nesses cenários é fundamental para garantir o ambiente seguro, que respeite a privacidade, e promover o espaço terapêutico, que valorize a partilha de experiências. Contribuiu-se de forma eficaz para equilibrar esses aspetos.

Durante o horário das refeições, as adolescentes em tratamento por distúrbios alimentares podem sentir uma grande ansiedade e desconforto. Acompanhou-se essas jovens enquanto lidam com essas emoções, criando um ambiente acolhedor e favorável à sua saúde mental. O intuito foi proporcionar um momento terapêutico que auxiliasse as jovens a compreender a importância da alimentação e a se reconciliar com essa necessidade fundamental do ser humano.

Nos locais partilhados pelos jovens, seja em atividades em grupo ou em momentos informais, a gestão dos possíveis perigos e a promoção de um ambiente terapêutico foram desafios vencidos com sucesso. A preservação de um espaço protegido durante a troca de informações e vivências, mesmo em assuntos sensíveis, foi assegurada com sucesso. Desenvolveu-se a habilidade de garantir um ambiente seguro em todos os aspetos - físico, psicossocial, cultural e espiritual.

Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1)

De acordo com o estabelecido no Artigo 109º do Código Deontológico dos Enfermeiros, é incumbência do enfermeiro garantir a excelência e a permanência dos cuidados ao delegar tarefas, assumindo a responsabilidade por elas. Delegar tarefas é permitido apenas a profissionais que sejam competentes para executá-las, de acordo com o Artigo 10º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Além disso, é importante ressaltar a colaboração com

outras áreas profissionais e a referência a outros prestadores de cuidados dentro desta competência.

A nível hospitalar, de forma ativa, participou-se nas reuniões de serviço e nas reuniões da Consulta da Primeira Infância. Estas eram realizadas semanalmente no hospital de dia e eram multidisciplinares nas quais estavam presentes Psicólogos, Assistentes Sociais, Enfermeiros, Pedopsiquiatras e Psicomotricistas. Eram discutidos casos de jovens dos 5 aos 12 anos e realizada remarcação de consultas e sessões terapêuticas. Após avaliação multidisciplinar era proposto um plano terapêutico de intervenção individualizado.

Foi priorizado o trabalho em conjunto com equipas multidisciplinares, atuando como estudante, contribuindo conforme atribuições definidas, sem ultrapassar os limites das competências; entendendo e valorizando os variados e interligados papéis e responsabilidades dos integrantes da equipa; fomentando o ambiente positivo e encorajador para a prática profissional; participando com sugestões para melhorar tanto as unidades quanto as necessidades das pessoas; respeitando as opiniões alheias; recebendo críticas de forma construtiva e ajustando o comportamento quando necessário.

No contexto profissional, a colaboração em grupo é essencial, uma vez que é responsabilidade de cada indivíduo partilhar informações relevantes com os colegas, mantendo-se imparcial. Além disso, a supervisão e avaliação das atividades atribuídas exigem assumir a responsabilidade pelos cuidados delegados, respeitando os princípios de delegação de forma adequada e segura. Desta forma, houve sempre a preocupação em acompanhar o cumprimento das políticas que proíbem a presença de itens perigosos nas instalações de internamento; a monitorização e contagem de talheres após as refeições e distribuição de acordo com o risco clínico; supervisão dos cuidados de higiene dos jovens conforme a necessidade clínica e gestão de risco; garantir a vigilância e registo adequados das refeições das crianças/adolescentes com distúrbios alimentares; e assegurar que os planos terapêuticos fossem seguidos, como a necessidade de descanso após as refeições, colaborando em equipa para monitorizar essas necessidades.

Antes da alta clínica, entrou-se em contato e elaboraram-se documentos para encaminhar a pessoa na continuidade dos cuidados a serem fornecidos pelas equipas da comunidade.

Em contexto de formação em serviço, foi apresentado o Projeto LiteraSMental à equipa de enfermagem, tendo proporcionado uma discussão produtiva que contribuiu positivamente para o investimento na área de Saúde Mental e Psiquiátrica no contexto hospitalar. Foram estabelecidas diretrizes e metas terapêuticas para as intervenções a realizar futuramente. Tais intervenções, baseadas em evidência, visaram a criação de um

plano de cuidados ao qual todos os enfermeiros poderão adotar. Este processo teve como objetivo a tomada de decisão no cuidado à pessoa. Desta forma, geriu-se os cuidados e optimizou-se a resposta da equipa de enfermagem.

Em contexto da comunidade, colaborou-se em conjunto com a comunidade educativa do agrupamento de escolas, na elaboração dos cronogramas para a execução das sessões dos projetos RelaxadaMente e Virtualmente Crescendo. Esta competência foi desenvolvida ao longo de todo o ensino clínico, pois certamente é com a experiência e o decorrer do ensino clínico, que o sucesso dos objetivos enquanto equipa de saúde está diretamente ligado à colaboração e parceria que se estabelece com outros profissionais e instituições.

Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2)

Desempenhou um papel essencial no desenvolvimento desta competência a experiência no estágio, tal como a prática enquanto enfermeiro ao longo da nossa carreira e também algumas disciplinas estratégicas do Mestrado em Enfermagem, como Gestão, Liderança e Tomada de Decisão.

É fundamental compreender o impacto das diferentes características de liderança nas equipas de enfermagem. Certos aspetos da liderança podem causar uma grande mudança na equipa que está a ser liderada. O líder em enfermagem necessita de possuir habilidades cognitivas para entender em pleno a situação, assim como a capacidade excepcional de resolver problemas, estabilidade e resistência para manter uma abordagem consistente na sua forma de pensar, falar e agir, promovendo o crescimento diante dos desafios e críticas, que devem ser encarados de forma construtiva. É, ainda, crucial que o líder tenha consciência e interiorize os valores e desafios em enfermagem, garantindo um compromisso tanto do líder quanto da equipa com a justiça das decisões tomadas. (Cherian e Karkada, 2017).

A inteligência emocional é uma habilidade essencial para os líderes, pois possibilita uma melhor perceção das necessidades e sentimentos dos colaboradores e clientes estabelecendo, assim, planos de cuidados mais eficazes. Além disso, a motivação é fundamental para que o líder se comprometa com os desafios e consiga inspirar esse compromisso nos demais.

O contexto de estágio permitiu adquirir competências valiosas para lidar com situações desafiadoras verificadas pela conceção do Estudo de Caso e dos três Projetos de Intervenção que surgiram para colmatar necessidades/problemas identificados.

Compreendeu-se a importância da sensibilização, do compromisso e da determinação no desenvolvimento de competências neste processo de aprendizagem, assim como ao incentivar a equipa a aderir aos valores e metas propostos no projeto de Formação de Serviço.

A habilidade de compreender e gerir as emoções, conhecida como inteligência emocional, é algo que se está constantemente a aperfeiçoar. Posteriormente, neste relatório, é possível evidenciar o desenvolvimento por meio da aquisição de competências relacionadas à autoconsciência e à capacidade de avaliar pessoas, famílias e comunidades.

Durante o período de estágio, procurou-se criar um ambiente seguro para a equipa, mantendo uma postura proativa e disponível. Graças à dedicação, à prática baseada em evidência e à vasta experiência de vinte anos na área da pediatria, onde ocasionalmente foi possível assumir responsabilidades na área da gestão e liderança de cuidados de enfermagem, compreendeu-se a importância de participar de forma democrática em diferentes situações de cuidados, tendo em consideração as características pessoais.

Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1)

A primeira competência deste campo é baseada na ideia de que o EE deve ter consciência de si mesmo, tanto como pessoa quanto como profissional (OE, 2019). De acordo com Phaneuf (2005), é essencial conhecer-se para desenvolver a prática profissional, e ele menciona Sócrates, que disse "conhece-te a ti mesmo" como um caminho para alcançar a sabedoria (p. 177). Como a enfermagem envolve uma forte relação com o outro, é necessário um constante crescimento pessoal e profissional para que o enfermeiro possa desenvolver a sua capacidade de cuidar (Watson, 2002). É necessário uma reflexão profunda sobre si mesmo e sobre como interagimos com os outros, de maneira crítica para promover o autoconhecimento e o desenvolvimento pessoal.

Este processo de procura de uma elevada consciência de nós próprios tem pautado a praxis clínica e tem sido intensificado e estruturado ao longo do Mestrado em unidades curriculares como Desenvolvimento Pessoal e Comunicação Terapêutica, Ética e Deontologia Profissional e Modelos, Métodos e Técnicas de Intervenção em Saúde; nas experiências e relações terapêuticas estabelecidas; nos momentos de avaliação contínua e final de cada período de estágio e através da execução deste relatório.

Assim sendo, o presente documento é uma ferramenta essencial dessa conceptualização, que possibilitou analisar o desenvolvimento de competências,

nomeadamente na intervenção do EEESMP com o adolescente que apresenta ideação suicida ou tentativas de suicídio.

Na primeira competência específica do EEESMP, realizou-se um trabalho dedicado de reflexão pessoal, incentivado pela prática fundamentada em evidência e intencionalmente focada em promover um autoconhecimento mais profundo, conforme a teoria de Watson (2002).

Foi possível expandir a autoconsciência, autopresença e controle ao conhecer sobre as características e limitações pessoais. Estes conceitos são essenciais para o crescimento das relações, tanto no âmbito profissional quanto pessoal.

O investimento individual feito na descoberta de si mesmo foi fundamental para as ações tomadas na percepção da importância da comunicação eficaz e da capacidade de se expressar de forma assertiva, que se tornaram fundamentais para o estabelecimento de relações terapêuticas. Na interação terapêutica, tanto a pessoa como o terapeuta estão envolvidos num processo de desenvolvimento e transformação. De acordo com Rogers (2009), é uma oportunidade para ambos crescerem não apenas em termos profissionais, mas também em níveis pessoais.

Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2)

Ainda neste domínio, a segunda competência reitera uma prática clínica especializada e fundamentada em dados científicos (OE, 2019). Segundo Nunes (2018), é essencial em enfermagem possuir habilidades únicas, como o respeito mútuo, a capacidade de estabelecer e finalizar relações de ajuda, estimular o desenvolvimento da pessoa e definir a prática com base em princípios profissionais e evidências científicas.

Como referido anteriormente, além da importância de um crescimento pessoal significativo, é necessário uma prática assente num pensamento científico válido. Durante a carreira profissional e, de maneira especial, ao longo do mestrado e, em particular, no contexto do estágio, tem-se vindo a desenvolver uma prática baseada na evidência.

Assim, é fundamental ponderar sobre algumas áreas de pesquisa e atuação clínica que se exploraram ao longo deste mestrado, que incluem o suicídio e a adolescência.

A adolescência foi estudada de forma intensa. Não é exequível avançar no campo da pedopsiquiatria sem em primeiro lugar entender melhor o que acontece durante a adolescência. Foi fundamental compreender os aspetos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais vividos pelos jovens até chegarem à idade adulta. A procura por conhecimento permitiu ter uma visão mais clara do processo de problemas psicológicos na juventude. Ficou mais simples a compreensão sobre o impacto das experiências na saúde mental dos

jovens, o que auxiliou na avaliação diagnóstica e no planeamento de intervenções de enfermagem especializadas.

Além de consultar estudos científicos na área, também se foi possível participar em eventos científicos que discutiam as mudanças na saúde mental de jovens, bem como a interação destes com a família, amigos e comunidade. Houve preocupação com o desenvolvimento pessoal e profissional, relacionadas com o tema abordado neste relatório, tendo sido possível a participação em ações de formação:

- Debate em mesa-redonda sobre o tema: Saúde Mental das Crianças e Adolescentes Migrantes organizado pelo serviço de Pedopsiquiatria;
- Seminário: Saúde Mental dos Adolescentes organizado pelo serviço de Pedopsiquiatria.

Durante o estágio de cuidados diferenciados, o tema do suicídio despertou grande interesse, principalmente devido à alta incidência entre os jovens internados e também pelas tentativas de suicídio que ocorrem em idades cada vez mais precoces, como é o caso de uma jovem de 13 anos, com 4 tentativas de suicídio que se elegeu como situação para o desenvolvimento de um Estudo de Caso e que revela que algo não está a ser bem feito ou que ainda muito tem de ser desenvolvido para contrariar esta tendência. Esta foi a motivação para a escolha do tema principal da *Scoping Review* e para o desenvolvimento do projeto LiteraSMental de promoção da literacia em saúde mental e de redução do estigma.

Ao analisar o fenómeno do suicídio entre adolescentes, conseguiu-se identificar os elementos que aumentam a esta probabilidade, as situações que desencadeiam o comportamento e os elementos que ajudam a prevenir a ocorrência do comportamento suicida na adolescência. Na *Scoping Review* realizada durante o período de estágio foram identificadas intervenções para a gestão da crise suicidária, através da qual se desenvolveu a prestação de cuidados fundamentada em evidência. Com frequência, procuraram-se novos conhecimentos e informações atuais através da pesquisa de termos relacionados nos índices (DeCS/MeSH) em diferentes plataformas e sites de referência.

A análise diagnóstica e intervenção terapêutica desenvolvida foram baseadas em evidência científica e conhecimentos sólidos, comprovando a capacidade no cumprimento da competência D2, nomeadamente: nos processos de relação terapêutica que se estabeleceram, no planeamento das atividades terapêuticas individuais ou de grupo dinamizadas, na gestão de cuidados em momentos menos estruturados e informais.

Acredita-se possuir habilidades e conhecimentos em enfermagem na área da ESMP, procurando aproveitar ao máximo as oportunidades de aprendizagem que foram oferecidas.

Após a conclusão da avaliação das competências comuns do EE, será realizada uma reflexão e análise sobre as competências do EEESMP.

3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

O regulamento que estabelece as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, conforme definido no documento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, destaca que a atuação nessa área está voltada para a promoção da saúde mental, a prevenção, o diagnóstico e a intervenção diante de respostas humanas inadequadas aos processos de mudança, que podem resultar em sofrimento, alterações ou doenças mentais.

Conforme estabelecido no Artigo 2º, o conjunto de competências do profissional de enfermagem especializado em ESMP abrange tanto as competências comuns do EE como as competências específicas. Visa, ainda, estabelecer critérios para a certificação de competências e também informar aos cidadãos sobre o que podem esperar desses profissionais especializados.

Em Saúde Mental e Psiquiátrica, são notáveis os ganhos em indivíduos que enfrentam desafios, mudanças ou distúrbios mentais, resultando na redução da sua incapacidade.

De acordo com o Artigo 4.º, a prática especializada é orientada por quatro competências específicas que serão avaliadas em relação ao seu desenvolvimento e aquisição, juntamente com as atividades e conhecimentos adquiridos durante esse processo. Estas assumem que o EEESMP:

Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional

Invoca-se novamente a importância do autoconceito. Tal como na competência comum do Enfermeiro Especialista, especificamente no domínio do crescimento das aprendizagens, a "autoconsciência" também é destacada nesta competência como crucial para reconhecer a nossa identidade e a influência dos nossos valores e características pessoais na relação terapêutica.

Foi impactante e transformador a percepção sobre a preponderância de comportamentos suicidários nos jovens. As emoções, sentimentos e comportamentos, tanto os nossos quanto os dos outros, desencadearam uma reflexão interna, permitindo reconhecer as diferentes facetas da personalidade e o modo como elas funcionam. Além disso, a observação do *feedback* dos outros permite compreender melhor a nossa identidade, as nossas características e quais são as ações necessárias para evoluir (Phaneuf, 2001), o que

se encarou como uma oportunidade para crescer tanto no âmbito pessoal quanto profissional.

A relação entre o enfermeiro e a pessoa possui um potencial terapêutico, uma vez que o profissional exerce influência através da sua própria interação. Neste processo, ambos partilham o crescimento pessoal, resultante da relação interpessoal estabelecida (Peplau, 1988).

A base do cuidar em saúde mental e psiquiatria é a relação terapêutica, e na sua conceção, o enfermeiro guia as suas intervenções, reconhecendo a importância de não apenas compreender, escutar e atender o outro, mas também de compreender o que está a acontecer dentro de si mesmo, identificando as emoções, pensamentos ou reações que as palavras do doente provocam nele (Phaneuf, 2005).

Neste sentido, Phaneuf (2005) aborda dois conceitos que poderão prejudicar a relação terapêutica e aos quais se deve ter particular atenção: transferência e contratransferência. A transferência sustenta-se na infância, é a repetição de relações/conflitos passados, onde sentimentos e emoções podem ser projetados sobre os profissionais de saúde (Phaneuf, 2005). Como EEESMP, é importante estar consciente destas situações e esclarecer as percepções junto à pessoa que cuidamos. Por outro lado, a reação contrária (contratransferência) também poderá acontecer, onde Phaneuf (2005) explica que se trata das reações emocionais e afectivas, que o enfermeiro desenvolve em resposta à conduta da pessoa sob os seus cuidados.

Durante as fases de estágio, não se observou nenhum dos fenómenos. Contudo, sempre ciente da probabilidade da sua ocorrência e reconhecendo que tais reações poderiam impactar negativamente a relação de ajuda. Como EEESMP, é necessário observar a qualidade da relação, prestando especial atenção ao nível de confiança demonstrado, à forma como se transmite informações, à autenticidade das ações e à capacidade de expressar empatia, fundamentos essenciais para o estabelecimento de uma relação terapêutica que, frequentemente, se conseguiu estabelecer e manter e que permitiu obter os resultados esperados das intervenções, como foi visível, a título de exemplo, no Estudo de Caso.

Caso a imparcialidade da relação de ajuda esteja em questão, deve-se pedir a intervenção e colaboração de outro EEESMP.

Neste sentido, considera-se, por isso, adquirida a primeira competência do EEESMP.

Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental

A descrição desta competência indica que é necessário recolher informações essenciais para avaliar o estado mental das pessoas sob o nosso cuidado. Para tal, é necessário requerer competências comunicacionais, sensibilidade cultural e linguística, estratégias de entrevista, análise comportamental, verificação documental e análise aprofundada da pessoa e de todos os seus contextos.

Acompanhar jovens em contexto hospitalar e comunitário possibilitou a compreensão de diferentes realidades e a identificação de necessidades específicas. Isso destaca a importância e urgência da individualização dos cuidados. Para alcançar este objetivo, a comunicação eficiente durante a recolha de informações por meio de entrevistas é fundamental para estabelecer um vínculo terapêutico e determinar as necessidades do cliente (Amaral, 2010).

De acordo com Chalifour (2009), a entrevista é uma forma única de comunicação humana que tem como objetivo principal auxiliar o indivíduo a ajudar-se a si mesmo. A comunicação terapêutica é, portanto, um processo intencional e consciente que se baseia no uso do conhecimento sobre a comunicação, onde apresenta como objetivo estabelecer uma relação de confiança e interação efetiva, a fim de auxiliar a pessoa na resolução dos seus problemas (Sequeira, 2020).

No estágio de respostas diferenciadas em pedopsiquiatria, foi empregue a metodologia de Estudo de Caso, que consta neste documento, onde se realizaram entrevistas, observou-se o comportamento e analisaram-se os registos clínicos para obter uma avaliação abrangente da história de saúde mental. As técnicas de comunicação utilizadas revelaram-se eficazes, pois permitiram estabelecer uma relação terapêutica com a jovem, o que, por sua vez, conduziu a uma colheita de dados individualizada e fidedigna, refletindo-se no exame de estado mental, no Genograma, no Ecomapa e na identificação precisa das necessidades/diagnósticos de enfermagem. Neste exercício considera-se ter auxiliado a jovem a otimizar a sua saúde mental.

Ainda neste contexto, desenvolveu-se e aplicou-se o projeto de promoção de literacia em saúde mental e redução do estigma: LiteraSMental.

Como descrito nas competências comuns do Enfermeiro Especialista, implementou-se, em contexto comunitário, dois projetos de promoção da saúde e prevenção de complicações: RelaxadaMente e Virtualmente Crescendo.

Ao analisar as competências e recursos disponíveis tanto internamente quanto externamente, conseguiu-se identificar e auxiliar alguns jovens na melhoria destes recursos tanto em intervenções individuais quanto em grupo.

Também ao identificar um método no qual, recorrendo às competências do enfermeiro, foi possível realizar uma avaliação completa da pessoa. Manteve-se a constante busca pelo aprimoramento das competências de comunicação e de interação com a pessoa, assim como o conhecimento baseado em evidência científica sobre a saúde mental dos jovens aos quais se prestaram cuidados. Esta condição permitiu garantir uma avaliação abrangente e detalhada.

Porém, é importante não esquecer da conexão essencial entre a avaliação inicial diagnóstica e o tratamento proposto. Trata-se da capacidade do EEESMP de realizar uma avaliação detalhada, que não se limita somente ao início do acompanhamento terapêutico.

Segundo Lopes (2018), a avaliação diagnóstica e a intervenção terapêutica acontecem de forma simultânea. Isto significa que a avaliação não se encerra no início da intervenção, mas a acompanha ao longo do processo. A intervenção terapêutica pode ter início desde os primeiros instantes da relação interpessoal.

De acordo com Phaneuf (2005), é importante que a comunicação do enfermeiro seja sempre terapêutica. Este é um exercício que tem sido desenvolvido ao longo do percurso acadêmico e que se pretende que se mantenha.

Com base nas informações facultadas, considera-se que a segunda competência do EEESMP foi alcançada, atendendo aos requisitos de avaliação estabelecidos para as três unidades de competência.

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

A análise desta competência suporta as etapas do processo de enfermagem, como o diagnóstico, a definição de objetivos e a execução do planeamento para uma pessoa ou grupo.

A prática clínica envolve a qualidade da interação interpessoal e o recurso aos profissionais como ferramentas terapêuticas, o que permite construir uma relação de confiança com a pessoa, além de ampliar a sua percepção sobre os seus problemas e capacidade para resolvê-los (OE, 2018). Por sua vez, a elaboração de um plano de intervenção é baseado no discernimento clínico do EEESMP, tendo em consideração a avaliação de dados e princípios teóricos, e é discutido com a pessoa, incluindo os diagnósticos de enfermagem (OE, 2018).

Atualmente, a qualidade de cuidados é uma preocupação central em qualquer Serviço/Unidade, e em qualquer área, incluindo em Saúde Mental. Para ser totalmente atingível, é fundamental recorrer aos instrumentos psicométricos de avaliação que colaborem no processo de Diagnóstico.

Ao longo dos dois contextos de estágio, utilizaram-se entrevistas clínicas como uma ferramenta de observação e comunicação para obter informações detalhadas sobre a saúde das pessoas e o ambiente em que estão inseridas. Essa abordagem ajudou a compreender melhor o problema de saúde e a situação em que a pessoa se encontrava, o que facilitou a formulação de um diagnóstico de enfermagem mais preciso e eficaz (Sequeira, 2020).

Em contexto comunitário, foi empregue, para avaliação dos resultados das sessões de psicoeducação em sala de aula, a ferramenta Mentimeter, sendo fornecido um QR code para os jovens acederem a um breve questionário de avaliação de conhecimentos sobre a ansiedade (RelaxadaMente) e sobre os temas abordados em cada uma das sessões e sua utilidade (Virtualmente Crescendo), sendo solicitado o seu preenchimento no início e no final de cada sessão. Aos jovens que demonstraram interesse em participar nas sessões práticas (RelaxadaMente), foi solicitado o preenchimento do Inventário de ansiedade estado-traço (STAI-Y) e o Índice de bem-estar da OMS (WHO-5), versão de 1998, funcionando como avaliação inicial. Também foi solicitado o preenchimento destes mesmos instrumentos na sessão final, como forma de avaliação final do projeto.

No estágio hospitalar, utilizaram-se questionários de avaliação de conhecimentos no início e no final de cada uma das sessões (LiteraSMental). No Estudo de Caso recorreu-se ao Indicador NOC de resultado para equilíbrio do humor (1204), à Escala de avaliação da ansiedade de Hamilton, ao Indicador NOC de resultado para Autoestima (1205) e ao Indicador NOC de resultado para Vontade de Viver (1206). Foram aplicados durante a entrevista clínica e utilizados como dados iniciais e opcionais que sustentavam, respetivamente, os diagnósticos Humor Depressivo, Ansiedade, Autoconceito Comprometido e Ideação Suicida e permitiram definir objetivos/resultados esperados para cada diagnóstico. Numa fase posterior à aplicação das intervenções terapêuticas foram reavaliados como dados de evolução. Ainda durante a entrevista clínica, e como condição fundamental para a execução da intervenção psicoterapêutica Reestruturação Cognitiva, foram aplicados o Mini Mental State Examination e o Indicador NOC de resultado “Motivação” (1209).

A execução do estudo de caso e dos projetos para a promoção e preservação da saúde e prevenção de problemas mentais, sempre foram baseados na identificação das

necessidades de intervenção especializada no contexto do Ensino Especializado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), conforme proposto por Saraiva & Garrido (2014), onde enfatizam que a avaliação se torna uma forma de intervenção sendo fundamental para estabelecer uma conexão terapêutica sólida. Foi efetuada a sistematização e análise dos dados, a identificação de possíveis diagnósticos de saúde mental, a definição dos objetivos desejados, a elaboração do plano de cuidados e a implementação e discussão do mesmo, sempre com pensamento crítico e prescrevendo os cuidados a prestar baseados na evidência.

As intervenções realizadas em contexto hospitalar e comunitário tinham como objetivo desenvolver as competências específicas do EESMP, designadamente, conhecimentos técnico-científicos, capacidade de juízo clínico, raciocínio diagnóstico e tomada de decisão para a prática clínica especializada.

Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, 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

De acordo com a descrição desta competência, é necessário implementar as intervenções planeadas para auxiliar a pessoa a atingir um estado de saúde desejado e/ou se adaptar à situação de saúde/doença vivenciada. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) mobiliza cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais.

No contexto da ESMP, as competências psicoterapêuticas permitem que o enfermeiro especializado nessa área desenvolva um juízo clínico único, o que resulta numa prática clínica diferenciada das demais áreas de especialização em Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Enquanto intervenção psicoterapêutica foi colocada em prática a reestruturação cognitiva que permite ao utente: controlar os seus pensamentos negativos automáticos; identificar as relações entre pensamentos, emoções e ações; analisar as provas que confirmam ou refutam os pensamentos distorcidos automáticos e substituir essas interpretações tendenciosas por pensamentos mais realistas. No planeamento e execução da reestruturação cognitiva à jovem do estudo de caso, foi fundamental mobilizar os conhecimentos das várias modalidades psicoterapêuticas, nomeadamente os conhecimentos da relação de ajuda, técnica de modificação de comportamentos, técnicas de relaxamento, promoção da autoconsciência, entre outras. A aplicação dos conhecimentos das várias técnicas deve ter em conta a natureza do problema e da

sensibilidade da pessoa, de forma a facilitar o processo de mudança (Sequeira, Sampaio, Merino, 2016).

A jovem de 13 anos com 4 tentativas de suicídio por IMV, como trabalho de casa, conseguiu identificar os seus pensamentos automáticos, em que circunstâncias ocorriam (stressores), a emoção negativa associada e posteriormente identificou as estratégias/respostas adaptativas a adotar perante cada um dos seus pensamentos automáticos e os resultados/emoções positivas dessas mesmas estratégias.

| Stressores | Pensamentos automáticos | Emoção negativa | Estratégias | Emoção Positiva |
|--|--|----------------------|----------------------------|-----------------|
| Escola | Não sou capaz | Tristeza | Vou tentar | Confiante |
| No dia a dia | Tudo que eu faço dá errado | Tristeza | Eu souber a minha tarefa | Confiante |
| Espeelho | Estou gorda | Insegurança | Praticar exercício físico | Alegre |
| Quando vejo uma pessoa a fazer algo que eu não consigo fazer | Claro, mais que a maioria | Comparação | Souber a minha missão | Confiante |
| Quando alguém não corre bem | Quero mover | Rápido/tristeza | Vou tentar fazer outra vez | Esperansa |
| Quando estou a chegar | Se já que algum dia eu vou ficar melhor? | Confusão | Vou tentar melhorar | Orgulhosa |
| Discussões com os pais | Vou fugir de casa | Desânimo | chegar a um consenso | Alegre |
| Espeelho | Sou feia | Tristeza/insegurança | concentrar-me nos estudos | Confiante |
| No dia a dia | É mesmo conseguir? | Medo/tristeza | Vou tentar | Confiante |

Figura 1: Tabela de identificação de pensamentos automáticos, stressores, emoções negativas, estratégias/respostas adaptativas e resultados/emoções positivas da adolescente.

A reestruturação cognitiva enquanto intervenção psicoterapêutica assumiu uma importância basilar no contexto deste ensino clínico, pois, na prática, permitiu obter ganhos em saúde para a adolescente, tendo possibilitado dar termo aos diagnósticos de enfermagem de ideação suicida e autoconceito comprometido. Relativamente ao diagnóstico humor depressivo, não foi possível o seu término, mas obtiveram-se scores mais elevados que na avaliação inicial relativamente ao indicador NOC de resultado para Equilíbrio de Humor.

Assim como se promoveram intervenções psicoterapêuticas também se promoveram intervenções de reabilitação psicossocial. Mobilizaram-se processos que melhor se adequavam à jovem, como melhoria do *coping* e promoção da esperança. Antecipou-se e abordou-se as situações nas quais se devia procurar ajuda adicional por parte de um

profissional de saúde mental, como por exemplo: ideação suicida; a importância de nunca se isolar, de pedir ajuda e como o fazer (familiares/amigos/ajuda profissional/linhas de apoio existentes); idealizar um projeto de vida fazendo planos para o futuro, podendo o seu caso de sucesso vir a ser um exemplo para outras jovens; preparou-se para a inevitabilidade das dificuldades que poderá vir a encontrar no futuro, mas também para o facto de agora ter mais ferramentas para as enfrentar; elogiou-se os progressos feitos, enfatizou-se o papel da jovem nessas mudanças positivas e incentivou-se a utilizar 10- 15 minutos por semana para se auto avaliar.

O estudo de caso revelou ser uma mais-valia para a reflexão sobre a prática clínica, pois permitiu a utilização de várias estratégias de colheita de dados e a sua interpretação diagnóstica através da global compreensão da jovem. Foi de extrema importância a aplicação de intervenções individualizadas indo de encontro às suas necessidades, trabalhando com ela de forma mais direccionada, atendendo à sua individualidade, conferindo, assim, uma maior relevância às intervenções do EEESMP.

Porém, sabe-se que o ser humano não vive sozinho e para se desenvolver e sobreviver necessita dos pares, com os quais podem ser desenvolvidas as relações e onde existe a possibilidade de obter ajuda e troca de experiências. Desta forma, os grupos proporcionam, entre outras coisas, oportunidades para enfrentar os medos e as angústias favorecendo o autoconhecimento. Os grupos podem servir vários propósitos, desde socialização, apoio, realização de tarefas, camaradagem, informativo, normativo, *empowerment* ou *governance* (Townsend, 2011).

Cumprindo o programa de atividades sócio terapêuticas do internamento de Pedopsiquiatria são realizadas reuniões comunitárias, nas quais houve uma participação enquanto moderador e onde é feita uma análise da semana. A reunião é realizada em grupo, sendo importante a partilha da semana nas diferentes experiências, e nas diferentes perceções dos momentos mais positivos, menos positivos e das aprendizagens, sendo que, cada um tem oportunidade de fazer sugestões para a semana seguinte. Posteriormente é realizado o registo informático da atividade e é enviado para a enfermeira gestora que ajusta o cronograma de atividades sócio terapêuticas para a semana seguinte tendo em conta os gostos e sugestões identificados por todos. Dinâmica interativa, integrativa, motivacional e terapêutica. De sublinhar também, o desenvolvimento de cuidados sócio terapêuticos, psicoeducativos e psicossociais através da participação nas sessões dos projetos do serviço (RelaxadaMente, Cuid´Arte, Cinecuidar, Culinária e Bibliocuidar), mobilizando o contexto e dinâmica de grupo, para preservar, melhorar e até mesmo restabelecer a saúde.

Durante a elaboração deste documento, descreveu-se uma variedade de iniciativas de psicoeducação que foram coordenadas, elaboradas e executadas visando a prevenção do suicídio. Transmitiu-se informações baseadas em evidências científicas atualizadas e estimulou-se a reflexão por meio de atividades individuais ou em grupo.

Da psicoeducação advêm benefícios como: maior adesão ao tratamento, maior interação social e melhoria na qualidade de vida, como observado no Projeto LiteraSMental, que foi coordenado, desenvolvido e implementado. Os progressos alcançados foram incentivados, pois eles motivam a pessoa a continuar o seu percurso, possibilitando a recuperação. Com a implementação deste projeto prevê-se continuar a obter ganhos em saúde, nomeadamente a nível de: promoção da Literacia em Saúde Mental; melhoria nas relações interpessoais dos adolescentes; promoção da procura de cuidados de saúde; aumento da adesão à terapêutica, promoção do desenvolvimento saudável nos adolescentes; redução do isolamento social; redução do estigma nos adolescentes; prevenção de problemas de saúde mental nos adolescentes; prevenção de comportamentos da esfera suicidária.

Em contexto comunitário, foi implementado o Projeto Relaxadamente aos alunos do 9º ano de uma das escolas do agrupamento, tendo contribuído para a promoção da literacia dos jovens sobre ansiedade; sobre estratégias de prevenção de ansiedade; sobre o ensino e treino de estratégias de autocontrolo de ansiedade. Com a implementação do Projeto percebeu-se a importância deste treino na aprendizagem da pessoa para aquisição de conhecimentos. Sempre que possível foi realizado um paralelismo com as atividades da vida diária com o intuito de melhorar a funcionalidade da pessoa.

Por fim, e também em contexto comunitário, foi desenvolvido e implementado o Projeto Virtualmente Crescendo. Com a implementação deste projeto contribuiu-se para a: promoção da Literacia em Saúde Mental; melhoria nas relações interpessoais dos adolescentes; promoção da procura de cuidados de saúde; promoção do desenvolvimento saudável nos adolescentes; promoção do uso consciente da internet; redução do isolamento social; redução do estigma nos adolescentes; prevenção de problemas de saúde mental nos adolescentes; combate ao cyberbullying; prevenção de comportamentos da esfera suicidária.

No que diz respeito à quarta competência mencionada, considera-se que a sua progressão está explícita na análise feita até agora.

A implementação destes cuidados possibilitou o desenvolvimento de laços de confiança e parceria terapêutica com a pessoa, além de melhorar o seu *insight* sobre as questões enfrentadas e capacitá-la na procura de novas formas de as solucionar.

Ao longo do trajeto na área da ESMP, a experiência prática, aquisição de competências e o conhecimento integrado, permitiram avaliar as situações de forma abrangente, percebendo cada cuidado de forma intuitiva e compreendendo a complexidade e perícia necessárias. A experiência prática possibilitou ter uma visão abrangente e holística das situações, bem como a habilidade de prever acontecimentos futuros.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enquanto estudante e profissional, a reflexão sobre todo o percurso descrito contribuiu decisivamente para a formação, quer pelo seu desafio ao nível técnico, científico e humano, quer pela oportunidade de adquirir e aprofundar conhecimentos e competências específicas no processo contínuo de aprendizagem.

A experiência em contexto clínico na sua globalidade, permitiu a aquisição de competências imprescindíveis para o exercício da profissão enquanto futuro EEESMP. O contacto com outras realidades, a partilha de experiências com outros colegas, a vivência de diferentes contextos, conduziram ao crescimento enquanto pessoa e profissional.

A integração em contextos tão distintos da realidade profissional conhecida, o estabelecimento de relação terapêutica e a compreensão de fenómenos, como a prevenção do suicídio em adolescentes com comportamentos suicidários, também constituíram dificuldades, no entanto, simultaneamente foram encarados como desafios.

Basear a prática clínica na evidência científica implica que, acima de tudo, seja possível a integração no contexto em que se está inserido. Este não é um processo que se temporalize nos pressupostos para a realização do estágio, contudo, durante estes meses tentou-se sempre apresentar uma fundamentação teórica sustentada para as intervenções, pelo que, a este nível, considera-se que foi construída uma base sólida para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista.

A título conclusivo, considera-se que durante o percurso, foi sempre evidente que a qualidade não é o objetivo final, mas sim um meio. A competência profissional não ocorre por acaso, requer esforço e comprometimento, num constante processo de aprendizagem e melhoria de competências. Deste modo, olhando retrospectivamente julga-se que o primeiro objetivo inicialmente delineado relativo à componente de estágio foi alcançado.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. RESUMO

Introdução: O suicídio é uma das principais causas de morte à escala global entre os adolescentes pelo que a redução da mortalidade por suicídio tem sido priorizada mundialmente. Neste contexto o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica deverá assumir um papel preponderante já que as competências que lhe são atribuídas, permitem desenvolver um juízo clínico único. Torna-se assim pertinente que estes profissionais desenvolvam intervenções dirigidas aos adolescentes com comportamentos suicidários.

Objetivos: Mapear a literatura relativa à intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em adolescentes com comportamentos suicidários.

Métodos: Procedeu-se à condução de uma Scoping Review com a questão de pesquisa "Quais as intervenções do EEESMP na prevenção do suicídio em adolescentes com comportamentos suicidários?". Os estudos foram selecionados em consonância com as recomendações do Joanna Briggs Institute (2014) sendo considerados elegíveis estudos que se reportem a adolescentes (População), que aludam comportamentos suicidários (Conceito) e que mencionem o contexto profissional de Enfermagem especializada em saúde mental (Contexto).

A pesquisa foi efetuada nas bases de dados MEDLINE (via Pubmed), CINAHL (via EBSCOhost) e Repositório RCAAP. A seleção, extração e síntese dos dados foram desenvolvidas por dois revisores independentes.

Resultados: Foram incluídos 4 artigos que cumpriram os critérios de inclusão e elegibilidade, publicados entre 2010-2023. Relativamente às intervenções do EEESMP na temática dos comportamentos suicidários, a pesquisa realizada evidencia o Treino de liderança entre pares, a Terapia cognitivo comportamental e a Terapia combinada (que incluiu psicoeducação, treino de liderança entre pares e terapia cognitivo comportamental).

Conclusão: Existe evidência, ainda que escassa, sobre a intervenção do EEESMP dirigida a comportamentos suicidários em adolescentes. Contudo, o número de estudos sobre esta temática é limitado, reforçando a necessidade da realização de mais investigações que demonstrem todas as intervenções realizadas e que espelhem o resultado das mesmas.

Palavras-chave: Adolescentes; Ideação suicida; Comportamentos suicidários, Suicídio; Enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica.

2. ABSTRACT

Introduction: Suicide is one of the leading causes of death among adolescents worldwide, and reducing suicide mortality has been a priority for many countries. In this context, nurses specializing in mental health and psychiatric nursing should play a leading role, as their skills enable them to develop a unique clinical judgement. It is therefore pertinent for these professionals to develop interventions aimed at adolescents with suicidal behavior.

Objectives: To map the literature on the intervention of Mental Health and Psychiatric Nurse Specialists in adolescents with suicidal behavior.

Methods: A scoping review was conducted with the research question "What are the interventions of the EHSEP in suicide prevention in adolescents with suicidal behaviour?". The studies were selected based on the eligibility requirements outlined by the Joanna Briggs Institute (2014). Studies that referred to adolescents (Population), that alluded to suicidal behaviour (Concept) and that mentioned the professional context of specialised mental health nursing (Context) were considered eligible.

The bibliographic research was conducted using the electronic databases MEDLINE (via PubMed), CINAHL (via EBSCOhost) and the RCAAP Repository. The data was selected, extracted and summarised by two independent reviewers.

Results: Four articles were included in the review, which met the inclusion and eligibility criteria and were published between 2010 and 2023. With regard to the EHSEP's interventions on the subject of suicidal behavior, the research carried out highlights the efficacy of peer leadership training, cognitive behavioral therapy and combined therapy (which included psychoeducation, peer leadership training and cognitive behavioral therapy). The results of the study demonstrate the efficacy of the EHSEP's interventions in preventing suicidal behavior among adolescents.

Conclusion: The scoping review conducted revealed that there is evidence, albeit limited, of the significance of EHEA interventions aimed at suicidal behavior in adolescents. Nevertheless, the number of studies on this subject is limited, thereby reinforcing the need for further research to demonstrate all the interventions carried out and to mirror their results.

Keywords: Adolescents; Suicidal ideation; Suicidal behavior; Suicide; Specialist mental health and psychiatric nurses.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Anualmente cerca de 703 mil pessoas morrem por suicídio (WHO, 2021) sendo este considerado um grave problema de saúde pública (WHO, 2021; Santos et al., 2021; Barbosa & Silva, 2021). O suicídio é uma das principais causas de morte à escala global entre os adolescentes, ocupando o segundo lugar no grupo dos 15 aos 19 anos (WHO, 2018) e a terceira causa na faixa etária dos 15 aos 44 anos (Santos et al., 2021; Freitas, 2021). Em Portugal, durante o ano de 2021, a incidência de suicídio entre jovens com idades entre 15 e 24 anos foi de 3,2 em cada 100 mil habitantes, sendo 4,7 para os rapazes e 1,7 para as raparigas, de acordo com dados do INE de 2023.

A adolescência é um período crítico e de extrema fragilidade psicológica e o suicídio é uma realidade crescente nesta população. Os adolescentes tendem a apresentar mais tentativas de suicídio e a morte por suicídio tem vindo a tornar-se um problema crescente a nível mundial (Valadas & Freitas, 2021). De acordo com Bertolote & Fleischmann (2009), acredita-se que a cada adolescente que comete suicídio, ocorram aproximadamente de 100 a 200 tentativas de suicídio e que o número de tentativas de suicídio poderá ser até 30 vezes superior ao de suicídio consumado (Freitas, 2021).

O suicídio é um fenómeno complexo e multideterminado que implica sempre sofrimento mental. O comportamento suicida não é repentino nem imprevisível e é de natureza repetitiva, logo é evitável.

O suicídio consumado refere-se a um ato realizado por um indivíduo com o objetivo de terminar com sua própria vida, enquanto a tentativa de suicídio ocorre quando esse ato é frustrado por diferentes razões (DGS, 2013). Já a ideação suicida envolve os pensamentos sobre dar fim à própria vida, e os comportamentos autolesivos são ações intencionais que causam lesões a si mesmo, sem a intenção de cometer suicídio (DGS, 2017). No contexto dos adolescentes, os comportamentos suicidários abrangem desde ideação suicida até ao suicídio consumado, passando pelas tentativas de suicídio e pelos comportamentos autolesivos (Saraiva, 2010).

Resumidamente, o comportamento suicidário engloba a ideação suicida, o plano, os comportamentos autolesivos e os atos suicidas (Valadas et al., 2021).

O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (DGS, 2013) destaca os adolescentes como um grupo vulnerável ao suicídio, sendo importante valorizar os comportamentos autolesivos e atos suicidas nesse grupo. É fundamental entender as fragilidades típicas da adolescência e identificar os fatores que aumentam e diminuem os riscos associados a esse

tema, pois isso é essencial para detetar adolescentes em situação de risco, agir em momentos de crise e encaminhá-los para os serviços de saúde mental necessários (Santos et al., 2014; Erse et al., 2016). Atendendo a que a saúde mental reflete o equilíbrio entre o indivíduo e o ambiente, é necessário munir os adolescentes com ferramentas fundamentais para lidar com as circunstâncias adversas, potenciando os fatores de proteção e minimizando os fatores de risco (Santos et al., 2014).

A redução da mortalidade por suicídio tem sido priorizada pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021) já que os comportamentos suicidários são causas de morte passíveis de prevenção (Freitas, 2021). Assim sendo, as estratégias de prevenção do suicídio na adolescência devem ser consideradas prioritárias. Os esforços voltados para prevenir, detetar e tratar adolescentes com risco de suicídio podem prevenir o suicídio, tentativas e mortes por suicídio.

Avaliar corretamente o risco é essencial para sustentar a decisão clínica na escolha do tratamento e do acompanhamento. É importante ter em conta que o objetivo da avaliação do risco de suicídio serve para delinear a melhor estratégia para prevenir que a tentativa aconteça. Neste contexto, os profissionais de saúde devem estar preparados para a necessidade de avaliar o risco de suicídio em qualquer momento (Barbosa, 2021).

O suicídio é considerado um fenómeno complexo e que envolve diferentes fatores exigindo uma abordagem multidisciplinar na qual o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) deverá assumir um papel preponderante. Na prática clínica de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, as competências psicoterapêuticas são essenciais para que o enfermeiro desenvolva um julgamento clínico único e uma abordagem clínica diferenciada em relação a outras especialidades. Essa competência permite uma compreensão aprofundada e intervenções terapêuticas eficazes na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção de transtornos mentais, no tratamento e na reabilitação psicossocial (Ordem Enfermeiros, 2018).

As intervenções psicoterapêuticas são ações de enfermagem realizadas de forma independente, baseadas em conhecimentos específicos e com um método de execução bem sistematizado (Sampaio et al., 2014).

4. FINALIDADE E OBJETIVOS

As evidências científicas disponíveis permitem-nos constatar a existência de vários estudos que visam reduzir os comportamentos suicidários nos adolescentes, nos quais se verificou a existência de uma grande disparidade de resultados.

Numa pesquisa preliminar da literatura é possível observar um reduzido número de estudos referentes às intervenções do EEESMP dirigida aos adolescentes com comportamentos suicidários. Pretende-se por isso mapear a literatura relativa à intervenção do EEESMP em adolescentes com comportamentos suicidários, aumentar o corpo de conhecimento existente e gerar evidências para a implementação destas intervenções na prática clínica.

Para alguns autores as intervenções mais promissoras são: a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) que visa transformar pensamentos e comportamentos negativos em pensamentos e comportamentos positivos para reduzir os efeitos emocionais negativos (Lavner & Bradbury, 2012). Estudos demonstram que a TCC melhora a capacidade do indivíduo em controlar a ideação suicida, reduz o suicídio, automutilação e ideação suicida em pessoas deprimidas (Hawton et al, 2015, Ardashir & Nazafarin, 2018). Outros estudos também demonstraram que a TCC foi eficaz na redução da ideação suicida de utentes deprimidos internados no hospital (Ardashir & Nazafarin, 2018); a Terapia Dialético Comportamental (TDC), apontando que esta tem um papel significativo na gestão dos níveis de ideação suicida e do risco de suicídio em adolescentes (Hvid et al, 2011; Singh & Bahmani, 2014) e a terapia baseada em mentalização (Ougrin et al., 2015). Green et al. (2011) consideram que os melhores resultados foram obtidos através da terapia de resolução de problemas.

Contrariamente, para Gonzales e Bergstrom (2013) as intervenções psicoterapêuticas que testaram, que incluíram a Terapia de desenvolvimento de grupo, a TDC e a TCC, apresentaram resultados semelhantes aos tratamentos habituais.

Face ao exposto, a realização da Scoping Review visa dar resposta à seguinte questão de investigação: "Quais as intervenções do EEESMP na prevenção do suicídio em adolescentes com comportamentos suicidários?" e definiu-se o objetivo: Mapear a literatura relativa à intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em adolescentes com comportamentos suicidários. Em síntese, com maior conhecimento e compreensão do suicídio em adolescentes, desejamos colaborar para o desenvolvimento de ações de prevenção e intervenção mais adequadas, a serem realizadas pelo EEESMP.

Esses programas estão relacionados com as responsabilidades específicas do EEESMP que presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, 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 (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

5. METODOLOGIA

De forma a responder à questão de investigação e com base nos objetivos definidos, foi realizada uma Scoping Review, com o propósito de mapear a literatura relativa à intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica em adolescentes com comportamentos suicidários.

Este tipo de estudo de revisão é frequentemente utilizado como um trabalho preliminar para estabelecer a confiabilidade ou a necessidade de uma revisão sistemática completa, com o objetivo de delimitar os resultados de estudos empíricos e identificar o conhecimento e as necessidades futuras de pesquisa sobre um determinado assunto (Peters et al., 2020).

- **Crítérios De Elegibilidade**

Os critérios de elegibilidade foram definidos com base na mnemónica **PCC** (População, Conceito e Contexto):

População (P) = Adolescentes — elegíveis os estudos que se reportem a adolescentes;

Conceito (C) = Comportamentos Suicidas — elegíveis os estudos que aludam comportamentos suicidários;

Contexto (C) = Intervenção especializada de enfermagem — elegíveis os estudos que mencionem o contexto profissional de Enfermagem Especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Para a presente *Scoping Review* foram definidos os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Tabela 1: Critérios de inclusão e exclusão

| Critérios de Inclusão | Critérios de Exclusão |
|--|---|
| -Estudos realizados em adolescentes com idades entre os 10 e os 19 anos de idade com comportamento suicidário; | -Estudos que não sejam em adolescentes; |
| -Intervenções do EEESMP após comportamento suicidário; | -Estudos que não mencionem a implementação de intervenções de enfermagem por parte do EEESMP; |
| -Estudos primários e secundários publicados e não publicados; | -Artigos sem texto integral; |
| -Estudos publicados em português, inglês e espanhol independentemente do ano de publicação; | -Artigos não gratuitos. |
| -Artigos em texto integral. | |

5.1. Desenho do Estudo

No que respeita ao desenho de estudo, consideraram-se elegíveis estudos primários de abordagem quantitativa ou qualitativa, assim como revisões da literatura, independentemente da abordagem metodológica. Quanto aos estudos primários, consideraram-se elegíveis estudos experimentais (randomizados controlados e quasi-experimentais) e observacionais (descritivos, correlacionais, caso-controlo e estudo de caso). Do corpus de análise foram excluídos resumos e posters publicados em eventos científicos por conterem informação reduzida.

- **Estratégia de Pesquisa**

A pesquisa bibliográfica foi concretizada exclusivamente em bases de dados eletrónicas: MEDLINE (via Pubmed), CINAHL (via EBSCOhost) e Repositório RCAAP.

A estratégia de pesquisa foi adaptada para cada uma das bases de dados e repositório utilizado, atendendo às suas especificidades, podendo ser consultada nas tabelas seguintes:

Tabela 2: Estratégia de pesquisa utilizada na MEDLINE (via Pubmed)

| Search # | Query | Results |
|-------------------------------|--|-----------|
| #01 Populatio n | (((((adolescent [MeSH Terms]) OR (youth [MeSH Terms])) OR (puberty [MeSH Terms])) OR ((adolescent) OR (youth)) OR (puberty))) OR (teen OR teenager) | 2,451,713 |
| #02 Concept | (((((("Self-Injurious Behavior"[Mesh]) OR ("Self Mutilation"[Mesh])) OR ("Suicidal Ideation"[Mesh])) OR ("Suicide, Attempted"[Mesh])) OR (Self-Harm OR "Self harm" OR Self-injury OR "Self Injury")) OR ("self mutilation" OR "suicidal ideation" OR "suicide attempt" OR "self-injurious")) | 130,907 |
| #03 Context | ("psychiatric nursing"[MeSH Terms]) OR ("psychiatric nursing"[Title/Abstract] OR "mental health nursing"[Title/Abstract] OR "nursing"[Title/Abstract]) | 334,826 |
| #04 | 01AND 02 | 37,299 |
| #05 | 01 AND 02 AND 03 (Title/Abstract) | 379 |
| #06 | #05 AND Language filter (Portuguese, English, Spanish) | 341 |
| #07 | #06 AND Free Full Text | 53 |

Tabela 3: Estratégia de pesquisa utilizada na CINAHL (via EBSCOhost)

| Search # | Query | Result |
|-------------------------------|---|---------|
| #01 Populatio n | ((MH "adolescent") OR (MH "youth") OR (MH"puberty")) OR ("adolescent" OR "youth" OR "puberty" OR "teen" OR "teenager") | 46,228 |
| #02 Concept | ((MH "Self-Injurious Behavior") OR (MH "Self Mutilation") OR (MH "Suicidal Ideation") OR (MH "Attempted Suicide")) OR ((Self-Harm OR "Self harm" OR Self-injury OR "Self Injury") OR ("self mutilation" OR "suicidal ideation" OR "suicide attempt" OR "self-injurious")) | 8,261 |
| #03 Context | (TI ("psychiatric nursing" OR "mental health nursing" OR "nursing"))) OR (AB ("psychiatric nursing" OR "mental health nursing" OR "nursing"))) | 328,419 |
| #04 | 01AND 02 | 1,413 |
| #05 | 01 AND 02 AND 03 | 36 |
| #06 | #05 AND Language filter | 25 |
| #07 | #06 AND Free Full Text | 25 |

Tabela 4: Estratégia de pesquisa utilizada no RCAAP

| Search # | Query | Results |
|--------------------------|--|-----------|
| #01 Population | (adolescent OR youth OR puberty OR teen OR teenager) | 2,928,673 |
| #02 Concept | (self-Injurious Behavior OR Self Mutilation OR Suicidal Ideation OR Suicide Attempted OR Self-Harm OR Self-injury OR self-injurious) | 2,936 |
| #03 Context | (psychiatric nursing OR mental health nursing OR nursing) | 50,940 |
| #04 | 01AND 02 | 296 |
| #05 | 01 AND 02 AND 03 (Title/Abstract) | 14 |
| #07 | #06 AND Free Full Text | 12 |

A pesquisa e identificação dos estudos a incluir, foi realizada por dois revisores, de forma independente, durante o mês de janeiro de 2024.

- **Seleção de Dados**

Concluída a pesquisa em cada base de dados e repositório, recorreu-se ao ‘software’ Covidence® para a seleção e extração de dados. A escolha deste ‘software’ — entre os vários disponíveis — prende-se com o facto de ser aquele que o investigador tinha tido formação de utilização e ser de acesso livre. Procedeu-se à identificação e eliminação de estudos duplicados fazendo uso das funcionalidades específicas do ‘software’. De seguida, procedeu-se à confrontação dos achados com os critérios de inclusão e exclusão definidos, tendo por base os critérios de elegibilidade anteriormente explicitados. Nesta fase, dois revisores independentes avaliaram a informação contida nos títulos e resumos de cada estudo. Estudos considerados potencialmente relevantes foram incluídos para análise integral do texto completo. Nas situações em que não foi possível decidir sobre a inclusão ou exclusão de um estudo com base na informação contida nestes campos, o estudo seguiu para análise condicional de texto completo.

Após averiguação dos critérios de elegibilidade, dois revisores independentes procederam à análise do texto completo dos artigos remanescentes.

Todos os estudos que não cumpriram com os critérios de inclusão foram eliminados, com a justificação do motivo de exclusão. Durante este processo houve a concordância dos dois revisores independentes.

- **Extração e Síntese de Dados**

Os dados foram obtidos por dois revisores de maneira independente, seguindo a criação de uma ferramenta de extração de dados e uma tabela padronizada de documentação de dados (The Joanna Briggs Institute, 2014). Nessa tabela, foram incluídas informações como autores, ano, título, local de realização do estudo, participantes, metodologia, descrição da intervenção e resultados relevantes alcançados com a implementação da mesma.

A síntese de dados foi precedida de uma discussão entre os revisores para confrontar os dados extraídos. Não se verificaram desacordos entre os revisores durante este processo.

A apresentação neste relatório do processo de revisão e síntese dos dados segue as recomendações previstas na extensão do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) para scoping reviews (Tricco et al., 2018).

5.2. Considerações Éticas

Um estudo de *Scoping Review* implica a fiabilidade e a fidelidade da informação contida nos documentos originais que a suportam. Neste sentido, estes aspetos foram assegurados através do rigor da metodologia de pesquisa efetuada, da adequada referência e do rigor no tratamento e apresentação dos dados.

O autor declara não haver conflito de interesses.

6. RESULTADOS

Através da pesquisa efetuada foram identificados inicialmente 90 estudos potencialmente relevantes, sendo que 1 foi removido por se encontrar em duplicado, tendo ficado 89 estudos. Foram excluídos 50 pela leitura do título e 16 após análise do resumo, tendo permanecido 23 artigos para leitura integral do texto e análise segundo os critérios de elegibilidade. Através desta análise foram excluídos 19 estudos, de salientar que 12 estudos foram excluídos por não evidenciarem que a intervenção foi aplicada por EEESMP, os estudos referiam “*nurse*”, “*scholar nurse*” e “*nurse practitioners*”. No final deste processo foram selecionados 4 artigos para incluir na scoping review.

O processo de seleção dos estudos encontra-se sintetizado por meio de um fluxograma PRISMA adaptado (Figura 2).

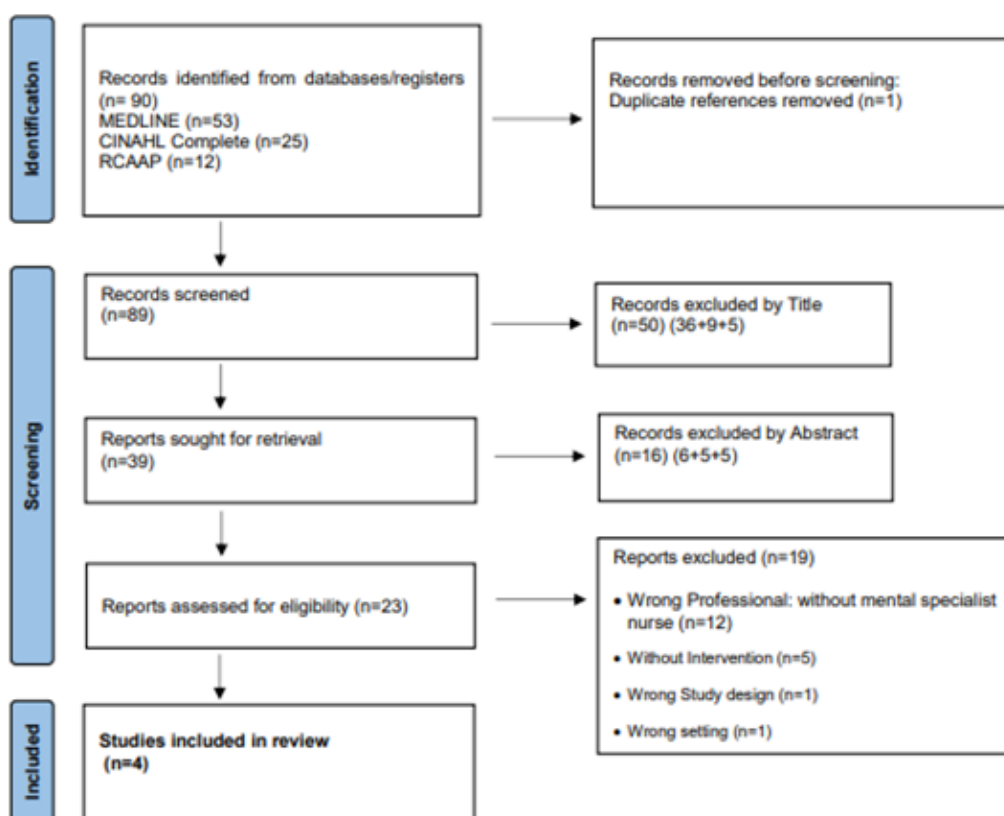


Figura 2: Diagrama PRISMA (adaptado) ilustrativo do processo de revisão

Os 4 estudos incluídos foram publicados entre 2010 (Williams, Daley & DeSanto Lennaco) e 2023 (Zhang, Lai & Wang). O resumo dos achados encontra-se na Tabela 5.

Tabela 5: Análise dos artigos selecionados

| Autores/ Ano | Título | Local | População | Tipo Estudo | Intervenção | Resultados |
|---|--|-----------|---------------------|---|---|---|
| Wulandari, Keliat & Mustikasari (2019) | “The Effect of Peer Leadership on Suicidal Ideation in Senior High School Teenagers” | Indonésia | Adolescentes (n=43) | Estudo quasi-experimental “pré-teste/pós-teste” sem grupo de controlo | Treino de liderança entre pares | O treino de liderança entre pares foi realizado através da realização de quatro reuniões ao longo de três semanas. A ideação suicida dos adolescentes que integraram a amostra diminuiu significativamente após receberem o treino de liderança entre pares. Os valores diminuíram de 3,81 para 1,56 ($p < 0,05$), passando de ideação suicida de grave para ideação suicida leve. Contudo, apesar de o treino ter sido eficaz na redução da incidência de ideação suicida não trouxe ausência de pensamentos suicidas. Isto sugere que a eliminação da ideação suicida em adolescentes requer terapia adicional por parte dos enfermeiros de saúde mental, como TDC e TCC. |
| Nasution, Keliat & Wardani (2019) | “Effect of Cognitive Behavioral Therapy and Peer Leadership on Suicidal Ideation of Adolescents in Bengkulu” | Indonésia | Adolescentes (n=86) | Estudo quasi-experimental pré-teste /pós-teste com grupo controlo | TCC e Treino de liderança entre pares | O grupo de controlo apenas recebeu treino por enfermeiros de saúde mental, tendo a ideação suicida diminuído de 3,98 para 2,65. O grupo de intervenção além do treino por enfermeiros de saúde mental, também recebeu TCC e liderança entre pares, tendo apresentado uma diminuição significativa na ideação após as intervenções ($p < 0,05$). Estes resultados sugerem que a combinação de treino recebido por enfermeiros de saúde mental, terapia cognitivo comportamental e liderança entre pares é recomendada para a prevenção da ideação suicida em adolescentes. |
| Williams, Daley & DeSantolencano (2010) | “Assessing Non-suicidal Self-injurious Behaviors in Adolescents” | Nova York | Adolescentes (NA) | Estudo descritivo | Modelo de abuso de substâncias de Macdonald's adaptado aos comportamentos autolesivos | Os autores apresentam um modelo para avaliar a gravidade comportamentos autolesivos, denominado “ <i>Stages of Adolescent NSSI Behavior</i> ” onde são propostas intervenções de acordo com cada etapa do comportamento autolesivo. Este modelo orienta os profissionais de Enfermagem na identificação do estágio em que o adolescente se encontra, indica |

| | | | | | | |
|--------------------------|---|-------|------------------|---------------------------------|--|--|
| | | | | | | respostas a oferecer de acordo com cada estágio e auxilia no encaminhamento para especialistas em saúde mental quando os sintomas exigem maior intervenção. Assim, pode servir como uma ferramenta para identificar adolescentes que precisem de cuidados psiquiátricos urgentes. |
| Zhang, Lai & Wang (2023) | "An Integrative Model of In-Hospital and Out-of-Hospital Nursing Care for Non-Suicidal Self-Injury: A Narrative Review" | China | Adolescente (NA) | Revisão narrativa da literatura | Modelo integrativo de cuidados de enfermagem | Revisão sobre as intervenções de enfermagem nos comportamentos autolesivos utilizando a base de dados PubMed. Embora mais de 2.600 artigos tenham sido identificados até 31 de janeiro de 2023, nenhum estudo foi realizado exclusivamente para explorar qualquer intervenção de enfermagem específica sobre comportamentos autolesivos. Com base nos resultados de investigações epidemiológicas e pesquisas por questionário, os autores propuseram um modelo integrativo de cuidados de enfermagem intra-hospitalares e extra-hospitalares " <i>Integrative Model of In-Hospital and Out-of-Hospital Nursing Care</i> " para adolescentes com comportamentos autolesivos. O modelo integrativo de assistência de enfermagem intra-hospitalar e extra-hospitalar para adolescentes com comportamentos autolesivos ajuda a mudar o padrão cognitivo e comportamental. Concomitantemente, ajuda a reduzir a frequência dos impulsos de auto-lesão e facilita a reabilitação de funções sociais. Assim, os enfermeiros de saúde mental precisam ampliar as estratégias de enfermagem ao cuidar de utentes com comportamentos autolesivos para garantir que estes estejam protegidos física e mentalmente. |

Em relação ao desenho de investigação dos estudos incluídos nesta revisão obtivemos dois estudos quase-experimentais, um estudo descritivo e uma revisão da literatura.

Relativamente às intervenções do EEESMP na temática dos comportamentos suicidários, a pesquisa realizada evidencia o Treino de liderança entre pares, a Terapia cognitivo comportamental e a Terapia combinada (que incluiu psicoeducação, treino de liderança entre pares e terapia cognitivo comportamental). Foram ainda enunciados 2 modelos relacionados com comportamentos suicidários em adolescentes, o "*Stages of Adolescent NSSI Behavior*" que é um Modelo de abuso de substâncias de Macdonald's adaptado aos comportamentos autolesivos e o Modelo integrativo de cuidados de enfermagem hospitalares e extra-hospitalares "*integrative model of in-hospital and out-of-hospital nursing care*" que ajuda a mudar o padrão cognitivo e comportamental bem como ajuda na redução da frequência dos impulsos de autolesivos.

7. DISCUSSÃO

De forma a compreender quais as intervenções do EEESMP na prevenção do suicídio em adolescentes com comportamentos suicidários, partiu-se para a realização de uma *Scoping Review* motivada pela ausência de evidência inequívoca no que respeita às intervenções do EEESMP dirigida aos adolescentes com comportamentos suicidários. Foram analisados 4 estudos de diferentes tipos de investigação que cumpriram os critérios de inclusão e exclusão definidos na metodologia, e que se considerou poderem trazer contributos relevantes para dar resposta à questão de partida.

Admite-se que a escassez de estudos que evidenciem as intervenções do EEESMP possa ser justificada, em parte, porque a literatura selecionada reporta-se a realidades de cuidados distintas a nível internacional, onde os Enfermeiros especialistas possam ser designados de forma genérica, não identificando de forma clara e inequívoca a especialidade de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

De acordo com Nasution, Keliat & Wardani (2019) o comportamento suicida não ocorre repentinamente, mas em etapas. O estágio inicial é a ideação suicida, ou seja, um desejo de acabar com a vida. O objetivo da intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental é permitir que os adolescentes superem a ideação suicida em vez de evoluir para o próximo estágio e as suas intervenções especializadas contribuem para diminuir significativamente a ideação suicida.

Nos estudos encontrados mencionavam como intervenções do EEESMP o treino de liderança entre pares, a terapia cognitiva comportamental e a terapia combinada.

Treino de liderança entre pares

O treino de liderança entre pares é um programa de liderança que visa fornecer modelos positivos para outros adolescentes que se encontrem na mesma situação. Este tem-se mostrado eficaz no tratamento de adolescentes com ideação suicida quando focado no desenvolvimento das habilidades de liderança nos adolescentes, aumentando a sua capacidade em procurar ajuda para superar os problemas percebidos (Keup, 2012). Há evidências de que o treino de liderança pode melhorar a capacidade dos adolescentes de compreender e abordar o comportamento suicida, procurando ajuda de pessoas de confiança (Petrova, Wyman, Schmeelk-Cone, & Pisani, 2015).

O treino de liderança entre pares permite reduzir a ideação suicida de categoria grave para categoria ligeira sendo um método eficaz para diminuir a ideação suicida em

adolescentes, devendo ser recomendada a sua implementação por EEESMP nas escolas (Wulandari, Keliat & Mustikasari, 2019).

Para os adolescentes, os pares podem desempenhar um papel importante nos comportamentos suicidários. No estudo desenvolvido por Nasution, Keliat & Wardani (2019) a implementação de ações de liderança entre pares levou a mudanças no comportamento dos participantes revelando-se eficaz na promoção de competências de liderança em adolescentes. Em todo o mundo, os programas de prevenção do suicídio entre pares promovem uma atitude positiva e uma boa perspectiva de vida e ajudam a reduzir a ideação suicida.

Wulandari, Keliat & Mustikasari (2019) acrescentam que embora o treino de liderança entre pares tenha sido eficaz na redução da incidência de ideação suicida não eliminou os pensamentos suicidas, sugerindo que para tal seja necessária a realização de terapia adicional por profissionais especializados, como TDC e TCC, à semelhança de outros autores que consideram a TDC de extrema importância na gestão dos níveis de ideação suicida e do risco de suicídio em adolescentes (Hvid et al., 2011; Singh & Bahmani, 2014).

Terapia Cognitivo Comportamental

A terapia cognitiva comportamental pode ajudar a reduzir os sinais e sintomas de ideação suicida causados por pensamentos negativos, e o desespero que resulta da depressão e do comportamento suicida. Esta terapia capacita os adolescentes para combater pensamentos negativos e mudar comportamentos negativos (Nasution, Keliat & Wardani, 2019). De facto, a TCC visa transformar pensamentos e comportamentos negativos em pensamentos e comportamentos positivos para reduzir os efeitos emocionais negativos (Lavner & Bradbury, 2012). Os estudos analisados evidenciaram que esta terapia é eficaz na redução da ideação suicida (Wulandari, Keliat & Mustikasari, 2019).

Estes resultados vão ao encontro de outros estudos que demonstraram que a TCC melhorou a capacidade do indivíduo em controlar a ideação suicida, a automutilação e a ideação suicida (Hawton et al, 2015, Ardashir & Nazafarin, 2018) e contribuiu ainda para reduziu a ideação suicida em utentes deprimidos internados no hospital (Ardashir & Nazafarin, 2018).

Terapia Combinada

As intervenções do EEESMP contribuem para diminuir a ideação suicida (Nasution, Keliat & Wardani, 2019). Nasution, Keliat & Wardani (2019) acrescentam que a terapia combinada de educação para a saúde mental (psicoeducação) realizada por enfermeiros especialistas

em saúde mental e psiquiátrica, terapia cognitivo comportamental e treino de liderança entre pares é eficaz na abordagem do problema da ideação suicida em adolescentes.

O estudo que desenvolveram evidenciou que o grupo que recebeu terapia combinada com as três intervenções (psicoeducação, TCC e Treino de liderança entre pares) obteve melhor resultado do que o grupo que recebeu apenas psicoeducação. Após a intervenção combinada, a ideação suicida deixou de estar presente nos adolescentes do grupo experimental. Estes resultados apontam que a combinação de intervenções pode melhorar a capacidade dos adolescentes com ideação suicida para combater pensamentos negativos e de mudar comportamentos negativos que levam à ideação suicida. Contrariando assim Gonzales e Bergstrom (2013) quando referem que as intervenções psicoterapêuticas apresentaram resultados semelhantes aos tratamentos habituais.

Modelo de abuso de substâncias de Macdonald's adaptado aos comportamentos autolesivos.

Os sistemas de saúde exigem que cada vez mais os profissionais de enfermagem atribuam importância e avaliem a saúde mental (Williams, Daley & DeSanto Lennaco, 2010). Os autores fornecem ferramentas para avaliação e gestão de comportamentos autolesivos em adolescentes e propõe um modelo para avaliar a gravidade dos comportamentos autolesivos, denominado "*Stages of Adolescent NSSI Behavior*" baseado no modelo "*Stages of Use*" de Macdonald que estratifica o uso de drogas e álcool nos adolescentes em cinco níveis de gravidade. No "*Stages of Adolescent NSSI Behavior*" os autores consideram 5 níveis de comportamentos autolesivos nos adolescentes.

- Nível 0: Sem comportamento autolesivo - Todos os adolescentes estão "em risco" devido à idade, contexto cultural e nível de desenvolvimento. Os fatores que aumentam o risco incluem o *status* familiar, nível de comportamento no grupo de pares, comorbilidades psiquiátricas e desempenho acadêmico.

- Nível 1: Experimentação - período experimental para automutilação; O adolescente aprende sobre como o comportamento autolesivo o afeta a si mesmo; Decide se gosta o suficiente desse tipo de comportamento para o continuar a realizar.

- Nível 2: Exploração - os sinais físicos de lesão são identificadas mais facilmente; O adolescente percebe o comportamento como um mecanismo de coping eficaz; Sinais subliminares de descontentamento podem ser detectados na aparência, relações familiares, *performance* escolar e afiliação a grupos de pares.

- Nível 3: Encapsulamento - preocupação com o comportamento em detrimento de outros aspectos da vida do adolescente; comportamentos desajustados na escola, em

público ou em outros momentos inconvenientes; o adolescente provavelmente já tentou vários métodos de automutilação, cortando, arranhando, queimando ou auto-lesionando-se.

- Nível 4: Disfunção generalizada - a maioria dos aspectos da vida do adolescente podem ser consideradas disfuncionais; a grandeza dos problemas leva a uma nova escalada do comportamento autolesivo; pode ocorrer a descompensação física e psicológica com sintomas psiquiátricos severos, podendo resultar em morte.

Os autores apresentam ainda mensagens para transmitir aos adolescentes de acordo com o nível do comportamento autolesivo. Estas mensagens ajudam a equilibrar a relação adolescente-profissional com a necessidade de prestar cuidados seguros. Elas podem ser transmitidas verbalmente, através de movimentos corporais ou através da comunicação de decisões clínicas.

Este modelo auxilia os profissionais de enfermagem na tomada de decisão clínica e no encaminhamento para especialistas em saúde mental e pode servir como uma ferramenta para identificar adolescentes que precisem de cuidados urgentes.

Modelo integrativo de cuidados de enfermagem

Zhang, Lai & Wang (2023) defendem que os enfermeiros de saúde mental precisam ampliar as estratégias de enfermagem ao cuidar de utentes com comportamentos autolesivos para garantir que estes estejam protegidos física e mentalmente. Para o efeito, apresentam um modelo integrativo de cuidados de enfermagem intra-hospitalares e extra-hospitalares “integrative model of in-hospital and out-of-hospital nursing care” que incluem o doente, a família, a escola e a comunidade. Este modelo compreende cinco níveis: motivação, avaliação, prevenção, intervenção e reabilitação. Contempla uma gestão hospitalar padronizada e segura que inclui a avaliação da motivação (a atividade mental que induz diretamente o comportamento), fatores de risco relacionados com os comportamentos suicidários (com recurso a instrumentos psicométricos) e limitação de acesso a objetos perigosos. Inclui ainda uma intervenção psicológica individualizada, a cooperação multidisciplinar entre os serviços de urgência e os serviços de psiquiatria, focada na interação enfermeiro-doente visando construir um sistema de cuidados de enfermagem a nível físico e mental, sistemático, científico, humanizado e individualizado.

Os Cuidados Extra-hospitalares por sua vez incluem os cuidados no domicílio baseados no desenvolvimento de um ambiente familiar harmonioso por parte dos pais mas em simultâneo por parte de todos os restantes elementos da família. Outra faceta é identificada como os cuidados sociais que incluem programas de educação sobre saúde

mental na escola e na comunidade e o rastreio através de instrumentos psicométricos em colaboração com profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros especialistas de saúde mental e o reforço do autocuidado.

Segundo os autores, o modelo integrativo ajuda a mudar o padrão cognitivo e comportamental e a reduzir a frequência dos impulsos para comportamentos autolesivos, facilitando assim a reabilitação abrangente e a longo prazo o funcionamento social.

8. CONCLUSÃO

Nesta *Scoping Review* foram encontradas pesquisas de interesse mundial que destacam a importância das intervenções do EEESMP na prevenção de comportamentos suicidários junto dos adolescentes.

Zhang, Lai & Wan (2023) defendem que os enfermeiros especialistas de saúde mental precisam ampliar as estratégias de enfermagem ao cuidar de adolescentes com comportamentos de autolesivos para garantir que estes estejam protegidos a nível da saúde física e da saúde mental.

Wulandari, Keliat & Mustikasari (2019) demonstraram que a intervenção especializada aplicada a adolescentes foi eficaz na diminuição da ideação suicida.

A combinação das intervenções do EEESMP, psicoeducação, terapia cognitivo comportamental e treino de liderança entre pares permitiu diminuir a ideação suicida nos adolescentes, sendo por isso recomendada (Nasution, Keliat & Wardani, 2019).

Williams, Daley & DeSanto Lennaco (2010) apresentam um modelo para avaliar a gravidade da intenção não suicida, denominado "*Stages of Adolescent NSSI Behavior*". Este modelo orienta os profissionais no encaminhamento para especialistas em saúde mental, reforçando a importância da intervenção destes profissionais em adolescentes com comportamentos suicidários.

Zhang, Lai & Wang (2023), na revisão da literatura que realizaram, não encontraram nenhum estudo exclusivo para explorar intervenções de enfermagem específica sobre comportamentos autolesivos. Os autores propuseram um modelo integrativo de cuidados de enfermagem intra-hospitalares e extra-hospitalares para adolescentes com comportamentos autolesivos que ajuda a mudar o padrão cognitivo e comportamental, bem como reduzir a frequência dos impulsos de auto-lesão.

Todos estes estudos deixam bem patente a importância das intervenções do EEESMP executadas neste domínio, bem como a necessidade da demonstração da sua evidência.

Algumas limitações deverão ser apontadas, tais como: o número reduzido de estudos incluídos na análise, o que demonstra a necessidade da realização de mais investigação nesta temática; a heterogeneidade do tipo de estudos encontrados, sendo que não foi encontrado nenhum Ensaio Clínico Randomizado; escassez de intervenções relatadas, apenas foi feita referência ao treino de liderança entre pares, terapia cognitivo comportamental e terapia combinada, não fazendo jus às competências que são atribuídas ao EEESMP; as bases de dados limitadas, a pesquisa foi efetuada apenas na Medline, Cinahl

e RCAAAP; a estratégia de pesquisa e critérios de inclusão e/ou exclusão poderão ter limitado a identificação de estudos potencialmente relevantes para a questão de revisão; o viés de publicação; as barreiras linguísticas e geográficas na identificação de estudos, uma vez que só foram contemplados estudos em português, inglês e espanhol e a não avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos (por se tratar de uma revisão scoping).

Outra limitação deste estudo reside na exclusão de artigos sem texto integral e também de artigos pagos, implicando a potencial perda de artigos, comprometendo a robustez das conclusões obtidas.

A realização da *Scoping Review* permitiu concluir que existe evidência, ainda que escassa, acerca da intervenção do EEESMP na prevenção do suicídio em adolescentes com comportamentos suicidários. Alguns estudos identificam intervenções implementadas capazes de diminuir a ideação suicida nos adolescentes pelo que pode-se considerar que o objetivo inicial desta Scoping Review foi atingido. Assim, foi possível dar resposta à questão de investigação e perceber que as intervenções do EEESMP poderão constituir-se como uma mais-valia para a prevenção de comportamentos suicidários em adolescentes.

Relativamente à tipologia de intervenções identificadas nos estudos analisados evidenciam-se o Treino de liderança entre pares, a Terapia cognitivo comportamental e a Terapia combinada. O treino de liderança entre pares foi eficaz para diminuir a ideação suicida em adolescentes. Por sua vez, a terapia cognitivo comportamental pode ajudar a reduzir os sinais e sintomas de ideação suicida. Contudo, os estudos apontam que a Terapia combinada é a mais eficaz na abordagem da ideação suicida em adolescentes e pode contribuir para a mudança de comportamentos e diminuição de comportamentos suicidários em adolescentes.

Encontramos ainda dois modelos: o Modelo de abuso de substâncias de Macdonald's adaptado aos comportamentos autolesivos "*Stages of Adolescent NSSI Behavior*" e o modelo integrativo de cuidados de enfermagem intra-hospitalares e extra-hospitalares "*Integrative model of in-hospital and out-of-hospital nursing care*". Estes modelos auxiliam na tomada de decisão clínica e assumem-se como ferramentas importantes perante os adolescentes com comportamentos suicidários.

No geral, os resultados encontrados evidenciam a importância da intervenção dirigida à prevenção de comportamentos suicidários nos adolescentes. Ainda que se tenha verificado um número limitado de estudos sobre esta temática e não tenha sido encontrado nenhum estudo em língua portuguesa.

Confirma-se assim a necessidade da realização de mais investigações que espelhem as intervenções do EEESMP na prevenção de comportamentos suicidários em adolescentes, bem como a importância da aplicação das mesmas na prática clínica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório objetiva apoiar a criação de planos de ação para melhorar a saúde mental e dos comportamentos suicidários em adolescentes.

O impacto significativo dos comportamentos suicidários entre adolescentes, com grande relevância estatística e social, assim como no sofrimento pessoal e familiar, despertou interesse. Por essa razão, dedicou-se à investigação e aquisição de competências na área da enfermagem especializada em intervenção diferenciada nesse tipo de situações.

Recorrendo a uma abordagem descritiva, analítica e reflexiva, este relatório aborda as experiências e intervenções realizadas durante o estágio. A metodologia do relatório permitiu adquirir conhecimentos e competências sobre comportamentos suicidários em adolescentes. Explorou, ainda, os fatores de risco, formas de referência e encaminhamento dos adolescentes em situação de vulnerabilidade, reconhecendo a urgência de intervenção do EEESMP na prevenção desses comportamentos.

A complexidade do tema não permite um plano de intervenção padronizado, mas sim flexível e individualizado para se adaptar aos diferentes contextos, populações e características dos comportamentos suicidários. Para uma maior compreensão da problemática, foi realizada uma Scoping Review para analisar o contexto e as especificidades dos comportamentos suicidários em adolescentes, onde o interesse nesta faixa etária e na gravidade do problema motivaram a elaboração deste relatório.

Com base nos resultados alcançados, pode-se analisar uma variedade de questões em termos de enfermagem, identificando áreas de intervenção psicoterapêuticas prioritárias nas quais é essencial que os enfermeiros foquem a sua atenção. Os estudos encontrados mencionam como intervenções do EEESMP o treino de liderança entre pares, a terapia cognitiva comportamental e a terapia combinada.

De maneira sucinta, este relatório apresenta como objetivo descrever de maneira crítica e reflexiva o trajeto percorrido durante os estágios, destacando as atividades que mais refletiram as experiências vivenciadas, proporcionando o desenvolvimento e a aquisição de competências de EEESMP. Por outro lado, aliado ao desenvolvimento de competências específicas também foi possível realizar o mapeamento de literatura relativa à problemática em análise.

Acredita-se ter alcançado os objetivos estabelecidos, aproveitando ao máximo as experiências vivenciadas, o que possibilitou o desenvolvimento profissional na área da ESMP, bem como a realização e o crescimento pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental – mediante a CIPE*. Mem Martins: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Ardashir, A; Nazafarin, H. (2018). Os efeitos da terapia cognitivo comportamental de grupo (TCCG) sobre pensamentos suicidas em pacientes com depressão maior. *Medicina Familiar Mundial/Jornal de Medicina Familiar do Oriente Médio*, 16(2), 228–235. <https://doi: 10.5742/MEWFM.2018.93293>.
- Arendt, H. (1983). *A Condição Humana*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Barbosa, P. (2021). Avaliação do Risco de Suicídio e Encaminhamento. In Valadas, M; Barbosa, P; Freitas, R & Silva, S. (2021). *Prevenção do suicídio: manual para profissionais de saúde*. Formato digital. Novembro de 2021. ISBN 978-989-33-2890-3. Disponível em <https://prevenir-suicidio.pt/manual-para-profissionais-de-saude/>.
- Barbosa, P; Silva, S. (2021). Introdução. In Valadas, M; Barbosa, P; Freitas, R & Silva, S. (2021). *Prevenção do suicídio: manual para profissionais de saúde*. Formato digital. Novembro de 2021. ISBN 978-989-33-2890-3.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.
- Bertolote, J; Fleischmann, A. (2009). A global perspective on the magnitude of suicide mortality. In D.Wasserman, & C. Wasserman, *The oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*, pp. 91-98. Oxford: Oxford University Press.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica: Estratégias de Intervenção*. Loures: Lusodidacta.
- Cherian, S.; Karkada, S. (2017). *A review on leadership in nursing*. International journal of nursing research and practice; 4 (1) EISSN 2350-1324.
- Direção Geral de Saúde. (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013/2017). Programa nacional para a saúde mental. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>.
- Direção Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretoriodeinformacao/por-serie-883589-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>.
- Erse, M. P. Q., Simões, R. M. P., Façanha, J. D. N., Marques, L. A. F. A., Loureiro, C. R. E. C., Matos, M. E. T. S., & Santos, J. C. P. (2016). Depressão em adolescentes em meio escolar: Projeto+ Contigo. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(9), 37-45.

- Freitas, R. (2021). Epidemiologia dos comportamentos suicidários. In Valadas, M; Barbosa, P; Freitas, R & Silva, S. (2021). *Prevenção do suicídio: manual para profissionais de saúde*. Formato digital. Novembro de 2021. ISBN 978-989-33-2890-3. Disponível em <https://prevenir-suicidio.pt/manual-para-profissionais-de-saude/>.
- Green, J; Wood, A; Kerfoot, M; Trainor, G; Roberts, C; Rothwell, J., ... Harrington, R. (2011). Group therapy for adolescents with repeated selfharm: *Randomised controlled trial with economic evaluation*. *BMJ*, 342(682). doi: 10.1136/bmj.d682.
- Gonzales, A; Bergstrom, L. (2013). Adolescent Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) Interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 2013. 124-130. <https://doi:10.1111/jcap.12035>.
- Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., ... & van Heeringen, K. (2015). Pharmacological interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).
- Hvid, M., Vangborg, K., Sørensen, H. J., Nielsen, I. K., Stenborg, J. M., & Wang, A. G. (2011). Preventing repetition of attempted suicide—II. The Amager project, a randomized controlled trial. *Nordic journal of psychiatry*, 65(5), 292-298.
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=003736&contexto=bd&selTab=tab2.
- Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition*. Joanna Briggs Institute.
- Keup, J. (2012). *Liderança entre pares no ensino superior*. São Francisco, CA: Wiley.
- Lopes, M. J. (2018). *Forming and Maintaining Interpersonal Relationships*. 247–257. https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_19.
- Nasution, R; Keliat, B. & Wardani, I. (2019). Effect of Cognitive Behavioral Therapy and Peer Leadership on Suicidal Ideation of Adolescents in Bengkulu. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 42 (1), 90–96. <https://doi.org/10.1080/24694193.2019.1578300>.
- Nunes, L. (2008). Fundamentos éticos da deontologia profissional. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 31, 35-47.
- Nunes, L. (2014). Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental. *Encontro 2014 do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*.
- Nunes, L. (2018). *Para uma epistemologia de enfermagem*. Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (1998). Estatuto da ordem dos enfermeiros. *Lisboa: Ordem dos Enfermeiros*.

- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Conselho de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho: *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Diário da República, 2ª Série, n.º 122, 17034-17041
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros – aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pelo Anexo II à Lei nº 156/2015, de 16 de setembro e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) – Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*: Regulamento n.º 515/2018 – Diário da República n.º 151/2018, Série II de 2018-08-07. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, Série II, n.º 26, 4744-4750.
- Ougrin, D; Latif, S. (2011). Specific psychological treatment versus treatment as usual in adolescents with self-harm: *Systematic review and meta-analysis*. Crisis. 32, 74–80. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21616756>.
- Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of References for Psychodynamic Nursing*. New York, United States of America: Springer Publishing Company.
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 10: scoping reviews (2020 version). 2020. In: Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2024. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09>
- Petrova, M; Wyman, P; Schmeelk-Cone, K & Pisani, A. (2015). Mensagens de prevenção do suicídio com temas positivos entregues por líderes de pares adolescentes: Impacto próximo nas atitudes de enfrentamento dos colegas e nas percepções de apoio adulto. *Suicídio e comportamento com risco de vida*, 45(6), 651–663.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Lusociência.

- Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 – Diário da República n.º 47/2008, Série I de 2008-03-06 - Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016)
- Rodrigues, A., & Felício, M. (2017). *Governança Clínica e de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários: Perguntas e Respostas Essenciais*. Lisboa
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora
- Sampaio, F; Sequeira, C; Lluch-canut, T. (2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 103-108.
- Santos, J. [et al.]. (2014). *+Contigo: Promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa*. 9:1a ed. Série Monográfica. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Santos, J. [et al.]. (2021). *Mais Contigo 2021 - Promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Saraiva, C. (2010). Prefácio. In MOREIRA, N. A. C. - *Suicídio nas Prisões*. Porto, Portugal: Legis Editora.
- Saraiva, C. B. & Garrido, P. (2014). Entrevista e avaliação do doente com ideação suicida. In C. B. Saraiva (Coord.). *Depressão e Suicídio*. Lisboa: Lidel, 43-63.
- Sequeira, C. (2020). Comunicação Terapêutica. In Sequeira, C., Sampaio, F. *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (1ª Ed., pp 80-83). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, C., Sampaio, F., Roldán Merino, J., & Sequeira, C. (2016). A relação de ajuda como intervenção psicoterapêutica. *C. Sequeira 1ª Edição. Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*, 320-327.
- Singh, S; Bahmani, R. (2014). Gerenciando o risco de suicídio entre adolescentes: o papel da terapia comportamental dialética (TCD). *Jornal Indiano de Saúde e Bem-estar*, 5 (1), 35–39.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*, 6º ed., Loures, Lusociência.
- Tricco, A. et al (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of internal medicine*. Disponível em: http://guides.temple.edu/ld.php?content_id=44376438.
- Valadas, M; Freitas, R. (2021). Fatores de risco e fatores protetores. In Valadas, M; Barbosa, P; Freitas, R & Silva, S. (2021). *Prevenção do suicídio: manual para profissionais de saúde*. Formato digital. Novembro de 2021. ISBN 978-989-33-2890-3. Disponível em <https://prevenir-suicidio.pt/manual-para-profissionais-de-saude/>.

- Valadas, M; Barbosa, P; Freitas, R & Silva, S. (2021). *Prevenção do suicídio: manual para profissionais de saúde*. Formato digital. Novembro de 2021. ISBN 978-989-33-2890-3. Disponível em <https://prevenirsuicidio.pt/manual-para-profissionais-de-saude/>.
- Wang, W. (2010). Uma avaliação dos resultados das fontes de força do programa de prevenção do suicídio ministrado por líderes de pares adolescentes em escolas secundárias. *Jornal Americano de Saúde Pública*, 100(9), 1653–1661. Doi: 10.2105/AJPH.2009.190025.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Williams, E; Daley, A; DeSanto Iennaco, J. (2010). Assessing Non-suicidal Self-injurious Behaviors in Adolescents. *American journal for nurse practitioners*. 14 (5): 18-26.
- World Health Organization. (2021). *Suicide world wide in 2019: global health estimates*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *Causes of death among adolescents: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization.
- Wulandari, N; Keliat, B & Mustikasari. (2019). The Effect of Peer Leadership on Suicidal Ideation in Senior High School Teenagers. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 42 (sup1), 166–172. <https://doi.org/10.1080/24694193.2019.1578437>.
- Zhang, R; Lai, J; Wang, H. (2023). *An Integrative Model of In-Hospital and Out-Of-Hospital Nursing Care for Non-Suicidal Self-Injury: A Narrative Review*. 13, 466. <https://doi.org/10.3390/brainsci13030466>.

ANEXOS

ANEXO I: RELAXADAMENTE

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

2023/2024

A. F. A. L.

ANSIEDADE NA ADOLESCÊNCIA

Um projeto de intervenção nas escolas

Coimbra, Outubro de 2023

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

2023/2024

A. F. A. L.

ANSIEDADE NA ADOLESCÊNCIA

Um projeto de intervenção nas escolas

Trabalho realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, em contexto de comunidade, sob a orientação da Professora Doutora R. L. e da Enf^a Tutora M.G

Coimbra, Outubro de 2023

LISTA DE SIGLAS

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

OMS - Organização Mundial da Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EESMP - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

GAP - Gabinete de apoio Pedagógico

SUMÁRIO

| | |
|--------------------------------|----|
| INTRODUÇÃO | 3 |
| APRESENTAÇÃO DO PROJETO | 7 |
| PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES | 10 |
| BIBLIOGRAFIA | 15 |

INTRODUÇÃO

O presente projeto de intervenção concretiza-se no contexto do estágio de comunidade da Unidade Curricular Estágio com Relatório, a ser desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Este trabalho adapta o projeto “RelaxaMente”, previsto na planificação de saúde escolar para o ano letivo 2023-2024 da UCC, e tem a finalidade de promover a diminuição dos níveis de ansiedade dos adolescentes, através da sua capacitação para o autocontrolo da ansiedade.

A adolescência corresponde a um importante período do desenvolvimento humano, que se caracteriza pela ocorrência de mudanças físicas, biológicas, cerebrais, intelectuais, psicológicas, sociais e emocionais de grandes dimensões (Sprinthall & Collins, 2011).

Erikson, na sua Teoria do Desenvolvimento Psicossocial, explica a adolescência enquanto um processo de desenvolvimento contínuo, que resulta da articulação de fatores biológicos, sociais e individuais, sob a influência dos fatores culturais, que conduzem o adolescente a um período de crise, designado por Identidade *versus* Confusão de papéis. Para o autor, a crise de identidade representa a tarefa mais importante da adolescência e decorre das transformações físicas, psicológicas e da necessidade de encontrar um papel social. Neste contexto, as influências do ambiente e das relações sociais desempenham um papel importante na estabilização da personalidade do adolescente (Leite & Silva, 2019; Sprinthall & Collins, 2011).

Simultaneamente, a adolescência é um período determinante para o desenvolvimento de hábitos e competências sociais e emocionais, decisivos para o bem-estar e saúde mental na vida adulta. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que esta é uma idade propícia para a implementação de hábitos de exercício físico regular, desenvolvimento de estratégias de *coping*, resolução de problemas, assim como a capacidade de reconhecer e gerir emoções (WHO, 2018).

Contudo, todas as grandes mudanças físicas, emocionais, sociais, nas relações familiares e com o grupo de pares, a exploração da identidade, nomeadamente a identidade de género, a pressão exercida pelos *media* e o contexto socioeconómico, podem precipitar a ocorrência de problemas de saúde mental no adolescente, pela

situação de vulnerabilidade em que o colocam (WHO, 2018; Garcia & O'Neil, 2021).

Nesse sentido, dados recentes apontam para que mundialmente, cerca de 16% das crianças e adolescentes sofram de alguma perturbação mental, sendo as perturbações da ansiedade as mais prevalentes, especialmente nos jovens entre os 15 e os 19 anos (WHO, 2018).

A ansiedade representa uma emoção caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia, traduzida por sintomas somáticos de tensão como o aumento do ritmo cardíaco, da frequência respiratória e da contração muscular. É também entendida como um sinal de alerta para um perigo iminente, que conduz a pessoa a tomar medidas para lidar com a ameaça (APA, 2023; CIPE, 2011; Sampaio, Gonçalves & Sequeira, 2020). É uma resposta adaptativa, que ocorre em todas as idades, sendo necessária à autopreservação. No entanto, a ansiedade pode ser compreendida como uma experiência não adaptativa, quando a duração e a intensidade dos sintomas interferem com funcionamento normal do indivíduo (Ströhle et al., 2018).

Níveis elevados de ansiedade na adolescência podem afetar o processo normal de desenvolvimento, nomeadamente a nível social, uma vez que se relacionam com o aumento do absentismo escolar, conduzindo ao isolamento, e a um pior desempenho académico do adolescente (WHO, 2018). Por outro lado, a prevalência dos sintomas de ansiedade pode interferir também com a perceção de bem-estar do jovem e ser predecessora de depressão (Oliveira & Oliveira, 2021).

Dias (2020) sublinha, que a aposta na promoção da saúde mental na infância e adolescência permite obter ganhos em saúde com grande eficiência, uma vez que as dificuldades apresentadas pelas crianças e adolescentes são mais facilmente mobilizáveis e tratáveis do que no adulto, evitando-se, desta forma, a cristalização de sintomas e o desenvolvimento de patologia mental na idade adulta.

É neste sentido que se entende, que a intervenção na prevenção e autocontrolo da ansiedade em jovens, nomeadamente antes dos 15 anos, é deveras pertinente. Tal como já foi referido anteriormente, é entre os 15 e os 19 anos que as perturbações da ansiedade são mais prevalentes, pelo que se antes dos 15 anos os jovens forem capacitados para reconhecer e controlar a sua ansiedade, poderá haver um impacto nas taxas de prevalência destas perturbações nas idades mais tardias.

A OMS identifica a importância do desenvolvimento de intervenções de promoção da saúde mental e prevenção da doença, relacionadas com o reforço da capacidade

individual de regular emoções, priorizando abordagens não farmacológicas, nomeadamente ao nível das escolas e da comunidade (WHO, 2018).

Neste sentido, o momento de grande plasticidade cerebral que caracteriza a adolescência, representa uma oportunidade para a implementação de intervenções de promoção de literacia em saúde mental, nomeadamente sobre a ansiedade, através das intervenções psicoeducativas desenvolvidas em ambiente escolar (Morgado, Loureiro & Botelho, 2021). A intervenção em ambiente escolar para a promoção da literacia em saúde sobre a ansiedade, permite promover a qualidade de vida e um desenvolvimento saudável do adolescente (Flôr et al., 2022).

Neste contexto, Morgado e colaboradores (2021) desenvolveram uma investigação de âmbito qualitativo com alunos do 9º ano, na faixa etária dos 14 anos, propondo o desenho preliminar de uma intervenção psicoeducacional para o aumento da literacia dos adolescentes sobre ansiedade, cujo objetivo seria capacitar os adolescentes para o acesso, a compreensão e a utilização de informação útil que os ajude na prevenção, no reconhecimento e na gestão da ansiedade.

A proposta dos autores recomenda a realização de 4 a 6 sessões de psicoeducação abordando as seguintes temáticas:

- Conceito de ansiedade (ansiedade normal - como proteção, motivação e impulsionadora da ação - e patológica)
- Tipos de ansiedade (relacionada com os testes, ansiedade de desempenho, ansiedade social, ansiedade normal)
- Sinais e sintomas de ansiedade
- Estratégias de prevenção de ansiedade (Identificar situações indutoras de ansiedade; atitude positiva; aceitar que não é possível controlar tudo, praticar exercício físico, partilhar sentimentos e preocupações)
- Estratégias de gestão e autorregulação na redução de ansiedade
- Técnicas de relaxamento (respiração e imaginação guiada)
- Ações de primeira ajuda (como ajudar os outros com ansiedade)
- Procurar ajuda (informal e/ou de um profissional de saúde)

Numa *scooping review* elaborada por Sampaio et al (2020), com o objetivo de mapear as intervenções de enfermagem, associadas ao Diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade”, identificam também o treino de técnicas de relaxamento, como uma das intervenções passíveis de serem realizadas pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) para a prevenção e tratamento da ansiedade, nomeadamente em adolescentes.

Assim, o presente projeto adapta as recomendações de Morgado e colaboradores (2021) e os resultados recolhidos por Sampaio et al. (2020), associando a psicoeducação sobre ansiedade e o treino de técnicas de relaxamento em sessões dirigidas aos jovens que manifestem a vontade de aprender, perspetivando-se a sua continuidade ao longo de 6 meses.

APRESENTAÇÃO DO PROJETO

Nome: RelaxadaMente

Contexto: Alunos do Agrupamento de Escolas incluídos no projeto de saúde escolar da UCC

Finalidade: Promover a diminuição dos níveis de ansiedade dos adolescentes, através da sua capacitação para o autocontrolo da ansiedade.

Objetivos:

- Promover a literacia dos jovens sobre ansiedade: compreensão do conceito de ansiedade, sinais e sintomas;
- Instruir sobre estratégias de prevenção de ansiedade;
- Ensinar e treinar estratégias de autocontrolo de ansiedade;

População Alvo/Critérios de inclusão: Alunos do 9º ano

Duração: 7 meses (entre Novembro de 2023 e Maio de 2024)

Recursos: Sala de aula, projetor, computador

Parcerias: Agrupamento de Escolas, EESMP da UCC

Atividades a desenvolver: O projeto compreende duas componentes: uma primeira abordagem em sala de aula com cada turma e uma segunda abordagem, num contexto mais personalizado e dirigido aos alunos que demonstrem vontade em participar, que decorrerá em Gabinete de Apoio Personalizado (GAP), num total de 10 sessões (2 sessões de psicoeducação e 8 sessões de relaxamento).

A primeira abordagem consiste na realização de uma sessão de psicoeducação sobre o conceito de ansiedade, sinais e sintomas, com a duração de 45 minutos, que será reproduzida em cada turma. No final da sessão, os jovens serão questionados sobre quem gostaria de aprender e treinar técnicas de autocontrolo de ansiedade numa

abordagem mais personalizada. Será entregue aos alunos que demonstrarem interesse em participar nestas sessões, o consentimento informado para entregarem aos pais (ANEXO 2), assim como os instrumentos de avaliação para preenchimento (STAI-Y e WHO-5).

A segunda componente diz respeito à realização de sessões práticas para ensino e treino de estratégias de autocontrolo de ansiedade, dirigidas aos jovens que tenham demonstrado interesse em desenvolver conhecimentos e competências neste âmbito. Prevê-se a realização de uma sessão prática por semana no primeiro mês (Novembro), e posteriormente, uma sessão por mês (de Dezembro a Maio). Estas sessões práticas funcionarão em horário de GAP, previamente definido no início do ano letivo, tendo a duração de 30 minutos. Em cada sessão será exposta uma estratégia de autocontrolo de ansiedade (exercício físico, técnica de respiração, *mindfulness*, escrever um diário de preocupações, técnica de relaxamento muscular, técnica de imaginação, questionar os pensamentos negativos, treinar a resiliência) (Brian, 2021) e realizado treino da técnica de relaxamento muscular, seguindo o guião de relaxamento muscular, em versão áudio, da APP 29K da Fundação José Neves (Fundação José Neves, 2023), que será reproduzida e treinada repetidamente ao longo de todas as sessões. O objetivo é capacitar os jovens para a utilização autónoma desta técnica de relaxamento.

Avaliação dos resultados:

Para avaliação dos resultados da sessão de psicoeducação em sala de aula, será utilizada a ferramenta Mentimeter, sendo fornecido um QR code para os jovens acederem a um breve questionário (Apêndice 1) de avaliação de conhecimentos sobre a ansiedade, sendo solicitado o seu preenchimento no início e no final da sessão.

Aos jovens que demonstrem interesse em participar nas sessões práticas será solicitado o preenchimento do Inventário de ansiedade estado-traço (STAI-Y) (Anexo 2) e o Índice de bem-estar da OMS, versão de 1998, designado por WHO-5 (Anexo 3), funcionando como avaliação inicial. Será solicitado o preenchimento destes mesmos instrumentos na sessão final, como forma de avaliação final do projeto.

O Inventário de ansiedade estado-traço é um instrumento para avaliação de ansiedade, constituído por duas escalas individuais de autoavaliação, que pretende medir duas dimensões distintas da ansiedade: a ansiedade-estado e a ansiedade-traço. A ansiedade-estado refere-se a um estado emocional transitório que pode variar em

intensidade ao longo do tempo. A ansiedade-traço refere-se a uma disposição relativamente estável de resposta ao stress e uma tendência para perceber as situações como ameaças. Cada uma das escalas do inventário de ansiedade estado e traço é constituída por 20 itens numerados, que são classificados por intensidade, onde o sujeito indica como se sente naquele momento através de uma escala tipo Likert, de 4 pontos, numerada desde 1 (sem ansiedade) até 4 (muita ansiedade), assim, os resultados variam entre 20 no mínimo e 80 no máximo, para cada uma das escalas, sendo que, valores mais altos traduzem níveis de ansiedade mais elevados (Daniel et al., 2006).

O índice de bem-estar da OMS, designado por WHO-5, é uma escala composta por 5 itens de autopreenchimento, redigidos de forma positiva, que refletem a presença ou ausência de bem-estar e abrangem o humor, a vitalidade e o interesse em geral. A primeira versão desta escala foi desenvolvida em 1995, sendo reduzida até à sua versão mais recente (Simões et al., 2018). Cada item é classificado numa escala de Likert de 6 pontos, que varia de 0 (nunca está presente) a 5 (sempre presente). Quanto maior a pontuação, maior será o bem-estar.

No início e final de cada sessão de relaxamento, será solicitado aos jovens que procedam à auto-avaliação da frequência cardíaca, como forma de avaliar o efeito da sessão de relaxamento.

PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES

| Desenvolvimento da sessão | |
|--|---|
| <p>Sessão 1 e 2 (9ºA e 9ºB) (45min.)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do projeto, objetivos e elementos da equipa dinamizadora; • Solicitação do preenchimento de um questionário inicial (Anexo 1) de três questões, através da aplicação “Mentimeter”, sobre a ansiedade (definição através de uma palavra, tipos de ansiedade e nomeação de três estratégias de autorregulação); • Reflexão sobre a nuvem de palavras originada pela aplicação sobre a definição de ansiedade numa palavra; • Apresentação sobre ansiedade: conceito, tipos de ansiedade, sinais, sintomas, estratégias de gestão e regulação de ansiedade. • Permitir a partilha de experiência e vivências; • Convite para participar nas sessões personalizadas em GAP para treino de técnica de relaxamento; • Solicitação de preenchimento do questionário de avaliação final (Anexo 1), através da aplicação “Mentimeter”. • Fornecer instrumentos de avaliação para a sessão seguinte: STAIS-Y (Apêndice 1) e Índice de Bem-estar WHO-5 (Apêndice 2). |
| <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar os conhecimentos dos adolescentes sobre a ansiedade; • Despertar o interesse para o treino de relaxamento; • Promover a identificação com o grupo. | <p>Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento do questionário inicial e final no “Mentimeter”; • Participação do grupo. |
| <p>Recursos: Sala de aula, projetor, telemóvel com leitor QR code</p> <p>Método: expositivo, ativo e interrogativo</p> | <p>Promotoras: Enfermeiras de Saúde Mental UCC (3)</p> |

| | | |
|--|--|--|
| Sessão 3 (30min.) | Desenvolvimento da sessão | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Agradecimento e valorização da participação dos jovens presentes; • Explicar os objetivos da sessão e como se vai desenrolar; • Apresentação da estratégia 1 para autocontrolo de ansiedade: Exercício físico; • Apresentação da Técnica de relaxamento muscular (o que é, benefícios, como vais ser realizada – sentados em cadeiras, com olhos fechados ou olhar fixo num ponto da sala, ouvir atentamente a voz do guião e seguir as instruções); • Solicitar avaliação do pulso durante 15 segundos (multiplicar o valor por 4 para obter a frequência cardíaca por minuto). • Treino de técnica de relaxamento muscular seguindo o guião áudio de 10 minutos, da aplicação 29K da Fundação José Neves 10min (Fundação José Neves, 2023); • Solicitar reavaliação do pulso durante 15 segundos (multiplicar o valor por 4 para obter a frequência cardíaca por minuto). • Permitir a expressão de opiniões e sentimentos face à intervenção realizada e aos valores da frequência cardíaca; • Solicitar avaliação oral da sessão. | |
| Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Promover a redução da ansiedade; • Promover a aquisição de estratégias de autocontrolo de ansiedade; • Promover a identificação com o grupo. | Avaliação: <ul style="list-style-type: none"> • Observação do comportamento dos participantes; • Avaliação da frequência cardíaca no início e final da sessão; • Avaliação da sessão feita pelos participantes. | |
| Recursos: Gabinete de GAP, cadeiras, ambiente aquecido, com pouca luz, telemóvel/computador, colunas. Método: expositivo, ativo e interrogativo | Promotoras: Enfermeiras de Saúde Mental UCC (3) | |

| Desenvolvimento da sessão | |
|--|---|
| Sessão 4 (30min.) | <ul style="list-style-type: none"> • Agradecimento e valorização da participação dos jovens presentes; • Explicar os objetivos da sessão e como se vai desenrolar; • Apresentação da estratégia 2 para autocontrolo de ansiedade: técnica de respiração (4-4-4: inspirar em 4 segundos, suste a respiração 4 segundos, expirar em 4 segundos); • Relembrar a Técnica de relaxamento muscular (o que é, benefícios, como vais ser realizada – sentados em cadeiras, com olhos fechados ou olhar fixo num ponto da sala, ouvir atentamente a voz do guião e seguir as instruções); • Solicitar avaliação do pulso durante 15 segundos (multiplicar o valor por 4 para obter a frequência cardíaca por minuto). • Treino de técnica de relaxamento muscular seguindo o guião áudio de 10 minutos, da aplicação 29K da Fundação José Neves 10min (Fundação José Neves, 2023); • Solicitar reavaliação do pulso durante 15 segundos (multiplicar o valor por 4 para obter a frequência cardíaca por minuto). • Permitir a expressão de opiniões e sentimentos face à intervenção realizada e aos valores da frequência cardíaca; • Solicitar avaliação oral da sessão. |
| Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Promover a redução da ansiedade; • Promover a aquisição de estratégias de autocontrolo de ansiedade; • Promover a identificação com o grupo. | Avaliação: <ul style="list-style-type: none"> • Observação do comportamento dos participantes; • Avaliação da frequência cardíaca no início e final da sessão; • Avaliação da sessão feita pelos participantes. |
| Recursos: Gabinete de GAP, cadeiras, ambiente aquecido, com pouca luz, telemóvel/computador, colunas. Método: expositivo, ativo e interrogativo | Promotoras: Enfermeiras de Saúde Mental UCC (3) |

BIBLIOGRAFIA

- Allgaier, A.-K., Pietsch, K., Frühe, B., Prast, E., Sigl-Glöckner, J., & Schulte-Körne, G. (2012). Depression in pediatric care: is the WHO-Five Well-Being Index a valid screening instrument for children and adolescents? *General Hospital Psychiatry*, 34(3), 234–241. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.01.007>
- American Psychological Association. (2023). *APA Dictionary of Psychology*. https://dictionary.apa.org/anxiety?_ga=2.200114798.1388236549.1668603216-581175404.1667400704
- Daniel, F., Ponciano, E., Figueirinha, R., & Spielberg, C. (2006). *Estrutura factorial de uma versão experimental do STAI-Y em estudantes universitários portugueses*. <https://www.researchgate.net/publication/259571393>
- Dias, J. C. B. (2020). Enfermagem de Saúde Mental na Infância e Adolescência. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental. - Diagnósticos e Intervenções* (1st ed., pp. 283–290). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Espírito Santo, R. P. da S. (2015). *Bem-estar Psicológico: Validação da Escala Psychological General Well-being para a população portuguesa* [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona do Porto]. <https://recil.ensinulusofona.pt/bitstream/10437/6992/1/Raquel%20Espirito%20Santo.pdf>
- Flôr, S. P. C., Torres, F. J. R., Silva, M. da C. A., Aguiar, L. C. de, Fialho, M. L. de S., Sousa Castro, M. do S., Sales, P. A. A., Bento, F. V. F. S., & Lima, J. L. de. (2022). Impactos do transtorno de ansiedade em adolescentes: uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 11(15), 1–10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37344>
- Fundação José Neves. (2023). *Saúde Mental APP 29k FJN*. <https://www.joseneves.org/29-k-fjn>
- Garcia, I., & O'Neil, J. (2021). Anxiety in Adolescents. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(1), 49–53. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.08.021>
- Leite, A. A. D. M., & Silva, M. L. (2019). Um estudo bibliográfico da Teoria Psicossocial de Erik Erikson: contribuições para a educação. *Debates Em Educação*, 11(23), 148. <https://doi.org/10.28998/2175-6600.2019v11n23p148-168>

- Morgado, T., Loureiro, L., & Botelho, M. (2021). Intervenção psicoeducacional promotora da literacia em saúde mental de adolescentes na escola: estudo com grupos focais. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série(Nº6), 1–10. <https://doi.org/10.12707/RV20133>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE ® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Edição Portuguesa*. : Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda. https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (1998). Índice de bem-estar OMS (cinco) (WHO-5), versão de 1998. Recuperado de https://www.psykiatri-regionh.dk/who5/Documents/WHO5_Portuguese.pdf
- Pawils, S., Heumann, S., Schneider, S. A., Metzner, F., & Mays, D. (2023). The current state of international research on the effectiveness of school nurses in promoting the health of children and adolescents: An overview of reviews. *PLOS ONE*, 18(2), 1–55. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275724>
- Sampaio, F., Gonçalves, P., Parola, V., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2021). Nursing Process Addressing the Focus “Anxiety”: A Scoping Review. *Clinical Nursing Research*, 30(7), 1001–1011. <https://doi.org/10.1177/1054773820979576>
- Sampaio, F., Gonçalves, P., & Sequeira, C. (2020). Ansiedade e Autocontrolo da Ansiedade. In F. Sampaio & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1st ed., pp. 128–130). Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Simões, R., Santos, J. C., Façanha, J., Erse, M., Loureiro, C., Marques, L. A., Quaresma, H., & Matos, E. (2018). Promoção do bem-estar em adolescentes: contributos do projeto +Contigo. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(1), 41–49. <https://doi.org/10.1159/000486468>
- Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (2011). *Psicologia do Adolescente. Uma Abordagem Desenvolvimentista* (5th ed.). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ströhle, A., Gensichen, J., & Domschke, K. (2018). The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Deutsches Ärzteblatt International*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0611>
- World Health Organization. (2018). Adolescent mental health: Fact sheets. Author. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

APÊNDICES

Apêndice 1 – Inventário de Ansiedade Estado – Traço (STAIS-AD Test form Y)

A escala tem uma série de frases que as pessoas habitualmente utilizam para se descreverem a si próprias. Lê cada uma delas e faz uma cruz (X) no número da direita que indica como te sentes agora, isto é, *neste preciso momento*. Não há respostas certas nem erradas. Não leves muito tempo com cada frase, mas dá a resposta que melhor se adequa aos teus sentimentos *neste momento*.

| STAIS-AD Test Form Y | | Nada | Um pouco | Moderadamente | Muito |
|----------------------|--|------|----------|---------------|-------|
| 1 | Sinto-me calmo(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Sinto-me seguro(a) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Estou tenso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Sinto-me esgotado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | Sinto-me à vontade | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Sinto-me perturbado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | Presentemente ando preocupado com desgraças que possam vir a acontecer | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Sinto-me satisfeito | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Sinto-me assustado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Estou descansado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Sinto-me confiante | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Sinto-me nervoso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Estou inquieto | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Sinto-me indeciso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | Estou descontraído | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | Sinto-me contente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | Estou preocupado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | Sinto-me confuso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Sinto-me uma pessoa estável | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Sinto-me bem | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21 | Sinto-me nervoso e inquieto | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|
| 22 | Sinto-me satisfeito comigo próprio | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23 | Quem me dera ser tão feliz como os outros parecem sê-lo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24 | Sinto-me um falhado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25 | Sinto-me tranquilo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26 | Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27 | Sinto que as dificuldades estão a acumular-se de tal forma que as não consigo resolver | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28 | Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29 | Sou feliz | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30 | Tenho pensamentos que me perturbam | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31 | Não tenho muita confiança em mim | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32 | Sinto-me seguro | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33 | Tomo decisões com facilidade | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34 | Muitas vezes sinto que não sou capaz | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35 | Estou contente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36 | Às vezes, passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37 | Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afasta-los do pensamento | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38 | Sou uma pessoa estável | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39 | Fico tenso ou desorientado quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes | 1 | 2 | 3 | 4 |

Apêndice 2 – Índice de Bem-estar OMS-5 (cinco) (WHO-5), versão de 1998

Indica, por favor, para cada uma das cinco afirmações, a que se aproxima mais do modo como te tens sentido nas últimas duas semanas. Nota que os números maiores indicam maior bem-estar.

Exemplo: Se ao longo das últimas duas semanas te sentiste alegre e bem disposto/a durante mais de metade do tempo, coloca uma cruz no quadrado com o número 3.

| | <i>Durante as últimas duas semanas</i> | Todo o tempo | A maior parte do tempo | Mais de metade do tempo | Menos de metade do tempo | Algumas vezes | Nunca |
|----------|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 | Senti-me alegre e <u>bem disposto/a</u> | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 2 | Senti-me calmo/a e tranquilo/a | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 3 | Senti-me activo/ae enérgico/a | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 4 | Acordei a sentir-me fresco/a e repousado/a | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 5 | O meu dia-a-dia tem sido preenchido com coisas que me interessam | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário de Avaliação Inicial e final da sessão de psicoeducação

AVALIAÇÃO INICIAL

1. Define ansiedade numa palavra. _____
 2. Selecciona a afirmação verdadeira. A ansiedade pode ser:
 - a. Benéfica, porque nos deixa alerta, faz-nos agir e proteger dos perigos.
 - b. Prejudicial, quando impede que façamos atividades do dia-a-dia.
 - c. Gerida e regulada com algumas estratégias.
 - d. Todas as anteriores.
 - e. Nenhuma das anteriores.
 3. Nomeia três estratégias para regular a ansiedade.
-
-

AVALIAÇÃO FINAL

1. Selecciona a afirmação verdadeira. A ansiedade pode ser:
 - a. Benéfica, porque nos deixa alerta, faz-nos agir e proteger dos perigos.
 - b. Prejudicial, quando impede que façamos atividades do dia-a-dia.
 - c. Gerida e regulada com algumas estratégias.
 - d. Todas as anteriores.
 - e. Nenhuma das anteriores.

Nomeia três estratégias para regular a ansiedade.

Achas que a sessão foi útil? _____

O que gostaste mais nesta sessão?

O que pensas que poderia ser melhorado? _____

Tencionas participar nas sessões de relaxamento? _____

ANEXO 2 – CONSENTIMENTO INFORMADO

Dados recentes da Organização Mundial da Saúde apontam para que, mundialmente, cerca de 16% das crianças e adolescentes sofram de alguma perturbação mental, sendo as perturbações da ansiedade as mais prevalentes, especialmente nos jovens entre os 15 e os 19 anos (WHO, 2018).

Neste sentido, e no âmbito do projeto de Saúde escolar da Unidade de Cuidados na Comunidade de Montemor-o-Velho (UCCMV) previsto para o ano letivo 2023-2024, está a desenvolver-se o projeto **RelaxaMente**, conduzido pelas estudantes de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e pela Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica da UCCMV.

Este projeto tem a finalidade de diminuir os níveis de ansiedade dos adolescentes, através da sua capacitação para o autocontrolo da ansiedade, através do ensino de estratégias de autorregulação e treino de técnica de relaxamento muscular. As sessões de relaxamento serão realizadas uma vez por semana no primeiro mês (Novembro), e posteriormente, uma sessão por mês (de Dezembro a Maio). Estas sessões práticas funcionarão em horário de GAP (Gabinete de Apoio Personalizado), previamente definido no início do ano letivo, tendo a duração de 30 minutos.

Para avaliação dos níveis de ansiedade e perceção de bem-estar antes e após a realização do projeto, solicita-se o preenchimento das escalas em anexo.

Os dados recolhidos são confidenciais e para utilização exclusiva no âmbito deste projeto.

Concordo que o meu educando participe nas sessões de relaxamento:

Sim Não

Assinatura do Encarregado de Educação


Bibliografia: World Health Organization. (2018). Adolescent mental health: Fact sheets. Author. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Vamos conversar
sobre... 

Ansiedade

Conceito e estratégias de autorregulação



 Trabalho realizado por: A. F. L. (Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sob orientação da Enf. Tutora M. G. e da Professora Doutora R. L.)

Índice

01

Conceito

O que é a ansiedade?

02

Tipos de ansiedade

03

Sinais e sintomas

04

Estratégias de autorregulação



Questionário



+

01

O que é a
ansiedade?



A ansiedade...

- É uma emoção, tal como a alegria, a raiva ou a calma.
- É uma emoção que nos faz ficar preocupados, nervosos ou com medo.
- Todas as pessoas se sentem ansiosas ocasionalmente.





A ansiedade...

Funciona como um sistema de alarme do nosso corpo, que nos deixa alerta para um perigo.

O alarme dispara quando o cérebro prevê que uma situação pode ser perigosa.

Exemplo: o teste de matemática, falar em frente à turma...





♥ 02

Tipos de Ansiedade



Tipos de ansiedade

- Quando o cérebro deteta um evento perigoso, produz ADRENALINA (Uma hormona de Stress).
- A adrenalina acelera o ritmo cardíaco e respiratório, que é ótimo se precisarmos de fugir ... mas não é ótimo de estivermos a tentar adormecer.
- Perante a ansiedade podemos:

FIGHT



FLIGHT oohhala!



FREEZE



✦ A ansiedade pode ser...



Útil e protetora

Ex: estimula a estudar, a evitar os perigos...

Prejudicial

Em níveis elevados e prolongados no tempo e quando impede que façamos determinadas atividades (ir a determinados locais, dormir...).





A ansiedade...

- Pode relacionar-se com algo concreto ou pode não ter uma causa específica.
- Por vezes é difícil perceber qual o motivo da ansiedade que sentimos.



+
03

Sinais e sintomas





Como reconhecemos a ansiedade?

- Reconhecer os sinais da ansiedade é importante!
- Quando somos capazes de o fazer, a ansiedade deixa de ser tão assustadora.



A Ansiedade...

Pode manifestar-se de várias formas.



Pensamento

Preocupações,
inquietação
Angústia
Medo, pânico



Comportamento

Agitação
Irritabilidade
Evitamento



Reações vegetativas

Coração acelerado
Transpiração
Dificuldade em respirar





ANSIEDADE



Fonte: Brian (2021)

Podemos ter um dos sintomas, vários, nenhum ou todos os sintomas



04

Estratégias de autorregulação





Primeiros passos:



Conhecer o que é a ansiedade e saber que ela é temporária e não é perigosa, ajuda.



Perceber como a ansiedade interfere com o dia a dia.
(Impede de fazer coisas que gosto? Não me deixa dormir?)



Aceitar que há coisas que não podemos controlar.



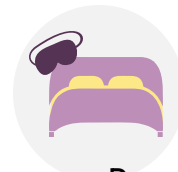


Conviver

Rir, diversão, estar com os amigos e família.
Partilhar o que sentes.

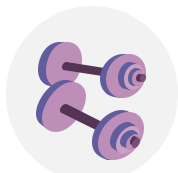


Alimentação equilibrada



Dormir

Entre 9 a 10 horas. O sono é essencial para a saúde mental

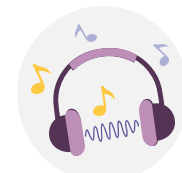


Exercício físico

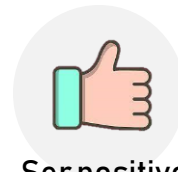


Diminuir tempo de ecrã

Maiores níveis de ansiedade, prejudica o sono



Ouvir música /Hobbies



Ser positivo

Substituir pensamentos negativos por positivos - *“É realmente tão mau quanto eu penso ser?”*
Procurar dar o melhor em vez de procurar ser perfeito.



Estratégias



✦ Convite...



Sessões de Relaxamento





Sugestões



FUNDAÇÃO JOSE NEVES

SABIAS QUE, EM MÉDIA, VIVEMOS 29 000 DIAS?

Como queres usar esse tempo?
A pensar no teu bem-estar e na tua saúde mental, criámos a App 29k FJN, com conteúdos baseados em informação e técnicas cientificamente validadas

INSTALA A APP 29K FJN

EMBAIXADORES 29K FJN





Questões?





Questionário





Bibliografia

Brian, R. (2020). Não te preocupes (Tanto!). (1ª Ed.). Lisboa: Penguin Random Grupo Editorial Unipessoal, Lda. ISBN: 978-989-784-254-2.

Sampaio, F.; Gonçalves, P. & Sequeira, C. (2020). *Ansiedade e Autocontrolo da Ansiedade*. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem de Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1a, pp. 286–290). Lidel.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (5ªed.). Artmed. http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf

Pombo, S. & Ferro, A. (2020). *Aprenda sobre a sua ansiedade!*. Sociedade Portuguesa Psiquiatria Saúde Mental, 2edição. https://www.researchgate.net/publication/344461927_Aprenda_sobre_a_sua_ansiedade_MANUAL_DIDATICO_SOBRE_ANSIEDADE_2_EDICAO

Lopes, M. (2022). *As Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria na Prevenção da Ansiedade na Adolescência*. [Master's thesis, Instituto Politécnico de Beja]. https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5881/1/Maria%20Lopes_pdfa.pdf





Obrigada



APÊNDICES

APÊNDICES I: ESTUDO DE CASO



Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Ano Lectivo 2023/2024
1ª Semestre

ESTUDO DE CASO

João Paulo de Sousa Fonseca, nº 4539

Oliveira de Azeméis

junho, 2023



Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Ano letivo 2023/2024
1ª Semestre

ESTUDO DE CASO

Trabalho desenvolvido no âmbito do 1º Curso do Mestrado em ESMP para obtenção de classificação, na unidade de Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final realizado num serviço de Pedopsiquiatria.

João Paulo de Sousa Fonseca, nº 4539

Orientação: Prof A.P. e Enfº H.M. e Enfº B.F.

Oliveira de Azeméis

junho, 2023

“O maior dos crimes é o suicídio, porque é o único que não admite o arrependimento.”

Alexandre Dumas, pai

RESUMO

O suicídio é visto como um sério desafio para a saúde pública à escala nacional e global. Nos últimos anos, tem ganhado destaque na Europa, com um notável aumento nas taxas de suicídio entre jovens e adolescentes (Organização Mundial da Saúde, 2012).

Entende-se a adolescência como uma fase de crescimento físico, psicológico e cognitivo muito acelerado, afetando a forma como os adolescentes pensam, sentem, tomam decisões e interagem com os outros ao seu redor, proporcionando a ocorrência de fatores de risco relacionados com os comportamentos suicidários.

As ações de suicídio ou tentativas de suicídio têm um impacto significativo nas relações familiares e na comunidade, causando muito sofrimento para aqueles próximos à vítima. Isso desperta a necessidade e a oportunidade de agir diante de um problema tão complicado como os comportamentos suicidas em jovens.

Assim, é imperativo reforçar a intervenção especializada e precoce para a prevenção de comportamentos suicidários, com programas bem estruturados e implementados por equipas de saúde mental e psiquiatria. Os adolescentes devem ser capazes de identificar razões para viver, de criar projetos de vida, e devem ter a segurança e a certeza de que terão cuidados de saúde mental continuados.

Palavras-Chave: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Adolescência, Suicídio, Reestruturação Cognitiva.

INDICE

| | |
|--|----|
| LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS | 8 |
| LISTA DE FIGURAS | 9 |
| INTRODUÇÃO | 10 |
| 1. APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO | 12 |
| 2. COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS | 14 |
| 2.1. MODELOS TEÓRICOS | 16 |
| 2.2. EPIDEMIOLOGIA | 18 |
| 2.2.1. Fatores de Risco | 19 |
| 2.2.2. Fatores Protetores | 21 |
| 2.2.3. Prevenção de comportamentos suicidários | 22 |
| 3. PLANEAMENTO DA ENTREVISTA CLÍNICA | 23 |
| 4. PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM | 28 |
| 4.1. AVALIAÇÃO INICIAL | 28 |
| 4.1.1. História biopsicossocial | 28 |
| 4.1.2. Anamnese | 31 |
| 4.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM | 32 |
| 4.3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM | 33 |
| 5. ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS | 39 |
| 5.1. REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA | 39 |
| 5.2. RELAXAMENTO | 40 |
| 6. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA: REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA | 43 |
| 6.1. PLANEAMENTO 1ª SESSÃO | 43 |
| 6.2. PLANEAMENTO 2ª SESSÃO | 46 |
| 6.3. PLANEAMENTO 3ª SESSÃO | 49 |
| CONCLUSÃO | 52 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 53 |
| ANEXOS | |
| ANEXO I - Mini Mental State Examination | |
| ANEXO II - Indicador NOC de resultado para Motivação | |
| ANEXO III – Indicador NOC de resultado para equilíbrio do humor (dado inicial) | |
| ANEXO IV – Indicador NOC de resultado para equilíbrio do humor (dado de evolução) | |

ANEXO V – Escala de avaliação da Ansiedade de Hamilton (dado inicial)

ANEXO VI - Escala de avaliação da Ansiedade de Hamilton (dado de evolução)

ANEXO VII – Indicador NOC de resultado para Autoestima (dado inicial)

ANEXO VIII - Indicador NOC de resultado para Autoestima (dado de evolução)

ANEXO IX – Indicador NOC de resultado para Vontade de Viver (dado inicial)

ANEXO X - Indicador NOC de resultado para Vontade de Viver (dado de evolução)

ANEXO XI – Tabela de Preenchimento Pensamentos Automáticos - TPC

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

| | |
|--------------|---|
| CAL | Comportamentos Autolesivos |
| DGS | Direção Geral da Saúde |
| DM1 | Diabetes Mellitus tipo 1 |
| EESMP | Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica |
| HTA | Hipertensão Arterial |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| INE | Instituto Nacional de Estatística |
| NOC | Classificação dos Resultados de Enfermagem |
| OCDE | Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico |
| PNPS | Plano Nacional Prevenção do Suicídio |
| PNSM | Plano Nacional de Saúde Mental |
| SU | Serviço de Urgência |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---------------------------|----|
| Figura 1 – Genograma..... | 29 |
| Figura 2 – Ecomapa..... | 30 |

INTRODUÇÃO

O atual trabalho foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Curso do Mestrado em ESMP, e tem como foco o Estudo de um Caso Clínico.

Atualmente, a importância da saúde mental tem sido destacada por organizações internacionais como a OMS, OCDE e Comissão Europeia. No âmbito nacional, a saúde mental é uma prioridade, sendo impulsionada pelo PNSM e pelo PNPS, que visam a prevenção do suicídio.

O suicídio tem se mostrado um sério desafio para a saúde pública tanto em âmbito nacional como global. Nos últimos tempos, esse fenômeno tem ganho destaque na Europa, com um notável crescimento nas estatísticas de suicídio entre os jovens e adolescentes (Organização Mundial da Saúde, 2021). Assume-se, ainda, como um evento complexo e diversificado resultante da combinação de elementos de natureza fisiológica, antropológica, psicológica, biológica e social (Direção Geral da Saúde, 2013).

Dados epidemiológicos revelam que a cada ano 800 000 pessoas morrem por suicídio, o que corresponde sensivelmente a uma pessoa a cada 40 segundos. Entre as populações mais afetadas os jovens adultos são aqueles que possuem os números mais preocupantes, já que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), o suicídio está entre as quatro principais razões de óbito para jovens com idades entre 15 e 19 anos. Os adolescentes são considerados um grupo de alto risco em diversos países, incluindo Portugal, quando se trata desse tipo de tragédia.

Devido à complexidade do suicídio, é fundamental adotar estratégias abrangentes e colaborativas que englobem o jovem, os seus familiares e a sociedade (Sharaf et al., 2016).

Assim, o enfermeiro especialista deve estar preparado e sensibilizado para as áreas específicas de atuação em Saúde Mental e Psiquiatria e deste modo procurar perceber a envolvimento e especificidade dos cuidados a prestar à pessoa. Neste sentido o objetivo ao realizar este trabalho prendeu-se com a análise do caso clínico, com aprofundamento de conhecimentos sobre o suicídio e desenvolver competências na área das intervenções psicoterapêuticas, nomeadamente a reestruturação cognitiva.

O trabalho realizado teve por base um caso clínico de uma jovem de 13 anos com longo historial de CAL e múltiplos comportamentos parasuicidários, com três internamentos prévios em Pedopsiquiatria.

O documento divide-se em 6 partes. O caso clínico é exposto no primeiro capítulo. No segundo capítulo é apresentado um breve enquadramento teórico sobre o suicídio. A entrevista clínica e o guião encontram-se descritas no terceiro capítulo.

Posteriormente é descrito o processo de enfermagem, onde consta a avaliação inicial, com a respetiva colheita de dados, os focos, os diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções. De seguida, no quinto capítulo justificamos a opção da intervenção psicoterapêutica. Por fim, o último capítulo é dedicado ao planeamento e execução da intervenção psicoterapêutica: reestruturação cognitiva.

1. APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Jovem de 13 anos com internamentos recentes em Pedopsiquiatria em Agosto e Setembro deste ano, que vem transferida de um centro hospitalar para o SU após nova ingestão medicamentosa voluntária com x comprimidos de Nausef e Sertralina (medicação própria que estava com a técnica que a acompanhava no internamento). A jovem não verbaliza fator precipitante “não me sinto à vontade para dizer” e refere que tinha intenção de morrer.

Segundo a colaboradora da instituição, também na semana anterior a A. apresentou CAL na escola, solicitando afeitas com as quais se terá cortado na casa de banho. Tem verbalizado na instituição intenção suicidária de forma apelativa.

Doente seguida em consulta de Pedopsiquiatria num centro hospitalar. Jovem com longo historial de CAL e múltiplos comportamentos parasuicidários, associados a dificuldades de regulação emocional, traços de personalidade maladaptativos e disfuncionalidade sociofamiliar. Três internamentos prévios em Pedopsiquiatria – Nov/22, Ago/23 e Set/23. Acompanhada por psicologia clínica semanais com psicóloga da instituição. Em acolhimento residencial desde março de 2023, por ordem do tribunal, por negligência e escassa supervisão parental.

Quanto a antecedentes familiares, a mãe é auxiliar em lar de idosos, tem o 12º ano e teve uma depressão pós-parto, o pai é operador de máquinas em fábrica, tem o 4º ano e HTA e dislipidemia e o tio com DM1. Sem história familiar de suicídio/comportamentos suicidários.

À observação no serviço de urgência, a jovem aparenta idade superior à idade real. Aspeto cuidado e investido dentro do estilo pessoal. Contacto visual fixo e modulado. Pouca ressonância afetiva. Sem percepção clínica de postura apelativa.

Humor depressivo, com afetos aplanados. Amplitude de afetos restringida.

Discurso espontâneo e fluente, com tendência para respostas curtas. Prosódia alterada, com tendência para tom monocórdico. Recusa falar do fator precipitante para comportamento suicidário.

Não se apuram alterações de forma, posse ou conteúdo do pensamento. Não se apuram alterações da sensopercepção. Sono conciliado. Apetite mantido. Projeção no futuro pouco estruturada, não se podendo excluir a existência de plano suicidário. Ideação suicida ativa.

Foi internada voluntariamente no serviço de Pedopsiquiatria para estabilização do quadro clínico.

2. COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS

Não há dúvidas quanto à relevância do crescimento da Suicidologia nos últimos anos, como campo dedicado ao estudo e prevenção do suicídio. Entretanto, ainda há obstáculos na definição e aplicação de certos conceitos, tais como: ideação suicida, tentativas de suicídio, comportamentos autodestrutivos e casos de suicídio efetivados (Moreira, 2008).

Os comportamentos suicidários englobam todas as ações nas quais um indivíduo causa dano a si mesmo, não importando se há intenção de morte e se há consciência do motivo por trás desse ato. Conforme Hayes (2000) menciona, há diferentes termos como automutilação, autolesão deliberada, autoagressão deliberada, gestos suicidas, pseudo suicídio, suicídio simulado, que são frequentemente utilizados para descrever aspectos similares do comportamento suicida, apesar de representarem fenômenos suicidas distintos em algumas situações.

Na área da suicidologia, é comum identificar três tipos de comportamento suicida: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. A ideação suicida é considerada o ponto inicial (ideias, pensamentos, planeamento e desejo em se matar), o suicídio consumado o ponto final e a tentativa de suicídio posiciona-se no meio desses extremos (Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005).

A ideação suicida refere-se aos pensamentos e ideias relacionadas a tirar a própria vida, que podem variar desde pensamentos simples sobre a morte até planos detalhados sobre como levar a cabo o ato (Ferreira & Castela, 1999). Palmer (2005) também a descreve como pensamentos com a intenção de levar ao suicídio e que podem variar em intensidade e frequência, dependendo de quão específicos são os planos e do quão forte é a intenção de cometer o ato.

A espiral suicida começa com a ideação, servindo como sinal de fragilidade e pode resultar numa tentativa de suicídio e, em último caso, no próprio ato. A presença de pensamentos suicidas, embora não seja uma garantia de que a pessoa irá cometer suicídio, deve ser considerada um fator de risco para tentativas de suicídio, as quais consequentemente elevam a probabilidade de efetivação do ato (Kerr, Johnson, Gans & Krumrine, 2004).

Ferreira & Castela (1999) ressaltam a relevância da ideação suicida, sendo fundamental incluí-lo em qualquer avaliação psicológica para prevenir comportamentos

autodestrutivos.

Conforme Saraiva (2006), o para-suicídio é caracterizado por um comportamento intencional não letal, realizado de forma voluntária e não usual, sendo direto e causando dano a si próprio, com o objetivo de promover mudanças ou alcançar certos objetivos. O autor também menciona que é um ato no qual não há uma clara intenção de morrer, mas há o risco de se autolesionar (levemente ou gravemente), caso não haja intervenção, ou seja, é uma tentativa de suicídio na qual o verdadeiro propósito não é acabar com a vida. O para-suicídio refere-se a um comportamento autodestrutivo, mas não fatal, no qual a pessoa se prejudica deliberadamente sem a participação de terceiros, procurando alterações imediatas no seu comportamento ou consequências físicas. Esse conceito está associado aos comportamentos de risco, como abuso de substâncias, condução perigosa, comportamento sexual irresponsável e prática de desportos extremos.

Diferentemente do para-suicídio, as tentativas de suicídio são caracterizadas pelo ato de um indivíduo que busca a sua própria morte, porém não consegue concretizá-la por motivos diversos. A principal distinção entre o para-suicídio e tentativas de suicídio está no grau intencional, sendo esta última mais elevada na verdadeira tentativa de suicídio (Sociedade Portuguesa de Suicidiologia, 2009).

No entanto, embora o para-suicídio e a tentativa de suicídio possam ter resultados diferentes em relação ao suicídio consumado, eles mostram-se clinicamente similares, uma vez que ambos não resultam necessariamente em morte (Santos, 2007).

O suicídio é caracterizado pela intenção deliberada de tirar a própria vida, percebendo claramente as consequências que essa escolha pode trazer (Araújo, Coutinho & Saraiva, 2009). Pensar em cometer suicídio é um sinal importante de que a pessoa está em perigo de se suicidar, sendo visto como o início do caminho para sua realização. (Borges & Werlang, 2006). Normalmente, o suicídio não é decidido de forma impulsiva, muitas vezes o indivíduo demonstrou sinais prévios de pensamentos suicidas.

Estudos apontam que é comum que, depois da primeira tentativa de suicídio, mais tentativas ocorram, sendo que alguma pode resultar em morte (Borges et al., 2008; Dutra, 2002; Espinoza-Gomez et al., 2010). Assim, a ligação entre ideação suicida, tentativas e suicídio consumado pode ser vista como uma janela de oportunidade para intervenção (Krüger & Werlang, 2010).

2.1. MODELOS TEÓRICOS

A probabilidade de alguém cometer suicídio está relacionada, em grande parte, a certas características de personalidade, vulnerabilidades ou propensão da pessoa para agir de forma suicida. Portanto, a propensão individual para esse tipo de comportamento deve ser considerada em qualquer avaliação de risco, uma vez que essa propensão muitas vezes indica uma maior inclinação do indivíduo para ter pensamentos suicidas e agir impulsivamente diante de um stressor específico (Moreira, 2008).

Alguns fatores de risco são vistos como psicobiológicos (Van Heeringen & Marusic, 2003). Os comportamentos suicidas frequentemente estão associados a eventos significativos na vida de pessoas vulneráveis a esse tipo de comportamento, o que leva a diferentes modelos explicativos.

A ocorrência de comportamentos suicidas também é influenciada por diversos elementos, levando ao surgimento do modelo diátese-stress para comportamentos suicidas (Mann, 1998). Segundo essa abordagem, pessoas com certas características genéticas, de desenvolvimento e de personalidade estão mais propensas (diátese) a apresentar comportamentos suicidas (Moreira, 2009).

Entre os fatores que contribuem para comportamentos suicidas em indivíduos, destacam-se a agressividade elevada, comportamentos compulsivos, falta de esperança, visão negativa do futuro, consumo de álcool, tabaco e drogas, presença de doença mental e antecedentes familiares de suicídio (Mann, et al, 1999). Segundo Van Heeringen (2003), comportamentos suicidas são influenciados pela interação entre características genéticas, eventos de vida, presença de psicopatologia e fatores desencadeantes ou facilitadores.

De acordo com Moreira (2009), a teoria proposta por Rudd (2000) sugere a existência de uma complexa rede de suborganizações dos elementos essenciais da personalidade, que se formaram a partir das vivências pessoais e que são acionadas automaticamente em resposta a situações percebidas como ameaçadoras. Os comportamentos disfuncionais que podem desencadear tendências suicidas ou uma busca por atenção, estão ligados aos eventos ocorridos ao longo da vida. Assim, as tendências suicidas estão condicionadas às interações entre fatores internos e externos, de modo que, dependendo da natureza do stresse enfrentado, a pessoa pode acionar tanto uma tentativa de suicídio quanto um comportamento de chamar atenção para si (para-suicídio).

O comportamento de uma pessoa que apresenta episódios alternados e frequentes de tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos pode ser explicado pela flutuação entre a ativação de pensamentos suicidas e fatores que facilitam tais comportamentos ao longo do tempo. O tipo de fator ativado vai depender das situações específicas vivenciadas pelo indivíduo, como contextos de vida, circunstâncias e interações com os outros, que em várias situações desempenham um papel importante no risco de suicídio, como traços de personalidade maladaptativos.

Porém, os fatores que auxiliam na ocorrência de um suicídio futuro elevam a probabilidade de um episódio, sendo que a vulnerabilidade está ligada às experiências passadas da pessoa, traumas na infância, abusos ou falta de atenção, ambiente familiar problemático, transtornos de personalidade, entre outros (Rudd, 2000).

Rudd (2000) explica que pensamentos e comportamentos suicidas são acionados por um modo disfuncional com diferentes aspectos: cognitivo, emocional, motivacional e comportamental. No aspecto cognitivo está presente o sistema de crenças suicidas, que envolve a criação e a internalização de significados mal adaptativos relacionados a si mesmo, aos outros e ao futuro. Esse sistema leva ao uso excessivo de estratégias compensatórias e a um alto nível de desesperança, que é o principal fator na ativação do modo suicida. Já o aspecto emocional é marcado pelo sofrimento emocional, manifestado por emoções negativas como tristeza, ansiedade, raiva, culpa, vergonha, humilhação, entre outros. Por sua vez, o aspecto comportamental ou motivacional é responsável pela vontade de agir de forma suicida, indicando uma clara intenção suicida.

Quando os fatores desencadeantes são acionados, a possibilidade de questionar a intenção suicida aumenta devido à falta de consistência nas motivações e comportamentos do indivíduo. Por exemplo, em casos de automutilação, as razões podem envolver a busca por vingança, punição de pessoas importantes ou o controle emocional ao liberar a tensão. No entanto, os fatores desencadeantes também aumentam a probabilidade de ativar a intenção suicida, o que torna os indivíduos que apresentam comportamentos de risco suicida mais propensos a cometer suicídio. Isso ocorre porque a reativação da intenção suicida nesses casos é mais facilitada do que em pessoas sem histórico de autolesão (Rudd, 2000).

Esta teoria distingue entre os métodos de suicídio (intenção de se matar) e os métodos facilitadores. Quando o método de suicídio é ativado, o comportamento da pessoa é marcado por ações que indicam uma verdadeira intenção de se matar. Em pessoas que

apresentam múltiplos episódios de comportamentos suicidas (crónicos), a ativação do método de suicídio é reduzida (Rudd, 2000).

Chapman, Gratz e Brown (2006) desenvolveram conceito de evitamento experiencial sendo a maneira funcional para entender os comportamentos autolesivos.

O evitamento experiencial abrange uma ampla gama de comportamentos que são reforçados negativamente, como supressão de pensamentos, abuso de substâncias, evitação de situações stressantes e ansiosas e dependência de álcool ou drogas para evitar enfrentar determinadas situações.

2.2. EPIDEMIOLOGIA

De acordo com informações recentes, os índices de suicídio entre os jovens têm apresentado um aumento significativo, tornando-os um grupo de grande fragilidade. Uma pesquisa que analisou informações de noventa países descobriu que a taxa de suicídios entre os jovens é de aproximadamente 7,4 a cada 100 mil pessoas. Os dados disponíveis indicam que as taxas de suicídio são variadas de acordo com os diferentes países, gêneros e faixas etárias. Em Portugal, os números de suicídio são consideravelmente mais altos em comparação com a população em geral (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2013).

O índice de suicídio entre jovens tem crescido nas últimas décadas, sendo essa faixa etária considerada de alto risco atualmente (OMS, 2012). De acordo com informações do INE (Instituto Nacional de Estatística, 2023), as taxas de suicídio em Portugal têm aumentado significativamente desde o início dos anos 2000, passando de 5,1 por 100 mil habitantes em 2000 para 9,0 por 100 mil habitantes em 2023.

A taxa de suicídio entre jovens de 15 a 24 anos é de 3 em cada 100.000 pessoas, sendo mais alta entre os rapazes do que entre as raparigas. As raparigas têm maior propensão a tentativas de suicídio mas os rapazes têm uma taxa mais elevada de suicídio consumado. Em relação a comportamentos autolesivos, que não têm a intenção de causar morte, mas que com o tempo podem evoluir para comportamentos suicidas, estudos em Portugal indicam uma prevalência de 7% a 16% entre os adolescentes, com cerca de 10% a 18% experienciando pelo menos um episódio.

É importante ressaltar que em Portugal, assim como em diversos outros países, pode haver uma subnotificação dos dados estatísticos, já que as informações presentes nos registos oficiais de óbito se baseiam nas causas declaradas nos atestados de óbito, havendo situações em que a família/ sociedade influenciam para o suicídio não ser

mencionado como causa de morte.

2.2.1. Fatores de Risco

Dutra (2002) afirma que solidão é um sentimento frequente entre adolescentes que consideram tirar a própria vida. Esses jovens expressam a necessidade de amizades e apoio emocional, e a ausência desses elementos pode levar a problemas psicológicos e comportamentais. Prieto & Tavares (2005) observaram que a falta de interações sociais na infância e na adolescência pode aumentar o risco de suicídio, uma vez que o suporte emocional dos pares nessa fase da vida pode atenuar o impacto de experiências negativas.

A evidência indica que durante a adolescência é possível que surjam pensamentos de morte devido às barreiras sociais, contextuais e situacionais que os jovens enfrentam nessa fase do desenvolvimento (Werlang et al., 2005).

Avaliar o perigo de suicídio requer considerar tanto os indicadores de segurança quanto os fatores de risco para comportamentos suicidas. Ainda não se tem total certeza sobre os elementos ou situações que levam um adolescente a consumir o suicídio.

A OMS (2011) identifica a vulnerabilidade ligada à saúde mental, ao abuso de álcool, a situações de perda e a tentativas anteriores de suicídio como os principais elementos que contribuem para o risco de suicídio. É válido ressaltar que esses fatores, quando presentes individualmente, não determinam o comportamento suicida, mas podem aumentar a vulnerabilidade das pessoas a essa conduta. Além disso, a impulsividade, a irritabilidade, a dificuldade em lidar com frustrações, a ansiedade intensa, a falta de esperança, o isolamento social e os sentimentos de inferioridade e ambivalência são aspectos que merecem destaque como fatores de risco para comportamentos suicidas. Em resumo, os principais fatores de risco associados ao suicídio são:

Existência de Psicopatologia – as doenças mentais desempenham um papel significativo em cerca de 90% dos suicídios, incluindo transtornos de humor, esquizofrenia, distúrbios de personalidade e abuso de substâncias. É importante notar que os transtornos de personalidade, como borderline e antissocial, são os mais comuns (OMS, 2003).

Ideação suicida – é dos principais indicadores de risco suicida, e é utilizada em diversas investigações para avaliar comportamentos suicidas. Os pensamentos suicidas podem ser mantidos em segredo por diferentes motivos, como crenças religiosas, influências culturais, etc.

História de tentativas de suicídio - a existência de episódios anteriores de tentativas de suicídio aumenta o risco, e esse risco será ainda maior se a tentativa for recente e grave. Em adolescentes, tentativas anteriores de suicídio e a recente perda de um ente querido são fatores que intensificam significativamente o risco de suicídio (Toro et al., 2009). De acordo com a pesquisa de Bella et al. (2010), tentativas de suicídio anteriores são o principal fator de risco para prever novos comportamentos suicidas nos jovens. Além disso, adolescentes com histórico familiar de suicídio estão mais vulneráveis, sugerindo uma transmissão intergeracional do comportamento suicida (Araújo et al., 2010).

Desesperança e falta de projectos de vida - apresentam uma forte ligação com comportamentos suicidas, de acordo com a American Psychiatric Association em 2003. A falta de esperança é uma distorção cognitiva que se manifesta através da sensação de falta de controlo sobre o futuro e da crença de que haverá fracassos e consequências negativas, levando a pessoa a sentir-se incapaz de resolver problemas. Essa visão da vida e do futuro está fortemente associada a autocrítica excessiva e tem uma correlação negativa com a autoestima e a autoimagem, como apontado por Heisel & Flett em 2004.

Quadros ansiosos- de acordo com Bertolote et. al (2004), a intensidade dos sintomas de ansiedade (como o medo, preocupações intensas, crises de pânico, inquietação, irritação e descontentamento) está associada a um maior perigo de suicídio.

Acontecimentos de vida negativos - eventos adversos na vida de uma pessoa podem prejudicar a capacidade de satisfazer necessidades emocionais básicas levando aos comportamentos autodestrutivos. Não só a presença de eventos negativos, mas também a percepção da intensidade do seu impacto são cruciais. Quando esses eventos são recorrentes e têm um impacto extremamente negativo, a saúde mental da pessoa pode deteriorar-se e ela pode reagir com ansiedade, inflexibilidade e desespero, em vez de encontrar soluções eficazes para lidar com a situação.

De acordo com os estudos científicos, há uma alta prevalência de eventos adversos em jovens adolescentes e adultos com comportamento suicida. Experiências negativas na infância estão relacionadas a diversos problemas psicológicos na fase adulta, incluindo pensamentos e ações suicidas (Dieserud, Forsen, Braverman, & Roysamb, 2002).

Suporte familiar e social- os pesquisadores descobriram que bons relacionamentos com os pais e uma autoimagem positiva são fatores-chave na prevenção do suicídio. Eles também observaram que ter apoio social e familiar adequado é crucial para ajudar indivíduos com pensamentos suicidas. Em resumo, o suporte da família na adolescência pode atenuar os stresses da vida e proteger contra o suicídio.

Padrões de Vinculação Inseguros - a maioria dos estudos sugerem que o desenvolvimento saudável dos membros de uma família não está relacionado com a sua estrutura familiar, mas sim com a qualidade do vínculo afetivo e a dinâmica familiar. O afeto entre os membros da família, independentemente do tipo de família, atua como um fator de proteção contra comportamentos suicidas (Krüger & Werlang, 2010).

Portanto, situações de falta de afeto são comuns em famílias disfuncionais e podem resultar em padrões de vínculo inseguros. Eventos traumáticos na infância, devido a carências emocionais, podem afetar o funcionamento do sistema nervoso central aumentando risco de suicídio (Wasserman, 2001).

Stress e Depressão- pesquisas epidemiológicas sobre a depressão indicam uma prevalência significativa desse distúrbio entre as mulheres jovens (Bahls & Bahls, 2002), apontando para uma possível explicação para a maior frequência de tentativas de suicídio por parte das mulheres em comparação aos homens. Jovens com depressão costumam manifestar humor irritável e volátil, acompanhado por episódios frequentes de explosões e raiva. Além disso, podem experimentar apatia, falta de interesse, distúrbios de sono, mudanças no apetite, isolamento social, desesperança, abuso de substâncias e, nas situações mais graves, pensamentos e comportamentos suicidas (Bahls & Bahls, 2002).

Disponibilidade do método suicida - existem indícios de que a escolha de cometer suicídio costuma ser feita pouco tempo antes do ato ser concretizado, especialmente entre os jovens, mostrando impulsividade e incerteza. Isso indica que a restrição ao acesso de métodos letais pode ter um efeito protetor em grupos de alto risco. A frequência de suicídios é mais alta quando há facilidade de acesso a armas de fogo ou outros métodos altamente letais, segundo Prieto & Tavares (2005).

2.2.2. Fatores Protetores

Há características individuais e coletivas que podem prevenir comportamentos suicidas, conhecidas como fatores protetores. Esses fatores ajudam a lidar com problemas e reduzem as probabilidades de que a pessoa desenvolva comportamentos suicidas. Alguns exemplos de fatores protetores incluem: ter relacionamentos saudáveis com familiares, amigos e colegas, ter suporte social, possuir habilidades sociais, saber resolver problemas, ter autoestima positiva, levar um estilo de vida saudável, ter valores culturais e religiosos, ter bons relacionamentos interpessoais e em grupo.

Segundo Meneghel et al. (2004), alguns têm relação com menor ocorrência de suicídios,

como baixo índice de alcoolismo, prática de religião/espiritualidade, ter atitudes flexíveis em relação às habilidades sociais e aos papéis desempenhados ao longo da vida, identificação precoce e tratamento de problemas mentais, saber procurar ajuda e ter redes de apoio social sólidas.

A capacidade de se adaptar e lidar de forma positiva com situações difíceis na vida, conhecida como resiliência, é apontada na literatura como um fator importante na prevenção do suicídio. A nível pessoal, aspetos como bem-estar mental, hábitos saudáveis, estratégias eficazes para lidar com adversidades, metas de vida, relacionamentos familiares harmoniosos, boas interações sociais, emprego estável e moradia adequada são considerados fatores de proteção.

2.2.3. Prevenção de Comportamentos Suicidários

O comportamento suicidário na adolescência é único e requer intervenções específicas adaptadas à faixa etária. É crucial desenvolver um plano de intervenção personalizado que atenda às necessidades individuais e coletivas dos adolescentes, visando garantir a sua segurança.

É fundamental estabelecer estratégias que possam identificar e implementar intervenções terapêuticas eficazes na prevenção do suicídio, promovendo a saúde mental. O Ministério da Saúde tem como uma das prioridades o plano nacional de saúde mental, com a meta de aumentar ações de promoção de saúde mental e prevenção das doenças mentais.

O EESMP desempenha um papel essencial na prevenção, identificação e tratamento de comportamentos suicidários na adolescência (Pestaner et al., 2021). A capacitação dos jovens em habilidades como resolução de problemas, pensamento crítico, comunicação, relações interpessoais, empatia e regulação emocional é fundamental para promover uma saúde mental positiva e robusta (Mishara & Ystgaard, 2000).

3. PLANEAMENTO DA ENTREVISTA CLÍNICA

Num contexto de cuidados, a entrevista é um encontro previsto e planificado, uma interação de carácter profissional, em que o principal propósito é estabelecer uma ligação entre duas pessoas que precisam de se familiarizar, concordar e demonstrar respeito mútuo, para que possam desenvolver uma parceria terapêutica.

A entrevista clínica envolve a comunicação entre o profissional de saúde e um indivíduo, grupo ou família, com a intenção de recolher informações necessárias para compreender o problema de saúde e o seu contexto. Essas informações são essenciais para personalizar intervenções mais eficazes, levando em consideração o problema e o contexto em que ele se encontra.

O principal objetivo da entrevista clínica constitui obter informações precisas e amplas que permitam orientar o pensamento para um diagnóstico, neste caso em particular de enfermagem, ou para a caracterização de um problema. Assim, os principais objetivos da entrevista clínica relacionam-se com a recolha de dados para o processo de diagnóstico, nomeadamente: identificar ou clarificar uma necessidade; excluir uma necessidade e ainda caracterizar a situação/contexto relacionados com um ou mais diagnósticos.

No que diz respeito ao conteúdo, a entrevista clínica pode ajudar a atingir vários propósitos como a averiguação de determinados factos; identificar a opinião relativa a problemas; identificar os sentimentos e os anseios das pessoas; avaliar os planos de ação; identificar os motivos que estão na base da opinião e, por fim, verificar hipóteses.

| Planeamento da Entrevista Clínica – A.F.N.L. | |
|---|---|
| Local: | Quarto privado da A.F.N.L. |
| Data e hora: | 25 de outubro de 2023 às 11h |
| Duração: | Aproximadamente 50 minutos |
| Alvo: | A.F.N.L. |
| Entrevistador/a: | Enfermeiro (aluno do Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica) |
| Objetivos | <p>Estabelecer o primeiro contacto com a A.F.N.L.</p> <p>Obter consentimento informado para a realização da entrevista;</p> <p>Estabelecer relação terapêutica;</p> <p>Executar avaliação de enfermagem;</p> <p>Realizar colheita de dados;</p> <p>Aplicação de instrumentos avaliação;</p> <p>Clarificar possíveis diagnósticos de enfermagem;</p> <p>Prescrever as intervenções terapêuticas mais adequadas ao caso, explicandoos objetivos terapêuticos e os procedimentos.</p> <p>Validar a motivação da A.F.N.L.</p> |
| Recursos (materiais e humanos) | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro (aluno do Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental ePsiquiátrica) • Recursos Materiais: • Quarto privado • Mesa e Cadeiras • Instrumentos de Avaliação • Caneta • Folhas papel • Balança • Termómetro • Monitor portátil de avaliação de sinais vitais |

| Desenvolvimento da Entrevista Clínica – A.F.N.L. | | | | |
|---|--|---|--|----------------|
| ETAPAS | Conteúdo | Método | Recursos Materiais | Duração |
| Introdução | Cumprimentos iniciais; Explicação do objetivo da entrevista clínica; Estabelecer uma relação terapêutica com a A.F.N.L.; Obtenção do consentimento para a recolha de dados; | Expositivo Participativo | Quarto privado da A.F.N.L. Mesa e Cadeiras | 5 min |
| Desenvolvimento | Obter dados pessoais; Efetuar o Genograma e o Ecomapa; Monitorização parâmetros vitais e peso; Questionar sobre hábitos de vida; Questionar sobre hábitos de consumo; Questionar sobre processo familiar; Questionar sobre medicação habitual e alergias; Questionar sobre processo de doença e história de doença atual; | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | Quarto privado da A.F.N.L. Mesa e Cadeiras Instrumentos de Avaliação Caneta Folhas de papel Balança Termómetro Monitor portátil de avaliação de sinais vitais | 40 min |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | <p>Colher dados para validar ou excluir diagnósticos de Enfermagem;</p> <p>Aplicar instrumentos de avaliação: Mini Mental State Examination (Anexo I), Indicador NOC de resultado “Motivação” (1209) (Anexo II), Indicador NOC de resultado “Equilíbrio do Humor” (1204) (Anexo III), Escala de avaliação da Ansiedade de Hamilton (Anexo V), Indicador NOC de resultado para Autoestima (1205) (Anexo VII), Indicador NOC de resultado para Vontade de Viver (1206) (Anexo IX)</p> <p>Informar da importância da sua colaboração ativa;</p> <p>Determinar a motivação da A.F.N.L.;</p> <p>Prescrever as intervenções terapêuticas mais adequadas ao caso (reestruturação cognitiva e relaxamento), explicando os objetivos terapêuticos e os procedimentos;</p> <p>Efetivar contrato terapêutico</p> | | | |
|--|---|--|--|--|

| | | | | |
|------------------|---|-----------------------------------|---|-------|
| Conclusão | Resumo da entrevista clínica; Esclarecimento de dúvidas; Agendamento da próxima sessão; | Ativo Interrogativo Participativo | Quarto privado da A.F.N.L. Mesa e cadeiras | 5 min |
|------------------|---|-----------------------------------|---|-------|

4. PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM

O presente capítulo encontra-se dividido segundo as fases do processo de enfermagem definidas por Potter e Perry: avaliação inicial, diagnóstico de enfermagem e planeamento. (Potter, P. e Perry, A; 2006).

4.1. AVALIAÇÃO INICIAL

A avaliação inicial tem como objetivo “Formar uma base de dados sobre as necessidades do utente, os problemas de saúde e as reações a esses problemas” (Potter, P. e Perry, A; 2006; p.86). Nesta fase do estudo é apresentado a síntese dos dados colhidos e organizados com base na informação de transferência e na informação colhida através da entrevista clínica.

4.1.1. História Biopsicossocial

Nome: A.F.N.L.

Nome favorito: A.

Sexo: Feminino

Idade: 13 anos

Agredado familiar: Institucionalizada em acolhimento residencial desde março 2023 por determinação do tribunal por negligência, escassa supervisão parental e escalada de comportamentos de risco

Residência: Interior Centro

Habilitações Literárias: 7º ano

Nacionalidade: Portuguesa

Profissão/Situação profissional: Estudante

Passatempos: Realiza as atividades preconizadas na instituição (leitura, desenho, artesanato, dança, jardinagem). Gosta de ler, escrever, estar no telemóvel, ver televisão, passear, dançar, falar e sair com amigos.

Religião: Católica

Pessoa a contactar: Dra. M.P. (Instituto de educação infantil de M.....) 96-----

Regime de tratamento: Seguida em consulta de Pedopsiquiatria. Jovem com longo historial de CAL e múltiplos comportamentos parasuicidários, associados a dificuldades de regulação emocional, traços de personalidade maladaptativos e disfuncionalidade sociofamiliar. Com três internamentos prévios em Pedopsiquiatria – Nov/22, Ago/23 e

Set/23.

Medicação habitual

- Sertralina 100mg: 1 comprimido ao jantar
- Ariprazol 10mg: 1 comprimido ao jantar
- Largatil 25mg: 1 comprimido ao Pequeno Almoço + 1 comprimido ao Almoço + 1 comprimido ao Jantar
- Alprazolam 0.5mg: 1 comprimido ao deitar
- Zyprexa 5mg: em SOS

Consumos: Refere que quando estava em casa não tinha regras. Fumava cerca de 10 cigarros por dia e ingeria cerca de 5 cervejas 2 vezes por semana.

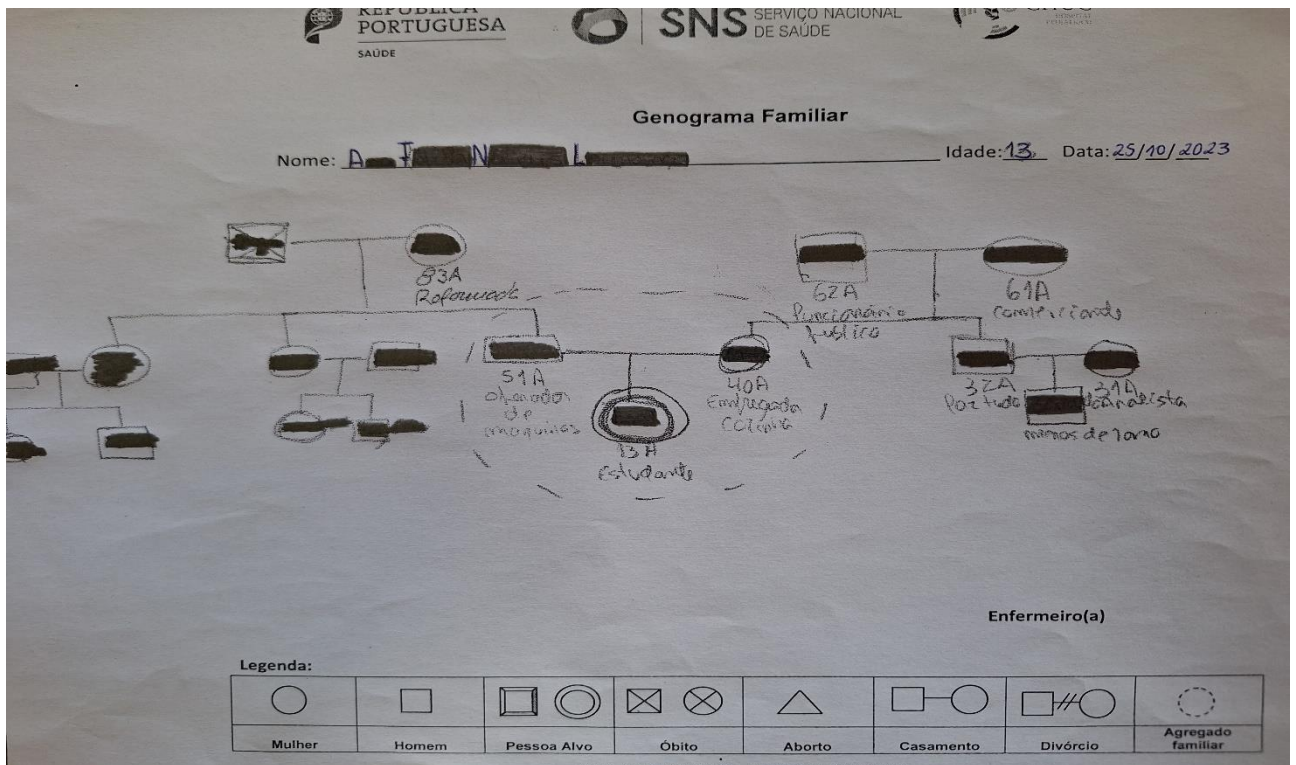


Figura 1. Genograma

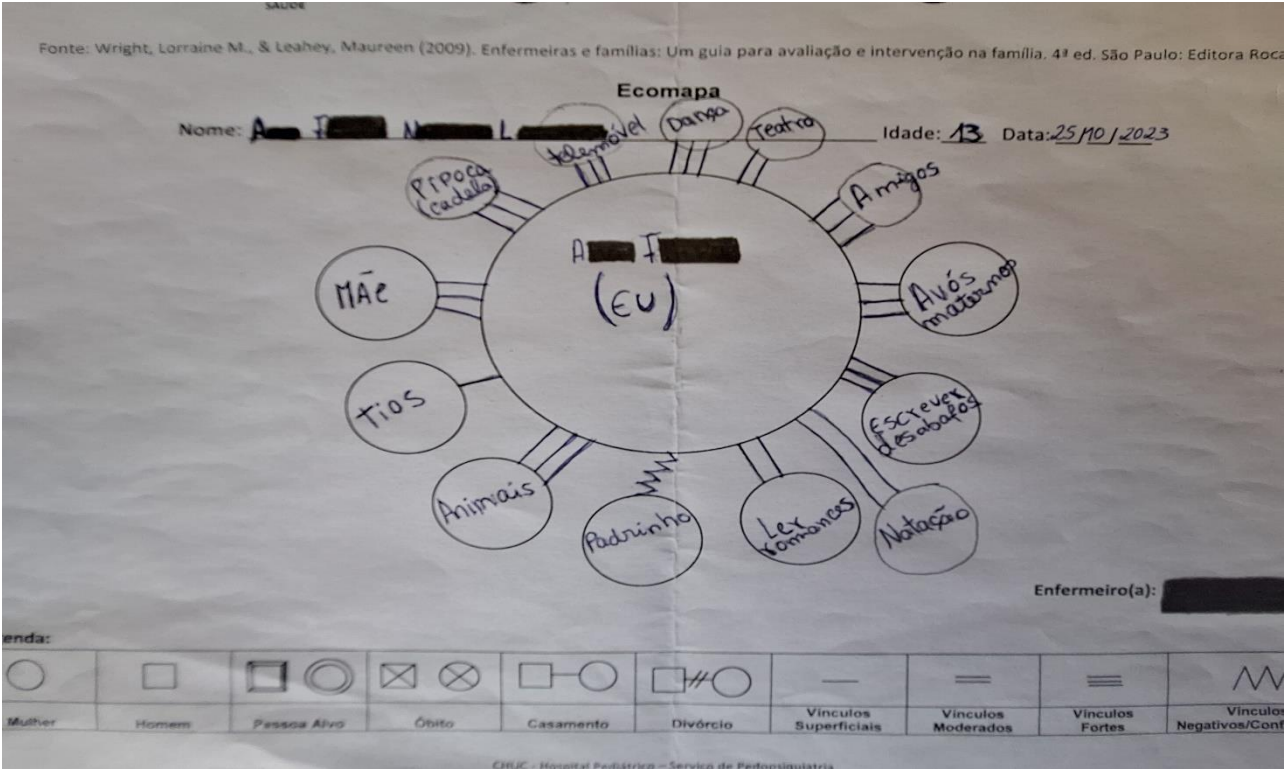


Figura 2. Ecomapa

4.1.2. Anamnese

| Antecedentes Clínicos | |
|---|---|
| Problemas de saúde | Dislipidemia e Acne inflamatória ligeira |
| Exame físico | |
| Apresentação | Vestuário adequado |
| Estado de higiene | Aspetto cuidado |
| Sinais vitais | Tensão Arterial: 120/77 mmHg; Pulso: 90 batimentos por minuto, regular, simétrico e amplo; Temperatura: 36,5° C; Respiração: 25 ciclos/minuto; Dor: não refere; Cabeça/Tronco/Membros: simétrico, sem deformidades, Sem Próteses. |
| Estado nutricional | Peso: 58 Kg; Altura: 1,60m; IMC: 22,7 Kg/m ² (peso normal). |
| Comunicação verbal e não verbal-comportamento | Inquieta, referindo boca seca, tonturas e aperto no peito. |
| Exame Mental | |
| Consciência | Vígil |
| Orientação | Orientada auto e alopsiquicamente |
| Memória | Sem alterações da memória remota, recente e imediata |
| Pensamento | Sem alterações do curso, forma ou posse do pensamento. Revela pensamentos negativos sobre si (aparência física) ou imagem mental negativa de si mesma e sobre o seu desempenho: “Quando me olho ao espelho acho que sou gorda e feia” (sic); “Quando vejo uma rapariga acho sempre que ela é mais bonita do que eu” (sic); “Não sou capaz de tirar melhores notas na escola” (sic). Projeção no futuro pouco estruturada e com Ideação suicida ativa: |

| | |
|------------------------------|---|
| | Revela querer fazer mal a si própria: “Tinha intenção de morrer” (sic) Pensou e desejou suicidar-se: “Quando algo não corre bem só quero morrer” (sic); “Penso logo em suicidar-me. Que seria melhor estar morta” (sic) Tentativas de suicídio anteriores: quarta tentativa de suicídio |
| Percepção | Sem alterações da sensopercepção |
| Atenção | Ligeiras falhas de concentração |
| Linguagem e Discurso | Discurso fluente e coerente, com tendência para respostas curtas. |
| Humor | Depressivo: “Sinto-me triste, sem interesse e sem vontade nas coisas da vida.” (sic); “Não sirvo para nada, não digonem faço nada de jeito” (sic) |
| Funções psicofisiológicas | Sono reparador: “Deitava-me às 22h e acordava às 7h mas acordava várias vezes. Agora já tenho conseguido dormir cerca de 7 horas seguidas” (sic). Ingere a totalidade das refeições. |
| Aceitação do estado de saúde | Apresenta insight para a sua situação: “Sei que preciso de ajuda porque sempre que sou internada fico melhor” (sic) |

4.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

“O diagnóstico de enfermagem é uma declaração sobre a reação, real ou potencial, do utente a um problema de saúde, que você tem autorização e competência para tratar. Reflete o nível de saúde, ou de reação a doença ou processo patológico do seu utente.” (Potter, P. e Perry, A; 2006; p.92). Numa primeira fase, com base dos dados colhidos, foram identificados alguns focos de enfermagem, como:

- Humor
- Pensamento
- Autoconceito
- Sono
- Ansiedade
- Comportamento autodestrutivo

- Abuso do álcool
- Abuso do tabaco
- Ideação Suicida

Após a análise dos focos de enfermagem, foram identificados três diagnósticos de enfermagem que, com base na avaliação de enfermagem, são prioritários para as fases seguintes do processo de enfermagem, nomeadamente:

- Humor Depressivo
- Ansiedade
- Autoconceito Comprometido
- Ideação Suicida

4.3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

O planeamento é a parte do cuidado de enfermagem em que são estabelecidos os objetivos focados no utente e são planeadas intervenções para alcançar tais objetivos (Potter, P. e Perry, A; 2006; p.98). Obtidos os diagnósticos de enfermagem foram delineados os objetivos e planeadas as intervenções a desenvolver, que estão descritos e organizados nas seguintes tabelas.

**Diagnósticos de
Enfermagem**

DADOS INICIAIS

Dados Obrigatórios

Humor depressivo: “Sinto-me triste, sem interesse e sem vontade nas coisas da vida.” (sic);
“Não sirvo para nada, não digo nem faço nada de jeito” (sic).

Dados Opcionais

Indicador NOC de resultado para Equilíbrio do Humor (Anexo III)

| | | |
|---------------------|--|----------------|
| Data início: | <u>Diagnóstico de enfermagem</u> | Data termo: |
| 27/10 | Humor Depressivo | |
| Data início: | <u>Objetivos</u> Promover equilíbrio do humor Obtenção de scores mais elevados que na avaliação inicial relativamente ao indicador NOC de resultado para Equilíbrio de Humor | Data termo: |
| 27/10 | | |
| Data início: | <u>Intervenções de Enfermagem</u> Avaliar evolução do humor depressivo Executar Escuta Ativa Executar Apoio Emocional Executar Relação de Ajuda Executar Reestruturação Cognitiva Executar intervenção familiar Assistir no treino de pensamento positivo Assistir no treino do autocontrolo das emoções Assistir a planear as atividades de autocuidado Assistir a planear as atividades de vida diária Treinar competências sociais Referenciar humor depressivo ao médico | Data termo: |
| 27/10 | | |

| | | |
|---|---|----------------|
| Data início: 11/11 | <u>Dados de evolução</u> Reavaliado indicador NOC de resultado para Equilíbrio do Humor (Anexo IV) | Data termo: |
|---|---|----------------|

| | | |
|--|--|----------------|
| DADOS INICIAIS | | |
| Dados Obrigatórios | | |
| Inquieta, referindo boca seca, tonturas e aperto no peito | | |
| Taquicardia: 90 batimentos por minuto | | |
| Dados Opcionais | | |
| Escala de avaliação da Ansiedade de Hamilton (Anexo V) com score de 29 = ansiedade grave | | |
| Data início 27/10 | <u>Diagnóstico de enfermagem</u> Ansiedade | Data termo: |
| Data início 27/10 | <u>Objetivos:</u> Promover a diminuição da ansiedade Promover o autocontrolo da ansiedade Obtenção de score mais baixo que na avaliação inicial relativamente à escala de avaliação da Ansiedade de Hamilton | Data termo: |
| Data início: 27/10 | <u>Intervenções de Enfermagem</u> Avaliar evolução da ansiedade Executar técnica de Relaxamento Assistir no treino de pensamento positivo Assistir no treino de autocontrolo da ansiedade Executar Apoio Emocional Executar Relação de Ajuda Executar intervenção psicoeducativa Referenciar ansiedade ao médico | Data termo: |

| | | |
|--------------------|--|-------------|
| Data início | <u>Dados de evolução</u> | |
| 11/11 | Reavaliada escala de avaliação da Ansiedade de Hamilton com score de 18 = ansiedade ligeira (Anexo VI) | Data termo: |

| | | |
|---|--|-------------|
| DADOS INICIAIS | | |
| Dados Obrigatórios | | |
| Revela sentimentos de desvalorização pessoal: “Sinto-me triste e insegura no dia-a-dia porque tudo o que faço dá errado” (sic) | | |
| Revela pensamentos negativos sobre si (aparência física) ou imagem mental negativa de si mesma e sobre o seu desempenho: “Quando me olho ao espelho acho que sou gorda e feia” (sic); “Quando vejo uma rapariga acho sempre que ela é mais bonita do que eu” (sic); “Não sou capaz de tirar melhores notas na escola” (sic) | | |
| Dados Opcionais | | |
| Indicador NOC de resultado para Autoestima (Anexo VII) | | |
| Data início | <u>Diagnóstico de enfermagem</u> | Data termo: |
| 27/10 | Autoconceito Comprometido | 11/11 |
| Data início | <u>Objetivos:</u> Promover o autoconceito positivo Promover o aumento da autoestima Obtenção de scores mais elevados que na avaliação inicial relativamente ao indicador NOC de resultado para Autoestima | Data termo: |
| 27/10 | | 11/11 |
| Data início: | <u>Intervenções de Enfermagem</u> | Data termo: |
| 27/10 | Avaliar evolução do compromisso no autoconceito Executar intervenção psicoeducativa sobre o autoconceito Executar Apoio Emocional Executar Relação de Ajuda Executar Reestruturação Cognitiva | 11/11 |

| | | |
|---------------------|--|--------------------|
| Data início: | <u>Dados de evolução</u> | Data termo: |
| 11/11 | Reavaliado indicador NOC de resultado para Autoestima (Anexo VIII) | 11/11 |

DADOS INICIAIS

Dados Obrigatórios

Revela querer fazer mal a si própria: “Tinha intenção de morrer” (sic)

Pensou e desejou suicidar-se: “Quando algo não corre bem só quero morrer” (sic);

“Penso logo em suicidar-me. Que seria melhor estar morta” (sic)

Tentativas de suicídio anteriores: quarta tentativa de suicídio

Dados Opcionais

Indicador NOC de resultado para Vontade de Viver (Anexo IX)

| | | |
|---------------------|---|-----------------------------|
| Data início | <u>Diagnóstico de enfermagem</u> | Data termo: |
| 27/10 | Ideação Suicida | 11/11 |
| Data início: | <u>Objetivos:</u> Promover a vontade de viver Promover a diminuição da ideação suicida Obtenção de scores mais elevados que na avaliação inicial relativamente ao indicador NOC de resultado para Vontade de Viver | Data termo: 11/11 |
| Data início: | <u>Intervenções de Enfermagem:</u> Avaliar evolução da ideação suicida Executar Escuta Ativa Executar Apoio Emocional Executar Relação de Ajuda Executar Reestruturação Cognitiva Executar intervenção familiar Implementar medidas de segurança: suicídio | Data termo: 11/11 |

| | | |
|-------------------------------------|--|-----------------------------|
| | Referenciar ideação suicida ao médico | |
| Data início: 11/11 | <u>Dados de evolução:</u> Reavaliado indicador NOC de resultado para Vontade de Viver (Anexo X) | Data termo: 11/11 |

5. ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS

O caso clínico apresentado indica-nos que estamos perante vários diagnósticos de enfermagem. Neste sentido, será apresentado o papel do EESMP e as intervenções a adotar perante esta situação.

O planeamento e execução da intervenção psicoterapêutica reestruturação cognitiva, serão descritos neste estudo de caso enquanto o planeamento e execução do relaxamento não serão descritos, pois após sinalizada, a jovem A.F.N.L. foi integrada no projeto de intervenção em grupo do serviço, intitulado RelaxadaMente.

Salvaguardou-se, que a implementação da intervenção reestruturação cognitiva só foi possível porque obedeceu aos critérios de inclusão, nomeadamente a pessoa estar motivada para a mudança, a participação ativa da pessoa, o aceitar ser cuidada, a identificação do problema pela própria e dar resposta a um diagnóstico de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica de domínio da cognição (pensamento). Relativamente aos de exclusão, os mesmos foram respeitados, tais como o estado de descompensação da doença mental, défice cognitivo grave e perturbação antissocial da personalidade.

5.1. REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA

A técnica de reestruturação cognitiva surge como “(...) *um método participativo, ativo e dinâmico, que consiste na aprendizagem do indivíduo em procurar avaliar as suas próprias cognições, a partir da elaboração de uma hierarquia de situações/problemas. Propõe-se que sejam substituídas por afirmações (crenças, pensamentos ou ideias) realistas, sobre as mesmas.* (Gabbard, 2007).

Reestruturação cognitiva é a técnica utilizada para ensinar os pacientes a substituir, de forma sistemática, pensamentos errados por pensamentos mais realistas e práticos. É um processo psicoterapêutico que ajuda o doente/ indivíduo a descobrir, desafiar e modificar ou substituir seus pensamentos negativos e irracionais (ou distorções cognitivas). Enquadrada na Terapia Cognitivo Comportamental é uma intervenção psicoterapêutica frequentemente usada pelo EESMP, na medida em que muitos dos problemas são causados por formas/falhas de pensar sobre nós mesmos e o mundo ao nosso redor. A reestruturação cognitiva visa ajudar as pessoas a reduzir o stress através do cultivo de hábitos de pensamento mais positivos e funcionais (Mills, Reiss, & Dombeck, 2008).

Existem várias técnicas de reestruturação cognitiva que ajudam a alterar os pensamentos automáticos, erros cognitivos e as crenças irracionais do cliente. Alguns exemplos dessas técnicas são: o debate socrático, registros de pensamentos automáticos e o teste de hipóteses (Wenzel, 2013). Estes procedimentos têm como objetivo fazer com que o indivíduo reflita adaptativamente sobre a sua experiência e assim fazer com que consiga criar novos significados mais reais e equilibrados para a sua experiência. A reestruturação cognitiva começa logo nas sessões iniciais quando se definem os problemas dos clientes.

Um dos primeiros procedimentos de Reestruturação Cognitiva é o Registo de Pensamentos Automáticos. Este procedimento tem como objetivo levar o cliente a identificar os seus pensamentos, a situação que o desencadeia e a consequência emocional que daí advém (Dobson, 2010). O Debate Socrático também é uma atividade utilizada ao longo da Reestruturação Cognitiva, com o intuito de guiar o cliente segundo um diálogo entre ambos, e tentar assim que o cliente mude a sua perspetiva da experiência e a torne mais adaptativa. O que se pretende aqui é que o cliente se distancie da sua problemática, para assim conseguir ver outras soluções mais positivas (Dobson, 2010). Uma outra técnica utilizada em Reestruturação Cognitiva é o Teste de Hipóteses, ou seja, perante o pensamento automático apresentado pelo cliente, o terapeuta vai ajudando o cliente a testá-lo quanto à sua veracidade e probabilidade de acontecer. Com isto pretende promover Insight acerca do problema e encontrar novas explicações alternativas e mais positivas (Cote & Barlow, 1992). Estas técnicas ensinam o cliente a testar e a pensar racionalmente sobre os seus problemas e dota-os de estratégias que podem recorrer sempre que estes pensamentos automáticos surgirem.

5.2.RELAXAMENTO

Os antecedentes históricos do relaxamento são antigos, já os Egípcios, os Astecas, Mayas, Quíchuas e Incas pesquisavam as forças internas do ser humano com fins medicinais e entre estes estudos dominava e praticavam o relaxamento e o hipnotismo (Santos, 2006).

A progressão das estratégias de relaxamento durante o século XX e sua aceitação como métodos eficazes de intervenção psicológica foram impulsionadas principalmente pelo seu destaque na terapia comportamental.

O relaxamento é um processo psicofisiológico com um caráter interativo, no qual aspectos fisiológicos e psicológicos se interligam, atuando como causa e consequência dentro do processo. Algumas intervenções para promoverem o relaxamento incluem meditação, relaxamento muscular progressivo, hipnose, técnicas que preconizam a respiração e a concentração.

A maior parte das estratégias de relaxamento tem como foco principal a concentração e a respiração, as quais desempenham um papel essencial durante uma sessão de relaxamento. A pessoa deve ser instruída para que se imagine num lugar que se sinta bem e longe de seus problemas de quotidiano e que, provavelmente, estejam a promover o desconforto, deve ser sempre influenciado com pensamentos e palavras positivas e a imaginar que as energias negativas são retiradas do corpo (Figueiró, 2005).

A técnica de relaxamento deve ser ensinada e explicada pelo EESMP, começando com uma explicação dos fundamentos e importância do relaxamento muscular profundo. Durante esta introdução e no procedimento, deve-se utilizar um tom de voz calmo e seguro, o que irá provavelmente facilitar o relaxamento, constituindo uma maneira eficaz de estabelecer um relacionamento e confiança.

A técnica deve ser realizada num ambiente calmo, com luz ténue, a pessoa deve sentar-se com a cabeça apoiada ou deitar-se num colchão, de forma a que esteja confortável, descruzando as pernas, e apoiar o corpo na cadeira ou no colchão. Ao verificar que a pessoa está relaxada começa-se a sequência de exercícios.

O relaxamento é utilizado no controlo da ansiedade e nas pessoas mais emotivas; poderá ajudar o indivíduo a desenvolver “diálogos internos” mais coerentes e ajustados, uma vez que reduz a ansiedade no que diz respeito a determinados contextos. O relaxamento cria um espaço para fazermos uma autoavaliação, para nos consciencializarmos da maneira como respiramos, do bem-estar, ou do mal-estar a que nos sujeitamos com a nossa forma habitual de estar e pensar. Esta tomada de consciência muitas vezes conduz à resolução de problemas há muito enraizados na mente, bem como, a mudança da estrutura do pensamento (Dias, 2007).

Permite, ainda, que a pessoa se torne mais consciente de si mesma e mais atenta ao seu interior, observar as reações emocionais a partir de outra perspetiva, percebendo muitas vezes que algumas das suas sensações corporais são criadas pelos seus pensamentos. Assim, estaremos a proporcionar à pessoa estratégias para promover o desenvolvimento das suas capacidades e estratégias para fazer face a problemas.

Simultaneamente, o EESMP estabelece uma relação de ajuda e promove o processo terapêutico, com o objetivo de promover e reforçar as mudanças na pessoa, reforçá-las diferencialmente de forma efetiva e de acordo com seus sentimentos.

6. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA: REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA

A reestruturação cognitiva é uma intervenção psicoterapêutica que permite à pessoa, com depressão, modificar crenças e comportamentos que produzem certos estados de humor. Uma das vantagens desta intervenção em particular é o caráter de participação ativa da pessoa no tratamento, de modo que identifique suas percepções distorcidas, reconheça os pensamentos negativos e procurar pensamentos alternativos que reflitam uma realidade mais concreta, encontrar evidências que sustentem os pensamentos negativos e os alternativos e produzir pensamentos positivos.

Em complementaridade, recorreu-se à Classificação NOC (Nursing Outcomes Classification) apresentada por Johnson, Marion, Maas, Swanson (2004). “Esta classificação recorre ao uso do termo indicador de resultado de enfermagem para descrever estados específicos do doente que reagem mais, às intervenções de enfermagem e para os quais podem ser definidos procedimentos de avaliação” (Johnson, Marion, Maas, Swanson, 2004, p. 63). E, ainda, ao domínio da classificação: motivação (1209), equilíbrio de humor (1204), autoestima (1205) e vontade de viver (1206) para monitorização dos resultados.

Nos próximos subcapítulos estará explanado o planeamento de três sessões que em conjunto permitiram operacionalizar a intervenção psicoterapêutica.

6.1. PLANEAMENTO 1ª SESSÃO

| PLANEAMENTO SESSÃO 1 – A.F.N.L. | |
|--|--|
| LOCAL: | Quarto privado da A.F.N.L. |
| DATA E HORA: | 27 de outubro de 2023 às 11h |
| DURAÇÃO: | Aproximadamente 55 minutos |
| ALVO: | A.F.N.L. |
| ENTREVISTADOR: | Enfermeiro (aluno do Mestrado em ESMP) |

| | |
|-------------------|---|
| OBJETIVOS: | <p>Clarificar os diagnósticos de enfermagem (Humor depressivo, Ansiedade, Autoconceito Comprometido e Ideação suicida);</p> <p>Esclarecer sobre a Reestruturação Cognitiva;</p> <p>Que a A.F.N.L. compreenda em que medida o seu pensamento afeta as suas reações / comportamentos e as suas emoções/sentimentos;</p> <p>Que a A.F.N.L. consiga identificar stressores e monitorizar os seus pensamentos negativos automáticos.</p> |
|-------------------|---|

| GUIÃO SESSÃO 1 – A.F.N.L. | | | | |
|----------------------------------|--|--|---|----------------|
| ETAPAS | Conteúdo | Método | Recursos Materiais | Duração |
| Introdução | <p>Cumprimentos iniciais à A.F.N.L.</p> <p>Síntese da sessão anterior</p> <p>Explicação do objetivo da sessão</p> | <p>Expositivo</p> <p>Participativo</p> | <p>Quarto privado da A.F.N.L.</p> <p>Mesa e Cadeiras</p> | 5 min |
| | <p>Apresentar à A.F.N.L. o fundamento teórico que suporta a reestruturação cognitiva;</p> <p>Explicar o funcionamento, a duração e o número de sessões previstas;</p> <p>Apresentar os diagnósticos de enfermagem (humor depressivo, ansiedade, autoconceito comprometido e ideação suicida e discutir-los com a A.F.N.L.;</p> <p>Identificar os problemas/necessidades</p> | <p>Ativo</p> <p>Expositivo</p> <p>Participativo</p> <p>Interrogativo</p> | <p>Quarto privado da A.F.N.L.</p> <p>Mesa e Cadeiras</p> <p>Papel</p> <p>Caneta</p> | 45 min |

| | | | | |
|-------------------------------|---|--|--|--|
| <p>Desenvolvimento</p> | <p>específicas da A.F.N.L. e ajudá-la a transformá-los em objetivos/aspectos a trabalhar ao longo das sessões;</p> <p>Ajudar a A.F.N.L. a compreender em que medida o seu pensamento afeta as suas reações/ comportamentos e as suas</p> <p>emoções/sentimentos;</p> <p>Explicar a tríade cognitiva de Beck e como a causa das perturbações psicológicas deriva da forma como se conceptualiza a realidade, sendo as desordens emocionais as consequências de pensamentos desadaptativos;</p> <p>Explicar o que são pensamentos automáticos;</p> <p>Dar exemplos de pensamentos automáticos ou distorções cognitivas, como: pensamento dicotómico, generalização, catastrofização, predição do futuro, rotulagem...)</p> <p>Incentivar a A.F.N.L. a identificar por escrito, como trabalho de casa, os seus pensamentos negativos</p> | | | |
|-------------------------------|---|--|--|--|

| | | | | |
|------------------|--|---|---|-------|
| | automáticos, que sentimentos/emoções estes lhe provocam e identificar os stressores; | | | |
| Conclusão | Resumo da sessão; Esclarecimento de dúvidas; Agendamento da próxima sessão; | Ativo Interrogativo Participativo | Quarto privado da A.F.N.L. Mesa e cadeiras | 5 min |

6.2. PLANEAMENTO 2ª SESSÃO

| PLANEAMENTO SESSÃO 2 – A.F.N.L. | |
|--|---|
| LOCAL: | Quarto privado da A.F.N.L. |
| DATA E HORA: | 2 de Novembro de 2023 às 11h |
| DURAÇÃO: | Aproximadamente 50 minutos |
| ALVO: | A.F.N.L. |
| ENTREVISTADOR: | Enfermeiro (aluno do Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica) |
| OBJETIVOS: | Que a A.F.N.L. consiga monitorizar os seus pensamentos negativos automáticos, que sentimentos/emoções estes lhe provocam e os stressores; Que a A.F.N.L. reconheça estratégias/respostas adaptativas a adotar perante esses pensamentos automáticos e os pontos positivos/resultados das mesmas; |

| GUIÃO SESSÃO 2 – A.F.N.L. | | | | |
|----------------------------------|--|--|---|----------------|
| ETAPAS | Conteúdo | Método | Recursos Materiais | Duração |
| Introdução | <p>Cumprimentos iniciais à A.F.N.L.;</p> <p>Síntese da sessão anterior;</p> <p>Explicação do objetivo da sessão;</p> <p>Identificação e discussão dos resultados obtidos desde a última sessão;</p> <p>Avaliar quais os pensamentos negativos automáticos encontrados pela A.F.N.L., que sentimentos/emoções estes lhe provocam e os stressores (TPC) – Anexo XI</p> | <p>Expositivo</p> <p>Participativo</p> | <p>Quarto privado da A.F.N.L.</p> <p>Mesa e Cadeiras</p> | 10 min |
| Desenvolvimento | <p>Ajudar a A.F.N.L. a identificar as emoções negativas (culpa, pessimismo, tristeza, desvalor, ansiedade) que ela sente;</p> <p>Explicar que as auto verbalizações medeiam as emoções;</p> <p>Explicar que a incapacidade para ter comportamentos desejáveis é resultado de auto verbalizações pouco racionais (pouco</p> | <p>Ativo</p> <p>Expositivo</p> <p>Participativo</p> <p>Interrogativo</p> | <p>Quarto privado da A.F.N.L.</p> <p>Mesa e Cadeiras</p> <p>Papel</p> <p>Caneta</p> | 30 min |

| | | | | |
|------------------|--|--|--|---------------|
| | <p>fundamentadas na realidade);</p> <p>Ajudar a identificar e analisar quais as estratégias ou respostas adaptativas a adotar pela A.F.N.L. perante os seus pensamentos automáticos (Anexo XI);</p> <p>Identificar os pontos positivos ou resultados dessas mesmas estratégias/respostas adaptativas (Anexo XI);</p> <p>Validar eficácia das estratégias/respostas adaptativas;</p> <p>Discutir operacionalização das estratégias/respostas adaptativas;</p> | | | |
| Conclusão | <p>Resumo da sessão;</p> <p>Esclarecimento de dúvidas;</p> <p>Agendamento da próxima sessão;</p> <p>Preparação para a última sessão: encorajar a manutenção do trabalho realizado pela A.F.N.L. até esta sessão;</p> <p>Informar que a sessão seguinte será a última desta intervenção;</p> | <p>Ativo</p> <p>Interrogativo</p> <p>Participativo</p> | <p>Quarto privado da A.F.N.L.</p> <p>Mesa e cadeiras</p> | <p>10 min</p> |

6.3. PLANEAMENTO 3ª SESSÃO

| PLANEAMENTO SESSÃO 3 – A.F.N.L. | |
|--|--|
| LOCAL: | Quarto privado da A.F.N.L. |
| DATA E HORA: | 11 de Novembro de 2023 às 11h |
| DURAÇÃO: | Aproximadamente 45 minutos |
| ALVO: | A.F.N.L. |
| ENTREVISTADOR: | Enfermeiro (aluno do Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica) |
| OBJETIVOS: | Que a A.F.N.L. compreenda e desenvolva a autoeficácia no processo de tratamento; Que a A.F.N.L. use estratégias alternativas/respostas adaptativas no seu quotidiano. |

| GUIÃO SESSÃO 3 – A.F.N.L. | | | | |
|----------------------------------|---|-----------------------------|---|----------------|
| ETAPAS | Conteúdo | Método | Recursos Materiais | Duração |
| Introdução | Cumprimentos iniciais à A.F.N.L.; Síntese da sessão anterior; Explicação do objetivo da última sessão; Identificação e discussão dos resultados obtidos desde a última sessão; | Expositivo Participativo | Quarto privado da A.F.N.L. Mesa e Cadeiras | 5 min |

| | | | | |
|-------------------------------|---|--|--|---------------|
| <p>Desenvolvimento</p> | <p>Rever com a A.F.N.L. as competências cognitivas que ela desenvolveu;</p> <p>Antecipar e abordar as situações nas quais deve procurar ajuda adicional por parte de um profissional de saúde mental, como por exemplo: ideação suicida;</p> <p>Reforçar a importância de nunca se isolar, de pedir ajuda e como o fazer (familiares/amigos/ajuda profissional/linhas de apoio existentes);</p> <p>Reforçar a importância de idealizar um projeto de vida fazendo planos para o futuro, podendo o seu caso de sucesso vir a ser um exemplo para outras jovens;</p> <p>Preparar para a inevitabilidade das dificuldades que poderá vir a encontrar no futuro, mas também para o facto de agora ter mais ferramentas para as enfrentar;</p> <p>Discutir os progressos ao longo das sessões;</p> | <p>Ativo</p> <p>Expositivo</p> <p>Participativo</p> <p>Interrogativo</p> | <p>Quarto privado da A.F.N.L.</p> <p>Mesa e Cadeiras</p> | <p>35 min</p> |
|-------------------------------|---|--|--|---------------|

| | | | | |
|------------------|--|--|--|--------------|
| | <p>Elogiá-los e enfatizar o papel da A.F.N.L. nessas mudanças positivas;</p> <p>Incentivá-la a utilizar 10- 15 minutos por semana para se auto avaliar;</p> <p>Aplicar escalas: Equilíbrio do Humor (1204), Ansiedade de Hamilton, Autoestima (1205) e Vontade de Viver (1206)</p> | | | |
| Conclusão | <p>Resumo da sessão;</p> <p>Esclarecimento de dúvidas;</p> <p>Agendamento de uma sessão de follow-up para dia 24/11(*);</p> | <p>Ativo</p> <p>Interrogativo</p> <p>Participativo</p> | <p>Quarto privado da A.F.N.L.</p> <p>Mesa e cadeiras</p> | <p>5 min</p> |

(*) A sessão de follow-up foi agendada para o tempo mínimo limite de duas semanas após a sessão final, mas, ainda assim, não foi possível a sua realização porque a A.F.N.L. teve alta clínica antes da data agendada.

CONCLUSÃO

O presente documento, foi um contributo essencial para o processo de aprendizagem no que respeita à colheita de dados clínicos, definição de focos de atenção, diagnósticos de enfermagem e planeamento de intervenções, ou seja, o processo de tomada de decisão, com vista às intervenções psicoterapêuticas específicas do EESMP, realizada com recurso à análise de um caso clínico.

Durante o trabalho, ficou claro que o suicídio entre os jovens é um fenómeno complexo e com múltiplas causas, demonstrando a presença de diversos fatores sociodemográficos, psicossociais, clínicos e comportamentais que têm influência na ideação suicida e no risco de suicídio.

Neste sentido, o suicídio, nos adolescentes, representa um dos principais desafios que se coloca à Saúde Pública e no qual é urgente e imperativo intervir, onde o EESMP poderá desempenhar um papel decisivo e interventivo.

Assim, é fundamental que o EESMP mantenha o foco nas estratégias de prevenção do suicídio nomeadamente nas intervenções psicoterapêuticas, sem negligenciar a identificação precoce dos fatores de risco, permitindo assim prevenir os comportamentos suicidários.

É necessário ter sempre presente de que o fundamento de qualquer intervenção se situa na construção de um vínculo, que ganha significativo relevo no acompanhamento terapêutico do adolescente, onde a relação terapêutica deve construir um vínculo com o adolescente e a família, demonstrando uma atitude positiva, empática e comprometida com os objetivos do tratamento.

Em síntese, pode-se concluir que, de um modo geral, os objetivos foram alcançados e adquiridas as capacidades nos domínios estabelecidos, refletindo, simultaneamente, sobre as dificuldades e constrangimentos experienciados, tendo sempre presente que só na prática é possível consolidar conhecimentos e desenvolver competências específicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicide behavior*. Washington D.C: APA.
- Araújo, L.C.; Vieira, K.; Coutinho, M. (2010). Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. *Psico-USF*, 15(1):47-57. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712010000100006>
- Bahls, S., & Bahls, F. (2002). Depressão na Adolescência: Características Clínicas. *Interação em Psicologia*, 6(1), 49-57.
- Bella, M.E.; Fernández, R.; Willington, J.M. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: Depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 108 (2):124-129.
- Bertolote, J., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric Diagnoses and Suicide: Revisiting the Evidence [Abstract]. *Crisis*, 25(4), 147-155.
- Borges, V.R.; Werlang, B.S.G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*, 11(3):345-351. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2006000300012>
- Borges, V.R.; Werlang, B.S.G.; Copatti, M. (2008). Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos. *Barbarói*, 11(1):109-123.
- Botega, N., Werlang, B., Cais, C., & Macedo, M. (2006). Prevenção do Comportamento Suicida. *Psico*, 37(3), 213-220.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (3), 371-394.
- Dias, M I (2007). *O treino de relaxamento como potenciador de sucesso educativo em jovens do 3.º ciclo*, Dissertação de mestrado, Coimbra.
- Dieserud, G., Forsen, L., Braverman, M., & Roysamb, E. (2002). *Negative Life Events in Childhood, Psychological Problems and Suicide Attempts in Adulthood Matched Case-Control Study*.
- Direção-Geral de Saúde. (2013). *Programa Nacional para a Saúde Mental - Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013/2017)*. Lisboa: 1-114.
- Direção-Geral de Saúde (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017. [Consult. a 20 de outubro de 2023]. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-deinformacao/por-serie-883589-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>.

- Dobson, K. (2010). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York, NY: The Guilford Press.
- Dutra, E. (2002). *Comportamentos autodestrutivos em crianças e adolescentes: Orientações que podem ajudar a identificar e prevenir*. In: C.S. HUTZ (Ed.), *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: Aspectos teóricos e estratégias de intervenção*. Porto Alegre, Casa do Psicólogo, p. 53-87.
- Espinoza-gomez, F.; Zepeda-Pamplona, V.; Hernández-Bautista, V.; Herández-Suárez, C.M.; Newton-Sánchez, O.A.; Plasencia-Garcia, G.R. (2010). Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Salud Publica Mexico*, 52 (1):213-219. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342010000300005>
- Ferreira, J., & Castela, M. (1999). *Questionário de Ideação Suicida (Q.I.S.)*. In M. R. Simões, M.M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol.2, pp. 123-130). Braga: APPORT/SHO.
- Hayes, L. M. (2000). Suicide risk despite denial or when actions speak louder than words *Jail Suicide/Mental Health Update*, 10, (1), pp.1-6
- Heisel, M. J. & Flett, G. L. (2004). Purpose in life, satisfaction with life and suicide ideation in a clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26 (2), pp. 127-135.
- Instituto Nacional de Estatística (2023). *Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por 100 000 habitantes*, Portugal. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003736&contexto=bd&selTab=tab2
- Johnson, M., Maas, M., Swanson, E. (2004). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*, (2ª ed). Porto Alegre: Editora Artmed.
- Kerr, S., Johnson, V., Gans, S., & Krumrine, J. (2004). Predicting adjustment during the transition to college: alexithymia, perceived stress, and psychological symptoms. *Journal of College Student Development*, 45 (6), 593-611.
- Krüger, L.L.; Werlang, B.S.G. (2010). A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. *Psico-USF*,15(1):59-70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712010000100007>

- Mann, J. J. (1998). The neurobiology of suicide. *Nature Medicine*, 4, 25-30
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189.
- Meneghel, S. N., Victora, C. G., Faria, N. M. X., Carvalho, L. A., & Falk, J. W. (2004). Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública*, 38(6),804-810.
- Mills, H., Reiss, N., Dombeck, M. (2008). Cognitive restructuring. Mental Help Net.Retrievedfrom <https://www.mentalhelp.net/articles/cognitive-restructuring-info/>
- Mishara, B.; Ystgaard M. (2000). *Exploring the potential for primary prevention: Evaluation of the Befrienders International Reaching Young People Pilot Programme in Denmark.*
- Moreira, N. A. (2008). *Sofrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão.* Coimbra: Quarteto.
- Moreira, N.A.C. (2009). *Fatores de Risco associados à Ideação Suicida Durante a Prisão Preventiva: Estudo Exploratório.* Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
- Oliveira, S., Carolino, L., & Paiva, A. (2012). Programa Saúde mental sem Estigma: Efeitos de estratégias diretas e indiretas nas atitudes estigmatizantes. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde mental.* 8, 30-37
- Palmer, E. J., & Connelly, R. (2005) Depression, hopelessness and suicide ideation among vulnerable prisoners. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 15 (3) 164-170.
- Pestaner, M., Tyndall, D., Powell, S. (2021). The Role of the School Nurse in Suicide Interventions: An Integrative Review. *The Journal of School Nursing*, 37(1), 41-50. <https://doi.org/10.1177%2F1059840519889679>
- Prieto, D. & Tavares, M. (2005). Factores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54 (2), pp. 146-154.
- Potter, P., & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos.* Lusociência.
- Rudd, M. D. (2000). The suicidal mode: A cognitive-behavioral model of suicidality. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 30, 18-33.

- Santos J. (2007). *Para-suicídio. O que dizem as famílias. A Emoção Expressa*. Coimbra: Formasau.
- Santos, J. (2012). *Prevenção do suicídio ao redor do mundo: fortalecer fatores protetores, promovendo a esperança*. In Ordem dos enfermeiros disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/DiaMundial_Prevencao_Suicidio.aspx
- Saraiva, C. (2006). *Estudos sobre o para-suicídio: o que leva os jovens a espreitar a morte*. Coimbra: Redhorse.
- Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2013). *O Suicídio: Respostas a Questões Frequentes*. Acedido em 26.03-2024 a partir de: <http://www.spsuicidologia.pt/>.
- Toro, D.C.; Paniagua, R.E.; González, C.M.; Montoya, B. (2009). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Revista da Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(3):302-308.
- Wasserman, D. (2001). *Suicide: an unnecessary death*. Martin.Dunitz: Stockholm.
- Werlang, B.S.G.; Borges, V.R.; Fensterseifer, L. (2005) - Factores de Risco ou Protecção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência, *Revista Interamericana de Psicologia*, Porto Alegre, v.39, nº2, p. 259-266.
- World Health Organization (2003). Promoting mental health: concepts, emerging practice. Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
- World Health Organization (2012). Preventing Suicide: a resource for suicide case registration. Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44757/9789241502665_eng.pdf
- World Health Organization (2021). Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030, 1-40. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- World Health Organization [WHO] (2021b). Suicide worldwide in 2019: global health estimates. World Health Organization, 1–35. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- Van Heeringen, C., & Marusic, A. (2003). Understanding the suicidal brain. *British Journal of Psychiatry*, 18, 3, 282-284.
- Van Heeringen, C., & Marusic, A. (2003). Understanding the suicidal brain. *British Journal of Psychiatry*, 18, 3, 282-284.

ANEXOS

ANEXO I

MINI MENTAL STATE EXAMINATION

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, com adaptação de Guerreiro e colaboradores, 1994)

I. ORIENTAÇÃO

Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz." (Dar 1 ponto por cada resposta correta)

- | | |
|-----------------------------------|----------|
| 1. Em que ano estamos? | <u>✓</u> |
| 2. Em que mês estamos? | <u>✓</u> |
| 3. Em que dia do mês estamos? | <u>X</u> |
| 4. Em que estação do ano estamos? | <u>✓</u> |
| 5. Em que dia da semana estamos? | <u>✓</u> |
| 6. Em que País estamos? | <u>✓</u> |
| 7. Em que Distrito vive? | <u>✓</u> |
| 8. Em que Terra vive? | <u>✓</u> |
| 9. Em que casa estamos? | <u>✓</u> |
| 10. Em que andar estamos? | <u>✓</u> |

Nota: 9

II. RETENÇÃO

"Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras." As palavras são:

PERA

GATO

BOLA

"Repita as três palavras". (Dar 1 ponto por cada palavra correta)

PERA ✓ GATO ✓ BOLA ✓ Nota: 3

II. ATENÇÃO E CÁLCULO

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar."

(Dar 1 ponto por cada resposta correta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro de subtração, mas continuando a subtrair corretamente partir do erro, conta-se como um único erro)

(30) (27) (24) (21) (18) (15) Nota: 3

IV. EVOCAÇÃO

(Só se efetua no caso do sujeito ter aprendido as três palavras referidas na prova de retenção) "Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir." (Dar 1 ponto por cada resposta correta)

PERA X
GATO ✓
BOLA ✓

Nota: 2

V. LINGUAGEM

(Dar 1 ponto por cada resposta correta)

a) Mostrar o relógio de pulso.

"Como se chama isto?" Nota: 1

b) Mostrar um lápis.

"Como se chama isto?" Nota: 1

c) Repetir a frase:

"O rato rói a rolha" Nota: 1

d) "Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão".

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos.)

Pega no papel com a mão direita ✓

Dobra o papel ao meio ✓

Coloca o papel no chão ✓

Nota: 3

e) "Leia e cumpra o que diz neste cartão."

Mostrar o cartão com a frase: "FECHE OS OLHOS". (Dar 1 ponto por cada realização correta).

Nota: 1

f) "Escreva uma frase."

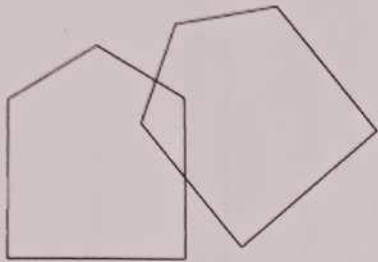
(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou com erros de trocas de letras não contam como erros.)

Nota: 1

Eu gosto de animais.

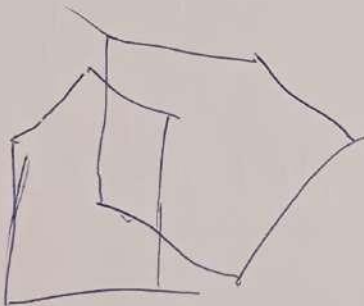
g) "Copie o desenho que lhe vou mostrar." Mostrar o desenho num cartão.

(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar intersectados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados)



Nota: 1

NOTA TOTAL: 26



ANEXO II

Indicador NOC de resultado para Motivação

Motivação - 1209

Domínio: Saúde Psicossocial (III)

Classe: Bem-estar Psicológico (M)

Escala(s): Nunca demonstrado a Consistentemente demonstrado (m)

Receptor do Cuidado:

Fonte de Dados:

Definição: Urgência interna que leva ou incita o indivíduo a ação(ões) positiva(s)

| Motivação Graduação Geral | GRADUAÇÃO DO RESULTADO-ALVO: | | Aumentar para _____ | | | | |
|------------------------------|---|---|------------------------|----------------------------|--------------------------------|---|---------------------------------|
| | Manter em _____ | | Nunca demonstrado 1 | Raramente demonstrado 2 | Algumas vezes demonstrado 3 | | Frequentemente demonstrado 4 |
| INDICADORES: | | | | | | | |
| 120901 | Planejamento do futuro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120902 | Elaboração de um plano de ação | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120903 | Obtenção de recursos conforme a necessidade | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120904 | Obtenção de suporte conforme a necessidade | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120905 | Autoiniciação de comportamento voltado a metas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120906 | Busca de novas experiências | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120907 | Manutenção de uma autoestima positiva | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120908 | Receptividade boa a oportunidades de dar contribuições | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120916 | Manutenção da flexibilidade | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120910 | Expressão de crença na capacidade de desempenhar uma ação | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120911 | Expressão de que o desempenho levará ao resultado buscado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120912 | Realização das tarefas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120913 | Aceitação da responsabilidade pelos atos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120917 | Antecipação de recompensa intrínseca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120918 | Antecipação de recompensa extrínseca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120915 | Expressão de intenção de agir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |

Terceira edição 2004; Quarta edição revisada

Referências Contendo Resultados:

- Ellis, J. R., & Hartley, C. L. (1999). *Managing and coordinating nursing care* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Glickstein, J. (1990). Motivation in geriatric rehabilitation. *Focus on Geriatric Care and Rehabilitation*, 3(8), 1-3.
- Mali, P. (1978). *Improving total productivity: MBO strategies for business, government, and not-for-profit organizations*. New York: Wiley.
- Marriner-Tomey, A. (1996). *Guide to nursing management and leadership* (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Resnick, B. (1998). Motivating older adults to perform functional activities. *Journal of Gerontological Nursing*, 24(11), 23-20.
- Resnick, B., Zimmerman, S. L., Magaziner, J., & Adelman, A. (1998). Use of the apathy evaluation scale as a measure of motivation in elderly people. *Rehabilitation Nursing*, 23(3), 141-147.
- Vroom, V. (1964). *Work and motivation*. New York: Wiley.

ANEXO III

INDICADOR NOC DE RESULTADO PARA EQUILÍBRIO DO HUMOR (DADO INICIAL)

Equilíbrio de Humor - 1204

Domínio: Saúde Psicossocial (III)

Classe: Bem-estar Psicológico (M)

Escola(s): Nunca demonstrado e Consistentemente demonstrado (m) e Consistentemente demonstrado a Nunca demonstrado (t)

Receptor do Cuidado:

Fonte de Dados:

Definição: Adaptação adequada do tom emocional prevalente em resposta às circunstâncias

| GRADUAÇÃO DO RESULTADO-ALVO: | | Manter em _____ | | Aumentar para _____ | | | |
|--|--|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|----|
| Equilíbrio de Humor Cristalização Geral | | Nunca demonstrado 1 | Raramente demonstrado 2 | Algumas vezes demonstrado 3 | Frequentemente demonstrado 4 | Consistentemente demonstrado 5 | |
| INDICADORES: | | | | | | | |
| 120401 | Exibição de afeto adequado à situação | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120402 | Exibição de humor não instável | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120403 | Exibição de controle de impulsos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120404 | Relato de sono adequado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120405 | Exibição de concentração | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120406 | Fala em ritmo moderado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120423 | Manutenção da boa apresentação e da higiene pessoais | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120411 | Uso de roupas adequadas à situação | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120412 | Manutenção de um peso estável | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120413 | Exibição de apetite normal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120424 | Relato de observação do regime de medicamentos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120425 | Relato de observação do regime de tratamento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120415 | Mostra de interesse pelos arredores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120417 | Exibição de um nível estável de energia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120418 | Realização das tarefas diárias | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| | | Consistentemente demonstrado | Frequentemente demonstrado | Algumas vezes demonstrado | Raramente demonstrado | Nunca demonstrado | |
| 120407 | Arrebatamento de ideias | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120408 | Grandiosidade | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120409 | Euforia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120416 | Ideias suicidas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120420 | Depressão | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120421 | Letargia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120422 | Hiperatividade | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |

Primeira edição 1997; Terceira edição revisada 2004; Quarta edição revisada

ANEXO IV

Indicador NOC de resultado para equilíbrio do humor (dado de evolução)

Equilíbrio de Humor – 1204

Domínio: Saúde Psicossocial (III)

Receptor do Cuidado:

Classe: Bem-estar Psicológico (M)

Fonte de Dados:

Escala(s): Nunca demonstrado a Consistentemente demonstrado (m) e Consistentemente demonstrado a Nunca demonstrado (t)

Definição: Adaptação adequada do tom emocional prevalente em resposta às circunstâncias

| GRADUAÇÃO DO RESULTADO-ALVO: | | Manter em _____ | | Aumentar para _____ | | | |
|------------------------------|--|------------------------------|----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|----|
| Equilíbrio de Humor | Graduação Geral | Nunca demonstrado 1 | Raramente demonstrado 2 | Algumas vezes demonstrado 3 | Frequentemente demonstrado 4 | Consistentemente demonstrado 5 | |
| INDICADORES: | | | | | | | |
| 120401 | Exibição de afeto adequado à situação | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120402 | Exibição de humor não instável | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120403 | Exibição de controle de impulsos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120404 | Relato de sono adequado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120405 | Exibição de concentração | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120406 | Fala em ritmo moderado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120423 | Manutenção da boa apresentação e da higiene pessoais | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120411 | Uso de roupas adequadas à situação | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120412 | Manutenção de um peso estável | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120413 | Exibição de apetite normal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120424 | Relato de observação do regime de medicamentos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120425 | Relato de observação do regime de tratamento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120415 | Mostra de interesse pelos arredores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120417 | Exibição de um nível estável de energia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120418 | Realização das tarefas diárias | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| | | Consistentemente demonstrado | Frequentemente demonstrado | Algumas vezes demonstrado | Raramente demonstrado | Nunca demonstrado | |
| 120407 | Arrebatamento de ideias | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120408 | Grandiosidade | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120409 | Euforia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120416 | Ideias suicidas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120420 | Depressão | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120421 | Letargia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120422 | Hiperatividade | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |

Primeira edição 1997; Terceira edição revisada 2004; Quarta edição revisada

ANEXO V

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DE HAMILTON (DADO INICIAL)

Dia 23/5

Nome (iniciais): MCMCF

1º teste

23/5

Escala de avaliação da Ansiedade de Hamilton = 29 Ansiedade grave

| Categoria I – Ansiedade Psíquica | Ausente 0 | Ligeira 1 | Moderada 2 | Frequente 3 | Muito Frequente 4 |
|--|--------------|--------------|---------------|----------------|----------------------|
| Humor ansioso (Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade, etc.) | | | | 3 | |
| Tensão (Sensações de tensão, fadiga, reação de sobressalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação.) | | | | | 4 |
| Medos (De escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões, etc.) | 0 | | | | |
| Insónia (Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, pesadelos, terrores nocturnos, etc.) | | 1 | | | |
| Dificuldades intelectuais (Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.) | | | | | 4 |

Mini Mental = 26 pontos ✓

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|
| Sintomas do sistema nervoso autônomo (Boca seca, rubor, palidez, tendência a sudorese, mãos molhadas, inquietação, tensão, dor de cabeça, pêlos eriçados, tonturas, etc.) | | | | | 4 |
| TOTAL - | | | | | |

Resultados:

<12: ansiedade normal;

>12 e <18: reação patológica ligeira

>18 e >25 ansiedade moderada

>

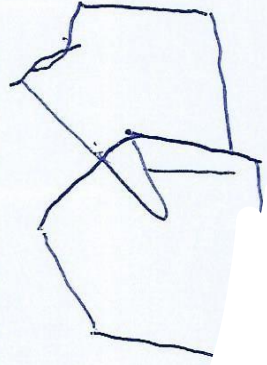
25

ansiedade

patológica

grave

Mimi Mental : IIII IIII IIII IIII



ANEXO VI

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DE HAMILTON (DADO DE EVOLUÇÃO)

Dia 23/5 : 2º Teate
 Nome (Iniciais): HCMCF

Escala de avaliação da Ansiedade de Hamilton = 18 Ansiedade Ligeira

| Categoria I – Ansiedade Psíquica | Ausente | Ligeira | Moderada | Frequente | Muito Frequente |
|---|---------|---------|----------|-----------|-----------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Humor ansioso (Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade, etc.) | | | 2 | | |
| Tensão (Sensações de tensão, fadiga, reação de sobresalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação.) | | | | 3 | |
| Medos (De escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões, etc.) | 0 | | | | |
| Insônia (Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, pesadelos, terrores nocturnos, etc.) | | 1 | | | |
| Dificuldades intelectuais (Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.) | | | | 3 | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|---|--|
| Humor depressivo (Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilação do humor, etc.) | | | | | | 3 | |
| Categoria II – Ansiedade Somática | | | | | | | |
| Sintomas musculares (Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, etc.) | | | | | | 2 | |
| Sintomas sensoriais (Ondas de frio ou calor, sensações de fraqueza, visão turva, sensação de picadas, formiguelo, câibras, dormências, sensações auditivas de tinidos, zumbidos, etc.) | | | | | 1 | | |
| Sintomas cardiovasculares (Taquicardia, palpitações, dores torácicas, sensação de desmaio, sensação de extra-sístoles, vertigens, batimentos irregulares, etc.) | | | | | | 2 | |
| Sintomas respiratórios (Sensações de opressão ou constrição no tórax, sensações de sufocamento ou asfixia, suspiros, dispneia, etc.) | | | | | 0 | | |
| Sintomas genito-urinários (Polakiúria, urgência miccional, amenorreia, menorrágia, ereção incompleta, ejaculação precoce, impotência, diminuição da libido, etc.) | | | | | | 1 | |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| Sintomas do sistema nervoso autônomo (Boca seca, rubor, palidez, tendência a sudorese, mãos molhadas, inquietação, tensão, dor de cabeça, pêlos eriçados, tonturas, etc.) | 0 | | | |
| TOTAL - | | | | |

Resultados: <12: ansiedade normal;

>12 e <18: reação patológica ligeira;

>18 e >25 ansiedade moderada;

> 25

ansiedade

patológica

grave

ANEXO VII

INDICADOR NOC DE RESULTADO PARA AUTOESTIMA (DADO INICIAL)

Autoestima – 1205

Domínio: Saúde Psicossocial (III)

Classe: Bem-estar Psicológico (M)

Escala(s): Nunca Positivo a Consistentemente Positivo (k)

Receptor do Cuidado:

Fonte de Dados:

Definição: Julgamento pessoal do autovalor

| GRADUAÇÃO DO RESULTADO-ALVO: | | Manter em _____ | | Aumentar para _____ | | |
|------------------------------|---|----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|------|
| Autoestima Gradação Geral | Nunca positivo 1 | Raramente positivo 2 | Algumas vezes positivo 3 | Frequentemente positivo 4 | Consistentemente positivo 5 | |
| INDICADORES: | | | | | | |
| 120501 | Verbalizações de autoaceitação | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120502 | Aceitação de autolimitações | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120503 | Manutenção de uma postura ereta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120504 | Manutenção do contato com os olhos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120505 | Descrição de si mesmo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120506 | Consideração com os outros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120507 | Comunicação franca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120508 | Realização de papéis com importância pessoal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120509 | Manutenção da boa apresentação e da higiene | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120510 | Equilíbrio entre participação e ato de ouvir nos grupos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120511 | Nível de confiança | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120512 | Aceitação dos cumprimentos dos outros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120513 | Resposta esperada dos outros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120514 | Aceitação de crítica construtiva | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120515 | Desejo de confrontar os outros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120521 | Descrição do sucesso no trabalho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120522 | Descrição do sucesso na escola | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120517 | Descrição do sucesso nos grupos escolares | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120518 | Descrição de orgulho de si mesmo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 129519 | Sentimentos de autovalorização | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |

Primeira edição 1997; Quarta edição revisada

ANEXO VIII

INDICADOR NOC DE RESULTADO PARA AUTOESTIMA (DADO DE EVOLUÇÃO)

Autoestima - 1205

Domínio: Saúde Psicossocial (III)

Classificação: Bem-estar Psicológico (M)

escala(s): Nunca Positivo a Consistentemente Positivo (k)

Receptor do Cuidado:

Fonte de Dados:

Definição: Julgamento pessoal do autovalor

| GRADUAÇÃO DO RESULTADO-ALVO: | | Manter em _____ | | Aumentar para _____ | | | |
|------------------------------|---|---------------------|-------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------|----|
| Autoestima | Graduação Geral | Nunca positivo 1 | Raramente positivo 2 | Algumas vezes positivo 3 | Frequentemente positivo 4 | Consistentemente positivo 5 | |
| INDICADORES: | | | | | | | |
| 120501 | Verbalizações de autoaceitação | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120502 | Aceitação de autolimitações | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120503 | Manutenção de uma postura ereta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120504 | Manutenção do contato com os olhos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120505 | Descrição de si mesmo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120506 | Consideração com os outros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120507 | Comunicação franca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120508 | Realização de papéis com importância pessoal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120509 | Manutenção da boa apresentação e da higiene | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120510 | Equilíbrio entre participação e ato de ouvir nos grupos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120511 | Nível de confiança | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120512 | Aceitação dos cumprimentos dos outros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120513 | Resposta esperada dos outros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120514 | Aceitação de crítica construtiva | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120515 | Desejo de confrontar os outros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120521 | Descrição do sucesso no trabalho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120522 | Descrição do sucesso na escola | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120517 | Descrição do sucesso nos grupos escolares | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120518 | Descrição de orgulho de si mesmo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |
| 120519 | Sentimentos de autovalorização | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | NA |

Primeira edição 1997; Quarta edição revisada

ANEXO IX

INDICADOR NOC DE RESULTADO PARA VONTADE DE VIVER (DADO INICIAL)

Vontade de Viver - 1206

Domínio: Saúde Psicossocial (III)

Receptor do Cuidado:

Classe: Bem-estar Psicológico (M)

Fonte de Dados:

Escala(s): Gravemente comprometido a Não comprometido (a) e Grave a Nenhum (n)

Definição: Desejo, determinação e esforço para sobreviver

GRADUAÇÃO DO RESULTADO-ALVO: Manter em _____ Aumentar para _____

| Vontade de Viver Graduação Geral | Gravemente comprometido 1 | Muito comprometido 2 | Moderadamente comprometido 3 | Levemente comprometido 4 | Não comprometido 5 | |
|-------------------------------------|---|----------------------------|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------|
| INDICADORES: | | | | | | |
| 120601 | Expressão da determinação para viver | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120602 | Expressão de esperança | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120603 | Expressão de otimismo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120604 | Expressão de sensação de controle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120605 | Expressão dos sentimentos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120617 | Interesse pela doença de uma pessoa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120618 | Interesse pelo tratamento de alguém | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120608 | Uso de estratégias para compensar problemas associados à doença | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120613 | Uso de tratamentos para prolongar a vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120609 | Uso de estratégias para melhorar a saúde | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120610 | Uso de estratégias para prolongar a vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| | | Grave | Substancial | Moderado | Leve | Nenhum |
| 120614 | Depressão | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120615 | Pensamentos suicidas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120616 | Pensamentos pessimistas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |

Primeira edição revisada 1997; Terceira edição revisada 2004; Quarta edição revisada

Referências Contendo Resultados:

ANEXO X

INDICADOR NOC DE RESULTADO PARA VONTADE DE VIVER (DADO DE EVOLUÇÃO)

Vontade de Viver - 1206

Domínio: Saúde Psicossocial (III)

Receptor do Cuidado:

Classe: Bem-estar Psicológico (M)

Fonte de Dados:

Escala(s): Gravemente comprometido a Não comprometido (a) e Grave a Nenhum (n)

Definição: Desejo, determinação e esforço para sobreviver

| GRADUAÇÃO DO RESULTADO-ALVO: | | Manter em _____ | | Aumentar para _____ | | |
|------------------------------------|---|----------------------------|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------|
| Vontade de Viver Gradação Geral | Gravemente comprometido 1 | Muito comprometido 2 | Moderadamente comprometido 3 | Levemente comprometido 4 | Não comprometido 5 | |
| INDICADORES: | | | | | | |
| 120601 | Expressão da determinação para viver | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120602 | Expressão de esperança | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120603 | Expressão de otimismo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120604 | Expressão de sensação de controle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120605 | Expressão dos sentimentos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120617 | Interesse pela doença de uma pessoa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120618 | Interesse pelo tratamento de alguém | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120608 | Uso de estratégias para compensar problemas associados à doença | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120613 | Uso de tratamentos para prolongar a vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120609 | Uso de estratégias para melhorar a saúde | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120610 | Uso de estratégias para prolongar a vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| | | Grave | Substancial | Moderado | Leve | Nenhum |
| 120614 | Depressão | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120615 | Pensamentos suicidas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |
| 120616 | Pensamentos pessimistas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 NA |

Primeira edição revisada 1997; Terceira edição revisada 2004; Quarta edição revisada

Referências Contendo Resultados:

ANEXO XI

TABELA DE PREENCHIMENTO PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS - TPC

| Stressores | Pensamentos automáticos | Emoção negativa | Estratégias | Emoção Positiva |
|-------------------------------|--|----------------------------|-------------------------------|-----------------|
| Escala | Não sou capaz | Tristeza | Vou tentar | Confiante |
| No dia a dia | Tudo que eu liço dá errado | Tristeza | Eu sou bom a escrever, ler... | Confiante |
| Espelho | Estou Gorda | Insegurança | Fazer exercício físico | Alegre |
| Quando vejo uma garota bonita | Eu não sou tão bonita quanto ela | Comparação | Sou bonita a minha maneira | Confiante |
| Quando alguém não corre bem | Quero morrer será que algum dia eu vou ficar melhor? | Raiva/tristeza Confusão | Vou tentar fazer outra vez | Esperansa |
| Quando estou achando | | | Vou tentar melhorar | Orgulhosa |
| Discutir com os pais | Vou fugir de casa | Desespero | chegar a um consenso | Alegre |
| Espelho | Sou feia | Tristeza/insegurança | concentrar-me nas qualidades | Confiante |
| No dia a dia | É se eu não conseguir? | Medo/tristeza | Vou tentar | Confiante |

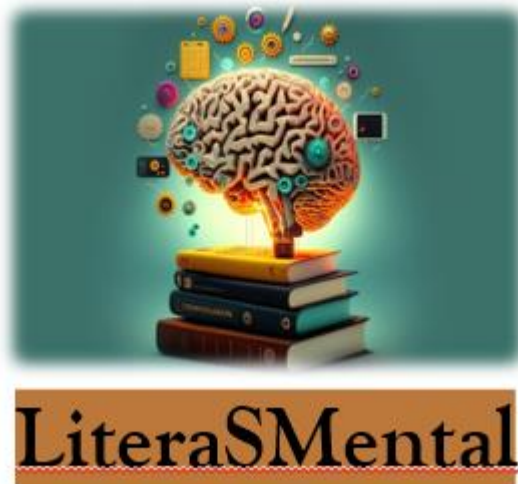
APÊNDICES II: LITERASMENTAL

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Ano Lectivo 2023/2024

2º Ano - 1º semestre



Projeto de Promoção da Literacia em Saúde Mental e Redução do Estigma

Carolina Isabel Amado Ferreira nº 4788

Orientação da Enfª C. G., da Enfª T. M. e do Prof. T. C.

João Paulo de Sousa Fonseca nº 4539

Orientação do Enfº H. M., da Enfª B. F. e do Prof. J. A. P. S.

Oliveira de Azeméis

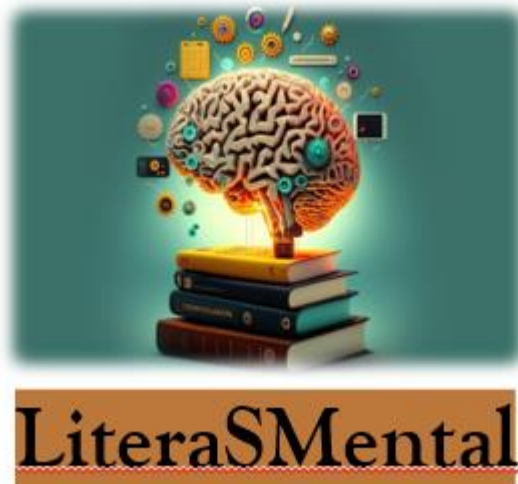
outubro, 2023

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Ano Lectivo 2023/2024

2º Ano - 1º semestre



Projeto de Promoção da Literacia em Saúde Mental e Redução do Estigma

Trabalho executado no âmbito do 1º Curso do Mestrado de ESMP, 2º Ano, 1º semestre, para obtenção da classificação na Unidade de Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final.

Carolina Isabel Amado Ferreira nº 4788

Orientação da Enfª C. G., da Enfª T. M. e do Prof. T. C.

João Paulo de Sousa Fonseca nº 4539

Orientação do Enfº H. M., da Enfª B. F. e do Prof. J. A. P. S.

Oliveira de Azeméis

outubro, 2023

PROJETO DE PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE MENTAL E REDUÇÃO DO ESTIGMA NO SERVIÇO DE PEDOPSIQUIATRIA

1. Título do Projeto

LiteraSMental

2. Avaliação Diagnóstica

A saúde mental é imprescindível ao desenvolvimento social e económico das comunidades (Gomes & Loureiro, 2013) e, numa altura em que se verifica uma crescente prevalência das perturbações do foro mental, na população em geral e nos adolescentes em particular (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010; Biddle, Donovan, Sharp, & Gunnell, 2007), torna-se cada vez mais premente refletir sobre as questões em causa (Organização Mundial de Saúde, 2001).

Esta realidade é ainda mais preocupante quando a investigação epidemiológica, recente, revela que as doenças mentais e problemas de saúde psicológica são a principal razão de incapacidade e um dos principais fatores de doença e morte precoce à escala global, de acordo com Patel (2012). Os distúrbios mentais são responsáveis por 12% das doenças em todo o mundo, taxa que aumenta para 23% nas nações desenvolvidas (Xavier, Baptista, Mendes, Magalhães, & Caldas-de-Almeida, 2013a). É de destacar ainda, que 50% das pessoas que virão a sofrer de uma perturbação mental terão o seu primeiro episódio antes dos dezoito anos, ou seja, na adolescência (Kelly, Jorm, & Right, 2007).

Estima-se que, a nível mundial, cerca de 20% das crianças e adolescentes tenham uma perturbação mental apesar desta alta prevalência, menos de 1 em cada 5 crianças recebe o tratamento necessário (OMS, 2001), sendo que as patologias pedopsiquiátricas mais preocupantes e prevalentes incluem a perturbação do espectro do autismo, a perturbação de hiperatividade e défice de atenção, as perturbações do comportamento, bem como, as perturbações do humor e as perturbações psicóticas (OMS, 2005).

Segundo a OMS, falar de doença mental é falar de estigma e direitos humanos (Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health, OMS, 2003). O estigma é considerado um obstáculo na

intervenção em Saúde Mental, pois pode atrasar ou impedir a procura de ajuda especializada (OMS, 2002), onde as consequências de uma visão negativa da doença mental incluem: não adesão à medicação, discriminação na escola ou emprego, agravamento do isolamento social e risco de suicídio.

Nos jovens, as perturbações mentais têm um impacto significativo na sua adaptação psicossocial a curto, médio e longo prazo, assumindo maior complexidade na adolescência, por ser um período de desenvolvimento crítico, em que o jovem tem que lidar simultaneamente com inúmeras transformações, que implicam uma reorganização de todas as suas representações (Ammaniti & Sergi, 2003).

O Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020 da OMS, prolongado até 2030, destaca a importância crucial dos governos na promoção, proteção e prevenção de distúrbios mentais nos primeiros estágios da vida. Isso ocorre devido ao facto de até 50% dos distúrbios mentais em adultos terem início antes dos 14 anos. A adolescência, enquanto período de transição entre a infância e a idade adulta, assume um papel crítico na saúde mental, como evidenciado por Jorm (2012, 2019).

Nomeadamente, em Portugal, tem existido um aumento progressivo de adolescentes com problemáticas emocionais e alterações de comportamento nos Serviços de Psiquiatria da Infância e Adolescência. Estas realidades impõem que os serviços de saúde mental otimizem os seus recursos, contemplando a eficácia da intervenção de acordo com as necessidades desta população em particular, de modo a intervir precocemente.

Constatou-se, ainda, que existe um elevado número de adolescentes internados com diagnóstico de enfermagem de ideação suicida e comportamentos autolesivos, pelo que em discussão com os enfermeiros tutores e a enfermeira gestora, decidiu-se abordar especificamente o tema do Estigma em Saúde Mental nos adolescentes do serviço de Pedopsiquiatria. O Estigma é o fator de risco que conduz ao isolamento social que, por sua vez, é o determinante principal para os comportamentos suicidários (OMS, 2021).

Neste sentido, importa, aprofundar os conhecimentos sobre saúde mental como um recurso potencial para a promoção e adoção de estratégias eficazes e empiricamente validadas (Atilola, 2014), onde o objetivo consiste em promover o nível de literacia em saúde mental em adolescentes, internados num serviço de pedopsiquiatria. Também a OMS (2022) sublinha a necessidade de instruir os jovens sobre literacia

em Saúde Mental. Deste modo, o presente projeto de intervenção encontra-se estruturado em duas partes: a primeira orientada para a revisão da literatura onde serão explorados os conceitos de estigma, adolescência, a conceitualização da literacia em saúde mental, assim como estratégias de intervenção e atitudes que facilitam a procura de ajuda. A segunda parte reflete a metodologia utilizada para o desenvolvimento do projeto.

3. Fundamentação Teórica

Inicialmente, o conceito de saúde mental era entendido como ausência de perturbação (Westerhof & Keyes, 2010; Moreira, Melo, Pires, Crusellas & Lima, 2005). Progressivamente, este conceito tem vindo a evoluir sendo atualmente muito mais abrangente. As investigações em saúde mental evidenciam que esta não se restringe à ausência de doença mental, mas engloba a presença de algo positivo, designado de saúde mental positiva, ou seja, a saúde mental deve ser entendida como um estado completo (Keyes, Dhingra, & Simões, 2010). Segundo Sá (2010, p.15) numa perspetiva holística, a saúde mental é essencial para o bem-estar do indivíduo, pois envolve a habilidade de desfrutar da vida e procurar um equilíbrio entre as diferentes atividades, de modo a desenvolver a resiliência psicológica. Isso está relacionado à qualidade de vida cognitiva, emocional e à ausência de doenças mentais.

A descrição fornecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001 é mais completa e aborda a saúde mental como um estado de plenitude em que a pessoa utiliza plenamente as suas habilidades para lidar com as pressões cotidianas, para ser produtiva e contribuir de forma positiva para a sua comunidade. Neste âmbito, a definição de saúde mental abrange três elementos fundamentais: o bem-estar, o funcionamento individual eficaz e o funcionamento eficaz na comunidade que, em conjunto, constituem a definição de saúde mental positiva (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster, & Keyes, 2011).

Em síntese, as questões relacionadas com a saúde mental são complexas, porque afetam as pessoas como um todo, na sua individualidade e na sua relação com os outros e o meio envolvente. De facto, a saúde mental é responsável pela realização intelectual e emocional, bem como a sua integração na escola, no trabalho e na sociedade de todos. Assim, e atendendo à crescente prevalência de perturbações mentais, e de acordo com o que foi exposto, é imperioso o desenvolvimento de

projetos que contribuam para a promoção da saúde mental (Jané-Llopis & Anderson, 2006).

Estigma: um desafio à promoção da saúde mental

No ano de 2001, a OMS estipulou perturbação mental como distorção de pensamento e das emoções resultante do agravamento do funcionamento psicossocial e que depende de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Apesar de a definição ser muito clara, quando se fala em problemas do foro psicológico são equacionadas sempre duas situações: se por um lado temos os sintomas que impedem ou prejudicam a pessoa no prosseguimento do seu quotidiano, por outro temos o estigma que ainda existe na sociedade em relação a este tipo de problemáticas (Corrigan & Bink, 2016).

O estigma é o principal causador de discriminação e exclusão de pessoas com doenças mentais. O seu impacto na vida das pessoas com doença mental é manifesto, pois condiciona a perda de oportunidades, prejuízo da autoestima e autoconceito, qualidade de vida, suporte social e empowerment, atuando como um obstáculo ao desempenho dos papéis sociais habituais (Arboleda-Florez & Stuart, 2012). Oliveira, Carolino & Paiva (2012) definem estigma enquanto uma desaprovação social de indivíduos ou grupos com características diferentes da norma, fundamentada em estereótipos e preconceitos negativos que originam a discriminação e que, frequentemente se traduz numa redução de igualdades de oportunidades. De acordo com diversos autores, o estigma tem sido apontado como um dos maiores desafios para a melhoria da saúde psicológica (Jorm, 2012; Corrigan & Watson, 2002).

Em 2004, Corrigan identificou 4 formas de pensamento social inerentes ao estigma da saúde mental – indícios, estereótipos, preconceito e discriminação – estando os últimos três processos presentes na adolescência (Silke et al., 2016). Também realizou a distinção entre estigma público, quando grupos sociais aceitam estereótipos em relação a um grupo distinto e agem em consequência contra o mesmo e o autoestigma, que consiste na perda de autoestima e de autoeficácia consequente da internalização do estigma público.

O estigma público surge a partir de características individuais identificáveis, como sintomas, habilidades sociais deficientes, aparência física, entre outros, que levam à formação de estereótipos sobre um grupo específico na sociedade. Quanto ao preconceito, ele corresponde a uma reação emocional e cognitiva que resulta num comportamento discriminatório. Isso implica que a discriminação é uma

consequência do preconceito, que por sua vez é alimentado pelo estigma público. Isto é, o estigma social refere-se à percepção por um grupo ou sociedade de determinadas características, sejam elas físicas, sociais ou psicológicas, como socialmente inaceitáveis.

O auto-estigma é um processo individual e intrínseco ao próprio que pode ser difícil de identificar, por outras palavras, as pessoas com este diagnóstico costumam interiorizar as ideias relacionadas com a doença mental e passam a convencer-se de que são menos dignos do que os demais por conta da sua condição, em consequência, muitas afastam-se das interações sociais por receio da rejeição (Link & Phelan, 2001; Chandra, 2012). O auto-estigma ou estigma internalizado ocorre à medida que o indivíduo possuidor dessa característica toma consciência da sua condição e dos estereótipos negativos a ela associados, concorda com eles e aplica-os a si próprio.

A literatura revela que os indivíduos com doença mental são vistos como perigosos, imprevisíveis, responsáveis pela sua doença, preguiçosos ou dignos de pena, e é de forma pouco crítica que estas noções são também veiculadas pelos meios de comunicação social, contribuindo para a manutenção destes estereótipos (Mojtabai, 2010; Arboleda-Flórez, 2002). Os “problemas no conhecimento” (ignorância), associados a “problemas de atitudes” (preconceito) e aos “problemas do comportamento” (discriminação), consubstanciam-se nos três pilares do estigma face aos problemas de saúde mental (Thornicroft & Mehta, 2011).

A estigmatização é assim, sustentada e formada por meio do componente cognitivo das atitudes, crenças, que predispõem a certos comportamentos ou sentimentos sobre a situação estigmatizada. Deste modo, o reduzido nível de literacia em saúde mental, associado ao estigma e preconceitos sociais contribuem decisivamente para o agudizar das doenças mentais, pois impedem o reconhecimento precoce das perturbações mentais e influenciam o comportamento de procura de ajuda (Loureiro et al., 2012a). Pode ser um obstáculo de relevância, podendo mesmo ser impeditivo do desempenho de papéis sociais habituais, responsável pela perda de oportunidades, baixa auto-estima, condicionando uma menor qualidade de vida impedindo o suporte social. Para além disso, de acordo com Xavier et al (2013) pode ainda comprometer o acesso a cuidados de saúde, tanto no âmbito da psiquiatria, como também de cuidados médicos gerais, condicionando uma maior morbilidade e mortalidade numa população de risco.

Adolescência e saúde mental

A adolescência é um período de desenvolvimento caracterizado por evoluções e mudanças consideráveis no contexto de vida dos indivíduos, em que os problemas relacionados com o bem-estar podem vir a ter profundo impacto na vida adulta (Rickwood, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2005). Em muitos casos, é complicado distinguir entre o que é considerado normal e o que é considerado patológico no campo da saúde mental. A presença de um sintoma isolado não é garantia de que haja um transtorno psicológico associado, diferentes sintomas podem aparecer ao longo do desenvolvimento normal do adolescente, sendo geralmente, transitórios e sem evolução patológica.

É imprescindível ressaltar a relevância das estratégias voltadas para a promoção da saúde mental desde idades precoces, conforme destacado por Pollet (2007). Diversos motivos fundamentam a importância da intervenção precoce nesse contexto: a) a alta incidência de distúrbios de saúde mental na adolescência; b) os problemas de saúde mental, mesmo que tratados tardiamente, têm origem durante a juventude (Kelly et al., 2007); c) o surgimento do estigma relacionado aos problemas de saúde mental a partir dos 5 anos de idade (European Commission & Portuguese Ministry of Health, 2010); e d) o reduzido nível de literacia em saúde mental com implicações nos comportamentos de procura de ajuda profissional.

Jorm (2012) realça que a literacia em saúde mental não se restringe ao conhecimento, mas sim ao facto de este poder beneficiar a saúde mental do indivíduo ou a dos outros. Segundo o autor, a literacia em saúde mental integra diversos elementos, incluindo (a) o conhecimento de como evitar transtornos mentais, (b) o reconhecimento de quando uma doença se desenvolve, (c) o conhecimento de opções e tratamentos disponíveis, (d) o conhecimento de estratégias de autodefesa contra transtornos mais simples, (e) e técnicas de primeiros socorros para apoiar os outros que aparentam estar a desenvolver um transtorno mental. No entanto, há evidências que corroboram que há diversas intervenções que podem contribuir para a melhoria da literacia em saúde mental, nomeadamente, campanhas comunitárias, intervenções em ambientes educacionais, sites de formação e informação sobre Saúde Mental de Primeiros Socorros (Campos, Palha, Dias, Lima, Veiga, Costa, & Duarte, 2012; Jorm, 2012;). Porém, diversos estudos nacionais evidenciam que os índices de literacia em saúde mental entre os adolescentes portugueses são consideravelmente baixos, de

acordo com estudos realizados por Medina (2013) e Pedreiro (2013).

A adolescência consubstancia-se num período determinante para a aquisição de conhecimentos e adoção de comportamentos que serão transferidos para a vida adulta (Loureiro et al., 2013). É de suma importância priorizar os adolescentes na divulgação da saúde mental e na luta contra o estigma ligado aos distúrbios psicológicos dado que, não obstante que este estigma surja em idades precoces, é também esta a fase em que as atitudes e comportamentos são mais flexíveis, podendo ser modificadas.

Intervenções de promoção da saúde mental na adolescência

Segundo a OMS (2022), o estigma está globalmente disseminado, considerado como o principal fator de risco que leva ao isolamento social, discriminação e violação dos direitos humanos em vários contextos, sendo prioritário a atuação nesta faixa etária. Por sua vez, o isolamento social, é o determinante principal para os comportamentos suicidários (OMS, 2022).

O estigma e a discriminação são os principais fatores que impedem as pessoas de procurarem ajuda em saúde mental, verificando-se principalmente nos adolescentes (OMS, 2022). Sendo a adolescência um período de desenvolvimento, a intervenção precoce ao nível da saúde mental evita o agravamento de sintomas futuros, não comprometendo o futuro pessoal e profissional dos indivíduos (Abrantes & Loureiro, 2014).

Atendendo que o estigma ainda é uma realidade bem presente, considerou-se pertinente determinar estratégias no combate ao mesmo. Deste modo, e de acordo com Arboleda-Florez e Stuart (2012) devem ser disseminadas um conjunto de estratégias para reduzir o estigma na saúde mental, concretamente: a educação (apostar no aumento da literacia em saúde mental), o protesto (atitude aberta e assertiva contra as representações da doença mental sob a forma de estereótipos negativos), o contacto (promoção de interações positivas entre indivíduos com doença mental e a população geral), a reforma legislativa (criação de leis anti discriminação), a defesa dos direitos dos doentes mentais (ações que garantam os direitos e a plena cidadania dos indivíduos com doença mental), bem como a promoção do autoestigma (fortalecimento das habilidades dos utentes para descobrir novos sentidos individuais e funções sociais reconhecidas).

A multiplicidade de fatores que determinam a saúde mental, a crescente prevalência e

o reconhecimento de perturbações psicológicas na infância e adolescência, implicam a necessidade de implementação de intervenções que contribuam para a promoção da saúde mental (Pinto et al., 2014). Também Sakellari e outros. (2014) sugeriram ainda que ao educar os adolescentes no reconhecimento dos transtornos de saúde mental, permitimos que exista uma tomada de decisão baseada no conhecimento sobre sua própria saúde mental e sobre o que significa ajudar os outros.

Vários estudos apontam, de uma forma bastante consensual, a eficiência da disseminação de informações relacionadas à saúde por meio de iniciativas focadas na diminuição das disparidades na área da saúde, com a participação e cooperação de todos os membros da comunidade, é um objetivo fundamental dos programas de promoção da saúde (Pollet, 2007).

Deste modo, a literacia em saúde, tem sido perspetivada ao longo das últimas décadas como uma dimensão essencial da promoção da saúde mental, na medida em que é entendida como um conjunto competências cognitivas e sociais que possibilitam às pessoas aceder, compreender e usar informação na área em causa, assim como desconstruir crenças negativas associadas às doenças mentais (Oliveira et al., 2012).

Atendendo à crescente prevalência de perturbações mentais nos adolescentes é imperioso o desenvolvimento de intervenções que contribuam para a promoção da saúde mental, bem como de abordagens educativas que envolvam adolescentes, pais e professores, sustentadas em factos e baseadas em evidência, que contribuam para promover a literacia em saúde mental e mudança de comportamentos.

Em suma, aumentar a literacia em saúde mental, promover uma atitude aberta e assertiva contra as representações da doença mental sob a forma de estereótipos negativos, incentivar as interações positivas entre pessoas com doença mental e a população em geral, criar leis contra a discriminação, difundir ações que garantam os direitos dos indivíduos com doença mental, e o desenvolvimento da capacidade dos adolescentes para encontrarem novos significados pessoais e papéis sociais valorizados são estratégias imprescindíveis de serem implementadas para colocar a saúde mental no rumo certo (Arboleda-Florez & Stuart, 2012).

Existe pouca informação acerca da perceção da população em geral relativamente à patologia mental na infância e adolescência, das perceções dos pais e crianças que as vivenciam, tal como das reações aos possíveis tratamentos. Em Portugal existem poucos dados relativos ao estigma da doença mental e, embora as iniciativas de

prevenção e informação sejam cada vez mais frequentes, são ainda insuficientes (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008). Vários estudos apontam para o impacto positivo das ações de sensibilização destes programas, com uma diminuição de atitudes estigmatizantes e discriminatórias face a pessoas com problemas de saúde mental.

A profissão de Enfermagem desempenha um papel vital na assistência à saúde e na promoção do bem-estar (Pires, 2009). Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (2018) refere que, no contexto dos cuidados de Enfermagem, o objetivo primordial é assistir o indivíduo na preservação, melhoria e recuperação da sua saúde, facilitando o rápido retorno à sua capacidade funcional máxima. Segundo a mesma fonte, as pessoas com sofrimento, alterações ou perturbações mentais beneficiam muito dos cuidados especializados prestados pelos EEESMP, reduzindo substancialmente os níveis de incapacidade associados (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A OMS no “WHO European framework for action on mental health 2021-2025” e a DGS no “Programa Nacional de Saúde Mental de 2017” enfatizam a relevância das ações de combate ao estigma em Saúde Mental (OMS, 2022; DGS, 2017). A OMS define como ações prioritárias, a intervenção na saúde mental das crianças e adolescentes usando programas baseados nas escolas. (OMS, 2022).

Este projeto é composto por quatro sessões e com base em várias fontes que discutem estratégias para redução do estigma em saúde mental, foi desenvolvido com uma abordagem geral, um modelo de psicoeducação para redução do Estigma:

1. Fase de Sensibilização e Conscientização:

Nesta fase, o foco é aumentar a conscientização sobre a natureza dos transtornos mentais e os estigmas associados (Corrigan, P. W., & Rao, D., 2012).

2. Fase de Educação:

Fornece informações educacionais sobre saúde mental, desmistificando mitos e equívocos associados (Stuart, H., 2016).

3. Fase de Humanização:

Destaca histórias de recuperação e experiências positivas para humanizar as pessoas com transtornos mentais (Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R., 2010).

4. Fase de Interação e Experiência Pessoal:

Inclui atividades que permitem a interação entre pessoas com e sem transtornos mentais, promovendo empatia e compreensão (Henderson, C., et al., 2014).

De acordo com Jorm (2012), é crucial identificar distúrbios mentais e sofrimento psicológico a fim de evitar consequências graves causadas pela demora na procura por tratamento. Quanto mais tempo a pessoa com distúrbio mental ficar sem tratamento, menos eficaz será a intervenção. Frequentemente, a não identificação do problema pelo próprio indivíduo leva a uma minimização dos sintomas como simples "problemas da vida", o que dificulta a busca por ajuda. Além disso, a falta de reconhecimento está muitas vezes ligada à idade precoce em que os distúrbios mentais começam a se desenvolver, geralmente na adolescência ou início da idade adulta (Jorm, 2012).

Ao implementar um projeto de promoção da saúde mental nos adolescentes com base neste modelo, é crucial adaptar as informações às características e necessidades específicas dessa faixa etária. Com a realização de sessões de psicoeducação estamos a contribuir para as metas definidas no PNSM, 2017 no aumento de 30%, em ações de promoção de saúde mental e prevenção das doenças mentais, as linhas de ação estratégica definem também a importância de grupos de trabalho na saúde mental e nas escolas.

A intervenção psicoeducacional e psicoterapêutica, seja de forma individual ou em grupo, é benéfica para indivíduos que apresentam comportamentos suicidas. O seu objetivo é auxiliar a pessoa a desenvolver e manter uma imagem de si mais positiva, aprender a expressar os seus sentimentos de maneira mais eficaz, estabelecer relações interpessoais satisfatórias e ser aceite pelos outros (Townsend, 2011). Segundo Coimbra de Matos (2012), a terapia em grupo parece ser a mais adequada para adolescentes, visto que eles têm uma tendência natural a procurar no grupo de pares um espaço para lidar com as suas ansiedades.

4. Referências Bibliográficas

- Ammaniti, M., & Sergi, G. (2003). *Clinical dynamics during adolescence: Psychoanalytic and attachment perspectives*. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 54-80.
- Arboleda-Flórez, J. (2002). *What causes stigma?* *World Psychiatry*, 1(1), 25-26.
- Arboleda-Florez, & Stuart H., (2012). *From sin to science: fighting the stigmatization of mental illness*. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 457-463.
- Atilola, O. (2014). *Level of community mental health literacy in sub-Saharan Africa: Current studies are limited in number, scope, spread, and cognizance of cultural*

- nuances*. *Nordic Journal of Psychiatry*, 25, 1-9.
- Belfer, M.L. (2008) *Child and Adolescent Mental Disorders: The Magnitude of the Problem across the Globe*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 226-236. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x>
- Biddle, L., Donovan, J., Sharp, D., & Gunnell, D. (2007). *Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: A dynamic interpretive model of illness behaviour*. *Sociology of Health and Illness*, 29(7), 983-1002.
- Campos, L., Palha, F., Dias, P., Lima, V. S., Veiga, E., Costa, N., & Duarte, A. I. (2012). *Ações de sensibilização pró-saúde mental em escolas*. *Journal of Human Growth and Development*, 22(2), 259-266.
- Chandra, A. (2012). *Mental Health Stigma*. *Encyclopedia of Adolescence*, 1(5), 1714-1722.
- Coimbra de Matos, A. (2012). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). *Resumo Executivo do Plano Nacional de Saúde Mental*, aprovado na Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/2008/01/18/plano-accao-servicos-de-saude-mental>
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental [CNSM]. (2011). *Administração Central do Sistema de Saúde [ACSN]*. Centro Hospitalar de Lisboa Central. Lisboa: CNSM; [cited 2014.10.14]. Available from http://www.chlc.min-saude.pt/ResourcesUser/CHL/Redes_de_referenciacao/
- Corrigan, P. W., & Bink, A. B. (2016). *The stigma of mental illness*. *Encyclopedia of Mental Health*, 4, 230-234.
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). *On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change*. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469.
- Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R. (2010). *Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness*. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 907-922.
- Corrigan, P., & Watson, A. M. Y. C. (2002). *Understanding the impact of stigma on people with mental illness*. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa: DGS.

- European Commission & Portuguese Ministry of Health (2010). *Background document for the thematic conference - Promoting social inclusion and combating stigma for better mental health and well-being*. Obtido em http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ev_20101108_bgdocs_en.pdf
- Gomes, J., & Loureiro, M. (2013). *O lugar da investigação participada de base comunitária na promoção da saúde mental*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 31(1), 32-48.
- Gulliver, A., Griffiths, K., & Christensen, H. (2010). *Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review*. BioMed Central Psychiatry, 10, 1-9.
- Henderson, C., et al. (2014). *Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings*. The Lancet Psychiatry, 1(6), 467-482.
- Jané-Llopis, E., & Anderson, P. (Eds) (2006). *Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories*. Luxembourg: European Communities.
- Jorm, A. F. (2012). *Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health*. The American Psychologist, 67(3), 231–243.
- Jorm, A. F. (2019). *Youth mental health first aid: A manual for adults assisting young people*. Mental Health First Aid Australia
- Kelly, C., Jorm, A., & Right, A. (2007). *Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders*. British Journal of Psychiatry, 177, 396-401.
- Keyes, C., Dhingra, S., & Simões, E. (2010). *Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness*. American Journal of Public Health, 100 (12), 2366-2371.
- Lamers, S., Westerhof, G., Bohlmeijer, E., Klooster, P., & Keyes, C. (2011). *Evaluation the psychometric properties of the mental health continuum - Short form*. Journal of Clinical Psychology, 67(1), 99-110.
- Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, Diário da República n.º 171/2019, Série I
- Link, B., & Phelan, J. (2001). *Conceptualizing Stigma*. Annual Review of Sociology, 27, 363-385.
- Loureiro et al (2012a). *Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios*. Revista de Enfermagem Referência III, 6, 157-166

- Loureiro, L. & Abrantes, A. (2014). *Estigma e procura de ajuda em saúde mental. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde Literacia em Saúde Mental - Capacitar as Pessoas e as Comunidades para Agir*. 8(capítulo III), 41-61.
- Loureiro, L., Jorm, A., Mendes, A., Santos, J., Ferreira, R., & Pedreiro, A. (2013). *Mental health literacy about depression: a survey of portuguese youth*. *BioMed Central Psychiatry*, 13, 129. Obtido em <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/129>
- Medina, M. (2013). *Abrir Espaço à Saúde Mental - Estudo piloto sobre conhecimentos, estigma e necessidades relativas a questões de saúde mental, junto de alunos do 9º ano de escolaridade* (Dissertação de mestrado não publicada), Faculdade de Educação e Psicologia (Centro Regional do Porto), da Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Mojtabai, R. (2010). *Mental illness stigma and willingness to seek mental health care in the European Union*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 705-712.
- Moreira, P., Melo, A., Pires, C., Crusellas, L., & Lima, A. (2005). *Saúde mental – Do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.
- Oliveira, S., Carolino, L., & Paiva, A. (2012). *Programa Saúde mental sem Estigma: Efeitos de estratégias diretas e indiretas nas atitudes estigmatizantes*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde mental*, 8, 30-37.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Diário da República n.º 151/2018, Série II de 2018-08-07, páginas 21427 – 21430*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>.
- Organização Mundial da Saúde (2022). *WHO European framework for action on mental health 2021–2025*. Copenhaga: WHO Regional Office for Europe.
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice: summary report*. Obtido em http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova conceção, nova esperança*. Geneva, Organização Mundial de Saúde. Obtido em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf?ua=1.
- Patel, V. (2012). *Global mental health: from science to action*. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(1), 6-12.

- Pedreiro, A. (2013). *Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens sobre depressão e abuso de álcool (Tese de mestrado não publicada)*. Escola Superior de Tecnologia da Saúde, do Instituto Politécnico de Coimbra, Coimbra.
- Pinto, A.; Luna, I.; Silva, A.; Pinheiro, P.; Braga, V., & Alves e Souza, A. (2014). *Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa*. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 48(3), 555-564.
- Pollett, H. (2007). *Mental Health Promotion : A Literature Review. Prepared for the Mental Health Promotion Working Group of the Provincial Wellness Advisory Council*. Toronto: Canadian Mental Health Association.
- Regulamento n.º 515/2018 de 7 de Agosto (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Diário da República II Série, (7/8/2018) (21427 – 21430)
- Rickwood, D., Deane, F., Wilson, C., & Ciarrochi, J. (2005). *Young people's helpseeking for mental health problems*. Journal for the Advancement of Mental Health, 4, 1-34.
- Rutter, M. (1985). *Resilience in the Face of Adversity. Protective Factors and Resistance to Psychiatric Disorder*. British Journal of Psychiatry, 147, 598-611.
- Sá, L. (2010). *Saúde mental versus doença mental. Do diagnóstico à intervenção em saúde mental*. II Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde mental (pp.15-18). Porto: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Silke, C., Swords, L., & Heary, C. (2016). *The Development of an Empirical Model of Mental Health Stigma in Adolescents*. Psychiatry Research, 242, 262–270.
- Stuart, H. (2016). *Reducing the stigma of mental illness*. Global Mental Health, 3, e17.
- Stuart, H., & Arboleda-Flórez, J. (2012). *A public health perspective on the stigmatization of mental illnesses*. Public Health Reviews, 34(2). <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/BF03391680.pdf>
- Thornicroft, G., & Mehta, N. (2011). *Reducing stigma and discrimination*. In Thornicroft G, Szumkier G, Mueser KT, Drake RE (eds.) Oxford Textbook of Community Mental Health, pp.260-262. New York: Oxford University Press.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Conceitos de*

Cuidado na Prática Baseada na Evidência (6 edição). Loures: Lusociência.

Westerhof, G., & Keyes, C. (2010). *Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan*. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119.

World Health Organization [WHO]. (2002). *Fifty-fifth world health assembly A55/18, Provisional agenda item 13.13*. Disponível em http://apps.who.int/gb/archive/e/e_wha55.html

World Health Organization [WHO]. (2003). *Caring for children and adolescents with mental disorders: setting WHO directions*. Disponível em http://www.who.int/mental_health/Media/en/785.pdf

Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J. M., Magalhães, P., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2013a). *Implementing the world mental health survey initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures*. *International Journal of Mental Health Systems* 2013, (7),1-10.

5. Público-alvo (Especificar o público-alvo. Explicar a escolha.)

A saúde mental na adolescência tem um forte impacto na prevenção de doenças mentais na vida adulta como refere Belfer (2008), 50% dos transtornos mentais ao longo da vida surgem antes da idade adulta. De acordo com a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e a OMS na Região Europeia, aproximadamente 20% das crianças demonstram sintomas de transtornos de saúde mental, e essa proporção está em crescimento. Os transtornos mentais que não recebam tratamento influenciam severamente o desenvolvimento dos adolescentes e consequentemente o seu desempenho escolar e o seu potencial para viver uma vida plena (OMS, 2022). Neste sentido a população alvo deste projeto são adolescentes internados no serviço de pedopsiquiatria.

Conforme estabelecido na Lei de Bases da Saúde anexa à Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, é destacada a relevância dos cuidados de saúde mental voltados para o bem-estar das pessoas, levando em consideração as suas particularidades, necessidades específicas e autonomia. É fundamental combater qualquer forma de estigmatização, discriminação ou falta de respeito no âmbito da saúde. Tais cuidados devem ser oferecidos de maneira integrada e multidisciplinar, com ênfase na prestação de serviços à comunidade.

6. Objetivos (gerais, específicos, operacionais – no mínimo 2 de cada)

Considera-se premente a necessidade de criar programas de promoção literacia em saúde mental em Portugal, por um lado, através do incremento dos conhecimentos sobre os sintomas e compreensão dos conceitos associados à saúde mental, por outro, através da minimização dos constrangimentos associados ao estigma e outras barreiras na procura de ajuda. Tendo em conta a revisão da literatura nesta área e o contexto no qual será elaborado este estudo, surge como **objetivos gerais**:

- Contribuir para a redução do estigma em adolescentes;
- Prevenir comportamentos suicidários nos adolescentes;
- Promover a Literacia em Saúde Mental dos adolescentes;
- Desenvolver competências, do EEESMP, através de intervenções psicoeducacionais e psicoterapêuticas;

No seguimento dos objetivos gerais propõem-se os seguintes **objetivos específicos** de investigação:

- Compreender a importância da saúde mental;
- Identificar mitos e crenças em saúde mental;
- Reconhecer a importância da procura de ajuda;
- Utilizar estratégias de *coping* eficazes;
- Estabelecer relações interpessoais saudáveis;
- Melhorar o padrão relacional com redução do isolamento social;

Relativamente aos **objetivos operacionais** é expectável que:

- Operacional 1: Que pelo menos 75% dos adolescentes, tenham frequentem 3 das 4 sessões planeadas;
- Operacional 2: Que pelo menos 75% dos adolescentes apresentem um aumento na classificação do pós-teste em 25%.

7. Recursos**Humanos**

- Alunos do Mestrado em ESMP:
 - Horas em sessão: 180 min (tempo de atividade)
 - Horas para planeamento: 12h (preparação das sessões, reunião com os Enfermeiros Tutores e realização do cronograma)

Materiais

- 1 tablet e uma televisão
- 1 coluna portátil com ligação Bluetooth
- 32 impressões de questionários de conhecimentos
- 4 cartões individuais de como pedir ajuda com linhas de apoio
- Fruta
- Novelo de lã
- Papel e caneta
- Balões

8. Critérios de inclusão/exclusão

Critérios de inclusão: Adolescentes internados no Serviço de Pedopsiquiatria;

Critérios de exclusão: Adolescentes com Autocontrolo da agressividade comprometido, agitação psicomotora, Sintomas psicóticos positivos, défice cognitivo grave, jovens com restrição ao quarto.

9. Plano de intervenção de acordo com as competências do EEESMP em articulação com outros profissionais e/ou parceiros

1ª Sessão: Intervenção psicoeducacional sobre os conceitos e importância da saúde mental, no âmbito do projeto "LiteraSMental – Projeto de Promoção da literacia em saúde mental e redução do estigma".

- Dinamizadores: Alunos Mestrado em ESMP
- Metodologia: Aplicação inicial de um 1º questionário de conhecimentos (pré-teste APÊNDICE I); atividade dinâmica de “quebra gelo”: Jogo da Teia (apresentação dos participantes individualmente referem o nome, a idade, o local onde vivem e o *hobbie* preferido; intervenção psicoeducativa com atividade de montagem de *puzzle* sobre as dimensões fundamentais do bem-estar humano (saúde física, mental, social e espiritual), intervenção psicoeducativa com abordagem dos conceitos em saúde mental: bem-estar, saúde mental, doença mental, saúde mental positiva. Fornecido póster a cada adolescente sobre “Os 10 Mandamentos para uma Saúde Mental Positiva” (ANEXO I) e discutido conteúdo. Resumo da sessão e informação acerca da sessão seguinte; registo de presenças; aplicação do questionário individual de

conhecimentos (pós-teste APÊNDICE I).

- Local: Serviço de Pedopsiquiatria
- Data e Hora: Por Definir; Duração: 45 minutos.

2ª Sessão: Intervenção psicoeducacional sobre os mitos e verdades da saúde/doença mental, no âmbito do projeto " LiteraSMental – Projeto de Promoção da literacia em saúde mental e redução do estigma".

- Dinamizadores: Alunos Mestrado em ESMP
- Metodologia: Aplicação inicial de um 2º questionário de conhecimentos (pré-teste APÊNDICE I); resumo da sessão anterior; apresentação de um vídeo alusivo ao tema: auto estigma em saúde mental (<https://www.youtube.com/watch?v=cmvrLEYMnsE>); intervenção psicoeducacional para promoção da saúde mental (comentários acerca do vídeo e definição e relevância do conceito); dinâmica do balão: mitos e crenças em saúde mental (distribuído um balão para cada adolescente, apresentadas e discutidas algumas frases (ANEXO II) e as que forem mitos são colocadas no interior dos mesmos, insuflam os balões sem rebentar e largam-nos no ar numa metáfora ao auto estigma reforçando a importância da não integração dos estereótipos e preconceitos nas suas mentes); o impacto do auto estigma em saúde mental (baixa autoestima, vergonha, isolamento, sofrimento, não procura de tratamento...); resumo da sessão e informação acerca da sessão seguinte; registo de presenças; aplicação do questionário individual de conhecimentos (pós-teste APÊNDICE I).
- Local: Serviço de Pedopsiquiatria
- Data e Hora; Por Definir Duração: 45 minutos.

3ª Sessão: Intervenção psicoeducacional e socioterapêutica sobre a primeira ajuda em saúde mental, no âmbito do projeto " LiteraSMental – Projeto de Promoção da literacia em saúde mental e redução do estigma".

- Dinamizadores: Alunos Mestrado em ESMP
- Metodologia: Aplicação inicial de um 3º questionário de conhecimentos (pré-teste APÊNDICE I); resumo da sessão anterior; Importância de pedir ajuda e como o fazer (familiares/amigos, ajuda profissional e linhas de apoio disponíveis com entrega de cartão individual ANEXO III); Realização de uma intervenção

socioterapêutica de dramatização do tipo Freeze, que testa a capacidade de intervenção dos adolescentes na defesa do outro, a partir de situações hipotéticas; esclarecimento dos conteúdos promovendo o debate de dúvidas, medos e inseguranças; resumo da sessão e informação acerca da sessão seguinte; registo de presenças; aplicação do questionário individual de conhecimentos (pós-teste APÊNDICE I).

- Local: Serviço de Pedopsiquiatria
- Data e Hora: Por Definir; Duração: 45 minutos.

4ª Sessão: Intervenção psicoeducacional e socioterapêutica sobre a importância das relações sociais, aquisição de competências de enfrentamento e promoção da saúde mental a longo prazo, no âmbito do projeto " LiteraSMental – Projeto de Promoção da literacia em saúde mental e redução do estigma".

- Dinamizadores: Alunos Mestrado em ESMP
 - Metodologia: Aplicação inicial de um 4º questionário individual de conhecimentos (pré-teste APÊNDICE I); resumo da sessão anterior, apresentação de um vídeo alusivo ao tema: Saúde Mental e a importância das relações sociais (<https://youtu.be/x1EYcVpQeeE?si=I-0v47qfn3kc9U4F>); intervenção psicoeducacional para promoção da saúde mental (comentários e esclarecimentos acerca do vídeo reforçando a importância das relações sociais para nos sentirmos mais felizes e saudáveis); treino de competências sociais - atividades dinâmicas: (Jogo “dar e receber”: é colocado uma fruta na mão de cada adolescente com a indicação de a tentarem ingerir sem dobrar o cotovelo nem tocar nesta com a outra mão, até perceberem que a única forma de o conseguirem será interagindo com o próximo com o objetivo de partilha numa metáfora à nossa existência enquanto seres sociais que necessitam de interações positivas para atingir objetivos. No final devem partilhar sentimentos e emoções) e (Jogo “eu existo”: é pedido aos jovens para caminhar pela sala, de forma tranquila e sem esbarrar nos outros, seguindo trajetórias retas e curvas, explorando o espaço com uma voz calma e suave. Devem estar atentos às pessoas ao seu redor, trocando olhares, podendo cumprimentarem-se posteriormente com um gesto, um sorriso, um aperto de mãos, enquanto se apresentam. Ao final, devem partilhar os seus

sentimentos e emoções, expressando como as suas escolhas e interações influenciam os demais participantes; aplicação do questionário individual de conhecimentos (pós-teste APÊNDICE I); registo de presenças, momento para despedida e agradecimentos.

- Local: Serviço de Pedopsiquiatria
- Data e Hora: Por Definir; Duração: 45 minutos.

10. Monitorização (no mínimo 2 indicadores)

Indicador 1 - Taxa de participação dos utentes: N° total de adolescentes presentes em 3 ou 4 sessões / N° total de adolescentes internados no serviço de Pedopsiquiatria x 100

Indicador 2 - Taxa de melhoria no pós-teste - N° de adolescentes com aumento na classificação no pós-teste em 25% / N° total de adolescentes alvo x 100

11. Cronograma (tente espelhar as atividades no esquema do cronograma, este inclui tudo que diz respeito ao projeto, diagnóstico, planificação, intervenção, avaliação, relatório outros)

APÊNDICE II.

12. Avaliação (descreva sucintamente a forma como irá avaliar o projeto - ex: relatório final, ganhos/impacto das intervenções, como vão verificar os ganhos)

A literatura aponta para a prevalência de perturbações mentais durante a adolescência a nível internacional (Patton et al., 2014; Petrov, Lichstein, & Baldwin, 2014; Merikangas et al., 2010) e nacional (Cardoso et al., 2004; Freitas et al., 2004). Tendo em linha de conta que a prevalência de perturbações mentais influencia, de forma negativa, o indivíduo e a sociedade em geral, considera-se premente atuar no sentido de inverter esta realidade. Indiscutivelmente, uma das formas de contribuir para a redução destas perturbações passa pelo incremento da literacia em saúde mental, nomeadamente na adolescência. Isto, pelo simples facto de que os adolescentes ao revelarem baixos níveis de literacia em saúde mental, pode contribuir para a perpetuação do estigma e preconceito e ser um dos fatores associados à recusa na procura de ajuda formal e tratamento atempado.

Tal como defendem Rosa et al., (2014), o baixo nível de literacia em saúde mental é determinante para a ausência de comportamentos de procura de ajuda na adolescência, influencia o desenvolvimento e potencia o risco de recorrência dos distúrbios mentais. Por isso, considera-se assertiva a aposta no incremento da literacia nos adolescentes portugueses, para que, a longo prazo, permita o reconhecimento da doença, conhecimento de ajuda, tratamentos profissionais disponíveis e conhecimento de estratégias eficazes de autoajuda.

A avaliação final do projeto será realizada mediante a realização de um Relatório Final que inclui análise crítica dos objetivos propostos, sugestões de melhoria e análise dos dados recolhidos através do questionário de conhecimentos. Recorreu-se aos métodos expositivo; interrogativo; demonstrativo e ativo e a dinâmicas de grupo, jogos pedagógicos e dramatização. Com a implementação deste projeto prevê-se obter ganhos nomeadamente a nível de:

- Promoção da Literacia em Saúde Mental;
- Melhoria nas relações interpessoais dos adolescentes;
- Promoção da procura de cuidados de saúde;
- Promoção do desenvolvimento saudável nos adolescentes
- Redução do isolamento social;
- Redução do estigma nos adolescentes
- Prevenção de problemas de saúde mental nos adolescentes;

- Prevenção de comportamentos autolesivos.

Assim, sendo este projeto um meio de suprimento de uma necessidade, a sua divulgação permitirá dar a conhecer o projeto à população, sensibilizar para o problema em questão e discutir as estratégias adotadas para a sua resolução, servindo de exemplo para outros serviços e instituições. Consequentemente, a divulgação dos resultados será uma realidade, pois é tida como uma fase crucial na implementação de um projeto.

ANEXOS



Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

ANEXO I

OS 10 MANDAMENTOS PARA UMA SAÚDE MENTAL POSITIVA

Os 10 Mandamentos para uma Saúde Mental Positiva

(Sequeira & Lluich, 2015)

1. Valorizar positivamente as coisas boas que se tem na vida a todos os níveis
2. Colocar “carinho” nas atividades da vida
3. Não ser muito duro consigo mesmo e com outros (a tolerância, compreensão e flexibilidade são bons para a saúde mental)
4. Não deixar as emoções negativas bloquear a vida pessoal
5. Tomar consciência dos bons momentos que acontecem, quando eles acontecem
6. Deixar fluir as emoções e interpretar a normalidade de muitos sentimentos (não ter medo de chorar e de ‘sentir’)
7. Procurar espaços e atividades para relaxar mentalmente
8. Tentar resolver os problemas quando eles surgem
9. Cuidar das suas relações interpessoais em todos os contextos
10. Fazer uso frequente do sentido de humor na vida



Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

ANEXO II

MITOS E CRENÇAS EM SAÚDE MENTAL

MITOS E CRENÇAS EM SAÚDE MENTAL

Os problemas de saúde mental são raros.

As pessoas podem recuperar de um problema de saúde mental.

O estigma e a discriminação podem ser mais difíceis que a doença.

Pessoas com problemas de saúde mental são violentas.

As pessoas com problemas de saúde mental não podem trabalhar.

Problemas de saúde mental são sinal de pessoas fracas, com falta de carácter.

O tratamento é uma perda de tempo.



Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

ANEXO III

LINHAS DE APOIO

Linhas de apoio

Como posso pedir ajuda?

Linha SNS24

808242424 - Opção 4 aconselhamento psicológico (24h por dia)

Linha Voz Amiga

21 354 45 45 ou 91 280 26 69 (16h às 24h)

SOS Estudante

23 948 40 20 (20h à 01h)

APÊNDICES



Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIOS DE CONHECIMENTOS (PRÉ-TESTE E PÓS-TESTE)

QUESTIONÁRIOS DE CONHECIMENTOS (PRÉ-TESTE E PÓS-TESTE)

Nome:

Data:

1º Questionário de Conhecimentos

O que é a saúde mental?

O que é a Saúde Mental Positiva?

O que posso fazer para ter saúde mental (positiva)?

Trabalho para Pensar (T.P.C.):

O que é o Estigma?

Muito obrigado/a!

Nome:

Data:

2º Questionário de conhecimentos

1 – O que é o estigma?

2 - O que é o Auto Estigma?

3 - Das afirmações seguintes assinala com uma cruz se são verdadeiras ou falsas:

| | V | F |
|---|---|---|
| Os problemas de saúde mental são raros. | | |
| As pessoas podem recuperar de um problema de saúde mental. | | |
| O estigma e a discriminação podem se mais difíceis que a doença. | | |
| Pessoas com problemas de saúde mental são violentas. | | |
| As pessoas com problemas de saúde mental não podem trabalhar. | | |
| Problemas de saúde mental são sinal de pessoas fracas, com falta de carácter. | | |
| O tratamento é uma perda de tempo. | | |

Trabalho para pensar (T.P.C.):

Como posso pedir ajuda?

Muito obrigado/a!

Nome:

Data:

3º Questionário de conhecimentos

1 – Como pedir ajuda em problemas de saúde mental?

2 – Quando acho que um amigo está a ser estigmatizado, devo agir? Como?

Trabalho para pensar (T.P.C.):

Qual a importância das relações sociais na minha vida?

Muito obrigado/a!

Nome:

Data:

4º Questionário de conhecimentos

1- Qual a importância das relações sociais na minha vida?

Muito obrigado/a!



Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

APÊNDICE II

CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

APÊNDICES III: FORMAÇÃO EM SERVIÇO



LiteraSMental

Projeto de Promoção da Literacia em Saúde Mental e Redução do Estigma

Autores: Enf. Carolina Ferreira e Enf. João Fonseca

Orientador: Prof. T. C. e Prof. J. A. P. S.

Tutoras: Enf^a. C. G. e Enf^a. T. M. Enf^o H. M. e Enf^a B. F.

Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria

15 de Novembro de 2023

Sumário

1. Título do Projeto
2. Avaliação Diagnóstica
3. Fundamentação Teórica
4. Público Alvo e Critérios de Exclusão
5. Objetivos: Gerais, Específicos e Operacionais
6. Recursos Humanos e Recursos Materiais
7. **Plano de intervenção com articulação com outros profissionais e/ou parceiros**
8. Monitorização
9. Cronograma
10. Avaliação
11. Referências Bibliográficas



1. Título do Projeto

LiteraSMental

Literacia em Saúde Mental

Redução do estigma

Promocão da Saúde Mental



2. Avaliação Diagnóstica



Planeamento

Execução

Avaliação



LiteraSMental

(LITERA)CIA

EM

(S)AÚDE

(MENTAL)

O Estigma é o fator de risco que conduz ao isolamento social que, por sua vez, é o determinante principal para os comportamentos suicidários (OMS, 2021).

Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020 da OMS, prolongado até 2030, destaca a importância crucial dos governos na promoção, proteção e prevenção de distúrbios mentais nos primeiros estágios da vida.

50% dos distúrbios mentais em adultos terem início antes dos 14 anos (Copeland, W. E., et al., 2011).

3. Fundamentação Teórica

A definição de saúde mental abrange três elementos fundamentais: **o bem-estar, o funcionamento individual eficaz e o funcionamento eficaz na comunidade** que, em conjunto, constituem a definição de **saúde mental positiva**

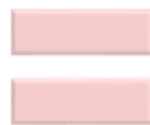
(Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster, & Keyes, 2011).

2 Situações

Distorção do pensamento e das emoções



Desadequação ou agravamento do funcionamento psicossocial



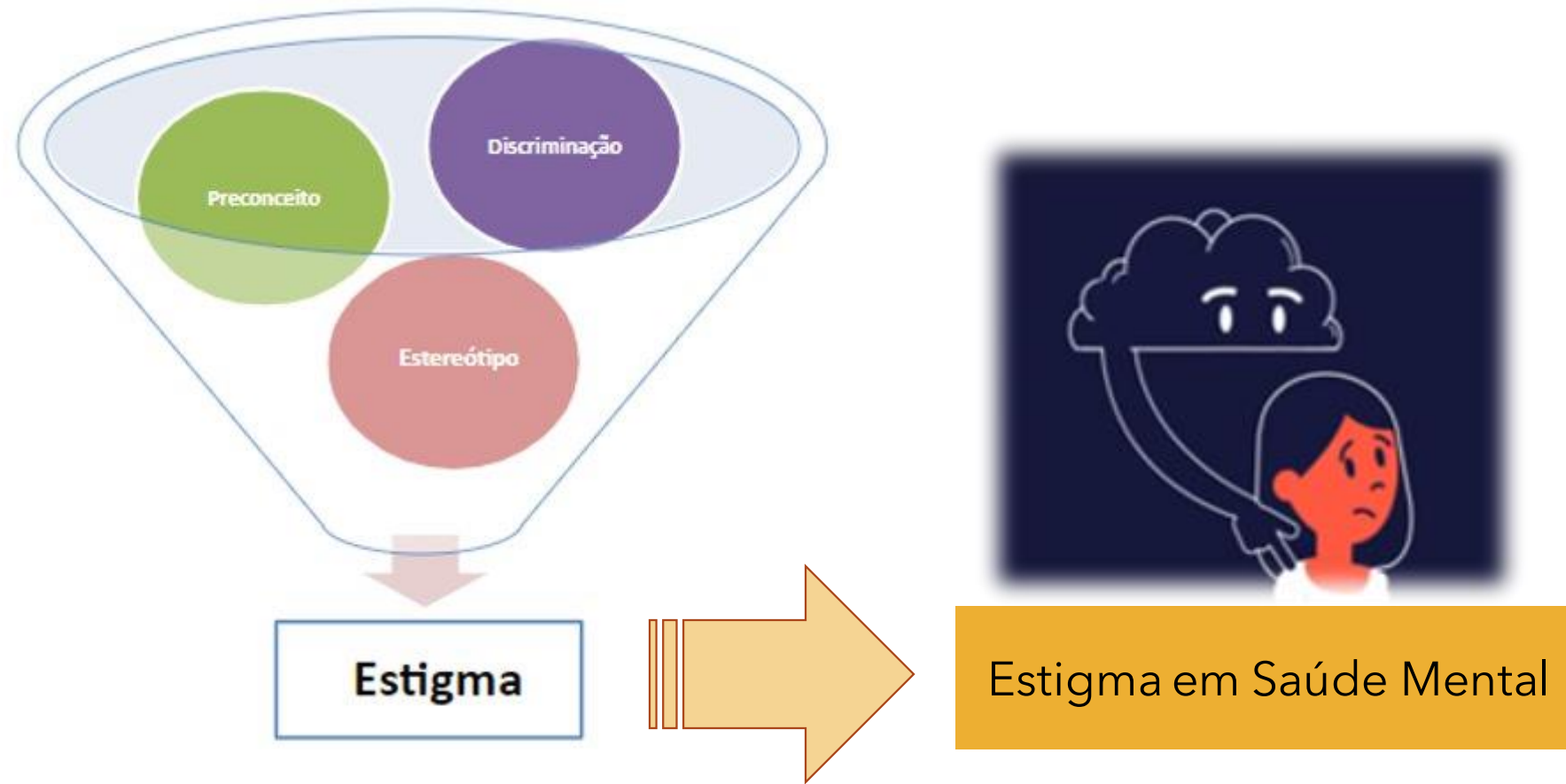
Perturbação Mental

Os sintomas que impedem ou prejudicam a pessoa no prosseguimento do seu quotidiano.

O estigma que ainda existe na sociedade em relação a este tipo de problemáticas

(Corrigan & Bink, 2016).

3. Fundamentação Teórica



Um dos principais obstáculos à promoção da saúde mental

(Jorm, 2012; Corrigan & Watson, 2002)

Desaprovação social de indivíduos ou grupos com características diferentes da norma, fundamentada em estereótipos e preconceitos negativos que originam a discriminação e que, frequentemente se traduz numa redução de igualdades de oportunidades.

4. População-Alvo e Critérios de Exclusão

**População-
alvo**

Adolescentes internados no serviço de Pedopsiquiatria



**Critérios de
Exclusão**

Adolescentes com Autocontrolo da agressividade comprometido;
Agitação psicomotora;
Sintomas psicóticos positivos;
Défice cognitivo grave;
Jovens com restrição ao quarto.





5. Objetivos: Gerais, Específicos e Operacionais

Objetivos Gerais

- Contribuir para a redução do estigma em adolescentes;
- Prevenir comportamentos suicidários nos adolescentes;
- Promover a Literacia em Saúde Mental dos adolescentes;
- Desenvolver competências, pertencentes ao EESMP, através de intervenções psicoeducacionais e socioterapêuticas em adolescentes.

Objetivos Específicos

- Compreender a importância da saúde mental;
- Identificar mitos e crenças em saúde mental;
- Reconhecer a importância da procura de ajuda;
- Utilizar estratégias de coping eficazes;
- Estabelecer relações interpessoais saudáveis;
- Melhorar o padrão relacional com redução do isolamento social.

Objetivos Operacionais

- Operacional 1: Que pelo menos 75% dos adolescentes, tenham frequentado 3 das 4 sessões planeadas;
- Operacional 2: Que pelo menos 75% dos adolescentes apresentem um aumento na classificação do pós-teste em 25%.



6. Recursos Humanos e Recursos Materiais

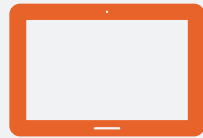


Recursos Humanos

Alunos do Mestrado em ESMP;

Horas em sessão: 180 min (tempo de atividade)

Horas para planeamento: 12h (preparação das sessões, reunião com os Enfermeiros Tutores e realização do cronograma).



Recursos Materiais

1 tablet e uma televisão;

1 coluna portátil com ligação Bluetooth

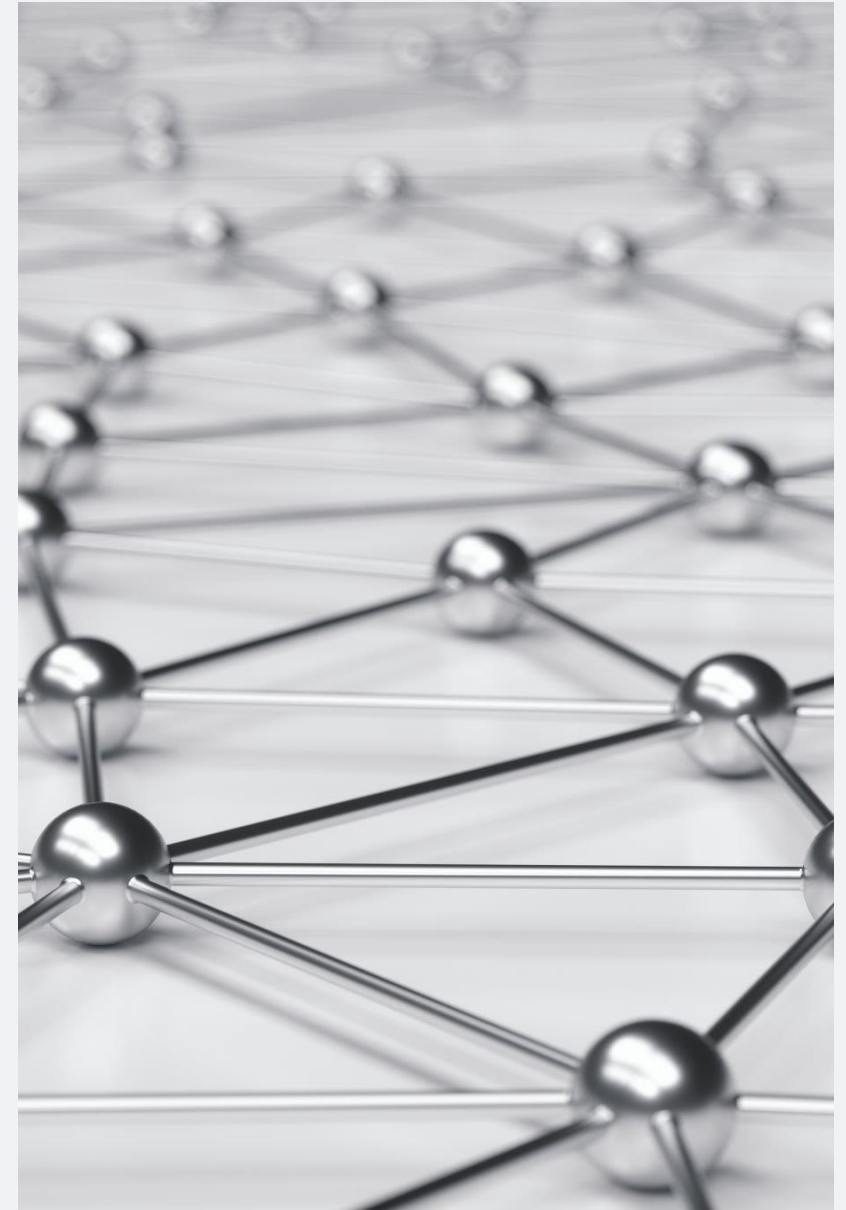
32 impressões de questionários de conhecimentos

4 cartões individuais de como pedir ajuda com linhas de apoio

Novelo de lã

Papel e caneta

Balões



7. Plano de intervenção de acordo com as competências do EESMP em articulação com outros profissionais e/ou parceiros



1ª Sessão: Intervenção psicoeducacional sobre os conceitos e importância da saúde mental, no âmbito do projeto "LiteraSMental - Projeto de Promoção da literacia em saúde mental e redução do estigma".



2ª Sessão: Intervenção psicoeducacional sobre os mitos e verdades da saúde/doença mental, no âmbito do projeto " LiteraSMental - Projeto de Promoção da literacia em saúde mental e redução do estigma".



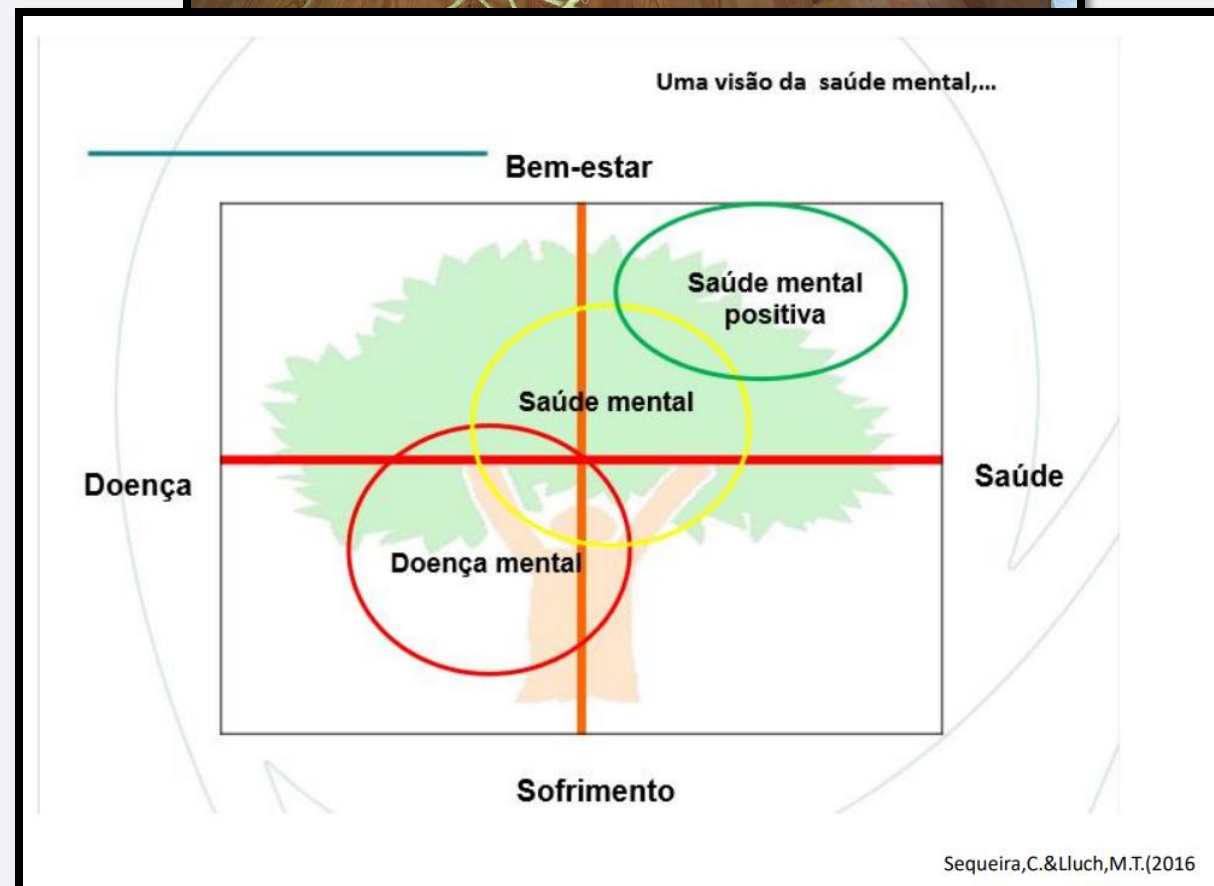
3ª Sessão: Intervenção psicoeducacional e socioterapêutica sobre a primeira ajuda em saúde mental, no âmbito do projeto " LiteraSMental - Projeto de Promoção da literacia em saúde mental e redução do estigma".



4ª Sessão: Intervenção psicoeducacional e socioterapêutica sobre a importância das relações sociais, aquisição de competências de enfrentamento e promoção da saúde mental a longo prazo, no âmbito do projeto " LiteraSMental - Projeto de Promoção da literacia em saúde mental e redução do estigma".

1ª Sessão

- Aplicação inicial de um questionário de conhecimentos (pré-teste);
- Atividade dinâmica de “quebra gelo”: Jogo da Teia (apresentação do grupo);
- Intervenção psicoeducacional com atividade de montagem de puzzle sobre as dimensões fundamentais do bem-estar humano (saúde física, mental, social e espiritual);
- Intervenção psicoeducacional com abordagem dos conceitos em saúde mental: bem-estar, saúde mental, doença mental, saúde mental positiva;
- Fornecido póster a cada adolescente sobre “Os 10 Mandamentos para uma Saúde Mental Positiva” e discussão do conteúdo;
- Resumo da sessão e informação acerca da sessão seguinte;
- Registo de presenças;
- Aplicação do questionário individual de conhecimentos (pós-teste).



Os 10 Mandamentos para uma Saúde Mental Positiva

(Sequeira & Lluch, 2015)

1. Valorizar positivamente as coisas boas que se tem na vida a todos os níveis

2. Colocar “carinho” nas atividades da vida

3. Não ser muito duro consigo mesmo e com outros (a tolerância, compreensão e flexibilidade são bons para a saúde mental)

4. Não deixar as emoções negativas bloquear a vida pessoal

5. Tomar consciência dos bons momentos que acontecem, quando eles acontecem

6. Deixar fluir as emoções e interpretar a normalidade de muitos sentimentos (não ter medo de chorar e de ‘sentir’)

7. Procurar espaços e atividades para relaxar mentalmente

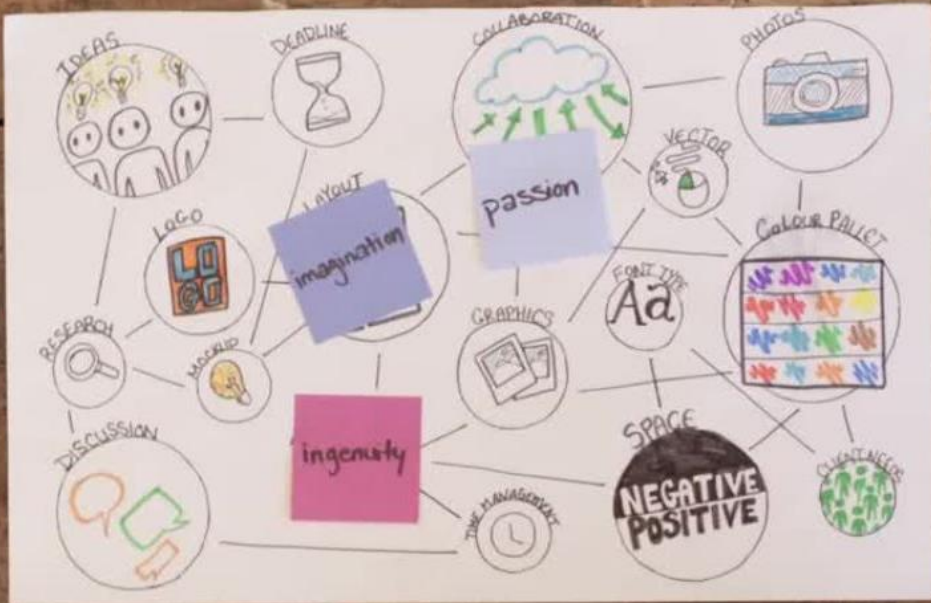
8. Tentar resolver os problemas quando eles surgem

9. Cuidar das suas relações interpessoais em todos os contextos

10. Fazer uso frequente do sentido de humor na vida

2ª Sessão

- Aplicação inicial de um questionário de conhecimentos (pré-teste);
- Resumo da sessão anterior;
- Apresentação e discussão de um vídeo alusivo ao tema: auto estigma em saúde mental (<https://www.youtube.com/watch?v=cmvrLEYMnsE>);
- Intervenção psicoeducacional para promoção da saúde mental (comentários acerca do vídeo, definição e relevância do conceito e impacto do auto estigma na saúde mental: baixa autoestima, vergonha, isolamento, não procura de tratamento...);
- Dinâmica do balão: mitos e crenças em saúde mental;
- Resumo da sessão e informação acerca da sessão seguinte;
- Registo de presenças;
- Aplicação do questionário individual de conhecimentos (pós-teste).





Mitos e Crenças em Saúde Mental

- Os problemas de saúde mental são raros. **MITO**
- As pessoas podem recuperar de um problema de saúde mental. **VERDADE**
- O estigma e a discriminação podem ser mais difíceis que a doença. **VERDADE**
- Pessoas com problemas de saúde mental são violentas. **MITO**
- As pessoas com problemas de saúde mental não podem trabalhar. **MITO**
- Problemas de saúde mental são sinal de pessoas fracas, com falta de carácter. **MITO**
- O tratamento é uma perda de tempo. **MITO**

3ª Sessão

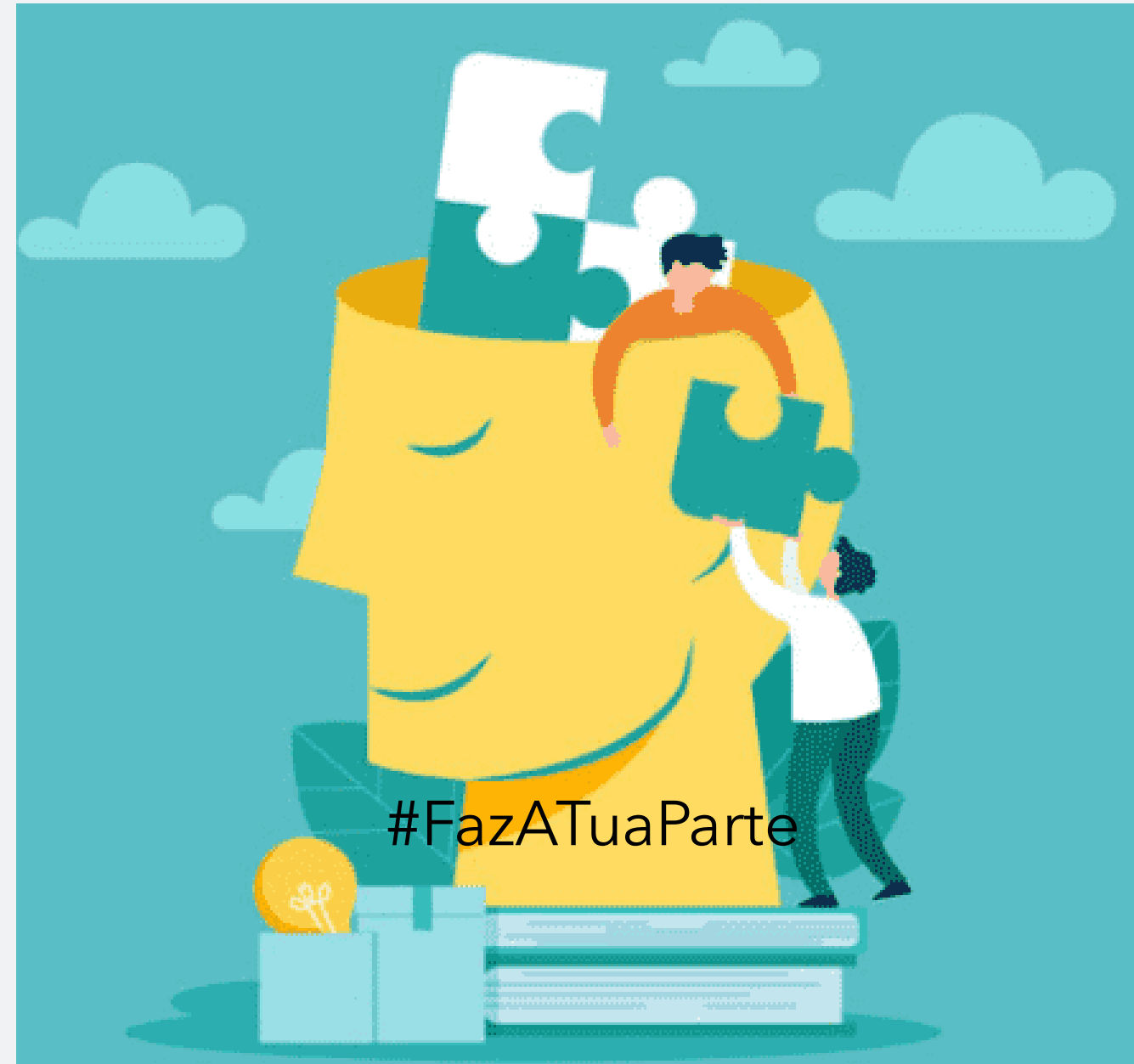
- Aplicação inicial de um questionário de conhecimentos (pré-teste);
- Resumo da sessão anterior;
- Importância de pedir ajuda e como o fazer (familiares/amigos, ajuda profissional e linhas de apoio disponíveis com entrega de cartão individual);
- Realização de uma intervenção socioterapêutica de dramatização do tipo *Freeze*, que testa a capacidade de intervenção dos adolescentes na defesa do outro, a partir de situações hipotéticas;
- Esclarecimento dos conteúdos promovendo o debate de dúvidas, medos e inseguranças;
- Resumo da sessão e informação acerca da sessão seguinte;
- Registo de presenças;
- Aplicação do questionário individual de conhecimentos (pós-teste).

A SAÚDE MENTAL EM PRIMEIRO LUGAR



4ª Sessão

- Aplicação do questionário individual de conhecimentos (pré-teste);
- Resumo da sessão anterior;
- Apresentação de um vídeo alusivo ao tema: Saúde Mental e a importância das relações sociais (<https://youtu.be/x1EYcVpQeeE?si=l-0v47qfn3kc9U4F>), comentários e esclarecimentos acerca do vídeo;
- Treino de competências sociais - atividades dinâmicas: (Jogo "dar e receber" e Jogo "eu existo").
- Esclarecimento dos conteúdos promovendo o debate de dúvidas, medos e inseguranças;
- Aplicação do questionário individual de conhecimentos (pós-teste);
- Registo de presenças;
- Momento para despedida e agradecimentos.



8. Monitorização

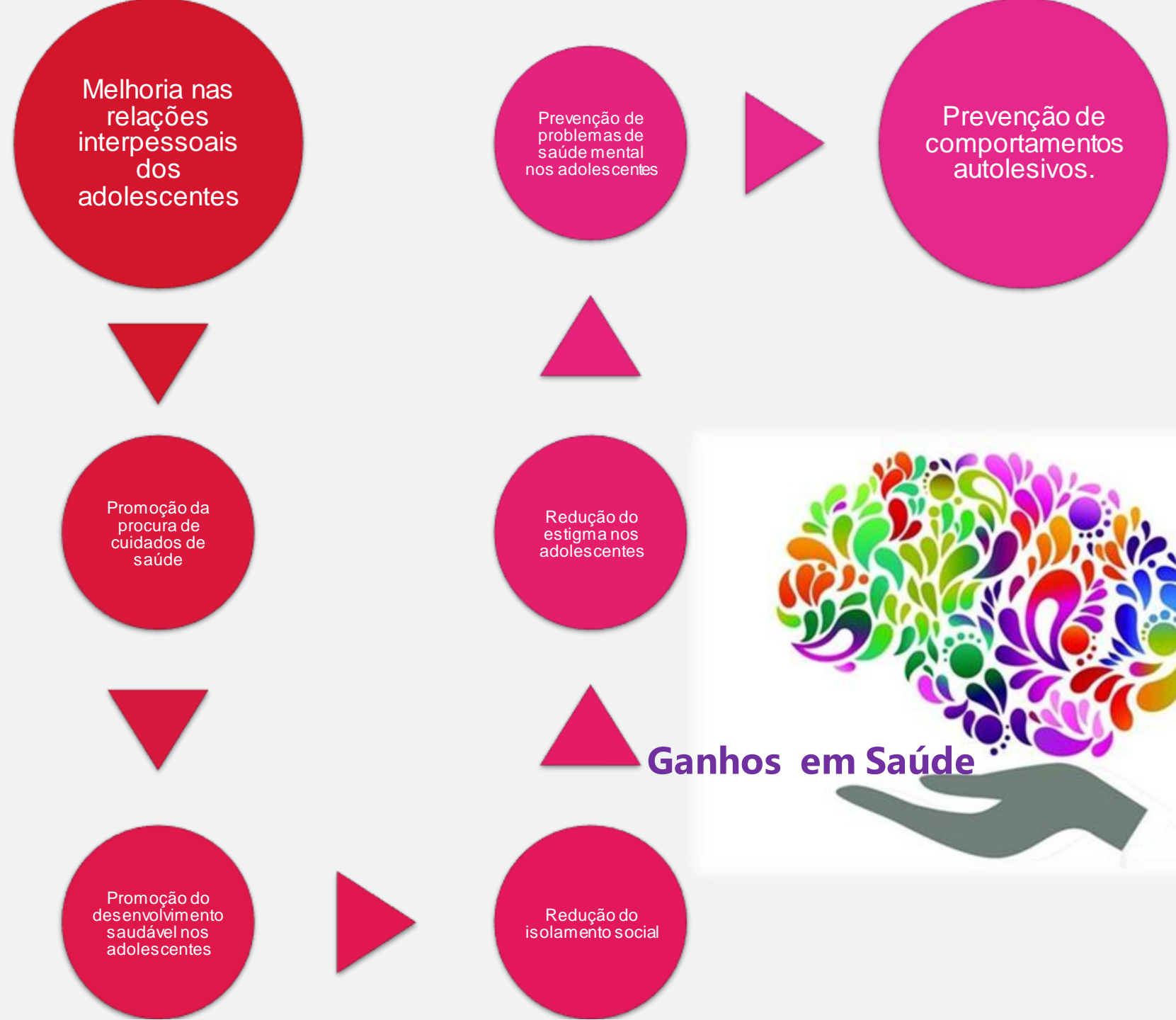
Indicador 1 - Taxa de participação dos utentes: $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de adolescentes presentes em 4 sessões}}{\text{N}^\circ \text{ total de adolescentes internados}} \times 100$

Indicador 2 - Taxa de melhoria no pós-teste: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de adolescentes com aumento na classificação no pós-teste em 25\%}}{\text{N}^\circ \text{ total de adolescentes alvo}} \times 100$

10. Avaliação

Relatório Final

- Análise crítica dos objetivos propostos;
- Sugestões de melhoria;
- Análise dos dados recolhidos através dos questionários de conhecimentos.
- Futuramente, encontrar instrumentos de avaliação diagnóstica.







LiteraSMental

Projeto de Promoção da Literacia em Saúde Mental e Redução do Estigma

Autores: Enf. Carolina Ferreira e Enf. João Fonseca

Orientador: Prof. T. C e Prof. J. A. P. S.

Tutoras: Enf^a. C. G. e Enf^a. T. M. Enf^o H. M. e Enf^a B. F.

Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria

OBRIGADO PELA
VOSSA ATENÇÃO

15 de Novembro de 2023

APÊNDICES IV: VIRTUALMENTE CRESCENDO



Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Ano Lectivo 2023/2024

2º Ano - 1º semestre



Virtualmente Crescendo

Projeto de Promoção da Literacia em Saúde Mental e Prevenção de
Comportamentos Aditivos com o uso da Internet dos adolescentes em
Contexto Escolar

Maria de Fátima Costa Lopes nº 4543

Carolina Isabel Amado Ferreira nº 4788

João Paulo de Sousa Fonseca nº4539

Orientação do Professor A. P. e Professor T. C.,

Enfermeira M. G. e Enfermeira A. R.

Oliveira de Azeméis

março, 2024



Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Ano Lectivo 2023/2024

2º Ano - 1º semestre



Virtualmente Crescendo

Projeto de Promoção da Literacia em Saúde Mental e Prevenção de
Comportamentos Aditivos com o uso da Internet dos adolescentes em
Contexto Escolar

Trabalho executado no âmbito do 1º Curso do
Mestrado de ESMP, 2º Ano, 1º semestre, para
obtenção da classificação na Unidade de Estágio de
Natureza Profissional com Relatório Final.

Maria de Fátima Costa Lopes nº 4543

Carolina Isabel Amado Ferreira nº 4788

João Paulo de Sousa Fonseca nº4539

Orientação do Professor A. P. e Professor T. C.,

Enfermeira M. G. e Enfermeira A. R.

Oliveira de Azeméis

março, 2024



PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE

1. Título do projeto

VirtualMente Crescendo

2. Avaliação Diagnóstica

A equipa multidisciplinar do Concelho Pedagógico de um Agrupamento de Escolas da Região Centro em colaboração com a UCC da área estabeleceram no início do ano-letivo as principais necessidades da comunidade educativa e quais as melhores respostas a serem implementadas pela equipa de saúde. Neste sentido, foi elaborado um projeto de sensibilização aos alunos do 7º ano sobre a influência do mundo virtual nas suas vivências diárias.

Com isto, os enfermeiros especialistas em saúde mental têm como diagnóstico potencial para melhorar o conhecimento sobre a influência do mundo virtual na saúde mental dos adolescentes.

O abuso dos *media*, especialmente o hábito de usar smartphones à noite, pode prejudicar o sono dos adolescentes, resultando em sintomas depressivos (Chassiakos et al., 2016). Indicadores revelam a interferência da tecnologia no sono, como a substituição do tempo de descanso pelo uso da internet e conteúdos estimulantes que dificultam o adormecer (George & Odgers, 2015). O uso excessivo de jogos eletrônicos por adolescentes está ligado a transtornos psiquiátricos, como transtorno de déficit de atenção com hiperatividade e ansiedade social, além de maior impulsividade, especialmente com uma frequência superior a cinco vezes por semana (Abreu et al., 2008). A relação intrínseca entre jogos eletrônicos e comportamentos violentos pode influenciar a agressividade nos jogadores (Suzuki et al., 2009).

3. Fundamentação teórica

Com os avanços tecnológicos, a ampla acessibilidade de dispositivos e o acesso ilimitado à internet têm contribuído para um aumento significativo nas horas de utilização por parte dos adolescentes (Silva & Silva, 2017). Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2023), em 2023, a utilização de computadores e internet



atingiu a totalidade dos indivíduos entre os 16 e 24 anos.

Estudos apontam para a dificuldade dos jovens em reconhecer o comprometimento das suas ações no mundo virtual. A renitência em assumir responsabilidades é comum na adolescência (Matheus, 2000). A tecnologia trouxe novos cenários e ferramentas para manifestações típicas dessa fase, como a experimentação de papéis sociais, ampliação das relações interpessoais e familiares e acesso a conhecimentos para o desenvolvimento da identidade. A tecnologia fascina os adolescentes por ser uma área em que superam os adultos em desempenho, permitindo que estabeleçam relacionamentos com distância, limites e liberdade, elementos cruciais na busca pela autonomia na adolescência.

Apesar dos benefícios proporcionados pelo avanço tecnológico, o uso descontrolado nessa faixa etária, sem a devida supervisão e controlo de tempo, pode acarretar diversos riscos e provocar alterações significativas na saúde mental (Spritzer et al., 2016). Segundo a UNICEF (2020), entre 10% e 40% de crianças e adolescentes têm acesso ou são expostos a conteúdos delicados, como suicídio, anorexia, drogas ou violência.

O uso inadequado dessas tecnologias pode resultar em impactos psicológicos e comportamentais, incluindo perda de controlo no uso da internet, sentimentos de culpa, isolamento, ansiedade, depressão, baixa autoestima, conflitos familiares e declínio no desempenho escolar. Estes fatores exercem repercussões diretas na saúde biopsicossocial dos adolescentes, enfatizando a urgência de medidas preventivas (Favotto et al., 2019; Whiteman, 2014).

4. Referências Bibliográficas

- Abreu, C. N. D., Karam, R. G., Góes, D. S., & Spritzer, D. T. (2008). Dependência de Internet e de jogos eletrônicos: uma revisão. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30, 156-167.
- Belfer, M.L. (2008) Child and Adolescent Mental Disorders: The Magnitude of the Problem across the Globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 226-236. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x>
- Cardoso, P., Rodrigues, C., & Vilar, A. (2004). Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 4(22): 667-675.
- Chassiakos, Y., Radesky, L., Christakis, D., Moreno, M., Cross, C. (2016). Children and Adolescents and Digital Media. *Pediatrics*. 138 (5), <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2593>
- Favotto, L., Michaelson, V., Pickett, W., & Davison, C. (2019). *The role of family and computer-mediated communication in adolescent loneliness*. *PLoS One*, 14(6),



e0214617. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214617>

Freitas, C., Rocha, A., Pocinho, L., Beirão, J., & Caldeira da Silva, P. (2004). *Symptoms in preadolescents and adolescents in funchal* (Madeira Island – Portugal): A prevalence study.

George, M. J., & Odgers, C. L. (2015). Seven fears and the science of how mobile technologies may be influencing adolescents in the digital age. *Perspectives on psychological science*, 10(6), 832-851.

Instituto Nacional de Estatística (2023). *Indivíduos com 16 e mais anos que utilizam computador e Internet em % do total de indivíduos: por grupo etário*. PORDATA. <https://www.pordata.pt/db/portugal/ambiente+de+consulta/tabela/5839153>

Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, Diário da República n.º 171/2019, Série I

Matheus, T. C. (2000). *Ideais na Adolescência: Falta (d)e Perspectivas na Virada do Século*. Ed. Annablume.

Merikangas, K., He, J., Burstein, M., Swanson, S., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., & Swendsen, J. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. adolescents: Results from the national comorbidity survey replication–adolescent supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980–989.

Organização Mundial da Saúde (2022). *European framework for action on mental health 2021–2025*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Patton, G.H.A., Carlin, J., Degenhardt, L., Olsson, C., & Moran, P. (2014). The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. *The Lancet*, 383(9926), 1404-1411

Petrov, M., Lichstein, K., & Baldwin, C. (2014). Prevalence of sleep disorders by sex and ethnicity among older adolescents and emerging adults: Relations to daytime functioning, working memory and mental health. *Journal of Adolescence*, 37(5), 587-597.

Rosa, A., Loureiro, L., & Sousa, C. (2014). *Reconhecimento e procura de ajuda em saúde mental: uma revisão dos estudos realizados em amostras de adolescentes*. In L. Loureiro (Coord.), *Literacia em saúde mental: capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (pp. 77- 91). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Silva, T. O.; Silva, L. T. G. (2017). Os impactos sociais, cognitivos e afetivos sobre a geração de adolescentes conectados às tecnologias digitais. *Revista Psicopedagogia*, São Paulo, 34 I(103), 87-97.

Spritzer, D. , Restano, A., Breda, V., Picon, F. (2016). Dependência de tecnologia: avaliação e diagnóstico. *Revista Debates em Psiquiatria*. 6 (1), 25-30.
<https://orcid.org/0000-0002-7408-6252>

Suzuki, F. T. I., Matias, M. V., Silva, M. T. A., & Oliveira, M. P. M. T. D. (2009). O uso de videogames, jogos de computador e internet por uma amostra de universitários da Universidade de São Paulo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58,



162-168.

United Nations Children's Fund - UNICEF. (2020). *Health and well-being of children and adolescents. Every child has the right to grow up healthy and strong.*

<https://www.unicef.org/health/child-and-adolescent-health-and-well-being>

Whiteman, H. (2014). *Facebook may play role in marketing junk food to teens, young adults.* Medical News Today.

<https://www.medicalnewstoday.com/articles/284039.php>.

5. Público alvo

A saúde mental na adolescência tem um forte impacto na prevenção de doenças mentais na vida adulta como refere Belfer (2008), 50% dos transtornos mentais ao longo da vida surgem antes da idade adulta. De acordo com a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e a OMS na Região Europeia, aproximadamente 20% das crianças demonstram sintomas de transtornos de saúde mental, e essa proporção está em crescimento. Os transtornos mentais que não recebam tratamento influenciam severamente o desenvolvimento dos adolescentes e conseqüentemente o seu desempenho escolar e o seu potencial para viver uma vida plena (OMS, 2022). Neste sentido a população alvo deste projeto são adolescentes do sétimo ano de escolaridade de todas as escolas de um Agrupamento de Escolas da Região Centro.

Conforme estabelecido na Lei de Bases da Saúde anexa à Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, é destacada a relevância dos cuidados de saúde mental voltados para o bem-estar das pessoas, levando em consideração as suas particularidades, necessidades específicas e autonomia. É fundamental combater qualquer forma de estigmatização, discriminação ou falta de respeito no âmbito da saúde. Tais cuidados devem ser oferecidos de maneira integrada e multidisciplinar, com ênfase na prestação de serviços à comunidade.

6. Objetivos

Considera-se premente a necessidade de criar programas para promover a literacia em saúde mental em Portugal através de incremento dos conhecimentos sobre os sintomas e compreensão dos conceitos associados à saúde mental. Tendo em conta a revisão da literatura nesta área e o contexto no qual será elaborado este estudo, surgem como



objetivos gerais:

- Promover a Literacia em Saúde Mental dos adolescentes do 7º ano de um Agrupamento de Escolas da Região Centro;
- Consciencializar os adolescentes sobre a influência da internet na dimensão biológica, psicológica e social;
- Desenvolver competências específicas do EE em ESMP através de intervenções psicoeducativas e socioterapêuticas em adolescentes.

No seguimento dos objetivos gerais propõem-se os seguintes **objetivos específicos** de investigação:

- Promover estilos de vida saudáveis como fator integrante da saúde mental;
- Melhorar a gestão e expressão emocional;
- Promover a autoestima e o autoconceito;
- Aumentar o bem-estar emocional;
- Ensinar estratégias de autorregulação eficazes;
- Melhorar relações interpessoais e familiares saudáveis;
- Promover habilidades sociais;
- Contribuir para a redução do estigma;
- Promover a aceitação, mudança de pensamentos/comportamentos e emoções;
- Prevenir isolamento social;
- Prevenir comportamentos aditivos sem substâncias (abuso da internet);
- Prevenir comportamentos da esfera suicidária;
- Reforçar medidas de segurança online;
- Prevenir o cyberbullying;
- Incentivar à procura de ajuda em saúde mental;
- Detetar precocemente problemas em saúde mental;
- Fortalecer redes de apoio entre escolas e serviços de saúde;

Relativamente aos **objetivos operacionais** é espectável que:

- Operacional 1: Que pelo menos 80% dos adolescentes frequentem 2 das 3 sessões planeadas;
- Operacional 2: Que pelo menos 80% dos adolescentes apresentem um aumento



na classificação dos pós-testes em 25%;

- Operacional 3: Que pelo menos 80% dos adolescentes identifiquem o conteúdo das sessões como útil.

7. Recursos

Humanos

- Alunos do Mestrado em ESMP:
 - Horas em sessão: 33h (tempo de atividade);
 - Horas para planeamento/avaliação: 80h (eleboração do projeto, preparação das sessões, avaliação das sessões e avaliação final do projeto, reunião com os Enfermeiros Tutores).

Materiais

- 1 computador com internet
- 1 projetor e tela
- Novelo de lã
- Papel e caneta
- Marcadores
- Fita cola
- Rebuçados
- Impressos do poema final

Logística

- Transporte próprio para deslocação dos alunos para os locais de ensino

8. Plano de intervenção de acordo com as competências do EESMP em articulação com outros profissionais e/ou parceiros

O plano de intervenção consiste na realização de uma intervenção psicoeducativa para promoção da saúde mental sobre a influência do uso da internet na dimensão biológica (1ª sessão), psicológica (2ª sessão) e social (3ª sessão) do ser humano.

Planeamento da 1ª Sessão

| | |
|-----------------------|---|
| Identificação: | Sessão 1 – A influência da Internet na dimensão Biológica |
| Local: | Agrupamento de Escolas da Região Centro |
| Data: | De 21/01/2024 a 02/02/2024 |



| Hora: | Segundo cronograma | | |
|--------------------------|---|---|-----------------|
| Duração | 60 minutos | | |
| Alvo: | Alunos do 7º ano | | |
| Intervenientes: | Alunos e EE em ESMP | | |
| Planeamento da 1ª Sessão | | | |
| Etapas | Conteúdo | Método | Duração |
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> • Apresentações iniciais; • Exposição do Projeto; • Realização de uma Dinâmica de apresentação (jogo da teia) • Explicação dos objetivos do projeto; | Expositivo Ativo Participativo | 10 a 15 minutos |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> • Realização de um Questionário de avaliação inicial (recurso ao Mentimeter); • Explicitar a importância do sono; • Explicitar vantagens e desvantagens da internet no sono; • Explicitar a importância da alimentação; • Explicitar vantagens e desvantagens da internet na alimentação; • Explicitar a importância da saúde física; • Explicitar vantagens e desvantagens da internet na saúde física; • Explicitar 10 hábitos de estilos de vida saudável; • Explicar matriz de Eisenhower como estratégia de gestão de tempo; | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 20 a 30 minutos |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão; • Exposição de dúvidas; • Remeter para TPC a matriz de Eisenhower. • Agendamento de próxima Sessão; • Realização de um Questionário Final (recurso ao Google Forms) | Ativo Interrogativo Participativo | 10 a 15 minutos |
| Planeamento da 2ª Sessão | | | |
| Identificação: | Sessão 2 – A influência da Internet na dimensão Psicológica | | |
| Local: | Agrupamento de Escolas da Região Centro | | |
| Data: | De 5/02/2024 a 16/02/2024 | | |
| Hora: | Segundo cronograma | | |
| Duração | 60 minutos | | |
| Alvo: | Alunos do 7º ano | | |
| Intervenientes: | Alunos e EE em ESMP | | |
| Etapas | Conteúdo | Método | Duração |
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> • Apresentações iniciais; • Resumo da sessão anterior; • Debate sobre o TPC; | Expositivo Ativo Participativo | 10 a 15 minutos |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> • Realização de um Questionário de avaliação inicial (recurso ao Mentimeter); | | |



| | | | |
|------------------|--|---|-----------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Explicitar as emoções básicas; • Explicitar a importância das emoções; • Explicitar a influência da internet nas emoções; • Explicitar a importância da autoestima; • Explicitar a influência da internet na autoestima • Atividade Dinâmica sobre Autoestima – Jogo do Elogio • Informar sobre estratégias para melhorar a autoestima; • Observação de um vídeo sobre o Poder do Elogio; • Reflexão à cerca da dinâmica e do vídeo; | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 20 a 30 minutos |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão; • Exposição de dúvidas; • Remeter para TPC- dar um elogio. • Agendamento de próxima Sessão; • Realização de um Questionário Final (recurso ao Google Forms) | Ativo Interrogativo Participativo | 10 a 15 minutos |

Jogo do Elogio – consiste em escrever numa folha colocada nas costas dos outros uma característica positiva/elogio; concluir que as palavras têm muito poder na vida das pessoas e que o elogio melhora a autoestima e que a autoestima é influenciada pelas relações que estabelecemos com os outros.

Planeamento da 3ª Sessão

| | |
|------------------------|---|
| Identificação: | Sessão 3 – A influência da Internet na dimensão Psicológica |
| Local: | Agrupamento de Escolas da Região Centro |
| Data: | De 19/02/2024 a 05/03/2024 |
| Hora: | Segundo cronograma |
| Duração | 60 minutos |
| Alvo: | Alunos do 7º ano |
| Intervenientes: | Alunos e EE em ESMP |

| Etapas | Conteúdo | Método | Duração |
|------------------------|---|---|-----------------|
| Introdução | <ul style="list-style-type: none"> • Apresentações iniciais; • Resumo da sessão anterior; • Debate sobre o TPC; | Expositivo Ativo Participativo | 10 a 15 minutos |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> • Realização de um Questionário de avaliação inicial (recurso ao Mentimeter); • Atividade Dinâmica “Eu Existo” • Atividade Dinâmica “Dar e Receber” • Explicitar a importância dos relacionamentos interpessoais e familiares; • Explicitar a influência da internet nos relacionamentos interpessoais e familiares; • Explicitar sobre o cyberbullying; | Ativo Expositivo Participativo Interrogativo | 20 a 30 minutos |



| | | | |
|------------------|---|---|-------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Explicitar medidas de segurança online; | | |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none"> • Resumo da sessão; • Resumo do Projeto com recurso ao Poema Virtualmente Crescendo; • Exposição de dúvidas; • Realização de um Questionário Final (recurso ao Google Forms) | Ativo Interrogativo Participativo | 10 a 15 minuto |

Jogo “Eu Existo” – Os jovens são convidados a percorrer a sala de forma cuidadosa, sem chocarem, seguindo trajetórias retas e curvas, explorando o ambiente com voz calma e suave. Eles são orientados a notar a presença das outras pessoas, a trocar olhares, cumprimentar, se desejarem, com gestos como um olhar, um sorriso, um aperto de mãos, e a se apresentarem pelo nome, continuando a movimentarem-se. Ao final, devem compartilhar as suas emoções e sensações, verbalizar como cada um decidiu o seu trajeto e interagiu com os outros e expressar como as suas escolhas afetaram as dos outros.

Jogo “Dar e Receber” – neste jogo é colocado um rebuçado na mão de cada adolescente com a indicação de a tentarem ingerir sem dobrar o cotovelo nem tocar nesta com a outra mão, até perceberem que a única forma de o conseguirem será interagindo com o próximo com o objetivo de partilha numa metáfora à nossa existência enquanto seres sociais que necessitam de interações positivas para atingir objetivos. No final devem partilhar sentimentos e emoções.

9. Monitorização (no mínimo 2 indicadores)

Indicador 1 - Taxa de participação dos adolescentes: N° total de adolescentes presentes em 2 ou 3 sessões / N° total de adolescentes do 7^o ano do agrupamento de escolas de Montemor-O-Velho x 100

Indicador 2 - Taxa de melhoria no pós-teste - N° de adolescentes com aumento na classificação no pós-teste em 25% / N° total de adolescentes alvo x 100

Indicador 3 - Taxa de utilidade - N° de adolescentes que identificaram as sessões como útil/ N° total de adolescentes alvo x 100

10. Cronograma (tente espelhar as atividades no esquema do cronograma, este inclui tudo que diz respeito ao projeto, diagnóstico, planificação, intervenção, avaliação,



relatório outros)

APÊNDICE

11.Avaliação (descreva sucintamente a forma como irá avaliar o projeto - ex: relatório final, ganhos/impacto das intervenções, como vão verificar os ganhos)

A literatura aponta para a prevalência de perturbações mentais durante a adolescência a nível internacional (Patton et al., 2014; Petrov, Lichstein, & Baldwin, 2014; Merikangas et al., 2010) e nacional (Cardoso et al., 2004; Freitas et al., 2004). Tendo em linha de conta que a prevalência de perturbações mentais influencia, de forma negativa, o indivíduo e a sociedade em geral, considera-se premente atuar no sentido de inverter esta realidade. Indiscutivelmente, uma das formas de contribuir para a redução destas perturbações passa pelo incremento da literacia em saúde mental, nomeadamente na adolescência.

O baixo nível de literacia em saúde mental é determinante para a ausência de comportamentos de procura de ajuda na adolescência, influencia o desenvolvimento e potencia o risco de recorrência de distúrbios psiquiátricos (Rosa et al., 2014). Por isso, considera-se assertiva a aposta no incremento da literacia nos adolescentes portugueses, para que, a longo prazo, permita o reconhecimento da doença, conhecimento de ajuda, tratamentos profissionais disponíveis e conhecimento de estratégias eficazes de autoajuda (Rosa et al., 2014).

A avaliação final do projeto será realizada mediante a realização de um Relatório Final que inclui análise crítica dos objetivos propostos, sugestões de melhoria e análise dos dados recolhidos através dos questionários de conhecimentos. Recorreu-se aos métodos expositivo; interrogativo; demonstrativo e ativo e a dinâmicas de grupo, jogos pedagógicos e dramatização. Com a implementação deste projeto prevê-se obter ganhos nomeadamente a nível de:

- Promoção da Literacia em Saúde Mental;
- Melhoria nas relações interpessoais dos adolescentes;
- Promoção da procura de cuidados de saúde;
- Promoção do desenvolvimento saudável nos adolescentes;
- Promoção do uso consciente da internet;



- Redução do isolamento social;
- Redução do estigma nos adolescentes;
- Prevenção de problemas de saúde mental nos adolescentes;
- Combater o cyberbullying;

Assim, sendo este projeto um meio de suprimento de uma necessidade, a sua divulgação permitirá dar a conhecer o projeto à população, sensibilizar para o problema em questão e discutir as estratégias adotadas para a sua resolução, servindo de exemplo para outros serviços e instituições. Consequentemente, a divulgação dos resultados será uma realidade, pois é tida como uma fase crucial na implementação de um projeto.



APÊNCICE



CRONOGRAMA

Título do Projeto: Virtualmente Crescendo

| Ano | 2024 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------|----|----|----|----|----|-----------|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|---|--|
| Mês | Janeiro | | | | | | Fevereiro | | | | | | | | | | | | | | Março | | |
| Atividades | 2 a 19 | 22 | 23 | 25 | 26 | 30 | 1 | 2 | 5 | 6 | 8 | 9 | 15 | 16 | 19 | 20 | 22 | 23 | 27 | 29 | 1 | 5 | |
| Preparação e Organização das Sessões | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Escola X 7º D – Sala 37 Prof. I.C. 16:35 às 17:25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Escola X 7º A – Sala 30 Prof. Mª M. C. 08:30 às 09:20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Escola X 7º C – Sala 36 Prof R. F. 11:35 às 12:30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Escola X 7º B – Sala 34 Prof. A. C. 16:35 às 17:25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA



Virtualmente Crescendo

Riscos e Benefícios da Internet

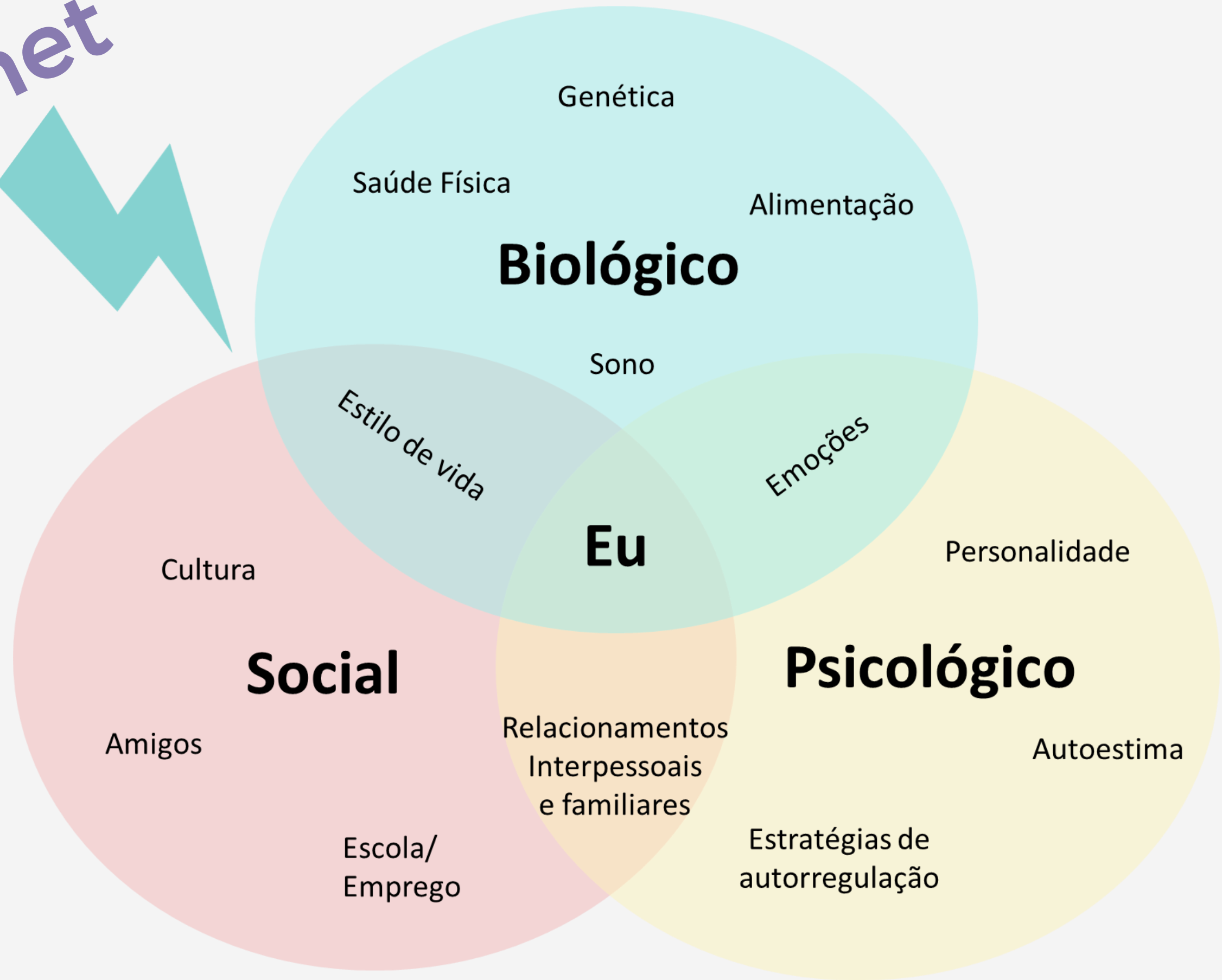
Carolina Isabel Amado Ferreira nº 4788
João Paulo de Sousa Fonseca nº4539
Maria de Fátima Costa Lopes nº 4543
Orientação do Professor A. P. e Professor T. C.,
Enfermeira M. G. e Enfermeira A. R.



Questionário

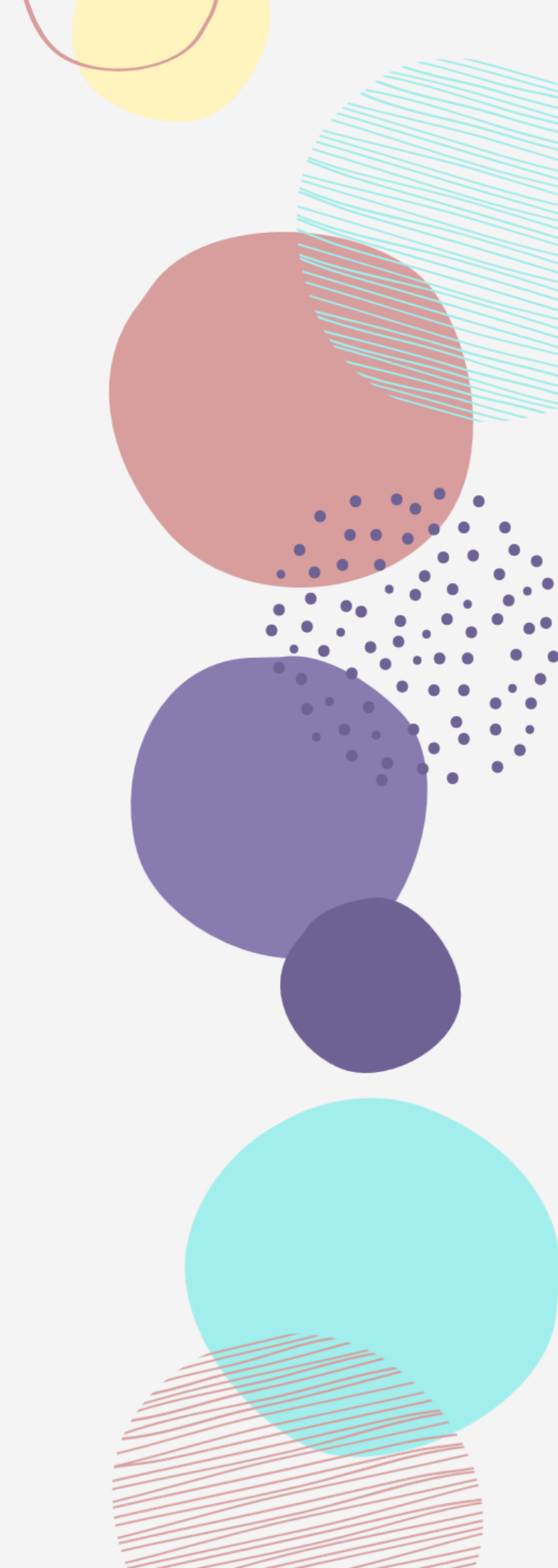


Internet



Sono

- ❖ Dormir 9 a 11 horas
- ❖ Higiene do sono
 - Manter um horário fixo de deitar-levantar
 - Manter o ambiente calmo e com pouca luz
 - 1 hora antes de dormir não usar ecrãs
- ❖ Restringir o uso dos telefones ao acordar.



Sono

Vantagens:

- Recursos educacionais online
- Aplicações de Relaxamento e meditação

Desvantagens:

- Estímulos antes de dormir
- Alteração do ritmo e qualidade do sono Alteração do raciocínio, memória e pensamento
- Conteúdos stressantes influenciam o sono



Alimentação

- ❖ Crescimento e Desenvolvimento
- ❖ Saúde óssea
- ❖ Energia e Nutrientes
- ❖ Desenvolvimento Cognitivo
- ❖ Prevenção de Doenças



Alimentação

Vantagens:

- Acesso informação sobre nutrição

Desvantagens:

- Marketing de Alimentos
- Influenciadores digitais e redes Sociais
- Alterações no comportamento alimentar



Saúde Física

- ❖ Crescimento e Desenvolvimento
- ❖ Desenvolvimento muscular e ósseo
- ❖ Bem-estar Mental
- ❖ Auto-estima e Imagem Corporal
- ❖ Prevenção de Doenças



Saúde Física

Vantagens:

- Acesso a informação
- Recursos para Atividade física
- Comunidades online de apoio
- Monitorização de saúde

Desvantagens

- Sedentarismo
- Exposição a mensagens negativas
- Risco de lesões



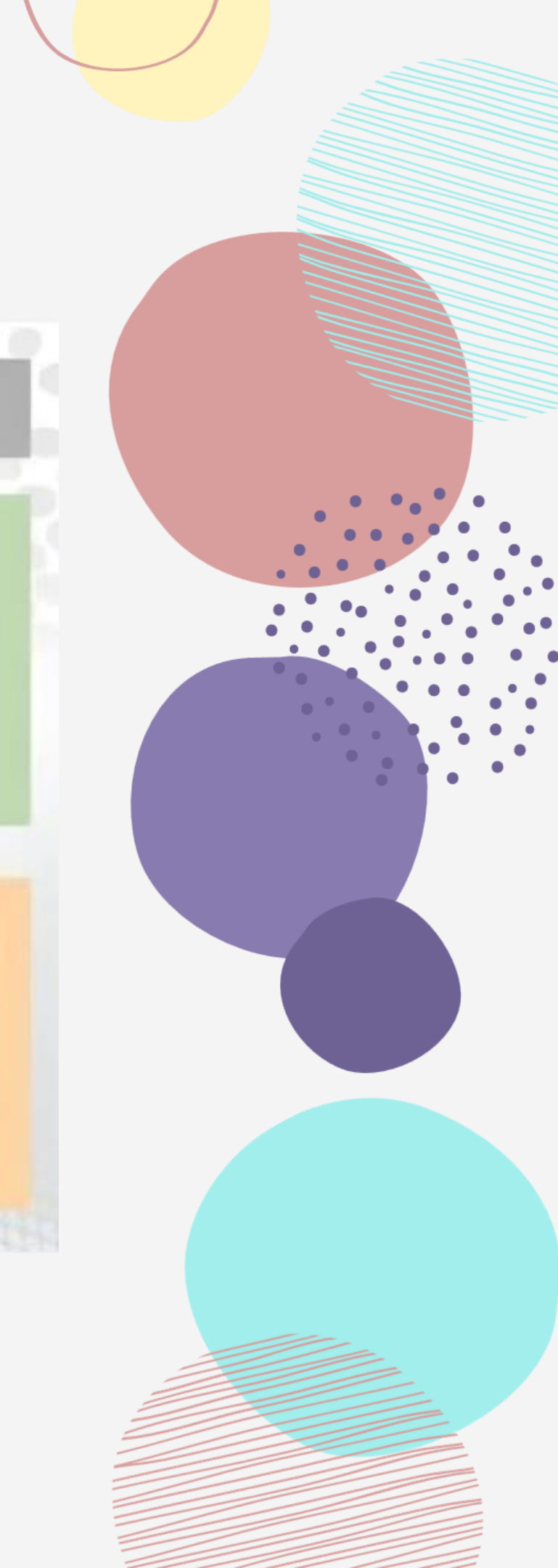
Estilos de Vida

“Os estilos de vida são um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados, ao longo do ciclo de vida.”

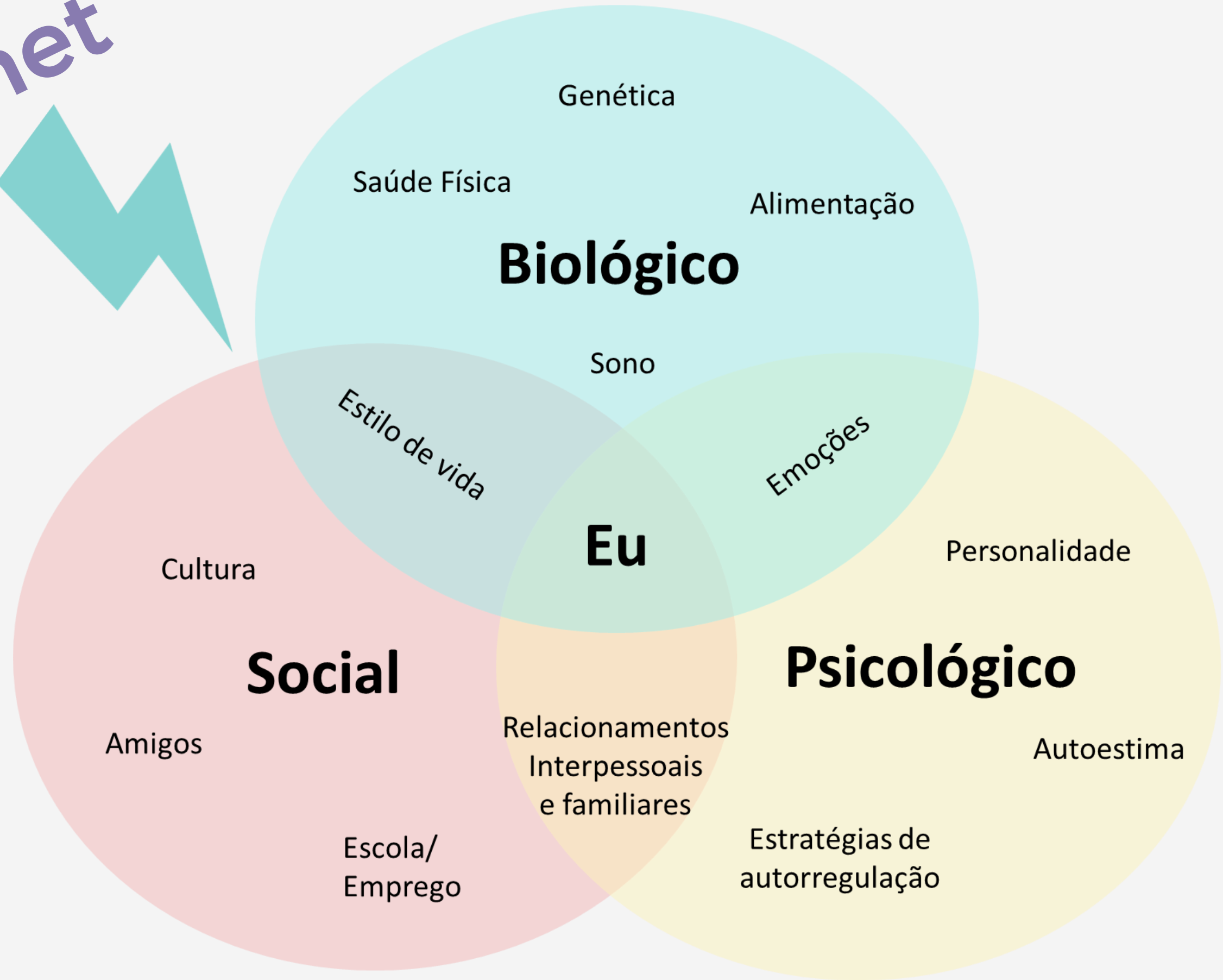
(PNSE, 2015)



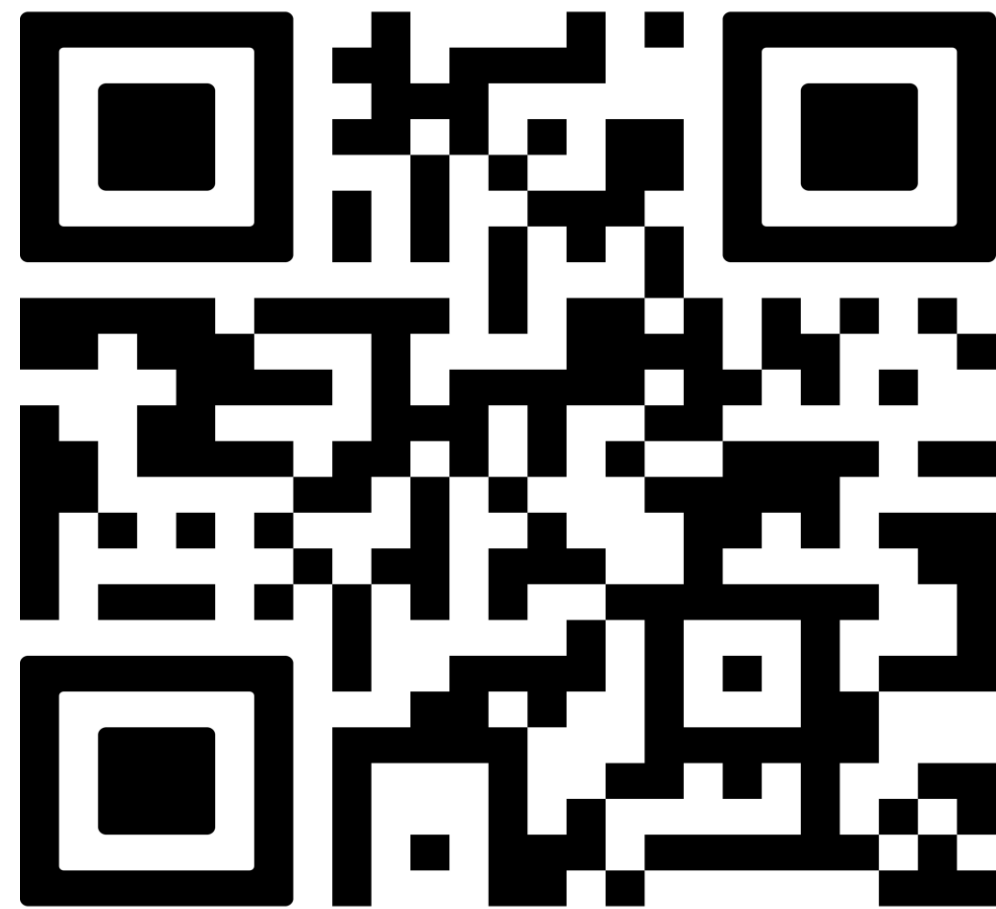
Gestão do tempo



Internet



Questionário



Bibliografia

Faria, S. M. C. C. (2018). *Influência das redes sociais nos hábitos alimentares dos adolescentes*. [Master's thesis, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/115463/2/284406.pdf>

Marques, J. A. C. P. (2017). *Qualidade de Sono de Adolescentes em Contexto Escolar*. [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>

Programa Nacional de Saúde Escolar (2015). Diário da República: II série, nº 154. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/saude-escolar/programa-nacional-de-saude-escolar.aspx>

Figueiredo, I., Xavier, A., Neres, E., Lavôr, A. (2018). Influência das Tecnologias na Adolescência: uma revisão integrativa. *Revista Educação, Psicologia e Interfaces*, 2(1), 135-151. <https://doi.org/10.37444/issn-2594-5343.v2i1.109>



Muito Obrigado!

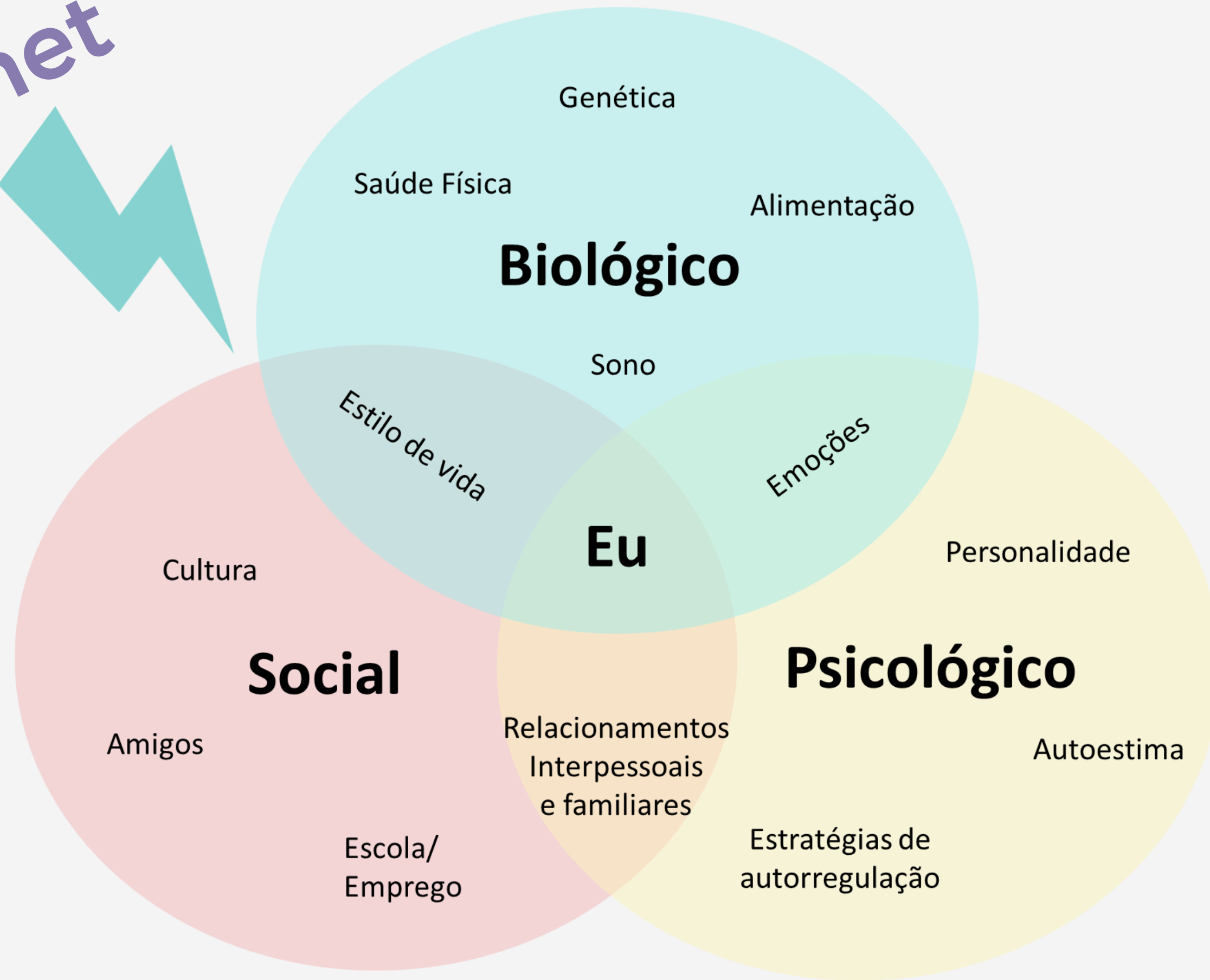
Virtualmente Crescendo

Riscos e Benefícios da Internet

Carolina Isabel Amado Ferreira nº 4788
João Paulo de Sousa Fonseca nº4539
Maria de Fátima Costa Lopes nº 4543
Orientação do Professor A. P. e Professor T. C.,
Enfermeira M. G. e Enfermeira A. R.



Internet



Questionário Inicial



Emoções

• 5 emoções básicas:

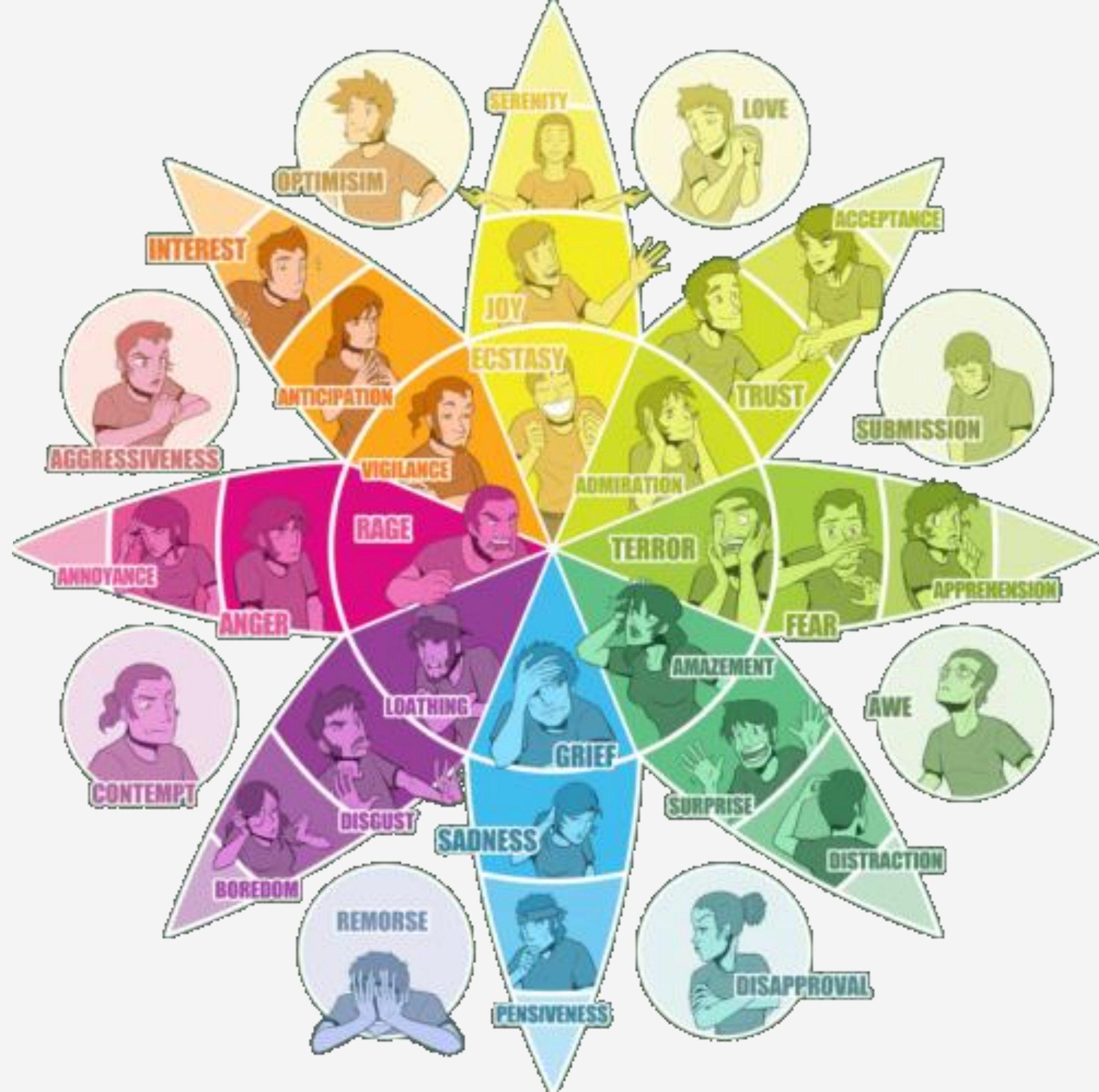
Alegria

Medo

Raiva

Nojo

Tristeza



Emoções

VANTAGENS:

- Conexão digital
- Entretenimento
- Acesso a recursos de Saúde Mental
- Comunicação eficiente

DESVANTAGENS:

- Isolamento social
- Ansiedade e stress
- Dificuldade em estabelecer limites
- Distração



Autoestima

- Imagem mental que temos de nós próprios.
- Respeito e confiança em nós próprios.
- A Visão que temos do nosso valor, capacidades, potencialidades e sucesso.
- Todos poderemos ter, num momento ou noutro, problemas de AUTOESTIMA
- Não é imutável nem constante ao longo da vida!



Autoestima

VANTAGENS:

- Acesso a recursos de Autoajuda
- Comunicação positiva
- Aprendizagem e desenvolvimento
- Expressão criativa

DESVANTAGENS:

- Comparação constante
- Isolamento social
- Pressão para estar sempre disponível
- Distração e falta de concentração



Dinâmica de grupo:

- Cada aluno tem uma folha branca colada nas costas
- Todos têm uma caneta de cor
- Todos devem escrever um elogio a cada colega
- No final, cada aluno leva a sua folha para casa
- É lhes pedido que a coloquem num sitio visível do seu quarto como ferramenta de promoção da autoestima
- Partilha de experiências e reflexão sobre a atividade
- TPC – Dar um elogio a alguém que gostem



O poder do elogio

Os elogios melhoram a nossa autoestima!

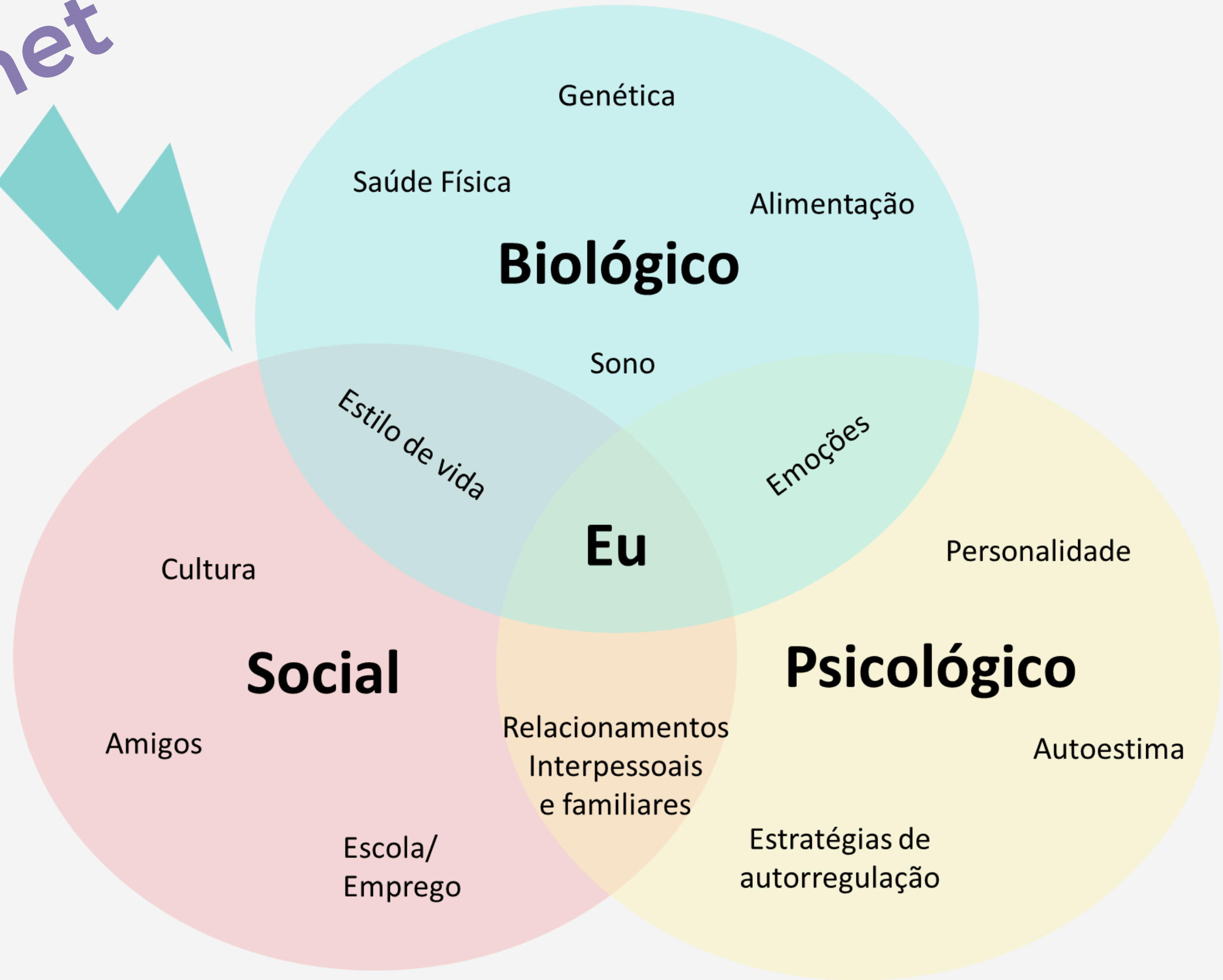
Autoestima depende de:

- Relações que estabelecemos com os outros;
- Da forma como nos aceitamos e nos valorizamos;
- Da forma como os outros nos aceitam e nos valorizam;
- Das experiências de vida.
- Depende da forma como nos vemos e nos aceitamos, mas também como os outros nos vêem e aceitam...

Estratégias para melhorar a nossa autoestima

- Tem pensamentos positivos! Lembra-te das tuas qualidades;
- Considera os erros como oportunidades de aprendizagem.
- Incluíu-te nas tuas prioridades!
- Sente-te orgulhoso das tuas habilidades, capacidades!
- Dedicar mais tempo a ti próprio! Convive mais com as pessoas que gostas e faz coisas que te dão prazer.
- Faz exercício, reduz o stress!
- Procura AJUDA ou APOIO!
- Partilha os teus problemas!
- Às vezes basta ter alguém para nos ouvir ou nos dar uma força.

Internet



TV 16-100

VALUATION



Questionário Final





Muito Obrigado!

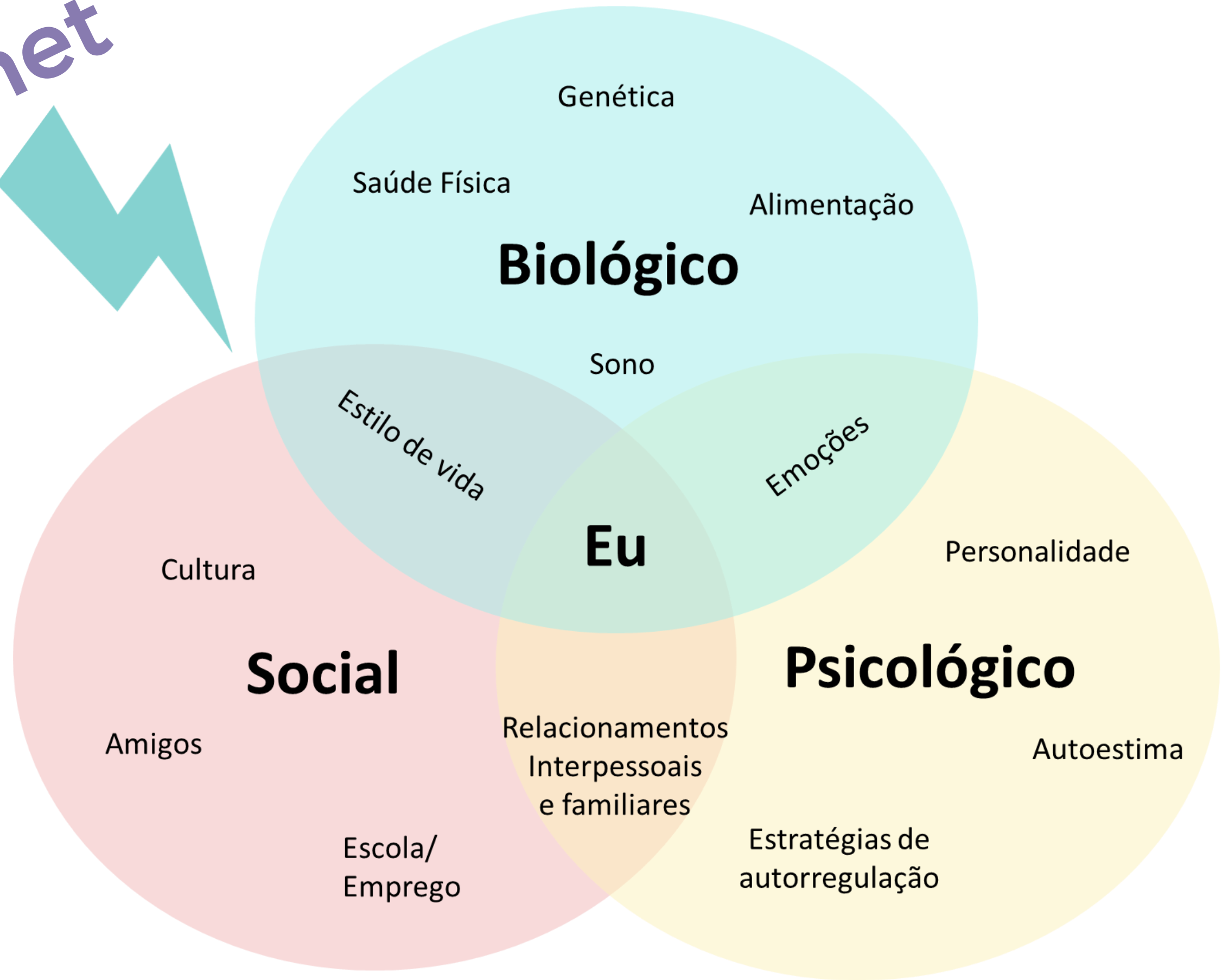
Virtualmente Crescendo

Riscos e Benefícios da Internet

Carolina Isabel Amado Ferreira nº 4788
João Paulo de Sousa Fonseca nº4539
Maria de Fátima Costa Lopes nº 4543
Orientação do Professor A. P. e Professor T. C.,
Enfermeira M. G. e Enfermeira A. R.



Internet



Questionário Inicial



Dinâmica de Competências Sociais:

(Jogo “eu existo”: os adolescentes são convidados a percorrer a sala, lentamente, sem colidir com os restantes, em linhas retas e curvas, que vaguem pelo espaço em tom de voz baixo e suave, orientando para que se apercebam das pessoas no mesmo espaço, que cruzem olhares, que posteriormente se cumprimentem, se assim entenderem, com um olhar, um sorriso, um aperto ou toque de mãos, dizendo o seu nome, mantendo a deambulação. No final devem partilhar sentimentos e emoções, verbalizar o poder de decisão no trajeto e interação com o outro, que as suas ações influenciam as dos restantes);

(Jogo “dar e receber”: é colocado uma fruta na mão de cada adolescente com a indicação de que cada um deve ingerir uma fruta sem dobrar o cotovelo nem tocar nesta com a outra mão.

Os adolescentes devem perceber que a única forma de o conseguirem será interagindo com o próximo, com o objetivo de partilha, numa metáfora à nossa existência enquanto seres sociais que necessitam de interações positivas para atingir objetivos. No final devem partilhar sentimentos e emoções)

Respeito

Confiança

Comunicação

Empatia

Apoio Mútuo

Relacionamentos Interpessoais e Familiares

Celebrar sucessos

Tempo de Qualidade

Partilha de Responsabilidades

Resolução de Conflitos

Companheirismo



Relacionamentos Interpessoais e Familiares

Vantagens:

- Conexão com os outros
- Desenvolvimento de habilidades sociais
- Desenvolvimento da identidade



Desvantagens:

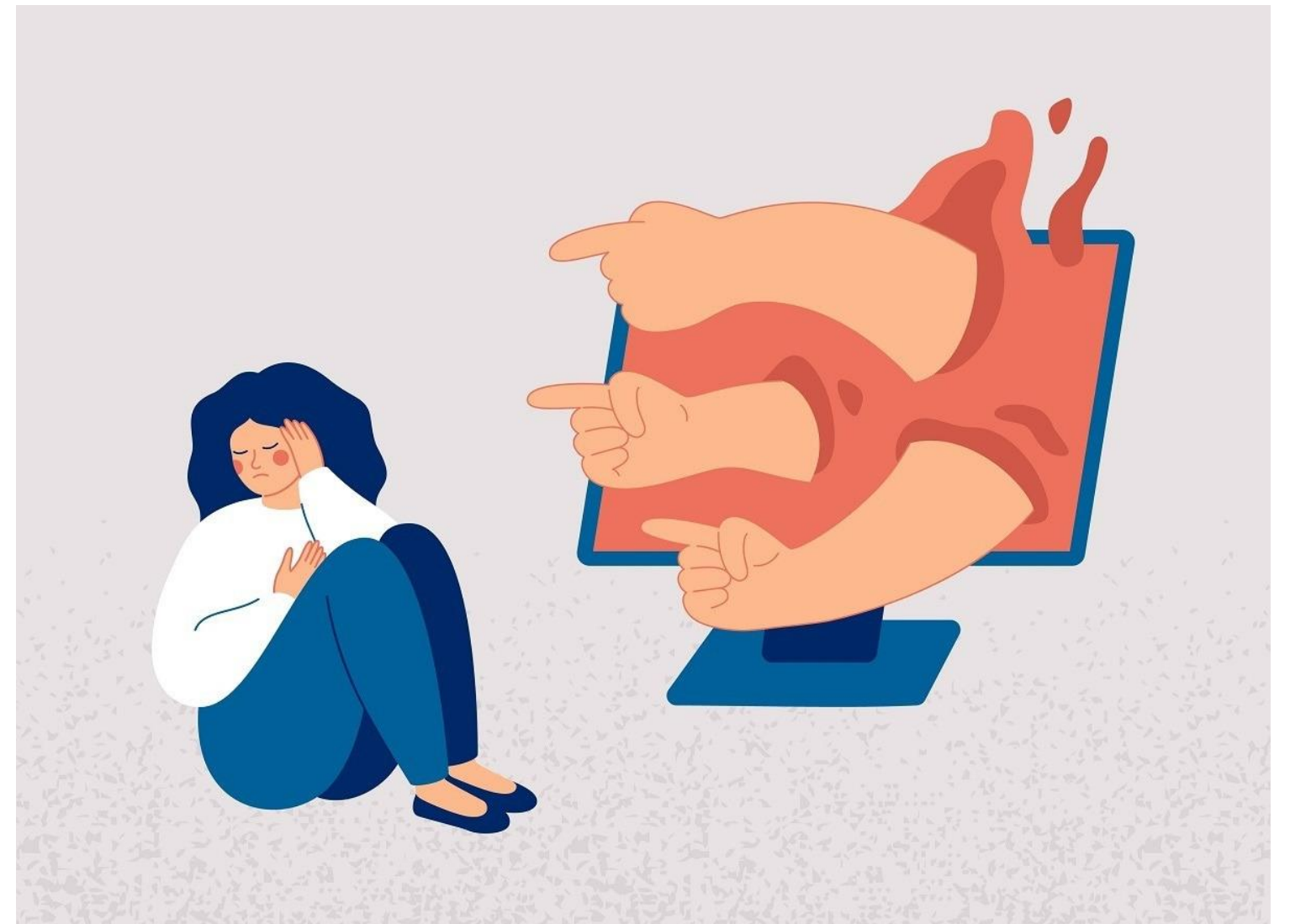
- Pressão social e cyberbullying
- Falsa sensação de se estar sempre acompanhado
- Fragilidade laços afetivos (facilidade entrar e sair de relações virtuais)
- Substituição de contato real por interação virtual (toque, olhar, expressão emocional, dificuldades na comunicação)
- Dificuldade em equilibrar as horas online com: (convívio em família e amigos, atividades desportivas, brincadeiras, exercícios ao ar livre).

Cyberbullying

“Uso de tecnologias da informação e da comunicação para, de forma intencional, intimidar, ameaçar, difamar, chantagear ou humilhar outro”.

Estima-se que a sua prevalência nos jovens seja de 6-30% em todo o mundo!

Figueiredo, P. R. (2018)



Sintomatologia clínica associada ao cyberbullying: O impacto do cyberbullying

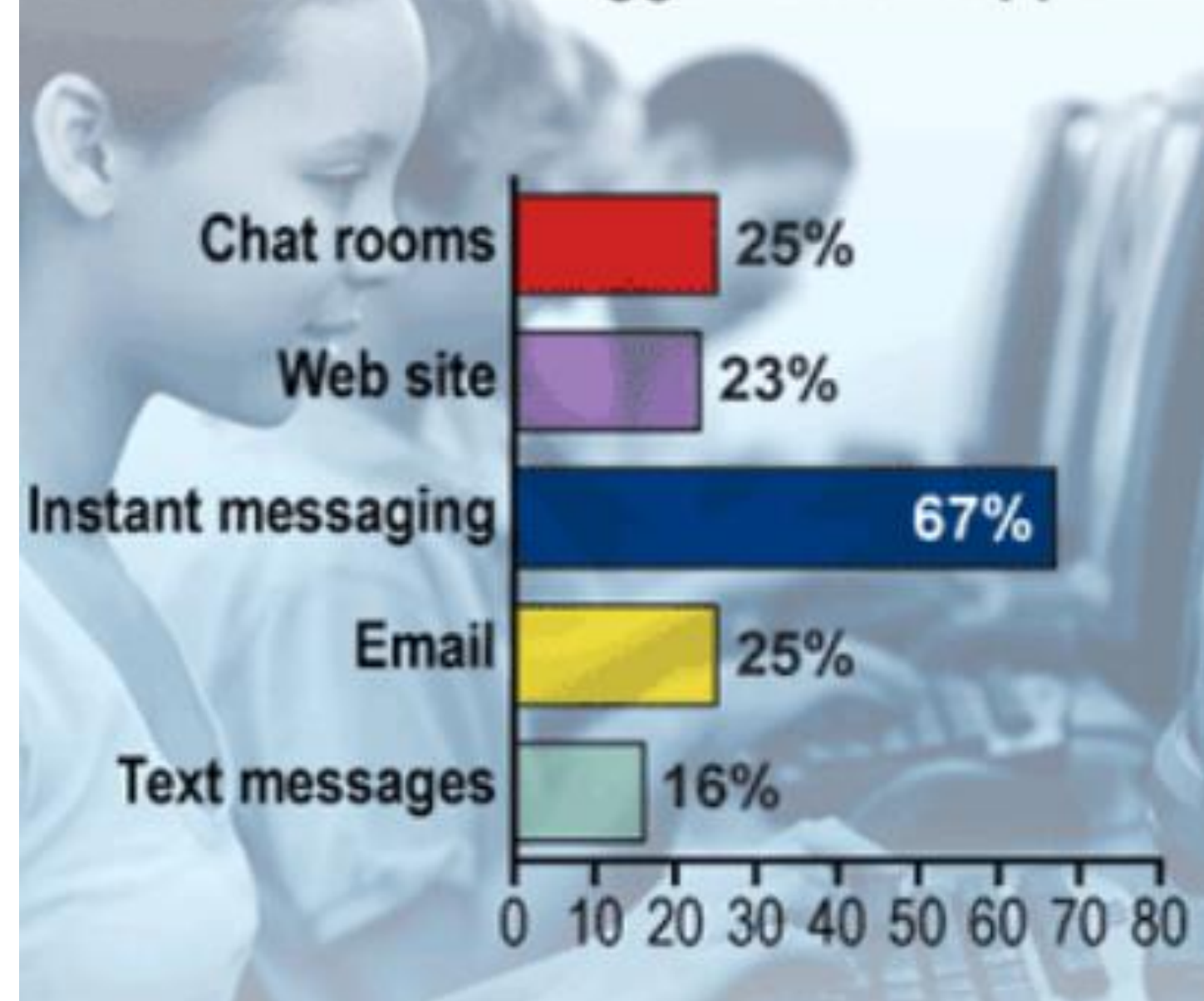
VÍTIMAS

- Sintomatologia depressiva
- Ansiedade social
- Absentismo escolar
- Insegurança
- Comportamentos auto-lesivos
- Ideação suicida

AGRESSORES

- Traços disfuncionais da personalidade
- Diminuição do rendimento escolar
- Comportamentos anti-sociais
- Abuso de substâncias

Where Electronic Aggression Happens:



Todas as formas de bullying interferem com os direitos individuais dos outros. Estas práticas são inadequadas e passíveis de condenação pelas autoridades competentes.

Medidas básicas de segurança e protecção online:

- não revelar informações privadas a estranhos, nomeadamente palavras-chave e/ou outros dados pessoais;
- não partilhar imagens íntimas;
- não estabelecer contacto com desconhecidos;
- denunciar casos de abuso, humilhação e/ou chantagem nas redes sociais.



Como posso pedir ajuda?

SNS24: 808242424 Linha Voz Amiga: 213544545 ou 912802669 SOS Estudante: 239484020



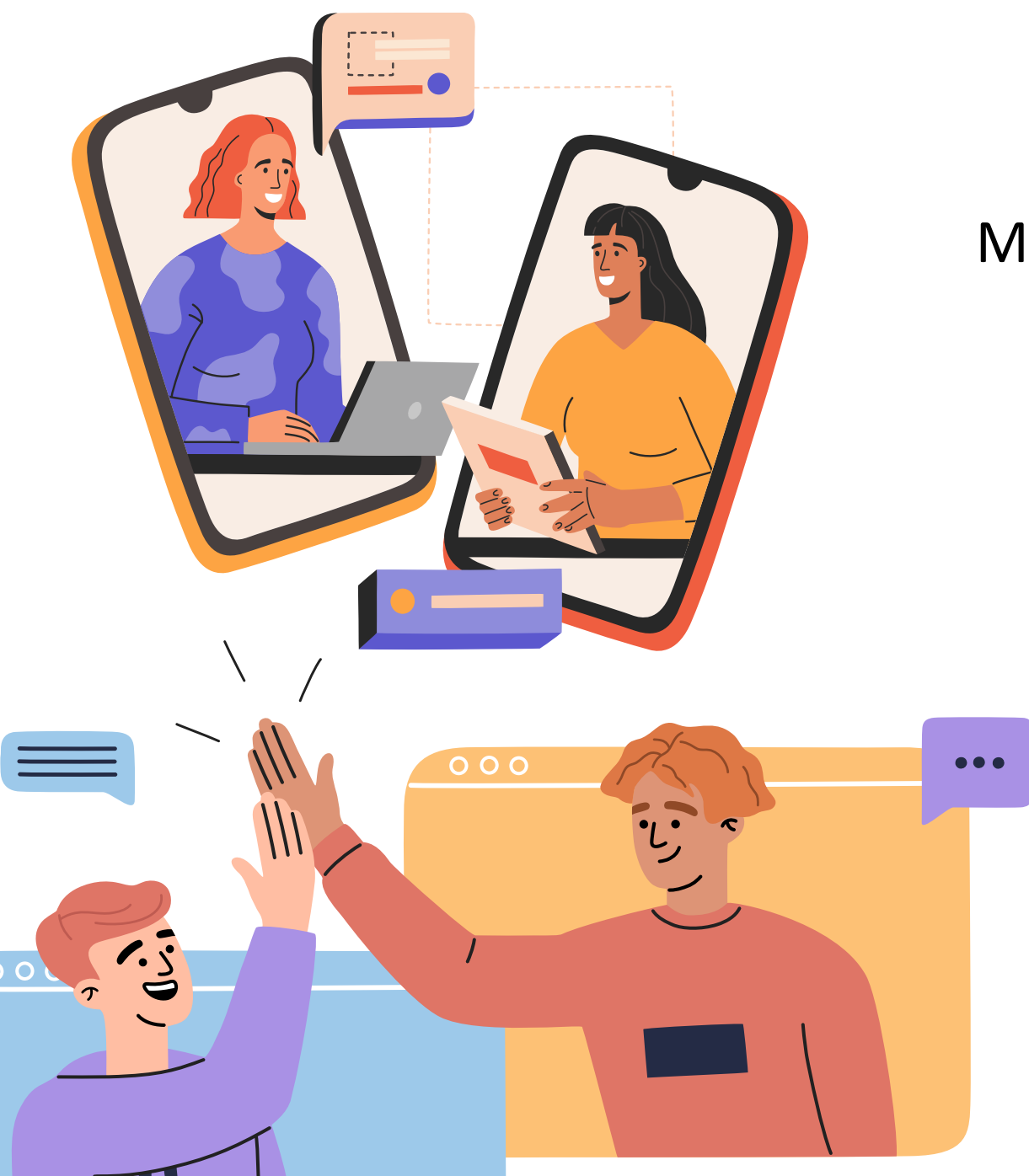
Na tela do mundo digital, sem cessar navegamos nós,
Descobrimos um universo que desperta sonhos e voz.
Mas entre riscos e benefícios, devemos ponderar,
Para com sabedoria, a internet aproveitar.

No nosso corpo, atenção devemos pôr,
Comer bem, dormir e cuidar da saúde com amor.
Fortalecer o corpo é o que devemos fazer,
Equilíbrio é a chave para nos proteger.

Nas emoções e na autoestima, a internet pode influenciar,
Mas devemos lembrar que somos mais do que um ecrã a brilhar.
Cultivar a mente, o coração, é fundamental preservar,
E encontrar equilíbrio nas redes, sem se deixar abalar.

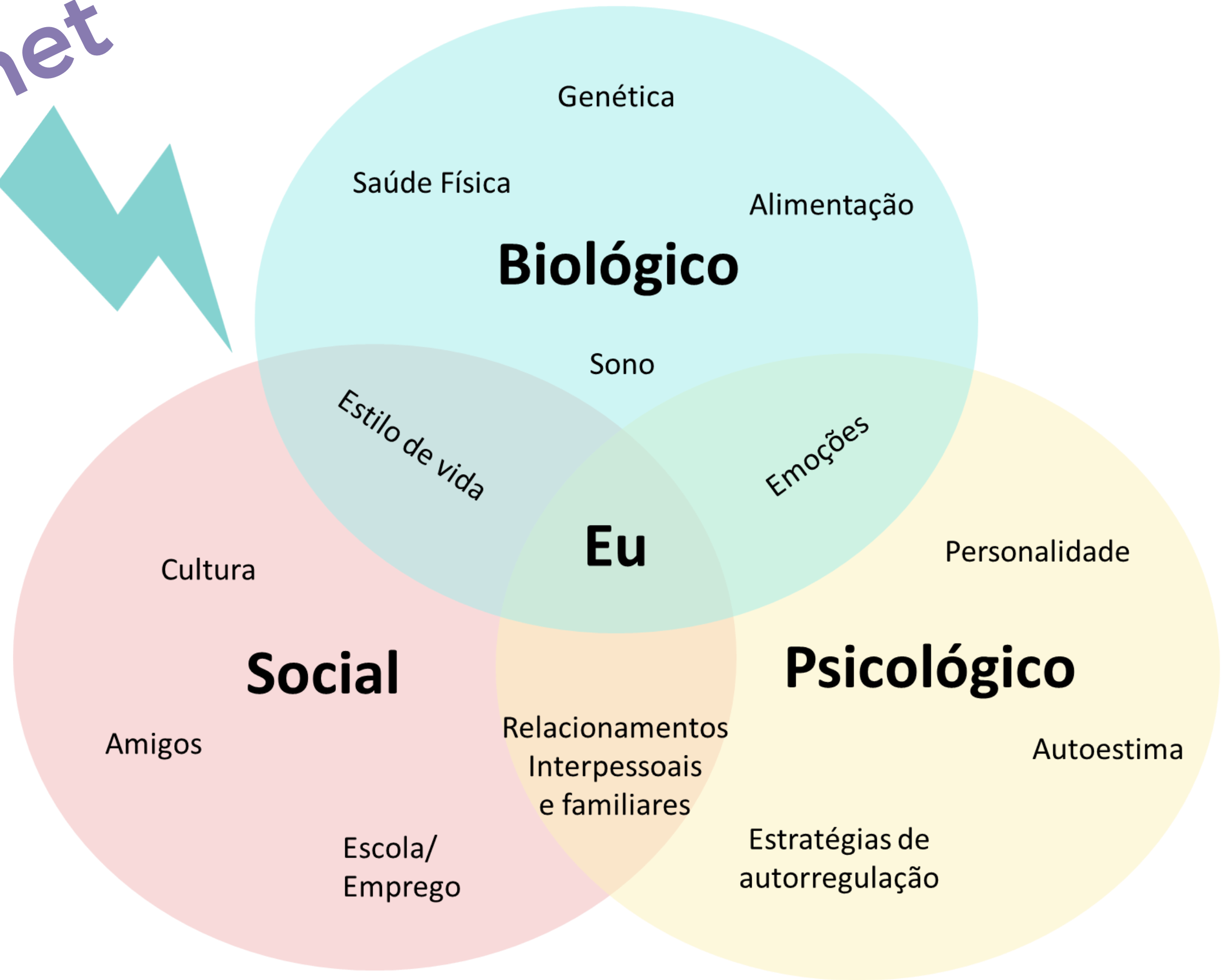
Nos relacionamentos, na família e com amigos a interagir,
A internet pode unir, mas também pode dividir.
Empatia e amor a cultivar, com respeito a comunicar
Fortalecendo laços, é o verdadeiro prazer de partilhar.

Assim, terminamos, Virtualmente Crescendo,
Com sabedoria, o mundo vamos vendo.
A internet, ferramenta a usar com zelo,
Com **consciência** e **responsabilidade**, é o nosso apelo!



Virtualmente
Crescendo

Internet



Questionário Final





Muito Obrigado!