



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

As Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na Prevenção de Distúrbios Alimentares no Adolescente, em Contexto Escolar

Rute Alexandra da Silva Simões

Orientação: Professor Doutor Lino Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



**POLITECNICO
SETUBAL**

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

As Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na Prevenção de Distúrbios Alimentares no Adolescente, em Contexto Escolar

Rute Alexandra da Silva Simões

Orientação: Professor Doutor Lino Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo(a) Diretor(a) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre:

Presidente: Ermelinda do Carmo Valente Caldeira (Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus)

Vogais: Maria José Carvalho Nogueira (Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus) - (Arguente)

Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos (Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde) (Orientador)

RESUMO

A saúde mental dos adolescentes tem vindo a constituir-se como uma das maiores preocupações da sociedade atual, tendo em conta as estatísticas que refletem uma maior incidência e prevalência de problemas de saúde mental nesta fase da vida. Paralelamente, os distúrbios alimentares têm também vindo a receber um maior destaque por parte dos profissionais de saúde e da própria comunidade.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica configura-se como um dos profissionais mais qualificados para empreender programas que configurem objetivos de prevenção destes problemas e de promoção da saúde nos adolescentes em diversos contextos, nomeadamente em ambiente escolar.

Neste relatório procuramos demonstrar que, fruto da realização do estágio final e da experiência adquirida no nosso contexto profissional e também pessoal, reunimos as competências exigidas para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e do título de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Palavras-chave: distúrbios alimentares; adolescentes; saúde escolar; enfermagem psiquiátrica, saúde mental.

ABSTRACT

The mental health of adolescents has increasingly become one of the major concerns of contemporary society, considering statistics that reflect a higher incidence and prevalence of mental health problems during this stage of life. Concurrently, eating disorders have also been receiving greater attention from health professionals and the community itself.

The specialized nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing is one of the most qualified professionals to implement programs that set objectives for the prevention of these issues and the promotion of health among adolescents in various contexts, particularly in school settings.

In this report, we aim to demonstrate that, as a result of the completion of the final internship and the experience gained in our professional and personal contexts, we have acquired the competencies required to obtain the master's degree in nursing and the title of specialist nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing.

Keywords: eatings disorders; adolescents; school health; psychiatric nursing and mental health.

*Alma Perdida
Onde foste tu parar
Perdida na infância
E agora difícil de encontrar*

*Onde está a criança
Cheia de sonhos e ilusões
Ela tornou-se adulta
Cheia de rituais e obsessões*

*Acha que fazem parte dela
E sem eles sentia-se perdida
Pois quando se sentia vazia
Eles deram-lhe mais sentido à vida*

*Tem uma grave anorexia
Difícil de desapegar
Uma baixa autoestima
E está sempre a auto-criticar*

*Agora quero viver uma vida
Deixar de comparar
Atingir os meus objetivos
E comer sem pensar.
(Poema de CN, 2023)*

AGRADECIMENTOS

Às pessoas que cuidou, que compartilharam comigo as suas histórias e me possibilitaram aprender e desenvolver o projeto. A vossa generosidade permitiu-me crescer pessoal e profissionalmente.

À enfermeira Natércia, que me acompanhou neste percurso de estágio final, agradeço pela disponibilidade, orientação na transmissão de conhecimentos e habilidades e, pelo tempo para juntas refletirmos. O seu exemplo é inspirador.

Ao professor Lino, por estar presente respeitando os meus tempos de evolução. É notável a sua capacidade de incentivar sem colocar pressão.

Aos meus amigos, pelos desabafos nos momentos de maior dificuldade. Com especial destaque, aos amigos e companheiros de profissão, que juntos ingressamos neste desafio, tornando este processo mais prazeroso. A partilha entre todos enriqueceu-me. A vocês, Sérgio, Sara e Pedro.

E, com as maiores palavras de apreço à minha família, ao meu pai, ao meu irmão, ao meu marido e à minha mãe, pela leveza que trouxeram a este desafio, pelo humor nas situações de maior angústia, pela aceitação e apoio nas minhas ausências. Se há alguém que acredita verdadeiramente em mim e faz questão de me transmitir, são vocês. Sou-vos eternamente grata.

À Francisca.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caraterização da Turma 1	46
Tabela 2 - Caraterização da Turma 2	47
Tabela 3 - Resultados do questionário de avaliação da turma 1, da sessão formativa no âmbito da alimentação saudável e distúrbios alimentares.	51
Tabela 4 - Resultados do questionário de avaliação da turma 1, da sessão formativa no âmbito da alimentação saudável e distúrbios alimentares.	51
Tabela 5 - Resultados do questionário de avaliação da turma 2, da sessão formativa no âmbito da alimentação saudável e distúrbios alimentares.	52
Tabela 6 - Resultados do questionário de avaliação da turma 2, da sessão formativa no âmbito da alimentação saudável e distúrbios alimentares.	52
Tabela 7- Resultados do questionário de avaliação da turma 1, da atividade 1.2. Autoestima.	55
Tabela 8 - Resultados do questionário de avaliação da turma 1, da atividade 1.2. Autoestima.	56
Tabela 9 - Resultados do questionário de avaliação da turma 2, da atividade 1.2. Autoestima.	56
Tabela 10 - Resultados do questionário de avaliação da turma 2, da atividade 1.2. Autoestima.	57
Tabela 11- Resultados do questionário de avaliação da turma 1, da atividade 1.3. Expressão das Emoções.	60
Tabela 12 - Resultados do questionário de avaliação da turma 1, da atividade 1.3. Expressão das Emoções.	60
Tabela 13 - Resultados do questionário de avaliação da turma 2, da atividade 1.3. Expressão das Emoções.	61
Tabela 14 - Resultados do questionário de avaliação da turma 2, da atividade 1.3. Expressão das Emoções.	61
Tabela 15 - Resultados do questionário de avaliação da turma 1, da atividade 1.4. Isolamento Social.	64
Tabela 16 - Resultados do questionário de avaliação da turma 1, da atividade 1.4. Isolamento Social.	65
Tabela 17 - Resultados do questionário de avaliação da turma 2, da atividade 1.4. Isolamento Social.	65

Tabela 18 - Resultados do questionário de avaliação da turma 2, da atividade 1.4. Isolamento Social.	66
Tabela 19 - Retirado de Santos, J., Erse, M., Façanha, J., Marques, L. & Simões, R.(2014). + Contigo: Promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde.	69
Tabela 20 - Resultados do questionário de avaliação da turma 1, da atividade 1.5. Comunicação – Resolução de problemas.	70
Tabela 21 - Resultados do questionário de avaliação da turma 1, da atividade 1.5. Comunicação – Resolução de problemas.	71
Tabela 22 - Resultados do questionário de avaliação da turma 2, da atividade 1.5. Comunicação – Resolução de problemas.	71
Tabela 23 - Resultados do questionário de avaliação da turma 2, da atividade 1.5. Comunicação – Resolução de problemas.	72
Tabela 24 - Resultados do questionário de avaliação da sessão formativa para profissionais de saúde no âmbito dos distúrbios alimentares.	74
Tabela 25 - Resultados do questionário de avaliação da sessão formativa para profissionais de saúde no âmbito dos distúrbios alimentares.	74

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Sistemas de Neuman.....	35
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
- APA – *American Psychiatric Association*
- CDE – Código Deontológico do Enfermeiro
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- DGS – Direção-Geral da Saúde
- DL – Decreto-Lei
- ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
- ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
- ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- ICN – *International Council of Nurses*
- IHME – *Institute for Health Metrics and Evaluation*
- IQF – Instituto para a Qualidade e Formação
- MSN – Modelo de Sistemas de Neuman
- NEDA – *National Eating Disorders Association*
- NEDC - *National Eating Disorders Collaboration*
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OECD – *Organisation for Economic Co-operation and Development*
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- p.e. – por exemplo
- PA – Perturbações Alimentares
- PES – Promoção e Educação para a Saúde
- PSP – Polícia de Segurança Pública
- sic – segundo informação colhida
- UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
- WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	11
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	14
2.1. SAÚDE MENTAL E DOENÇA MENTAL	14
2.2. PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE	18
2.3. CONTEXTO ESCOLAR	21
2.4. ADOLESCÊNCIA.....	23
2.5. DISTÚRBIOS ALIMENTARES.....	25
2.6. MODELO DE SISTEMAS DE NEUMAN	33
3. CARACTERIZAÇÃO LOCAL DE ESTÁGIO	39
4. METODOLOGIA PROJETO	43
4.1. ATIVIDADE 1.1. SESSÃO FORMATIVA NO ÂMBITO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E DISTÚRBIOS ALIMENTARES	49
4.2. ATIVIDADE 1.2. AUTOESTIMA.....	53
4.3. ATIVIDADE 1.3. EXPRESSÃO DAS EMOÇÕES.....	57
4.4. ATIVIDADE 1.4. ISOLAMENTO SOCIAL	61
4.5. ATIVIDADE 1.5. COMUNICAÇÃO – RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	66
4.6. ATIVIDADE 2.1 – SESSÃO FORMATIVA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ÂMBITO DOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES.....	72
4.7. ATIVIDADE 2.2 – SESSÃO FORMATIVA PARA CORPO DOCENTE NO ÂMBITO DOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES	75
5. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE E ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	76
5.1. COMPETÊNCIAS DE GRAU DE MESTRE.....	77
5.2. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	82
5.3. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	89
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97

1. INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho enquadra-se no âmbito da Unidade Curricular de Relatório de Estágio do 7º Mestrado em Enfermagem em associação entre o Instituto Politécnico de Setúbal, Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Beja, Instituto Politécnico de Portalegre e Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Este relatório constitui-se como a etapa final de um percurso iniciado no ano letivo de 2020/2021, com a componente letiva do Mestrado supracitado, e procura demonstrar que ao longo do nosso percurso profissional e académico, fomos adquirindo as diversas competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem e ao título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP).

A aquisição de competências especializadas em ESMP por parte do enfermeiro é um processo que pode ser empreendido através de diversas formas, nomeadamente, através da realização de estágios que nos permitam o contacto com a realidade assistencial. Neste sentido, e considerando o prévio processo de creditação de competências, que culminou no reconhecimento de algumas competências e nos dispensou de realizar o primeiro estágio, surgiu a necessidade de realizar o estágio final numa estrutura de cuidados em saúde mental na comunidade.

A temática deste relatório, intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na prevenção de distúrbios alimentares no adolescente, em contexto escolar surge, por um lado, fruto no nosso interesse pessoal e, por outro, considerando o importante papel que o enfermeiro especialista em ESMP pode desempenhar na prevenção deste problema em diversos contextos. Neste sentido, a escolha do nosso local de estágio foi direccionada para uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), onde procurámos implementar o nosso projeto, cujo objetivo principal residia no desenvolvimento das competências supracitadas.

O nosso projeto de estágio foi norteado por uma metodologia científica, sendo deste modo necessário, numa fase inicial, elaborarmos um diagnóstico de situação que serviu de base para o planeamento das diversas atividades que pretendemos levar a cabo no sentido de colmatarmos os diagnósticos elaborados previamente. O público-alvo foram os adolescentes, na medida em que a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2023) estima que, aproximadamente, 20% das crianças ou adolescentes do mundo apresentem uma condição mental antes de atingir os 18 anos, sendo a temática a trabalhar os distúrbios alimentares, uma vez que ocorrem durante a adolescência e a idade adulta jovem. Note-se ainda que a anorexia

nervosa tem maior mortalidade comparativamente com outra perturbação mental (WHO, 2023a).

Para a sua realização, recorreremos não só à nossa experiência profissional e ao nosso orientador de estágio, como também a alguns profissionais da escola onde implementámos o nosso projeto. Paralelamente, convocámos o Referencial de Educação para a Saúde, que reforça a importância de abordar esta temática no 3º ciclo do ensino básico e no ensino secundário e, também, aos referenciais nacionais que abordam a importância de estratégias preventivas da doença e promotoras da saúde.

Como objetivo geral deste relatório definimos: mostrar que reunimos os pressupostos exigidos para a obtenção quer do grau de Mestre em Enfermagem, quer do título de Enfermeiro Especialista em ESMP. Definimos também diversos objetivos específicos nomeadamente: aprofundar os nossos conhecimentos técnico científicos no âmbito dos distúrbios alimentares; apresentar a metodologia de projeto que serviu de base à realização do nosso estágio final; e refletir sobre a aquisição das diversas competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem e do título de Enfermeiro Especialista em ESMP.

Este relatório encontra-se dividido em cinco diferentes capítulos, que se complementam entre si. Neste sentido, após uma pequena introdução, expomos a necessidade que sentimos de aprofundar, do ponto de vista teórico, alguns domínios do conhecimento científico indispensáveis à elaboração do nosso projeto de estágio, bem como para o desenvolvimento de uma metodologia científica. Assim, procuraremos atualizar os nossos conhecimentos no que se refere aos conceitos de saúde mental, doença mental, prevenção da doença e promoção da saúde. Sentimos também necessidade de nos debruçarmos sobre as dinâmicas de cuidados de enfermagem existentes em contexto de saúde escolar, bem como aprofundar os nossos conhecimentos no que se refere à fase da adolescência e dos distúrbios alimentares. Nota ainda para a inclusão de um subcapítulo direcionado para o Modelo de Sistemas de Neuman, que serviu de referencial teórico para o desenvolvimento do nosso projeto de estágio.

Posteriormente, no terceiro capítulo, procuraremos efetuar uma caracterização do local onde foi realizado o estágio final para, no capítulo seguinte nos debruçarmos sobre as diversas fases da metodologia científica que foram aplicadas durante a realização do estágio final. Neste sentido, iremos analisar o nosso projeto de acordo o diagnóstico de necessidades realizado no início do estágio, bem como o planeamento e a execução das atividades que considerámos pertinentes desenvolver tendo por base os diagnósticos levantados. Iremos também realizar uma avaliação dessas mesmas atividades procurando perceber se os problemas identificados

puderam ser corrigidos. De seguida, iremos efetuar uma reflexão aprofundada no relativamente às competências que a sociedade nos exige, para que possamos obter o grau de Mestre em Enfermagem e o título de Enfermeiro Especialista em ESMP. E, por fim, apresentaremos as conclusões do nosso relatório.

De referir ainda que alguns dos apêndices presentes neste relatório, contribuem para uma compreensão cabal do trabalho desenvolvido, por razões de confidencialidade, irão ser retirados após a defesa pública deste trabalho de modo a preservar diversos conteúdos sobre os intervenientes neste processo.

O presente documento se encontra redigido de acordo com as Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos do Instituto Politécnico de Portalegre, propostas pela *American Psychological Association* (APA), na sua 7ª edição.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Ao longo deste capítulo vamos apresentar os conceitos e fundamentos teóricos que nos permitirão desenvolver o nosso trabalho de forma mais sustentada e baseada em evidências científicas. Iremos descrever os conceitos de saúde mental e de doença mental, assim como os conceitos de prevenção da doença e promoção da saúde, em seguida o conceito de adolescência e distúrbios alimentares, na medida em que foram importantes para o desenvolvimento do nosso projeto de estágio. Por último, falamos do modelo teórico de Enfermagem, o Modelo de Sistemas de Neuman se perfilava como o mais adequado, tendo em conta as características do nosso projeto de estágio e da nossa população.

2.1. Saúde Mental e Doença Mental

A OMS refere que não é possível intentar uma uniformização concetual da definição de saúde mental, pois é necessário considerar diversos fatores culturais, visões subjetivas e teorias. No entanto, assumimos que saúde mental é definida “não simplesmente como a ausência de doença ou enfermidade, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 2001, p. 30). Também Alves & Rodrigues (2010), nos referem que a saúde mental é mais do que apenas a ausência de perturbação mental, pois implica um completo bem-estar físico, psíquico e social, capacitando-nos a ter uma vida plena, nomeadamente a estabelecer relacionamentos, estudar, trabalhar, projetar objetivos, ter atividades de lazer, tomar decisões e escolhas diárias (WHO, 2012). A OMS acrescenta ainda que este bem-estar inclui a capacidade de lidar com as tensões diárias, reconhecer as próprias competências, aprender e trabalhar, contribuindo deste modo para o funcionamento da comunidade onde a pessoa se insere. A saúde mental é ainda vista como um direito fundamental, que contribui para o desenvolvimento pessoal e da própria comunidade, com repercussões de carácter económico em toda a sociedade. Refira-se igualmente que a forma como a saúde mental é experienciada difere de pessoa para pessoa, o que, paralelamente, interfere de forma decisiva nos desfechos sociais e clínicos experienciados aquando da existência de doença mental (WHO, 2022).

A doença mental resulta de uma série de fatores interligados entre si, como os fatores predisponentes (nomeadamente as experiências na infância e fatores hereditários), fatores precipitantes (como eventos marcantes na vida dos indivíduos, por exemplo, perda de familiares próximos, situações de desemprego, carência económica, entre outros) e fatores que dizem respeito ao contexto social e às experiências individuais (Lahtinen *et al*, 1999). Segundo os

mesmos autores, a saúde mental positiva é percecionada como a integração no meio envolvente de forma sólida e a saúde mental negativa, ou seja, a doença mental, encontra-se relacionada com as diversas patologias do foro mental e com as suas consequências.

Por sua vez, doença mental é determinada por alterações cognitivas, emocionais ou comportamentais, “incluída num conjunto de entidades clínicas categorizadas segundo os critérios de diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde” (Artigo n.º 2, Lei nº 35/2023, da AR, 2023).

A APA classifica a perturbação mental como uma disfunção dos processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento, relacionados com o funcionamento mental, reflexo de uma perturbação clinicamente considerável da cognição, do comportamento e/ou da regulação da emoção do indivíduo. Habitualmente, nas perturbações mentais, está associado um considerável mal-estar ou défice social, ocupacional ou noutras atividades importantes (APA, 2014).

As normas e valores culturais, sociais e familiares contribuem para a definição de perturbações mentais, na medida em que a cultura influencia a forma como uma experiência é interpretada, a expressão de sentimentos, sinais e comportamentos que são critérios de diagnóstico. Deste modo, aquando do diagnóstico de uma perturbação mental, dever-se-á considerar se as experiências, sintomas e comportamentos são diferentes das normas socioculturais e dificultam a adaptação em contextos específicos, sociais e familiares. Deve ainda considerar-se que os limiares de tolerância de determinados comportamentos e sintomas diferem entre culturas, ambientes sociais e familiares, uma vez que, também estes são díspares (APA, 2014).

Do ponto de vista estatístico estima-se que, a nível mundial, 13% das doenças correspondam a problemas de saúde mental (WHO, 2023). A realidade portuguesa refere que 22,9% dos fenómenos patológicos se referem a perturbações mentais, o que coloca Portugal como um dos países onde este indicador é mais elevado a nível europeu (Presidência do Conselho de Ministros, 2021). Refira-se ainda que na população portuguesa são as perturbações da ansiedade (16,5%), logo seguidas pelas perturbações do humor (7,9%), que apresentam maior prevalência no âmbito destas perturbações. Outro dado estatístico relevante refere que 51,4% da população portuguesa corre o risco de vir a desenvolver alguma perturbação do foro psiquiátrico durante a vida (até aos 75 anos de idade) (Conselho Nacional de Saúde [CNS], 2019).

Quando fazemos incidir as nossas pesquisas sobre os fenómenos de incapacidade e de dependência psicossocial, no panorama internacional, cinco das dez principais causas dizem

respeito a perturbações psiquiátricas (OMS, 2001; Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde & Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008). No que concerne à realidade nacional, a magnitude destes dados tem a sua correspondência quando observamos que cerca de 12% dos anos de vida perdidos ajustados à incapacidade correspondem a perturbações mentais e que 18% dos anos de vida vividos com incapacidade dizem também respeito a estas perturbações (CNS, 2019).

Quando nos debruçamos sobre a pirâmide etária da população constatamos que, a nível mundial, a população adolescente, entre os 10 e 19 anos, corresponde a cerca de 17% do total dos indivíduos. No caso português a população entre os 10 e 19 anos corresponde a 9,8% da população nacional (WHO, 2023b). Segundo o *Institute for Health Metrics and Evaluation Washington* (IHME) (2023), no ano de 2019, a nível mundial, a prevalência de perturbação mental dos 10-14 anos foi de 13,50% e dos 15-19 anos de 14,65%. Comparativamente com Portugal, segundo o IHME, a prevalência de perturbação mental foi superior em ambas as faixas etárias, sendo que dos 10-14 anos foi de 21,31% e dos 15-19 anos de 22,70%.

A WHO (2023), refere-nos que as perturbações mentais e comportamentais devem apresentar-se como foco de atenção das sociedades atuais, uma vez que se estima que aproximadamente 20% das crianças ou adolescentes do mundo apresentem uma condição mental antes de atingir os 18 anos. Paralelamente, é importante referir que a quarta principal causa de morte entre os jovens de 15-29 anos é o suicídio. A estes dados estatísticos acresce o sofrimento emocional, na sua maioria das vezes manifestado por alterações comportamentais tais como dificuldades de aprendizagem, atenção, instabilidade psicomotora, heteroagressividade e autoagressividade.

Para a compreensão destes dados estatísticos é essencial considerarmos que os determinantes da saúde mental e bem-estar são circunstâncias individuais, sociais e ambientais, que interagem dinamicamente e podem ameaçar ou proteger a saúde mental de um indivíduo. De referir também que existe uma maior vulnerabilidade a problemas de saúde mental em famílias com recursos económicos baixos; em pessoas com doenças crónicas; em grupos minoritários; considerando a existência de fatores ambientais (p.e. indivíduos expostos e/ou deslocados por conflitos ou guerra; acesso a bens e serviços básico deficitários) e de existência de fatores psicológicos e biológicos (competências emocionais, uso de substâncias e genética) (WHO, 2012; WHO, 2022).

Concomitantemente, acresce à pessoa com perturbação mental uma maior vulnerabilidade e um maior número de riscos, na medida em que há uma maior probabilidade

de mortalidade prematura e de desenvolvimento de deficiência; está mais exposta ao efeito do estigma, a uma baixa escolarização, exclusão social, desemprego, empobrecimento e maior tensão familiar e, por consequência, menor coesão familiar e a pertencer a estratos socioeconómicos mais baixos (Alves & Rodrigues, 2010; WHO, 2012). Deste modo, a pessoa com perturbação mental, integra um grupo vulnerável que precisa ser protegido com apoios sociais e financeiros (WHO, 2012).

Por outro lado, os fatores de proteção da saúde mental são ferramentas que auxiliam no fortalecimento da resiliência do indivíduo. Estes são compostos pelas habilidades pessoais, qualidades sociais e emocionais, assim como interações sociais adequadas, educação com qualidade, trabalho decente, segurança no local de residência, proximidade comunitária, entre outros (WHO, 2022).

Paralelamente à evolução dos conceitos de saúde mental e de doença mental, assistimos não só a um alargamento da relevância da prevenção e promoção da saúde mental, como à afirmação da importância da investigação para melhor conhecer os determinantes de saúde, de forma a implementar políticas em saúde com acesso universal e distribuição equitativa dos recursos, promovendo estilos de vida saudáveis e reduzindo os fatores de risco (WHO, 2012).

De acordo com a *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) (2018), a promoção da saúde mental deveria ser uma prioridade para todos os países, com medidas que combatam a solidão, incentivando a participação social e a construção de estruturas de apoio. Já no que se refere a uma política de integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários, esta é assumida apenas por 25% dos Estados Membros da OMS (CNS, 2019). Em Portugal, a nova lei de saúde mental, foca-se numa abordagem comunitária com os pilares no direito aos cuidados de saúde mental e no reforço da desinstitucionalização (Lei nº 35/2023, da AR, 2023).

Este paradigma assistencial assente em medidas que promovam a desinstitucionalização dos doentes ao mesmo tempo que reforça a importância concedida às equipas de saúde comunitárias não é novo em Portugal. Desde meados do século XIX que do ponto de vista legislativo se procura conceder maior relevância aos cuidados de saúde mental prestados na comunidade, todavia, o resultado prático não tem sido o esperado como demonstra a disparidade em termos orçamentais entre os recursos afetos aos cuidados na comunidade e aos cuidados hospitalares. No entanto, o plano de recuperação e resiliência tem inscrita uma verba significativa para o aumento do número de equipas de intervenção comunitário no âmbito dos

cuidados de saúde mental, o que pode significar um importante auxílio para a população que necessita de cuidados neste âmbito (Presidência do Conselho de Ministros, 2021).

Associado a esta filosofia de cuidados, que enfatiza a importância da comunidade no contexto assistencial, encontramos também uma relevância cada vez maior nos domínios da prevenção da doença e promoção da saúde, competências inerentes ao enfermeiro especialista, pelo que sentimos necessidade de explicitar estes conceitos.

2.2. Prevenção da Doença e Promoção da Saúde

Os cuidados de saúde primários caracterizam-se pelas suas intervenções focadas na saúde física, mental, social e bem-estar, de acordo com as preferências de saúde das pessoas, famílias e comunidades. Neste sentido, os cuidados prestados procuram ser integrais, desde a “promoção e prevenção, ao tratamento, reabilitação e cuidados paliativos” dos seus utentes (WHO, 2023c).

O conceito de promoção da saúde começa a ter importância em 1986, na Carta de Ottawa, documento este em que foi plasmada a importância da justiça social e equidade em saúde. Para tal, urgia a necessidade de um meio favorável para a população, com acesso ao conhecimento e oportunidades que possibilitassem opções saudáveis (Martins, 2005). Assim, a promoção da saúde é vista como uma estratégia educacional bem definida, que influencia as opções pessoais, considerando o meio envolvente, com propósito de melhorar os estilos de vida da população (Martins, 2005).

A promoção da saúde, enquanto estratégia, visa integrar todas as dimensões da vida individual, social e ambiental, valorizando os fatores que interferem de forma positiva na saúde, e procura desenvolver os diferentes setores de saúde, desde a saúde ocupacional, ambiental, alimentar, oral, entre outras (Martins, 2005). De acordo com Graça (1999), a promoção da saúde assenta no paradigma salutogénico, ou seja, na rede de fatores que influenciam de forma positiva a saúde, enquanto a prevenção da doença tem origem no paradigma patogénese, portanto, na causa da doença ou lesão. A *National Eating Disorders Association* (NEDA) refere a prevenção como qualquer tentativa que, de forma sistemática, procura mudar as circunstâncias que provocam, sustentam ou intensificam determinada doença (NEDA, 2024).

Durante o início do movimento da saúde mental comunitária, Gerald Caplan (1964), desenvolve o modelo de saúde pública com foco na prevenção primária, na prevenção secundária e na prevenção terciária (Townsend, 2011).

Na prevenção primária o objetivo é reduzir a incidência de perturbações mentais na população, com foco nas pessoas e no ambiente, compreende duas premissas: a) aumentar a capacidade do indivíduo, ajudando-o a gerir o *stress* de forma eficaz e b) identificar e diminuir os stressores (forças nocivas) no ambiente. Concomitantemente, a prevenção primária nas comunidades baseia-se em dois aspetos: a) reconhecimento de acontecimentos de vida stressantes que precipitem crises e afetem populações em risco e b) prevenir ou diminuir consequências, através da intervenção com essas populações de alto risco. A abordagem do enfermeiro na prevenção primária é focada em grupos de risco e no planeamento de programas educacionais, sendo que a intervenção poderá ser num local conveniente para o público-alvo, como por exemplo igrejas, escolas, centros comunitários, entre outros (Townsend, 2011).

Por sua vez, na prevenção secundária procura-se minimizar os sintomas iniciais da doença mental, intervindo para diminuir a prevalência e duração da mesma. Assim, a intervenção do enfermeiro deverá ser focada na identificação e reconhecimento precoce dos sintomas e início do tratamento eficaz ou encaminhamento da pessoa para tratamento (Townsend, 2011).

Por último, a prevenção terciária visa diminuir os efeitos residuais associados à doença mental grave e persistente, uma vez que esta, a longo prazo, resulta na perda de capacidades sociais e no aumento da dependência, procurando assim prevenir as complicações da doença e promover a reabilitação focando-se na obtenção do nível máximo de funcionamento individual. O enfermeiro deverá realizar intervenções direcionadas para a (re)aprendizagem de comportamentos socialmente adequados para que a pessoa alcance um papel satisfatório na comunidade. Estas intervenções poderão ser individuais ou em grupo, nos mais variados *settings*, desde o internamento, hospital de dia, residências para grupos ou casas de recuperação, abrigos, cuidados de saúde ao domicílio, lares e centros comunitários (Townsend, 2011).

No Plano Nacional de Saúde 2021-2030, a promoção da saúde é considerada uma importante linha de orientação estratégica, face às necessidades de saúde identificadas, nomeadamente a “promoção de saúde mental na população, ao longo do ciclo de vida” e “promoção da saúde em meio escolar” (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2021, p. 181); reforçando a necessidade de prevenção de perturbações emocionais e de comportamento na infância e adolescência (DGS, 2021).

De modo que seja possível uma intervenção ao nível da promoção da saúde e da prevenção da doença é necessário a aquisição de conhecimento sobre as causas de morte ou doença, bem como quais os fatores de risco (DGS, 2015) de modo que os profissionais possam atuar nos determinantes de saúde que, como foi referido anteriormente, interagem

dinamicamente e podem ameaçar ou proteger a saúde mental de um indivíduo. Note-se ainda que a reflexão e compreensão da relação de todos os fatores envolvidos é fundamental para que sejam adotadas estratégias de promoção da saúde (Macedo *et al*, 2012).

É importante referirmos que ao longo de todas as fases do ciclo de vida podem ocorrer exposições ao risco para a saúde mental. Tendo em conta as características do nosso projeto e da nossa população, fizemos incidir as nossas pesquisas na fase da adolescência considerando que é nesta fase de vida que a perturbação mental tem maior probabilidade de se manifestar (WHO, 2012) e que é a fase com potencial aumentado para a crise (Townsend, 2011). Os valores sociais e familiares, bem como os grupos de pares e o ambiente escolar podem intensificar ou proteger os indivíduos na sua exposição e vulnerabilidade a riscos e condições de saúde, como por exemplo, episódios depressivos, acidentes, uso de substâncias, distúrbios alimentares, infeções sexualmente transmissíveis, comportamentos autolesivos e suicídio (DGS, 2015).

As situações identificadas como fatores de risco na infância aplicam-se, também, na adolescência, como por exemplo, os conflitos familiares/violência ou *bullying*, assim como fenómenos de má integração no contexto escolar que poderão refletir-se no desenvolvimento de capacidades cognitivas e emocionais. A estas situações acrescem outros riscos como o uso de tabaco/álcool/drogas. Paralelamente, as crianças com problemas de comportamento ou expostas a conflitos têm maior tendência para o consumo de substâncias psicoativas. No mesmo sentido, estudos referem que o uso de substâncias na adolescência se relaciona com um baixo rendimento escolar, comportamento sexual mais arriscado e maior prevalência de comportamentos violentos (WHO, 2012).

De acordo com a OECD (2018), a promoção da saúde mental deveria ser uma prioridade para todos os países. Este paradigma é reforçado pelo CNS (2019) que menciona, nos objetivos do Plano de Ação em Saúde Mental 2013-2020, a necessidade de prestar serviços sociais e de saúde mental abrangentes, integrados e responsivos em contextos comunitários, assim como a importância de implementar estratégias de promoção e prevenção em saúde mental.

É responsabilidade do Estado promover a literacia em saúde, de modo a que as pessoas compreendam e acessem à melhor informação sobre a saúde (Base 12, Lei nº 95/2019, da AR, 2019). Este deve, ainda, promover a saúde e o desenvolvimento social da população (Art. 14, UNESCO, 2005). O Estado promove a melhoria da saúde mental das pessoas através de estratégias de promoção, prevenção e identificação das doenças mentais reforçando que as

pessoas com doença mental não podem ser “estigmatizadas ou negativamente discriminadas ou desrespeitadas em contexto de saúde” (Base 13, Lei nº 95/2019, da AR, 2019)

Segundo a WHO (2012), é necessário intervir na promoção e proteção da saúde mental, com respostas amplas, nomeadamente na identificação, de forma precoce e preventiva, dos problemas emocionais ou comportamentais, mormente na infância e adolescência; no desenvolvimento de condições de vida e trabalho que permita o desenvolvimento psicossocial e a autodeterminação; na interação entre grupos sociais de forma positiva; na proteção social para os pobres; nas políticas e campanhas antidiscriminação e promoção dos direitos de pessoas com perturbações mentais. As intervenções de promoção e prevenção em saúde mental procuram não só capacitar o indivíduo para a regulação emocional e melhorar as opções aos comportamentos de risco, como também na aquisição de competências de resiliência e promoção ambientes e redes sociais de apoio (WHO, 2023).

As intervenções de promoção e prevenção da saúde mental poderão ser delineadas para indivíduos, grupos específicos ou para a população em geral. A WHO (2022), reforça que a estratégia de promoção da saúde mental de crianças e adolescentes tem de ser priorizada. Neste sentido, um maior investimento em políticas e leis que protejam a saúde mental deve incidir sobretudo nos cuidadores, e na instituição de programas escolares, assim como na melhoria da qualidade da comunidade e do mundo online.

As competências no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, que fazem parte do conteúdo funcional do enfermeiro especialista, fazem deste grupo de profissionais um dos mais capacitados para desenvolverem intervenções específicas neste âmbito. Sendo estas intervenções possíveis de ser executadas em diversos contextos e grupos populacionais e tendo em conta o nosso projeto de estágio e as características do nosso local de estágio, considerámos relevante compreender as características específicas do ambiente escolar no qual é possível realizar diversas intervenções no contexto do programa de saúde escolar.

2.3. Contexto Escolar

A escola constitui-se como um local privilegiado para identificar e apoiar as crianças que estão com dificuldades emocionais, mas, também, para promover o bem-estar emocional e o desenvolvimento social e moral (WHO, 2021b). Deste modo, a escola poderá ser considerada como um espaço imperativo para a promoção e prevenção da saúde da comunidade educativa

e envolvente, procurando ser um ambiente seguro e saudável que incentive a adoção de hábitos mais saudáveis (WHO, 2021b; DGS, 2015).

No que se refere às experiências académicas, estas são importantes quer para o desenvolvimento intelectual, quer para o bem-estar psicológico das crianças, sendo claramente conhecida a estreita ligação entre a saúde emocional e o sucesso académico. Neste sentido, as escolas, ao preocuparem-se com a autoestima e bem-estar social dos seus alunos estão também a melhorar o desempenho escolar e a diminuir o abandono escolar (WHO, 2021).

O Programa Nacional de Saúde Escolar é norteado por uma série de objetivos, a saber: promoção e proteção da saúde em meio escolar, prevenindo e diminuindo os problemas de saúde e os comportamentos de risco em crianças e jovens; apoio e inclusão das crianças com necessidades de saúde e necessidades educativas especiais; estimulação de um ambiente escolar saudável e que transmita segurança; incentivo a estilos de vida saudáveis, enquanto fatores de proteção; cooperação no incremento dos princípios das escolas promotoras da saúde (DGS, 2015).

Em Portugal, as Escolas Promotoras da Saúde regulam-se pela equidade, sustentabilidade, participação democrática, educação inclusiva e *empowerment*, procurando promover a saúde nas escolas. Estas adotam a metodologia de trabalho por projeto, de acordo com o levantamento das necessidades e desenvolvem os processos de educação, contribuindo para o aumento da literacia em saúde e para adoção de estilos de vida mais saudáveis da comunidade educativa (DGS, 2015). Refira-se também que identificam a saúde mental e as competências socioemocionais enquanto elemento comum para a promoção e capacitação de estilos de vida saudáveis e prevenção de comportamentos de risco (DGS, 2015). Uma Escola Promotora da Saúde trabalha em conjunto com os parceiros locais, especialmente da Saúde e da Autarquia local e estimula a participação dos jovens (Direção-Geral da Educação & DGS, 2017).

A Promoção e Educação para a Saúde (PES) em contexto escolar procura criar ambientes facilitadores que permitam às crianças e jovens fazer opções individuais, conscientes e responsáveis e, assim, desenvolver uma atitude crítica para o exercício de uma cidadania ativa. Deste modo, a PES torna-se fundamental para o “desenvolvimento de cidadãos e sociedades saudáveis, sustentáveis e felizes” ((Direção-Geral da Educação & DGS, 2017, p. 6).

Sendo a educação uma ferramenta tão importante, a DGS em conjunto com a Direção-Geral da Educação (2017), desenvolveram o Referencial de Educação para a Saúde, onde foram identificados cinco temas globais com uma proposta de abordagem de PES, sendo eles: 1)

Saúde Mental e Prevenção da Violência (com os subtemas de identidade, pertença, comunicação, emoções, autonomia, interação, risco, proteção, violência, valores, resiliência); 2) Educação Alimentar; 3) Atividade Física; 4) Comportamentos Aditivos e Dependências e 5) Afetos e Educação para a Sexualidade (Direção-Geral da Educação & DGS, 2017).

Também a WHO (2021a) no *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030*, enfatiza a promoção e prevenção da saúde mental a nível escolar, bem como a identificação e intervenção precoce para adolescentes com problemas emocionais e comportamentais (incluindo distúrbios alimentares).

É ainda reconhecida a importância de, no 3º ciclo do Ensino Básico, se discutir de que forma o equilíbrio do organismo humano poderá ser afetado pelos três tipos de distúrbios alimentares (anorexia nervosa, bulimia nervosa e compulsão alimentar) e, no ensino secundário avaliar as consequências dos distúrbios alimentares (Direção-Geral da Educação & DGS, 2017).

Os programas de educação para a saúde, implementados no âmbito dos projetos de saúde escolar, são desenvolvidos com uma estreita colaboração entre as unidades de saúde existentes na comunidade e as instituições de ensino locais. Os enfermeiros especialistas em ESMP são frequentemente convocados para assumirem estas funções, na medida em que possuem diversas competências ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença. Para que estes profissionais possam desenvolver o seu trabalho, e indo ao encontro dos nossos objetivos de estágio, intentámos na clarificação do conceito de adolescência, na medida em que será junto desta população que iremos desenvolver as nossas competências.

2.4. Adolescência

De acordo com a WHO (2021b), a adolescência é a fase entre a infância e a idade adulta, dos 10 aos 19 anos, correspondendo a uma fase com mudanças significativas e tem início aquando da puberdade. Os adolescentes vivenciam um rápido desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial, que se torna impactante. Na procura de encontrarem o lugar junto dos pares, experienciam uma fase complexa em que há a intencionalidade de se separarem dos pais. Por consequente, vivenciam diferentes identidades de modo a perceberem onde melhor se integram com os outros e se sentem confortáveis consigo próprios (WHO, 2021b).

A WHO (2021b) descreve que, neste período do ciclo vital, o comportamento dos indivíduos deve caracterizar-se pelo estabelecimento de relações maduras com os outros; pela obtenção de um papel social; pela aceitação das alterações físicas do corpo; pela independência emocional em relação aos pais e outros adultos; pela escolha de uma carreira e preparação nesse sentido; pela formação baseada em valores, fundamentos éticos ou ideológicos que fundamentam a sua conduta e pelo facto de serem socialmente responsáveis.

Também Erickson se debruçou sobre esta temática e identificou a adolescência como contendo um potencial aumentado para a crise, uma vez que nela ocorre a transição para o jovem adulto e, de acordo com o autor, encontramos-nos no estágio de identidade *versus* confusão de papéis (Townsend, 2011). Este estágio desenvolve-se entre os 12 e os 20 anos e nesta fase o adolescente procura aumentar a sua independência ocorrendo, por vezes, a dificuldade por parte dos pais de ceder o controlo que tiveram durante a infância dos seus filhos. Apesar da procura pela independência, os jovens sentem a necessidade de saber que os pais estão presentes e disponíveis para apoiar (Townsend, 2011).

Na Teoria de Desenvolvimento Psicossocial de Erickson, cada estágio (num total de 8) tem determinadas tarefas que ao serem completadas com sucesso, resolvem a crise de desenvolvimento, dando lugar ao crescimento emocional e o desenvolvimento de estratégias de *coping* para realizar as tarefas de desenvolvimento dos estágios subsequentes. No estágio da adolescência, quando a tarefa é bem-sucedida, resulta num sentido de confiança, autoestima positiva, estabilidade emocional e a visão do próprio adolescente enquanto ser único. No sentido oposto surge a baixa autoestima, a dúvida e a confusão sobre o papel do indivíduo na vida e o medo de transitar para a vida adulta pelas responsabilidades associadas (Townsend, 2011).

Assim, procura-se que o adolescente assuma o compromisso pelo sistema de valores e que escolha uma carreira. No campo das relações interpessoais, o desenvolvimento da identidade consegue-se quando experienciam a independência de tomar decisões sobre a própria vida e, para isso, os pais deverão estar disponíveis devendo, gradualmente, diminuir o controlo sobre os seus filhos. No caso de não ser atingida a tarefa, tal poderá dever-se quando os adolescentes são incentivados a permanecer numa posição dependente ou quando a disciplina é demasiado autoritária, ausente ou inconsistente ou perante a falta de apoio dos pais (Townsend, 2011).

Considerando a importância que a família assume no desenvolvimento dos adolescentes, gostaríamos de fazer uma pequena abordagem aos estádios de desenvolvimento da família, de Carter e McGoldrick, com enfoque no Estádio 4 – A família com adolescentes. Os autores corroboram a grande turbulência e transição que ocorre no seio da família, quer para os pais que se aproximam da fase da meia-idade, quer para os adolescentes com as alterações biológicas, emocionais e socioculturais e, eventualmente, os avós que poderão necessitar de alguma assistência. Deste modo, enquanto enfermeiros, deveremos considerar que os pais poderão estar a lidar com os problemas de três gerações (Townsend, 2011).

Reforça-se, então, que é na fase da adolescência que são vivenciadas algumas questões relacionadas com a autoestima e imagem corporal, a interação com os pares (ambos os géneros), sexualidade e experimentação sexual, educação e escolha de uma possível carreira profissional, aprofundamento dos valores e ideais, abuso de substâncias e álcool. Assim, as intervenções de enfermagem ao nível da intervenção primária procuram fornecer apoio e informação adequada, de forma a minimizar a transição que estão a vivenciar (Townsend, 2011).

A adolescência é uma fase decisiva para a aquisição e desenvolvimento de hábitos sociais e emocionais para a saúde mental, como por exemplo, aquisição de hábitos de sono saudáveis, desenvolvimento de competências de *coping*, resolução de problemas e relacionamentos interpessoais, bem como a regulação de emoções. A família, a escola e a comunidade em geral poderão assumir-se como fatores protetores e de apoio (WHO, 2023).

Considerando a adolescência um momento único e formativo, e após uma profunda reflexão tendo em consideração os objetivos do nosso estágio, decidimos que o foco de intervenção na comunidade seria na prevenção dos distúrbios alimentares no adolescente em contexto escolar.

2.5. Distúrbios Alimentares

As perturbações alimentares (PA) são determinadas por uma perturbação constante na alimentação ou na ingestão, provocando a alteração no consumo ou absorção dos alimentos e, assim, provocar um défice considerável na saúde física ou no funcionamento psicossocial (APA, 2014).

Quando abordamos as PA incluímos a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e a ingestão alimentar compulsiva (Townsend, 2011). O Manual de Diagnóstico e Estatísticas das Perturbações Mentais (DSM-5) define o diagnóstico de anorexia nervosa com os seguintes

critérios: A) restrição do consumo de alimentos relativamente às necessidades, provocando um peso consideravelmente baixo para a idade, sexo, linha de desenvolvimento e saúde física; B) medo intenso em aumentar de peso ou comportamentos persistentes que influenciam o aumento de peso e, por último C) alteração da imagem corporal ou ausência de reconhecimento da seriedade do baixo peso (APA, 2014).

Podemos especificar a anorexia nervosa em tipo restritivo, onde a perda de peso é conseguida através de dieta, jejum e/ou atividade física em demasia ou em tipo ingestão compulsiva/purgativa se durante os últimos 3 meses a pessoa teve episódios de ingestão compulsiva ou hábitos purgativos recorrentes, sendo eles, o vómito, o uso abusivo de laxantes, diuréticos ou enemas (APA, 2014). Importa referir que no critério A devem ser consideradas não só as orientações numéricas (índice de massa corporal [IMC] no caso dos adultos e para crianças e adolescentes o percentil de IMC para a idade correspondente) mas, também, a trajetória de crescimento expectável, o desenvolvimento corporal da pessoa, a perda ponderal ou alguma alteração fisiológica (APA, 2014).

Na anorexia nervosa poderão manifestar-se alterações dos sinais vitais (hipotensão, hipotermia e bradicardia), alterações nas análises laboratoriais, amenorreia, queixas de obstipação, dor abdominal, intolerância ao frio, letargia e excesso de energia, lanugo, edemas periféricos, perda de densidade mineral óssea e ainda sintomas depressivos, como humor depressivo, irritabilidade, isolamento social, insónia e diminuição do interesse sexual. É também frequente depararmo-nos com características obsessivo-compulsivas como a necessidade de controlo face ao ambiente, rigidez de pensamento, diminuição da reatividade emocional e aumento da atividade física. Na anorexia nervosa tipo ingestão compulsiva/purgativa poderá, simultaneamente, manifestar-se uma hipertrofia das glândulas salivares, erosão do esmalte dentário, existindo ainda uma maior probabilidade de abuso de substâncias e álcool e comportamentos impulsivos (APA, 2014).

Na anorexia nervosa, a perda de peso é sentida como “uma extraordinária autodisciplina, enquanto o aumento de peso é sentido como um falhanço inaceitável do autocontrolo” (APA, 2014, p. 407).

Para Phaneuf & Grondin (2000), a anorexia nervosa é considerada a “perda de apetite e peso, repugnância dos alimentos, fraqueza, vertigens, desmaios, magreza, distorção da imagem de si mesma, sensação de inchaço, períodos de apetite incontroláveis, vômitos provocados, abuso de laxantes, deficiência alimentar” (Phaneuf & Grondin, 2000, p. 77).

“Uma vivência distorcida leva a comportamentos extremos para se atingir um “corpo ideal”, que afinal é sempre inatingível. A anorexia exige uma entrega total e nada dá em troca. É uma doença mediatizada que vai de encontro à imagem actual do “sucesso”. Mas o doloroso sofrimento que acarreta e o número crescente de jovens que atinge leva a que se repensem constantemente, atitudes e gestos” (Casanova *et al.*, 2009, p. 133).

Neste seguimento, Casanova *et al* (2009), descreveu os seguintes sinais de alarme para a anorexia nervosa: perda de peso ponderal ou considerável perda de peso, sem causa médica aparente; défice do desenvolvimento pubertário; amenorreia no sexo feminino e perda de ereção no sexo masculino; restrição dos alimentos ingeridos e serem maioritariamente magros ou de baixo valor calórico. Durante a refeição ocorrem frequentemente comportamentos ritualizados, múltiplas justificações para não comer ou para o fazer isoladamente, omissão da fome e uso de distrações para a mesma (p.e. pastilhas elásticas, bebidas *light*); esconder comida ou não terminar a refeição; distorção da imagem corporal e atitude extremamente crítica; instabilidade emocional e fraca interação social; ingestão de grandes quantidades de comida de forma compulsiva; vômito ou odor de vômito; prática de atividade física em excesso e recorrer a laxantes ou diurético.

De acordo com o DSM-5, a bulimia nervosa apresenta os seguintes critérios de diagnóstico: A) episódios frequentes de ingestão alimentar compulsiva por um determinado período de tempo curto (em regra, inferior a 2 horas), ingestão de uma quantidade de alimentos que é consideravelmente superior à que a maioria das pessoas ingeria em circunstâncias semelhantes ou durante o episódio de ingestão compulsiva a notória sensação de perda de controlo; B) de forma a impedir o ganho ponderal, compensar com um comportamento inadequado, como por exemplo, indução de vômito, uso incorreto de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejum ou atividade física em excesso; C) a frequência dos comportamentos anteriormente mencionados ocorre, pelo menos, uma vez por semana, durante 3 meses; D) o peso e a forma corporal influenciam a autoavaliação e a autoestima (APA, 2014).

Os mecanismos compensatórios inapropriados permitem determinar o nível de gravidade da bulimia nervosa, no entanto, este nível poderá ser aumentado com vista a contemplar outros sintomas ou o grau de incapacidade funcional. A gravidade é ligeira, moderada, grave ou extrema, se em média os episódios compensatórios por semana forem de 1 a 3; 4 a 7; 8 a 13; e 14 ou mais episódios, respetivamente (APA, 2014). Os fatores precipitantes da ingestão alimentar compulsiva incluem, habitualmente, a afetividade negativa,

acontecimentos interpessoais stressantes, restrição alimentar, o tédio e sentimentos negativos relacionados com o peso e corpo (APA, 2014).

Nos indivíduos com bulimia nervosa habitualmente o peso é normal ou ligeiramente acima do padrão normal ($IMC \geq 18$ e < 30 nos adultos) e ocorrem frequentemente irregularidades menstruais. Do ponto de vista analítico ocorrem frequentemente alterações hidroelectrolíticas em consequência dos comportamentos purgativos. Nota ainda para a possibilidade de ocorrer uma dependência de laxantes quando o uso foi abusivo; surgirem sintomas gastrointestinais e, por vezes, varizes esofágicas, rutura gástrica e arritmias cardíacas (APA, 2014).

Por sua vez, a perturbação da ingestão alimentar compulsiva é semelhante à bulimia nervosa mas difere nos critérios de diagnóstico na medida em que não ocorrem comportamentos compensatórios inapropriados e que aos episódios de ingestão alimentar compulsiva acresce 3 (ou mais) sintomas, sendo eles: comer mais rápido que o habitual, ingestão de grandes quantidades de comida até se sentir desagradavelmente cheio, sentimentos de vergonha que o levam a comer sozinho, sentimentos de culpa ou tristeza depois da ingestão compulsiva. A determinação do nível de gravidade é semelhante à da bulimia nervosa e as pessoas com perturbação da ingestão alimentar compulsiva habitualmente têm peso normal/excesso de peso ou são obesos (APA, 2014).

No que diz respeito aos fatores de risco e prognóstico dos distúrbios alimentares, refira-se que muitas vezes um acontecimento de vida stressante marca o início destas perturbações. A etiologia dos distúrbios alimentares é multifatorial, podendo ser de ordem psicológica, de desenvolvimento, biológica e/ou sociocultural (Momeñe *et al.*, 2022). Townsend (2011), acrescenta-se que, apesar de se traduzirem na comida, as causas dos distúrbios alimentares estão relacionadas, frequentemente, com fatores psicológicos e emocionais. Paralelamente encontramos causas relacionadas com: fatores genéticos, uma vez que, se considera haver uma ligação hereditária; fatores biológicos – considerando uma alteração química no cérebro, envolvendo os neurotransmissores serotonina e norepinefrina; dinâmicas familiares – os comportamentos alimentares desadaptativos poderão estar relacionados com problemas de controlo e poder no seio familiar, ou seja, pais exigentes que esperam perfeccionismo do filho e este procura alcançá-lo para ter o amor e afeição dos pais. Deste modo, a pessoa com distúrbio alimentar identifica nos padrões comportamentais desadaptativos uma forma de ganhar e manter o controlo (Townsend, 2011).

Townsend (2011), menciona ainda que os distúrbios alimentares podem estar relacionados com distúrbios da interação entre mãe e filho, sobretudo quando, através da alimentação, a mãe dá resposta às necessidades físicas e emocionais da criança, sem que ela possa manifestar o seu desejo, assim, o filho faz uma associação da alimentação ao significado de controlo.

Por sua vez, a APA (2014) define como fatores de risco e de prognóstico, para a anorexia nervosa, os seguintes: fatores temperamentais – pessoas com perturbações de ansiedade ou traços obsessivos na infância; fatores ambientais – culturas que valorizam a magreza e profissões associadas a esses padrões, nomeadamente a moda e desporto de alta competição; e fatores genéticos e fisiológicos – maior probabilidade para pessoas com antecedentes pessoais, em primeiro grau, de pessoas com perturbações alimentares.

Para a bulimia nervosa, os fatores de risco e de prognóstico poderão ser classificados por: fatores temperamentais – baixa autoestima, sintomas depressivos, perturbação de ansiedade social ou excesso de ansiedade na infância; fatores ambientais – culturas que apreciam a magreza aumentam o risco de desenvolver preocupações com o corpo e, pessoas vítimas de abuso sexual ou físico na infância; fatores genéticos e fisiológicos – o risco de desenvolver bulimia nervosa aumenta em situações de obesidade infantil e maturação pubertária precoce; e fatores modificadores de evolução – a gravidade da co-morbilidade psiquiátrica (APA, 2014).

Por último, na perturbação da ingestão alimentar compulsiva são conhecidos como fatores de risco e prognóstico as causas genéticas e fisiológicas – podem ocorrer em famílias, o que pode indicar influências genéticas adicionais (APA, 2014).

No que se refere ao tratamento destas perturbações, aquando do internamento da pessoa com distúrbio do comportamento alimentar, a abordagem cognitivo-comportamental é uma estratégia a utilizar na medida em que apresenta elevada eficácia. Assumindo uma função didática, procura-se aumentar os conhecimentos sobre a doença das pessoas com distúrbios alimentares (Raich, 2001). Apesar de, frequentemente, algumas pessoas negarem o problema de comportamento alimentar, no decorrer da relação terapêutica, iniciam um processo de tomada de consciência e modificação de comportamentos (Crisp, 1980).

Townsend (2011) reitera a informação anterior mencionada, reforçando que, no tratamento da pessoa com distúrbio alimentar, recorre-se à terapia cognitiva-comportamental, psicoterapia interpessoal e terapia familiar em associação com medicação. Em contexto de

internamento, procura-se que a pessoa com anorexia modifique o comportamento desadaptativo e, simultaneamente, aumente de peso.

Por último, e não menos importante, durante este processo terapêutico, é fundamental o apoio e a participação dos pais, para que ocorra uma reestruturação da dinâmica familiar, identificando e resolvendo problemas existentes (Raich, 2001). Casanova *et al* (2009), defendem a terapia familiar enquanto método com resultados mais eficazes para crianças e jovens.

No que diz respeito à incidência dos distúrbios alimentares, como a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, ocorre sobretudo durante a adolescência e a idade adulta jovem (Matos, 2002). A anorexia e bulimia nervosas raramente têm início antes da adolescência ou após os 40 anos, sendo que o pico da incidência da bulimia nervosa ocorre no final da adolescência e início da idade adulta (APA, 2014). Na adolescência, os hábitos alimentares e os estilos de vida, em articulação com outros fatores, podem prejudicar ou beneficiar a saúde podendo desencadear distúrbios alimentares (Matos, 2002). É nesta fase que ocorrem determinadas mudanças que conduzem à maturidade, no entanto, caso surjam obstáculos, estes podem influenciar uma vida adulta saudável, nomeadamente na construção da autoestima e da saúde mental. Na base desta maturidade, está a interligação da autoestima com a sociabilidade, particularmente a integração em grupos sociais, a necessidade de reconhecimento e o apoio familiar (Oliveira & António, 2006).

A anorexia nervosa tem maior mortalidade comparativamente com outra perturbação mental e pode levar à morte prematura por complicações médicas ou ao suicídio (WHO, 2023a). Townsend (2011) refere que, para a anorexia nervosa, a taxa bruta de mortalidade corresponde a 5% por década. A nível mundial, os distúrbios alimentares, na faixa etária dos 10-14 anos é de 0,11% (a bulimia nervosa ocupa 0,06% e a anorexia nervosa 0,05%) e dos 15-19 anos de 0,33% (a bulimia nervosa corresponde a 0,19% e a anorexia nervosa a 0,14%). Em Portugal, ocupam uma maior percentagem: dos 10-14 anos é de 0,31% (bulimia nervosa 0,20% e a anorexia nervosa 0,11%) e dos 15-19 anos é de 0,86% (bulimia nervosa 0,54% e anorexia nervosa 0,32%) (IHME, 2023). A relação mulher/homem é de 10:1, sensivelmente (APA, 2014).

Apesar dos dados obtidos, é difícil calcular o número real de pessoas com distúrbios alimentares, na medida em que menos de metade recorre aos cuidados de saúde (Enright & Ibrahim, 2010). Estes dados são justificados pela APA (2014), que afirma que a pessoa com anorexia nervosa não tem consciência da gravidade ou, se tiver, nega. Assim, as baixas

percentagens de diagnóstico e intervenção precoce podem resultar em complicações significativas da saúde mental e física, tornando-se imperativo a implementação de iniciativas de prevenção e intervenção precoce (Koreshe *et al.*, 2023).

No capítulo da prevenção dos distúrbios alimentares, a NEDA (2024) refere a prevenção como qualquer tentativa que, de forma sistemática, procura mudar as circunstâncias que provocam, sustentam ou intensificam determinada doença. As intervenções de prevenção e tratamento devem abordar as questões físicas, emocionais e sociais que despoaram o distúrbio alimentar.

Os programas de prevenção variam de acordo com o tamanho do grupo e o público-alvo, mas compartilham objetivos comuns, nomeadamente melhorar a saúde geral, a nutrição e o bem-estar psicológico, como a autoestima e imagem corporal positiva, e melhorar a literacia mediática (NEDA, 2024 & National Eating Disorders Collaboration [NEDC], 2024). Assim, de acordo com os objetivos, métodos e público, os programas são definidos em termos de prevenção universal, seletiva ou indicada/direcionada:

a) Prevenção universal – intervenções direcionadas a todas as pessoas de uma população, com intenção de intervir em grandes grupos (p.e. comunidades locais, escolares), com diferentes graus de risco, assintomáticas (NEDA, 2024; NEDC, 2024). Habitualmente, os fatores de risco associados a este tipo de prevenção são as alterações associadas à adolescência, desejo de aceitação pelos pares e expectativas académicas (NEDC, 2024);

b) Prevenção seletiva – conjunto de sessões que visa prevenir os distúrbios alimentares em pessoas que ainda não têm sintomas, mas estão em risco devido a fatores biológicos, psicológicos ou socioculturais (p.e. mulheres, atletas) (NEDA, 2024; NEDC, 2024). Os objetivos desta intervenção passam por promoção de atitudes saudáveis e equilibradas em relação à alimentação e ao corpo; aumento da autoestima, reduzindo a importância dada ao corpo e ao peso; psicoeducação sobre alimentação equilibrada e atividade física (NEDC, 2024);

c) Prevenção indicada/direcionada – o público-alvo ainda não tem um distúrbio alimentar, mas já apresenta alguns sintomas leves ou fatores de risco claros (p.e. insatisfação corporal acentuada) (NEDA, 2024). A intervenção adotada nesta fase tem como objetivo diminuir ou reduzir os sinais e sintomas existentes (NEDC, 2024).

Os programas de prevenção assumem grande utilidade na medida em que podem alterar conhecimentos, atitudes ou comportamentos relacionados com os distúrbios alimentares. É conhecido que as intervenções preventivas têm diminuído o desenvolvimento de problemas de

cariz alimentar, sendo que os autores fazem crítica, referindo que é necessário aumentar a investigação nesta temática (NEDA, 2024).

O *National Research Council and Institute of Medicine* (2009), aborda a importância da prevenção de distúrbios alimentares, referindo-se a uma metanálise com 53 ensaios clínicos aleatorizados focados na temática supracitada, onde conclui que as intervenções preventivas universais apresentam menor efeito e que os programas que estimulam a participação apresentam melhores resultados, assim como programas mais longos quando comparados com programas de sessão única. Ainda, os programas tornar-se-iam mais eficazes se o público-alvo tivesse idade superior a 15 anos.

Koreshe *et al.* (2023) referem evidências nos programas de prevenção focados em diminuir os fatores de risco, promover o reconhecimento dos sintomas e incentivar o pedido de ajuda. Na revisão efetuada pelos autores, estes identificaram 96 estudos que apresentaram programas de prevenção e, assim, foram categorizados por: a) prevenção baseada em dissonância cognitiva; b) programas relacionados com os fatores de risco; c) prevenção baseada em literacia mediática; d) prevenção baseada em *mindfulness*; e e) outros programas preventivos.

A prevenção baseada em programas de dissonância cognitiva atuou em fatores de risco como a dieta, idealização da magreza, insatisfação corporal e afetos negativos e foram abordados conteúdos sobre alimentação e nutrição saudável, aspetos socioculturais associados a ideais de beleza, aceitação e satisfação corporal (Koreshe *et al.*, 2023).

Por sua vez, os programas relacionados com os fatores de risco, na prevenção universal, têm altas taxas de aceitação. Os programas estão direcionados para trabalhar a insatisfação corporal, a baixa autoestima, diminuir os comportamentos alimentares desadaptativos, emoções negativas e conflitos interpessoais (Koreshe *et al.*, 2023).

Os programas preventivos baseados na literacia mediática procuram analisar de forma crítica o conteúdo mediático para educar e capacitar a pessoa a identificar e analisar mensagens estereotipadas divulgadas nos meios de comunicação (Koreshe *et al.*, 2023).

Os programas de prevenção baseados em *mindfulness* procuram focar a atenção da pessoa para o momento presente e, ao mesmo tempo, reconhecer e aceitar os pensamentos, sentimentos e sensações corporais (Koreshe *et al.*, 2023).

Complementando, a NEDC (2024) aborda que os programas de prevenção eficazes procuram utilizar uma abordagem de promoção da saúde, focada na autoestima, imagem corporal positiva e um equilíbrio entre a alimentação e exercício físico; utilizar abordagens interativas; estimular o desenvolvimento de práticas sociais e relacionais para desenvolver a

rede de apoio; trabalhar fatores de proteção como autoestima alta e estratégias de *coping*; permitir tempo entre as sessões que promova a reflexão e incluir um acompanhamento a longo prazo.

2.6. Modelo de Sistemas de Neuman

Betty Neuman, enfermeira e professora, na Universidade de Los Angeles, desenvolveu a sua carreira profissional nas áreas de ESMP e Enfermagem de Saúde Pública, áreas essas que influenciaram o desenvolvimento do Modelo de Sistemas de Neuman (MSN), através da sua experiência da prática clínica bem como do conhecimento adquirido nas diversas disciplinas. O MSN baseia-se na teoria geral dos sistemas e compreende o homem enquanto ser holístico, dinâmico, em interação, num sistema aberto, com o meio ambiente, também este dinâmico (Horta, 2005).

Neuman, para o desenvolvimento do MSN, recorreu à filosofia Marxista e de Chardin, que considera que o todo influencia a consciência e as propriedades das partes (Lawson, 2022). Fazendo um parêntesis, podemos compreender que as intervenções realizadas em estágio procuraram trabalhar o todo (o grupo de estudantes) e, assim, empoderar e influenciar a parte integrante (indivíduos).

A teórica baseia-se na teoria de Gestalt, que perceciona a forma como o organismo se comporta no ambiente em que está inserido. A saúde é vista como o equilíbrio existente sob as mais variadas condições resultantes da homeostasia entre o organismo e o ambiente. Esta adaptação é dinâmica e contínua, na procura da satisfação das mais variadas necessidades, que podem afetar o equilíbrio ou estabilidade do organismo. Este processo de equilíbrio e desequilíbrio é constante, resultante da organização do homem em interação com o ambiente. A doença surge então quando não ocorre a adaptação e este processo de estabilização não acontece por um período alargado e, em último caso, surgir a morte, perante a incapacidade de compensar a doença (Lawson, 2022).

Neunam baseou-se também nas teorias defendidas por Selye, que abordam o conceito de stress como impulsionador do processo de readaptação, uma vez que este surge como uma resposta do organismo perante qualquer exigência feita, independentemente da sua natureza. Deste modo, o stress é o resultado de estímulos, positivos ou negativos, que desencadearam tensão, os stressores (Lawson, 2022).

Refira-se ainda que o modelo concetual de Caplan, focado na prevenção primária, secundária e terciária e na promoção da saúde, inspirou Neuman na conceção do MSN, relacionando-os com a Enfermagem (Horta, 2005). Assim, na procura de reforçar a linha normal de defesa e, conseqüentemente, minimizar a possibilidade da ocorrência de um stressor negativo, surge a prevenção primária com o propósito de proteção do organismo. Aquando contacto com um stressor, recorre-se às prevenções secundária e terciária. A prevenção secundária tem como objetivo reforçar as linhas internas de resistência, quando ocorre um diagnóstico inicial e tratamento eficaz dos sintomas, diminuindo o efeito ou possível efeito dos stressores. Por sua vez, a prevenção terciária procura restabelecer o bem-estar do organismo após tratamento, amenizando as consequências residuais provocados pelos stressores (Lawson, 2022).

Para Neuman, a Enfermagem é considerada uma profissão de intervenção maioritariamente preventiva e que deve observar a pessoa, enquanto cliente/sistema de cliente, ou seja, indivíduo, família, grupo ou comunidade, na sua totalidade, a qual nos remete para o conceito de holismo. Deste modo, é da preocupação do Modelo a definição de ações de Enfermagem adequadas às prováveis reações do sistema cliente-cliente e dos possíveis stressores (Lawson, 2022).

O MSN é visto como um sistema aberto, onde o seu todo completo se mantém coeso através das inter-relações. Neste sistema existe uma troca dinâmica de energia, que aproxima ou afasta a estabilidade e regulação. O ambiente é composto por forças ou fatores internos e externos que, na interação com o cliente, o influenciam ou são influenciadas por ele, num sistema aberto, sendo afetados negativa ou positivamente um pelo outro (Lawson, 2022). Essas forças são identificadas por Neuman como stressores e, que com sinais ou sintomas identificáveis, de reações possíveis ou reais, podem ser diminuídas através de intervenções precoces pertinentes (Aylward, 2010).

A procura do Modelo de Sistemas, enquanto sistema aberto, de abordar uma ampla gama de preocupações de Enfermagem, através de um foco unificador, resultante da interação do sistema de cliente com o ambiente é enaltecida pela teórica (Aylward, 2010). Neuman descreve alguns conceitos *major* no MSN, que iremos de seguida abordar para melhor compreensão deste modelo assim como determinadas premissas que, no seu conjunto, nos permitem um melhor entendimento deste modelo teórico, que se encontram explanadas na figura seguinte.

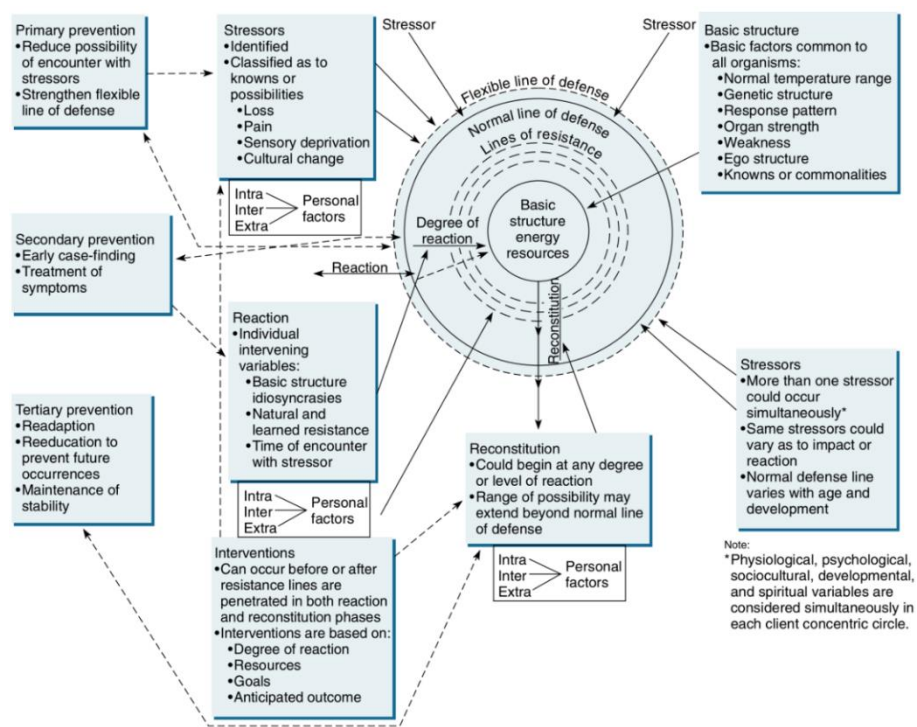


Figura 1 - Modelo de Sistemas de Neuman

Fonte: Lawson, T. (2022). Betty Neuman: Systems Model. In Alligood, M. (Ed.). *Nursing theorists and their work* (10th edition, pp. 231-246). Elsevier.

O conceito de pessoa é exposto pela autora como cliente ou sistema de cliente e, como referido anteriormente, poderá ser um indivíduo, famílias, grupos, comunidades ou questões sociais. Este cliente-sistema de cliente é um sistema aberto e dinâmico, com um fluxo ininterrupto de entradas e saídas, bem como processos e *feedback* em permanente interação com o ambiente. Note-se ainda que a estrutura básica de recursos energéticos se encontra envolvida pela linha de defesa flexível, linha normal de defesa e pelas linhas de resistência. (Aylward, 2010; Lawson, 2022).

O ambiente, também mencionado anteriormente, influencia e interage com o cliente e, simultaneamente, é influenciado pelo mesmo e contém as forças, internas e externas, que envolvem o cliente, num sistema aberto. Os stressores, intimamente ligados a este conceito, são forças ambientais que, em interação com o sistema, podem, consequentemente, alterar a sua estabilidade (Lawson, 2022). São reconhecidos três ambientes significativos: o interno ou intrapessoal, refere-se às interações no espectro do cliente; o externo, subdividido em inter ou extrapessoal, refere-se às interações fora do cliente; e, por último, o ambiente criado, desenvolvido de forma inconsciente, que apoia o *coping* protetor do cliente (Aylward, 2010; Lawson, 2022).

Foram identificados pela autora cinco variáveis, enquanto stressores, que podem ocorrer em simultâneo, sendo elas: fatores fisiológicos (funcionamento orgânico, estrutura e função do corpo), fatores psicológicos (processos mentais, emocionais e relações), fatores socioculturais (atividades sociais e culturais combinadas, relações e expectativas), fatores espirituais (influência de crenças espirituais) e fatores de desenvolvimento (ciclo de vida) (Aylward, 2010; Lawson, 2022).

No que diz respeito à linha de defesa flexível, a linha mais afastada da estrutura básica, este tem como objetivo a prevenção da entrada dos stressores no cliente-sistema cliente e de proteção da linha normal de defesa, atuando como um escudo protetor. Neste sentido, quanto maior o afastamento entre estas duas linhas, mais protegido o cliente-sistema cliente estará. Um ou vários stressores podem afetar a eficácia deste sistema de proteção, na medida em que condições a curto prazo ou estados de emergência podem provocar alterações repentinas na linha de defesa flexível. A relação do cliente com as variáveis descritas anteriormente (fisiológica, psicológica, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento) influenciará a capacidade do mesmo em mobilizar a linha de defesa flexível perante um stressor (Aylward, 2010; Lawson, 2022).

Adotando a abordagem do exterior para o interior, segue-se a linha normal de defesa, que espelha o estado de bem-estar do cliente, podendo ampliar ou contrair ao longo do tempo, uma vez que é uma linha dinâmica. Esta linha representa as respostas consistentes que o cliente desenvolveu ao longo da vida e que visa dar estabilidade ao sistema e ao próprio. Reforça-se que é necessário realizar uma avaliação do cliente-sistema de cliente, com o propósito de identificar o nível de bem-estar e, assim, reconhecer uma mudança no mesmo (Aylward, 2010; Lawson, 2022).

Seguem-se as linhas de resistência, representadas pelos fatores de recurso ou fatores protetores (internos e externos), que são ativadas após a invasão de stressores na linha normal de defesa. Após esta invasão, ocorre um determinado grau de reação. A reconstituição do sistema e o regresso da estabilidade ocorre quando as linhas de resistência são eficazes, uma vez que existe a anulação dos stressores ou diminuição de sinais/sintomas. Após este momento, o nível de bem-estar poderá ser maior ou menor do que o inicial. No sentido inverso, quando as linhas de resistência não têm sucesso, ocorre a doença e, em última instância, a morte (Aylward, 2010; Lawson, 2022).

Neuman refere ainda que a estrutura básica ou núcleo central contém os fatores básicos comuns a todos os organismos, nomeadamente a estrutura genética, a regulação da temperatura, o padrão de resposta, a estrutura do ego. É o constituinte mais interno do sistema e revela os recursos de energia e fatores de sobrevivência do cliente (Aylward, 2010; Lawson, 2022).

O MSN é visto como um processo dinâmico, considerado como um modelo do bem-estar. Neste sentido, a saúde surge associada à satisfação das necessidades e é no processo contínuo que vai desde o bem-estar à doença, através da procura pelo equilíbrio e estabilidade do sistema que se pode obter o melhor estado de bem-estar possível. Portanto, a saúde é percecionada em diversos níveis, aumentando e diminuindo no decorrer da vida. Quanto mais energia é produzida e armazenada, maior o nível de bem-estar; no processo inverso, a doença ou a morte surge quando o gasto de energia é superior ao disponível e não ocorre a satisfação das necessidades do sistema. Estas mudanças são o resultado da adaptação do cliente, positiva ou negativamente, em resposta aos stressores do ambiente (Aylward, 2010).

Neuman considera também que a Enfermagem, enquanto disciplina, deve ver a pessoa como um todo – a abordagem holística – considerando todas as variáveis que influenciam o cliente-sistema de cliente no seu ambiente. A procura por garantir a estabilidade do cliente-sistema de cliente poderá passar pela avaliação das possíveis ou reais consequências dos stressores e pela intervenção do cliente na readaptação necessária para o melhor bem-estar possível (Aylward, 2010; Lawson, 2022).

Com o propósito de alcançar o que foi referido anteriormente, são realizadas as ações de Enfermagem, ou seja, intervenções de prevenção que procuram manter e alcançar a saúde ou melhorar o bem-estar. Neuman categorizou as ações de Enfermagem em prevenção primária, secundária e terciária, que podem ser planeadas e aplicadas concomitantemente (Aylward, 2010; Lawson, 2022).

As ações de Enfermagem que promovam a saúde e o bem-estar e estabilidade do cliente, considerando a prevenção do stress e diminuição dos fatores de risco são tidas como as intervenções de prevenção primária. Podem ter início a qualquer momento, desde a suspeita ou identificação de um stressor e antes que uma reação tenha começado, ou seja, procura minimizar a possibilidade de um confronto com um stressor, reforçando a linha de defesa flexível e, consequentemente, protegendo a linha normal de defesa. Considerando a intervenção significativa de promoção da saúde, os enfermeiros deveriam abordar esta intervenção em simultâneo com as prevenções secundária e terciária quando existem problemas reais (Aylward, 2010; Lawson, 2022).

A prevenção secundária é a intervenção para tratar sintomas perante a existência de uma reação a um stressor e visa a minimizar o grau de reação e reforçar as linhas de resistência de modo a proteger a estrutura básica. Os enfermeiros recorrerem aos recursos internos e externos do cliente tendo como objetivo a estabilização do sistema e conservação de energia (Aylward, 2010; Lawson, 2022).

As ações de Enfermagem que se encetam a qualquer ponto da reconstituição do cliente e visam a promoção da readaptação e reeducação, bem como a manutenção da estabilidade são consideradas de prevenção terciária. Estas procuram manter o melhor nível de bem-estar através do fortalecimento de forças existentes e da preservação da energia, procurando ser um processo cíclico em direção à prevenção primária (Aylward, 2010; Lawson, 2022).

O processo de intervenção por parte dos enfermeiros é realizado em colaboração com o cliente ao determinar metas relevantes. Quando existe um diagnóstico de Enfermagem adequado e objetivos delineados, segue-se o planeamento e implementação de intervenções (Aylward, 2010). De ressaltar que as intervenções têm resultados esperados específicos, considerando os três modos de prevenção. Por fim, é necessário realizar uma avaliação para compreender se os resultados foram ou não atingidos ou se é necessário reformular resultados ou objetivos (Lawson, 2022).

Durante o processo de manter a estabilidade do sistema, Neuman considera que a ligação entre cliente, ambiente, saúde e Enfermagem é da responsabilidade dos enfermeiros (Aylward, 2010).

3. CARACTERIZAÇÃO LOCAL DE ESTÁGIO

O nosso estágio final foi desenvolvido numa estrutura comunitária, cujas valências incluíam a prestação de cuidados no âmbito da ESMP. Importa referir que no início deste percurso procurámos que a nossa experiência profissional prévia fosse reconhecida, o que nos permitiu o reconhecimento, validação e certificação de competências e, assim, a equivalência ao primeiro estágio, previsto no plano de estudos do nosso Mestrado em Enfermagem na área da especialização em ESMP.

O nosso percurso profissional foi iniciado em 2015 e, desde então prestamos cuidados de Enfermagem no Internamento de Psiquiatria de um Hospital Central, a doentes em fase de agudização de doença mental, procurando abranger o cliente enquanto ser holístico. Neste sentido, prestamos cuidados desde o acolhimento do cliente e respetivas pessoas de referência; elaboração do plano de cuidados individual e personalizado, promovendo a autonomia e autodeterminação; execução das intervenções de enfermagem planeadas; gestão de tempo e recursos; articulação com a equipa multidisciplinar (equipa médica; assistente operacional; assistente social; terapeuta ocupacional); realização de atividades terapêuticas, com objetivos previamente delineados; estabelecimento da relação de ajuda com os utentes, desenvolvendo estratégias de comunicação; realização da avaliação das intervenções, considerando os resultados esperados com a implementação das intervenções e reformulá-las de acordo com os resultados obtidos.

Este relatório procurar espelhar, na sua maioria, o estágio que realizámos no segundo ano, contudo, temos que mencionar que está alicerçado na experiência profissional, uma vez que prestamos cuidados a doentes com distúrbios alimentares em contexto de internamento, na sua grande maioria com anorexia nervosa, mas, também, bulimia nervosa e, desta experiência surge o interesse pessoal e profissional em aprofundarmos conhecimentos e intervir na prevenção dos distúrbios alimentares, nos adolescentes, em contexto de saúde escolar.

Após a nossa escolha da temática que iríamos desenvolver no nosso projeto de estágio, e considerando que o mesmo tinha de ser realizado em contexto comunitário, seleccionámos um local de estágio que nos permitisse desenvolver as competências que nos são exigidas para a obtenção do grau de Mestre e do título de Enfermeiro Especialista em ESMP.

O estágio iniciou-se em setembro de 2023 e terminou em janeiro do ano seguinte. O local de estágio foi numa UCC, que durante o estágio viu a sua transição de pertencer a um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e

Vale do Tejo para Unidade Local de Saúde (ULS). Segundo o Decreto-Lei (DL) n.º 102/2023, a criação de novas ULS, previstas no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, através da anexação dos hospitais e centros hospitalares com os ACES, objetivam “a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares, o reforço dos cuidados primários na resposta de proximidade e continuidade na assistência em saúde e aposta na promoção da saúde” (Presidência de Conselho de Ministros, 2023, p. 5).

De acordo com o artigo 38º, do DL n.º. 52/2022, alínea 5 “As UCC são unidades de cuidados de saúde e apoio psicológico e social, com autonomia funcional e técnica e com intervenção de âmbito domiciliário e comunitário, junto das pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência, atuando na educação para a saúde, na integração de redes de apoio á família e na implementação de unidades móveis de intervenção”. As equipas multidisciplinares das UCC são constituídas por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais. Note-se ainda que a participação na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é possível através da UCC (Presidência do Conselho de Ministros, 2022).

A UCC do local de estágio tem como área de influência duas freguesias com uma área geográfica de 4,78km² e 4,66km², que totaliza 9,44km². Segundo os censos de 2021, abrange uma população de 35111 habitantes, que, do ponto de vista etário, se encontra distribuída da seguinte forma: 0-14anos: 5071 habitantes; 15-24 anos: 3665; 25-64 anos: 18808 e ≥ 65anos: 7567 (INE, 2023).

No que diz respeito aos recursos humanos afetos a esta UCC, expomos que esta dispõe de nove enfermeiros (3 enfermeiros habilitados com a Especialidade em Enfermagem de Reabilitação; 2 enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária; 2 enfermeiros com Especialidade em ESMP; 1 enfermeiro detém a Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e, por fim, 1 enfermeiro com a Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica); 1 assistente técnico; 3 psicólogos; 1 médico; 1 assistente social e 1 fisioterapeuta. Nesta UCC foram criados diversos projetos com o propósito de abranger todas as fases do ciclo de vida, sendo eles: saúde reprodutiva, da gravidez até ao nascimento; saúde infantil e juvenil com acompanhamento das crianças e jovens após o nascimento; saúde escolar, com o projeto de crescer saudável na escola desde o jardim-de-infância até ao secundário; saúde do adulto e idoso; saúde em movimento (unidade móvel saúde); saúde mental na comunidade; apoio ao cuidador informal; reabilitação e fisioterapia; apoio aos profissionais dos parceiros com o projeto formar para cuidar; Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI); Equipa

Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP); participação na Equipa Local de Intervenção Precoce; participação no Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco; Participação no Núcleo Local de Inserção Social; Participação na Equipa de Prevenção da Violência em Adultos e, um projeto dedicado ao cuidar dos elementos da UCC.

Tivemos o privilégio de realizar o estágio no local mencionado, onde as oportunidades de aprendizagem foram as mais diversas, uma vez que nos foi permitido integrar, assistir e/ou intervir nas atividades já programadas. Participámos nas visitas domiciliárias em contexto de ECCI, ECSCP e Saúde Mental, com a possibilidade de realizar ao longo do estágio visitas domiciliárias aos utentes que integram estas equipas, o que nos permitiu estabelecer a relação de ajuda e promover a partilha de sentimentos e emoções. O privilégio que nos foi dado por estas pessoas ao abrirem a porta de sua casa e nos permitirem ocupar o seu espaço pessoal, foi de uma grande generosidade.

Foi-nos possível participar nas reuniões comunitárias de pedopsiquiatria, o que nos possibilitou assistir à discussão e partilha de casos clínicos, estratégias de intervenção e encaminhamento aos recursos existentes. Estas reuniões multidisciplinares são constituídas por: psicólogos clínicos do hospital de referência e da comunidade, psicólogos educacionais e professores de diversas escolas da área, enfermeiros das UCC da área de referência do hospital.

Referência ainda para a participação nos dois dias de ciclo de Conferências do ACES em questão, num Workshop de Autocuidado e numa formação intitulada de “*What’s Up – Tu decides*”, que nos permitiu enriquecer e adquirir conhecimentos.

Colaborámos ativamente num projeto de intervenção comunitária relacionado com a saúde mental, em parceria com a Câmara Municipal, num grupo-alvo identificado. De acordo com as necessidades levantadas por esse grupo-alvo, foi planeada a realização de uma intervenção integrada, intersectorial e multidisciplinar, que visou contribuir para hábitos de vida saudável, bem como facultar ferramentas que permitam obter recursos de capacitação e desenvolvimento pessoal e profissional do público-alvo. Uma das atividades em que participámos consistiu num passeio a uma vila distante, onde foram realizadas diversas atividades no âmbito da psicoeducação.

Em conjunto com os parceiros Polícia de Segurança Pública (PSP), estivemos presentes em três sessões escolares, com a temática do *Bullying*. Uma sessão a uma turma de 5º ano; a segunda sessão a uma turma de 7º ano e a terceira sessão a uma turma de 10º ano.

Decidimos abraçar a oportunidade de sermos o palestrante de uma formação creditada, aos profissionais da comunidade educativa, que identificaram quais as suas necessidades

formativas. Esta formação foi realizada em duas datas distintas para possibilitar abranger o maior número de profissionais. A temática abordada foi: “Atuação em Crises de Ansiedade e de Pânico”.

Continuando nas ações formativas, foi realizada uma formação sobre “Saúde Mental e Prevenção do *Burnout*” aos profissionais de um jardim de infância. A temática desta formação foi também identificada pelo público-alvo.

As atividades anteriormente mencionadas contribuíram, com elevado significado, para aquisição de capacidades e competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista em ESMP, temática esta que será fruto de maior reflexão no quinto capítulo.

4. METODOLOGIA PROJETO

O principal objetivo da metodologia de projeto centra-se na resolução de problemas e execução de projetos e, paralelamente, na aquisição de competências e capacidades pessoais, procurando ser uma estreita ligação entre a teoria e a prática. Esta metodologia baseia-se em cinco etapas: (1) diagnóstico de situação; (2) definição dos objetivos; (3) planeamento; (4) execução e avaliação e (5) divulgação dos resultados (relatório) (Ruivo *et al*, 2010).

O diagnóstico de situação é considerado a primeira etapa da metodologia de projeto, e pressupõe uma análise global das necessidades da população. A sua importância reside na necessidade de ter em conta que os esforços deverão ser concentrados e os recursos existentes aproveitados, fomentando o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde e a equipa multidisciplinar, promovendo a capacidade, autonomia e motivação da população. Nesta etapa, ocorre a identificação dos problemas e posterior determinação das necessidades, consolidando a análise do contexto social, económico e cultural, bem como as potencialidades e os mecanismos de mudança existentes no local onde o problema está inserido (Ruivo *et al*, 2010).

Na definição de objetivos podem ser considerados objetivos de diferentes níveis, que podem ir do objetivo geral aos mais específicos, e calculam os resultados que se pretende atingir.

Na fase do planeamento é considerado o esboço do projeto, onde se realiza o levantamento dos recursos e das condicionantes, são definidas as atividades a desenvolver, quais os métodos e técnicas de pesquisa e, também, o cronograma da implementação do projeto.

Por sua vez, a fase da execução procura colocar em prática o que foi projetado até então. É a fase mais frutífera, sendo esperado um interesse constante e, quanto maior o interesse, maior a motivação para o processo de “pesquisa, experimentação, descoberta e, por conseguinte, a potencialização das diferentes competências” (Ruivo *et al*, 2010, p. 24 citando Nogueira, 2005).

Na fase seguinte, a avaliação de um projeto pode ter vários momentos, nomeadamente a avaliação intermédia/depuração realizada concomitantemente com a execução do projeto e a avaliação final do projeto. Pode recorrer-se a diversos instrumentos de avaliação desde a observação; aos questionários que podem ter diversos formatos, com respostas mais ou menos abertas; a entrevistas e as escalas de avaliação (Ruivo *et al*, 2010).

Por último, a divulgação dos resultados torna-se um elemento-chave, na medida em que é permitido o acesso ao conhecimento obtido com o projeto. Nesta fase deverá constar a

informação significativa, incluído os aspetos desfavoráveis e os pressupostos não confirmados, bem como as limitações do estudo (Ruivo *et al.*, 2010).

O trabalho de projeto é considerado uma metodologia porque aplica um conjunto de procedimentos e técnicas que estudam algum assunto social, com foco na investigação, análise e resolução de problemas e onde é possível os intervenientes conseguirem prever, orientar e preparar qual o melhor caminho (Ruivo *et al.*, 2010).

As características que são tidas como fundamentais na metodologia de projeto são: a) atividade intencional, ou seja, prevê um objetivo, formulado e aplicado pelos autores do projeto, que está relacionado com o produto final, refletindo o trabalho elaborado; b) iniciativa e autonomia dos autores do projeto, tornando-se responsáveis pelas escolhas ao longo de diversas fases do mesmo; c) autenticidade no problema apresentado; d) complexidade e incerteza, na medida em que as tarefas são complexas e planeadas e, por último, e) prolongado e faseado, decorrendo num período de tempo e com as sucessivas fases apresentadas anteriormente (Ruivo *et al.*, 2010).

Deste modo, a metodologia de projeto de forma sistemática, controlada e participativa (incluindo a população-alvo, envolvida de forma ativa), assume-se como uma metodologia reflexiva, suportada pela investigação, contribuindo para a resolução de problemas previamente definidos através de intervenções práticas (Ruivo *et al.*, 2010).

Durante o nosso estágio final tivemos a oportunidade de desenvolver o nosso projeto de estágio tendo em consideração a metodologia previamente referida, procurando deste modo conferir às nossas intervenções o carácter científico que a Enfermagem exige.

Neste sentido, numa fase inicial do estágio, para o diagnóstico de situação foi então identificado um primeiro problema, considerando o enquadramento conceptual e as necessidades pessoais e, posteriormente, realizado o levantamento de necessidades, junto do nosso enfermeiro orientador, profissionais da escola onde atuámos, recorrendo ainda à nossa experiência profissional, tal como previsto por Ruivo *et al.* (2010).

Deste modo efetuamos o levantamento de dois diagnósticos de situação distintos: disponibilidade para conhecimento atual, da comunidade adolescente, na escola; e défice de conhecimento sobre a doença (comportamento alimentar), dos profissionais, na escola e na unidade cuidados de saúde (International Council of Nurses [ICN], 2010).

Para a realização deste projeto de intervenção definimos como objetivo geral: prevenir os distúrbios alimentares nos adolescentes da comunidade educativa e diminuir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos estudantes e, como objetivos específicos,

identificar as necessidades e recursos da comunidade adolescente; planejar e implementar intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas em grupo; estabelecer relação de ajuda com os intervenientes; e trabalhar em parceria com os prestadores de cuidados.

Perante estes diagnósticos, e seguindo a metodologia de projeto, foram delineadas uma série de atividades previstas a serem desenvolvidas ao longo do estágio final e cuja avaliação decorreu numa fase posterior. As atividades a desenvolver relativamente ao primeiro diagnóstico de situação levantado, foram: atividade 1.1. Sessão formativa no âmbito da alimentação saudável e distúrbios alimentares, aos adolescentes; atividade 1.2 – Autoestima; atividade 1.3 – Expressão de emoções; atividade 1.4 – Isolamento Social; atividade 1.5 – Comunicação – Resolução de conflitos. Para o segundo diagnóstico de situação pretendíamos realizar as seguintes atividades: atividade 2.1 – Sessão formativa para profissionais de saúde no âmbito dos distúrbios alimentares; e atividade 2.2 – Sessão formativa para corpo docente no âmbito dos distúrbios alimentares.

Como resultados, procurámos obter uma melhoria na articulação dos cuidados entre a UCC e a comunidade escolar e conhecimento sobre o processo de doença (distúrbios alimentares), dos profissionais, melhorado (ICN, 2010). O processo de avaliação foi realizado ao longo das intervenções através da observação (do contexto, dos intervenientes e da atividade) e de inquéritos por questionário para avaliação de participação, optando por ser o mesmo questionário em todas as atividades realizadas para responder ao primeiro diagnóstico levantado (Instituto para a Qualidade e Formação [IQF], 2016).

De seguida, iremos explicar as atividades realizadas e, em cada atividade, abordar as fases da metodologia de projeto.

Foram realizadas atividades com objetivo terapêutico a duas turmas, que passamos a caracterizar de acordo com o MSN que orientou a nossa intervenção. De agora em diante, denominadas de “Turma 1” e “Turma 2”.

Iniciamos pela Turma 1:

Fatores Fisiológicos	▪ Sexo: 16 sexo masculino e 6 sexo feminino; ▪ 100% dos alunos são independentes nas atividades de vida diária; ▪ 21 adolescentes consideram-se saudáveis; 1 adolescente refere como antecedente asma; ▪ Referente à alimentação: 50% menciona que, na grande maioria dos dias, toma o pequeno-almoço em casa, optando por escolhas mais saudáveis; 50% refere que opta por ingerir o pequeno-almoço na escola, preferindo bolos; ▪ Relativamente à prática de exercício físico: 100% dos alunos cumpre aula de educação física e 1 aluno vai ao ginásio, diariamente; ▪ No que concerne a hábitos de consumos: 10 alunos têm hábitos tabágicos e 4 estudantes referem hábitos alcoólicos socialmente.
Fatores Psicológicos	▪ Pouco motivados para a escola, apesar de, na sua grande maioria, terem interesse na área do curso profissional.
Fatores de Desenvolvimento	▪ Adolescência; ▪ Idade: [15-19]. Média = 17. Moda = 16.
Fatores Socioculturais	▪ 2º ano de curso técnico profissional; ▪ 2 alunos são do distrito de Setúbal; 18 do distrito de Lisboa e 2 do distrito de Santarém; ▪ 4 alunos integram a equipa de futebol; ▪ 2 alunos participam no grupo de forcados; ▪ 4 alunos são trabalhadores-estudantes; ▪ 54% dos alunos refere facilidade para construção de relações significativas, identificando grupo de pares; 2 alunos referem não ter amigos.
Fatores Espirituais	▪ 1 aluno frequenta semanalmente a igreja católica.

Tabela 1 - Caracterização da Turma 1

Turma 2:	
Fatores Fisiológicos	▪ Sexo: 5 sexo masculino e 11 sexo feminino; ▪ 100% dos alunos são independentes nas atividades de vida diária; ▪ A totalidade dos alunos consideram-se saudáveis, não referindo antecedentes pessoais de saúde; ▪ Referente à alimentação: 75% refere que, maioritariamente, toma o pequeno-almoço em casa, optando por escolhas mais saudáveis, inclusive, uma aluna referiu que: “Quando a minha mãe tem tempo, faz-me ovos mexidos” (sic); 25% menciona que opta por ingerir o pequeno-almoço na escola, dando preferência a alimentos menos saudáveis; ▪ Relativamente à prática de exercício físico: 100% dos alunos cumpre aula de educação física; ▪ No que concerne a hábitos de consumos: 3 alunos têm hábitos tabágicos e 1 estudante referiu hábitos alcoólicos socialmente.
Fatores Psicológicos	▪ Pouco motivados para a escola, apesar da totalidade terem interesse na área do curso profissional. Demostram bastante entusiasmo para as aulas práticas.
Fatores de Desenvolvimento	▪ Adolescência; ▪ Idade: [16-20]. Média = 17. Moda = 17.
Fatores Socioculturais	▪ 2º ano de curso técnico profissional relacionado com cavalos; ▪ 1 aluno é do distrito de Setúbal; 11 do distrito de Lisboa e 4 do distrito de Santarém; ▪ 1 alunos integra a equipa de <i>horseball</i>; ▪ 2 alunos participam na equipa de futsal; ▪ 62% dos alunos coincidem as atividades letivas com atividade laboral (uma aula referiu “quem quer ter cavalos, tem que trabalhar” (sic)); ▪ 80% dos alunos refere facilidade para construção de relações significativas, identificando grupo de pares; 1 estudante refere não ter amigos (“Não tenho nada de bom, ninguém gosta de mim” (sic)).
Fatores Espirituais	▪ Sem informação.

Tabela 2 - Caraterização da Turma 2

Segundo a informação partilhada no capítulo 2 – Enquadramento conceptual, abordámos que os programas de prevenção compartilham objetivos comuns, sendo eles a promoção da saúde, a nutrição e o bem-estar psicológico, nomeadamente a autoestima e imagem corporal positiva (NEDA, 2024; NEDC, 2024). Neste sentido, para a nossa intervenção, optámos por um programa de prevenção universal, que se caracteriza por intervenções direcionadas a todas as pessoas de uma população, com intenção de intervir em grandes grupos (especificando a comunidade escolar), com diferentes graus de risco, assintomáticas (NEDA, 2024; NEDC, 2024). Habitualmente, os fatores de risco associados a este tipo de prevenção são as alterações associadas à adolescência, desejo de aceitação pelos pares e expectativas académicas (NEDC, 2024).

Ainda de acordo com a meta-análise realizada pelo *National Research Council and Institute of Medicine* (2009), tal como referimos no capítulo 2 – Enquadramento conceptual, apesar das intervenções universais apresentarem menores resultados, os programas que estimulam a participação demonstram melhores resultados, assim como programas mais longos quando comparados com programas de sessão única. Acresce que os programas tornar-se-iam mais eficazes se o público-alvo tivesse mais de 15 anos.

Os programas de prevenção poderiam atuar em fatores de risco como a dieta, idealização da magreza, insatisfação corporal e afetos negativos e, ainda, abordar conteúdos sobre alimentação e nutrição saudável, aspetos socioculturais associados a ideais de beleza, aceitação e satisfação corporal (Koreshe *et al.*, 2023). Os autores referem também que os programas relacionados com os fatores de risco, na prevenção universal, têm altas taxas de aceitação. Os programas estão direcionados para trabalhar a insatisfação corporal, a baixa autoestima, diminuir os comportamentos alimentares desadaptativos, emoções negativas e conflitos interpessoais (Koreshe *et al.*, 2023).

Complementando, a NEDC (2024) aborda que os programas de prevenção eficazes procuram utilizar uma abordagem de promoção da saúde, focada na autoestima, imagem corporal positiva e um equilíbrio entre a alimentação e exercício físico; utiliza abordagens interativas; estimula o desenvolvimento de práticas sociais e relacionais para desenvolver a rede de apoio; trabalhar fatores de proteção como autoestima alta e estratégias de *coping*; permitir tempo entre as sessões que promova a reflexão; e incluir um acompanhamento a longo prazo.

Deste modo, e perante a informação mencionada, aliámos à nossa intervenção o MSN, realizando intervenções que procuram trabalhar o todo (o grupo de estudantes) e, assim, empoderar e influenciar a parte integrante (indivíduos), através de intervenções de prevenção

primária, que promovam a saúde, o bem-estar e a estabilidade, diminuindo os fatores de risco, na procura de minimizar a possibilidade de um confronto com um stressor, reforçando a linha de defesa flexível e, consequentemente, protegendo a linha normal de defesa, aliado a uma abordagem holística (Aylward, 2010; Lawson, 2022).

Assim, a nossa intervenção alicerçou-se na prevenção primária, considerando um programa de prevenção universal, o qual se iniciou por uma sessão formativa referente à alimentação saudável e distúrbios alimentares. De seguida, realizámos atividades com objetivos terapêuticos relacionadas com a autoestima, expressão de emoções, isolamento social e, por último, comunicação-resolução de conflitos. Refira-se também que procurámos obter os melhores resultados possíveis e, para isso, e de acordo com a informação anterior, no total foram realizadas cinco sessões com cada turma (todos os elementos da turma tinham idade superior a 15 anos), espaçadas entre si, de modo a promover a reflexão de todos os participantes.

4.1. Atividade 1.1. Sessão formativa no âmbito da Alimentação Saudável e Distúrbios Alimentares

O nosso ponto de partida com o sistema de cliente, foi com uma sessão formativa no âmbito da alimentação saudável e distúrbios alimentares. Planeámos a nossa sessão com os seguintes objetivos: promover a interação entre o grupo; fomentar a promoção de hábitos saudáveis; aumentar o conhecimento sobre alimentação saudável e distúrbios alimentares. Prevemos a totalidade de oitenta minutos, sendo que a distribuição de tempo se efetuou da seguinte forma: 20' para apresentação dos estudantes, 40' para apresentação da temática, 10' para dúvidas e reflexão e 10' para avaliação da atividade.

O local da formação seria na sala de aula, com recurso ao computador e projetor.

A formação iniciou-se pela apresentação dos estudantes, que foi realizada de forma dinâmica. Dentro de um saco colocámos as seguintes palavras: partilha, convívio, pequeno-almoço, azeite, água, macronutrientes, micronutrientes, saudável, gorduras, amigos, família, tristeza, ansiedade, isolamento, emoções, autoestima, pedir ajuda, partilha, saúde, doença. Convidámos cada participante a retirar uma palavra e, após dizer o seu nome e idade, teria de relacionar a palavra com o título da temática “alimentação saudável e distúrbios alimentares”.

Na formação abordámos a roda dos alimentos de acordo com a informação recolhida na DGS, seguindo-se os macro e micronutrientes e as principais funções dos mesmos, avançando depois para as recomendações relacionadas com a alimentação emanadas pela DGS. Na fase

seguinte, abordámos os distúrbios alimentares, nomeadamente as principais características dos mesmos (anorexia nervosa, bulimia nervosa e compulsão alimentar) e, na fase posterior, as principais manifestações associadas.

Terminámos a apresentação a disponibilizar os recursos existentes, incentivando o pedido de ajuda, se necessário.

Realizámos a formação sempre de forma dinâmica, indo ao encontro do que o sistema de cliente sabia, perguntando em cada tópico quais os seus conhecimentos prévios e dando resposta ao que os jovens iam questionando ao longo da sessão.

Antes de apresentarmos a temática da roda dos alimentos, solicitamos à turma para a desenhar. A Turma 1 desenhou a roda dos alimentos de forma incorreta, no gradiente de maior necessidade de consumo para menor necessidade, foi a seguinte: 1) hortícolas; 2) frutas; 3) carne, pescado e ovos; 4) cereais, derivados e tubérculos; 5) lacticínios; 6) leguminosas e, 7) gorduras e óleos. Já a Turma 2, preencheu de forma correta: 1) cereais, derivados e tubérculos; 2) hortícolas; 3) fruta; 4) lacticínios; 5) carne, pescado e ovos; 6) leguminosas e, 7) gorduras e óleos. No final da atividade, a Turma 1 preencheu novamente a roda dos alimentos e fê-lo acertadamente.

No que concerne à avaliação da atividade formativa, parece-nos que formação foi ao encontro das expectativas e, globalmente, decorreu de forma muito positiva. Sentimos que atingiu os objetivos desenhados, ao promover a interação entre os elementos da turma e aumentar o conhecimento sobre hábitos alimentares saudáveis. Em ambas as turmas, foi possível contar com a colaboração da enfermeira orientadora e da professora da turma.

Sentimos que os alunos destas turmas tinham mais conhecimentos na temática da alimentação saudável quando comparado com a temática dos distúrbios alimentares. No entanto, após apresentação da informação em *powerpoint*, foram feitas mais questões com dúvidas na temática dos distúrbios alimentares em comparação com a temática da alimentação saudável.

No final de cada atividade, pedimos a cada elemento que respondesse a um questionário de avaliação da atividade.

Os dados recolhidos na Turma 1, foram os seguintes:

Idade	15	16	17	18	19
<i>n</i>	1	9	4	3	2
Sexo	F		M		
<i>n</i>	4		15		

Tabela 3 - Resultados do questionário de avaliação da turma 1, da sessão formativa no âmbito da alimentação saudável e distúrbios alimentares.

Perante os dados da tabela 3, percebemos que a turma compreende as idades dos 15 aos 19 anos e é composta maioritariamente por alunos do sexo masculino, comparativamente com alunos do sexo feminino, na proporção de 15:4, respetivamente.

		1	2	3	4
A formação foi do teu agrado	<i>n</i>			2	17
Os temas abordados foram úteis	<i>n</i>			1	18
Aprendeste com esta atividade	<i>n</i>			6	13
Ao longo da formação ficaste motivado	<i>n</i>			8	11
Foi incentivado a participação dos estudantes	<i>n</i>	1	1	5	12
Esta atividade deveria repetir-se para o próximo ano	<i>n</i>			2	17

Tabela 4 - Resultados do questionário de avaliação da turma 1, da sessão formativa no âmbito da alimentação saudável e distúrbios alimentares.

Para o questionário, foram elaboradas seis premissas, com vista à avaliação das sessões, para as quais existiam quatro possibilidades de resposta, entre 1 a 4, pensadas num gradiente de negativo para positivo conforme crescendo numérico. Perante a tabela 4 apresentada, com os resultados de resposta, depreendemos que os alunos na grande maioria atribuíram a nota máxima de satisfação com a formação, perante as questões colocadas. Notámos que a questão com menor satisfação foram as relacionadas com a motivação e incentivo da participação.

No que concerne aos dados recolhidos na Turma 2:

Idade	16	17	18	19
<i>n</i>	4	5	3	1
Sexo	F		M	
<i>n</i>	9		4	

Tabela 5 - Resultados do questionário de avaliação da turma 2, da sessão formativa no âmbito da alimentação saudável e distúrbios alimentares.

Os dados recolhidos na Turma 2, mostram-nos que o sistema de cliente tem entre 16 a 19 anos e os jovens do sexo feminino estão em maior número comparativamente com aqueles do sexo masculino.

		1	2	3	4
A formação foi do teu agrado	<i>n</i>			3	10
Os temas abordados foram úteis	<i>n</i>			2	11
Aprendeste com esta atividade	<i>n</i>			3	10
Ao longo da formação ficaste motivado	<i>n</i>			6	7
Foi incentivado a participação dos estudantes	<i>n</i>		1	3	9
Esta atividade deveria repetir-se para o próximo ano	<i>n</i>			1	12

Tabela 6 - Resultados do questionário de avaliação da turma 2, da sessão formativa no âmbito da alimentação saudável e distúrbios alimentares.

Foram elaboradas seis premissas, com vista à avaliação das sessões, para as quais existiam quatro possibilidades de resposta, entre 1 a 4, pensadas num gradiente de negativo para positivo conforme crescendo numérico. Novamente, a questão relacionada com a motivação e a participação dos estudantes foi a que teve menor cotação máxima possível. No entanto, parece-nos que, de acordo com a avaliação realizada pelos alunos, a formação foi benéfica.

Sentimos que ambas as turmas foram colaborantes, no entanto tivemos de incentivar a partilha e foi-nos difícil gerir as participações e incentivar a concentração dos seus elementos. Consideramos que esta situação poderá estar relacionada com o facto de o grupo ser composto por muitos participantes (19 elementos na turma 1; 15 elementos na turma 2) e, ainda, julgamos que o tempo de formação planeado e executado (80 minutos) é demasiado, contribuindo para a dispersão dos alunos.

4.2. Atividade 1.2. Autoestima

Seguiu-se a segunda atividade programada, após duas semanas da primeira atividade realizada com a turma. Fazendo referência ao anteriormente mencionado, trabalhar a autoestima era imperativo, no entanto iremos, de seguida, complementar com informação referente à pertinência de trabalhar esta temática.

Durante a adolescência, as relações entre pares e os problemas associados a essas relações tornam-se mais marcantes (Beckers *et al.*, 2023 citando Brown & Larson, 2009). Os adolescentes podem experimentar uma variedade de problemas interpessoais entre pares, incluindo solidão, conflito e rejeição dos pares e falta de amizades próximas (Beckers *et al.*, 2023).

Em comparação com a infância, a adolescência traz maior responsabilidade pela autoestima e interações sociais com pares. Além disso, os adolescentes estão altamente focados na avaliação dos outros. Assim, a aceitação social e o *feedback* dos pares são fatores importantes para o bem-estar socioemocional dos adolescentes (Fathirezaie *et al.*, 2021).

A autoestima consiste no valor que uma pessoa, inconsciente ou conscientemente, atribui aos aspetos afetivos e sociais da representação de si mesma. Acresce a avaliação que cada um faz sobre si mesmo, tendo por base as autoperceções, negativas ou positivas, que formam o autoconceito (Sigelman, 1999).

Problemas interpessoais causados por avaliações sociais negativas contribuem para distúrbios alimentares, via diminuição da autoestima. Becker *et al.* (2023) reforçam que a autoestima e o afeto negativo explicam associações simultâneas entre problemas interpessoais e distúrbios alimentares, sendo a autoestima fortemente associada aos três tipos de distúrbios alimentares (anorexia nervosa, bulimia nervosa e compulsão alimentar). Níveis baixos de autoestima precedem a distúrbios alimentares (Becker *et al.*, 2023).

Os autores reforçam que uma estratégia eficaz na prevenção de distúrbios alimentares passa por melhorar a autoestima. Ainda, níveis relativamente mais baixos de autoestima podem ser úteis para identificar adolescentes que podem estar em risco de desenvolver distúrbios alimentares (Becker *et al.*, 2023). Enfatizado por Sahlan *et al.* (2021), a baixa autoestima pode ser um fator associado ao risco da depressão e de distúrbios alimentares, assumindo que esta informação poderá ser útil para a prevenção destas patologias.

Concomitantemente, Fathirezaie *et al.* (2021) acrescentam que níveis baixos de autoestima em crianças e adolescentes foram relacionados com pior saúde psicológica, ideação suicida, comportamento criminoso e perspectivas económicas limitadas durante a idade adulta.

Após estarmos dotados desta informação, planeámos uma atividade terapêutica, intitulada de “Elogios na Palma da Mão”, com os seguintes objetivos: observar a autoconsciência dos aspetos positivos da própria personalidade, através da caracterização positiva dos pares e do próprio. Esta atividade foi idealizada para uma dimensão de grupo de 10 a 15 participantes e para um total de 45 minutos, distribuídos da seguinte forma: 5’ de introdução; 25’ para a atividade; 10’ de partilha e reflexão; 5’ de conclusões com recurso a *powerpoint*. O local previsto seria a sala de aula, recorrendo a lápis e folhas.

Desenvolvimento da atividade adaptado de Manes (2007):

1. Consoante o número de participantes, o dinamizador deverá preparar, previamente o número de folhas necessárias para a atividade.
2. Os participantes são convidados a sentarem-se, em cadeiras, que formam um círculo, sendo entregue uma folha e um lápis a cada elemento.
3. Cada participante deverá contornar a sua mão na folha e colocar o seu nome no canto superior direito.
4. Pede-se a todos os participantes que coloquem um adjetivo ou característica positiva, inicialmente no desenho da sua mão e, posteriormente, ao sinal do dinamizador, passar a folha para o lado esquerdo para que outro estudante preencha uma característica ou adjetivo positivo a respeito do proprietário dessa folha.
5. Solicita-se que os participantes informem quando voltarem a ter a sua folha.
6. No final, cada aluno apresenta as características recolhidas. Os participantes são convidados a comentarem como se sentem.

A atividade foi executada de acordo com o planeado, com exceção da dimensão do grupo da Turma 1 (>15 alunos). Relativamente ao material escolhido, optámos por entregar uma folha de cartolina A4. Contámos com a colaboração da enfermeira orientadora, de uma estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem e da professora da turma.

Terminámos a atividade a disponibilizar os recursos existentes, incentivando o pedido de ajuda, se fosse necessário.

Relativamente à avaliação da atividade, sentimos que conseguimos atingir o objetivo delineado nas duas turmas, onde o sistema de cliente identificou características positivas através dos pares e do próprio. Em ambas as turmas acreditamos que seria benéfico se o tempo disponibilizado para a atividade fosse superior ao desenhado. Observámos que, na Turma 1, os alunos estavam mais agitados e com dificuldades de concentração na atividade, dispersando-se com comentários paralelos. Na Turma 2, não sentimos essa dificuldade, os alunos estavam mais colaborantes, cumpriram as indicações dadas e estavam mais concentrados.

Na Turma 2, houve uma jovem de 16 anos, a I., que sentiu dificuldade em realizar a atividade. Quando convidámos cada elemento a preencher no interior do desenho da própria mão uma característica positiva, a jovem I., ficou cabisbaixa, contacto provocado, sem dirigir o olhar, fâcies triste. Quando a abordámos discretamente, respondeu “*eu não consigo preencher, não tenho nenhuma qualidade*” (sic). Foi disponibilizada escuta ativa, no entanto a I. manteve respostas monossilábicas e comportamento evasivo. Continuámos a atividade a pedido da jovem. No final, após terminarmos, falámos novamente com a I., demonstrando disponibilidade e escuta ativa e reforçámos os recursos existentes, ao qual ela negou a oferta de ajuda.

À semelhança da atividade anterior, distribuímos os questionários, dos quais obtivemos os seguintes dados na Turma 1:

Idade	15	16	17	18	19
<i>n</i>	1	9	2	3	1
Sexo	F		M		
<i>n</i>	5		11		

Tabela 7- Resultados do questionário de avaliação da turma 1, da atividade 1.2. Autoestima.

A turma compreende as idades dos 15 anos aos 19 anos. Nesta atividade estiveram presentes menos alunos porque estava a decorrer um evento exterior e alguns alunos faltaram para participar nesse evento.

		1	2	3	4
A formação foi do teu agrado	<i>n</i>			2	14
Os temas abordados foram úteis	<i>n</i>		1	1	14
Aprendeste com esta atividade	<i>n</i>			4	12
Ao longo da formação ficaste motivado	<i>n</i>			3	13
Foi incentivado a participação dos estudantes	<i>n</i>			2	14
Esta atividade deveria repetir-se para o próximo ano	<i>n</i>			1	15

Tabela 8 - Resultados do questionário de avaliação da turma 1, da atividade 1.2. Autoestima.

Foram elaboradas seis premissas, com vista à avaliação das sessões, para as quais existiam quatro possibilidades de resposta, entre 1 a 4, pensadas num gradiente de negativo para positivo conforme crescendo numérico. Apesar da dificuldade sentida em conseguir motivar e incentivar a concentração dos participantes e, de acordo com os resultados obtidos, estes não percecionaram esta dificuldade e avaliaram a atividade de forma muito satisfatória.

Relativamente aos resultados do questionário de avaliação da Turma 2:

Idade	16	17	18	19
<i>n</i>	4	6	1	1
Sexo	F		M	
<i>n</i>	8		4	

Tabela 9 - Resultados do questionário de avaliação da turma 2, da atividade 1.2. Autoestima.

Esta atividade aproximou-se do número de intervenientes da primeira atividade, perfazendo um total de 12 alunos (8 do sexo feminino e 4 do sexo masculino).

		1	2	3	4
A formação foi do teu agrado	<i>n</i>			3	9
Os temas abordados foram úteis	<i>n</i>			2	10
Aprendeste com esta atividade	<i>n</i>		1	2	9
Ao longo da formação ficaste motivado	<i>n</i>	1	1	1	9
Foi incentivado a participação dos estudantes	<i>n</i>			5	7
Esta atividade deveria repetir-se para o próximo ano	<i>n</i>			3	9

Tabela 10 - Resultados do questionário de avaliação da turma 2, da atividade 1.2. Autoestima.

Foram elaboradas seis premissas, com vista à avaliação das sessões, para as quais existiam quatro possibilidades de resposta, entre 1 a 4, pensadas num gradiente de negativo para positivo conforme crescendo numérico. É notório que os alunos identificam que os temas abordados foram úteis e que aprenderam com a atividade, sugerindo até a realização desta atividade no próximo ano.

Na discussão, foi benéfico que, em ambas as turmas, os participantes chegaram à conclusão de que todos tinham características positivas.

4.3. Atividade 1.3. Expressão das Emoções

A terceira atividade que realizámos prendia-se com a temática da expressão de emoções. Embora tenhamos já abordado anteriormente a pertinência desta matéria, iremos afunilar estes conteúdos para uma melhor compreensão da problemática.

As emoções resultam em alterações fisiológicas, comportamentais e cognitivas como resposta a estímulos externos ou internos. Podem ser aprendidas ou resultarem de reações com gatilhos identificáveis. Refira-se que muitos distúrbios psicológicos têm por base um processamento emocional disfuncional (Oldershaw *et al.*, 2015).

A emoção fornece a base para o estudo da regulação emocional (Gross, 1998). É notável o aumento dos estudos relacionados com a regulação emocional na procura de compreender melhor alguns fatores dos distúrbios alimentares, com o objetivo de se poder atuar na prevenção e tratamento dos mesmos (Claudat & Lavender, 2018). A regulação emocional traduz-se nos processos nos quais as pessoas identificam as emoções sentidas, quando as têm e como as experimentam e expressam essas emoções (Claudat & Lavender, 2018)

Na maioria das vezes, as pessoas com distúrbios alimentares apresentam dificuldades em perceber e tolerar emoções, havendo uma relação negativa entre as estratégias adaptativas e as perturbações do comportamento alimentar (Oldershaw *et al*, 2015). Gerir emoções e expressá-las aos outros é uma dificuldade, bem como experimentar emoções indesejadas em determinados contextos e situações (Claudat & Lavender, 2018).

As pessoas com anorexia nervosa refugiam-se no silêncio, descrito pelos autores como “deserto psicológico”, sendo pouco evidente a expressão emocional e a consciência da emoção (Oldershaw *et al*, 2015). Uma jovem com anorexia nervosa “sofre de algumas emoções que ela confessa ou esconde” (Vandereycken & Van Deth, 1990 citado em Oldershaw *et al*, 2015). Os comportamentos previsíveis e controlados surgem como mecanismo de evitamento de possíveis emoções, sendo a distração possível através da concentração na comida, alimentação, peso, aumento da atividade física e comportamentos purgativos, sendo as vivências mascaradas pela fome (Oldershaw *et al*, 2015). Por sua vez, na bulimia nervosa os afetos e emoções são vivenciados com intensidade exacerbada (Oldershaw *et al*, 2015).

É preciso um equilíbrio para que ocorra uma experiência emocional saudável. Para que tal aconteça, é imperativo reconhecer e expressar as emoções de modo a ocorrer o processamento, mas também a necessidade de inibição da emoção para otimização dos resultados (Pennebaker, *et al.*, 2001).

Claudat & Lavender (2018), enfatizam a importância de realizar intervenções psicoterapêuticas, tendo por base as emoções, a pessoas com distúrbios alimentares. Considerando os comportamentos obsessivos e de necessidade de controlo é, também, necessário trabalhar a interação social, procurando melhorar o funcionamento socioemocional, com o propósito de promover comportamentos alimentares mais adaptativos.

Abarcando esta informação decidimos realizar esta atividade em ambas as turmas. A mesma foi realizada com o intervalo de tempo da atividade anterior de duas semanas na Turma 1 e um mês na Turma 2. Esta distância de tempo na Turma 2 superior à da Turma 1, deve-se a motivos de cronograma escolar. A Turma 2 esteve ausente um mês por estar em estágio.

“O que faço e gosto” foi o título da nossa atividade tendo nós delineado os seguintes objetivos: Promover o autoconhecimento e o conhecimento do grupo, bem como momentos de integração dos utentes, através da empatia de aspetos comuns e de respeito pelos gostos diferentes; estimular a expressão de emoções. A dimensão de grupo prevista seria de 10 a 15 participantes e a realizar num tempo total de 45 minutos, distribuídos da seguinte forma: 5’ de introdução; 25’ para a atividade; 10’ de partilha e reflexão; 5’ de conclusões com recurso a *powerpoint*. O local previsto seria a sala de aula e iríamos recorrer a lápis e folhas.

Desenvolvimento da atividade adaptado de Manes (2007):

1. Consoante o número de participantes, o dinamizador deverá preparar, previamente o número de folhas necessárias para a atividade.
2. Os participantes são convidados a sentarem-se, em cadeiras, que formam um círculo, sendo entregue uma folha e um lápis a cada elemento.
3. Cada participante deverá preencher pelo menos 1 atividade, nas seguintes vertentes: *O que gosto e faço; o que gosto e não faço; o que não gosto e faço, e o que não gosto e não faço.*
4. No final, cada aluno apresenta as características recolhidas. Os participantes são convidados a comentarem as emoções associadas às atividades identificadas.

A atividade foi executada de acordo com o planeado, com exceção da dimensão do grupo da Turma 1 (>15 alunos). Na Turma 1, tivemos a colaboração da enfermeira orientadora, de um aluno de mestrado de Enfermagem e de duas professoras, por sua vez, na Turma 2, esteve presente a enfermeira orientadora e uma professora.

Terminámos a apresentação a disponibilizar os recursos existentes, incentivando o pedido de ajuda, se fosse necessário.

Relativamente à avaliação da atividade, em ambas as turmas sentimos que os objetivos foram alcançados, nomeadamente, através do preenchimento da folha foi promovido o autoconhecimento individual e com a partilha e reflexão o conhecimento do grupo, respeitando as diferenças e percebendo as semelhanças. Foi interessante a partilha das emoções sentidas nos diferentes momentos, ou seja, de quando os alunos executam tarefas que “*gostam e fazem ou não fazem*” ou que “*não gostam mas fazem ou não fazem*”. A participação dos alunos enriqueceu as atividades futuras. Na Turma 1, um adolescente fez referência ao filme “Divertida-Mente” onde as emoções são as protagonistas do filme. Esta partilha permitiu-nos enriquecer a atividade na Turma 2, colocando o *trailer* do filme, no *powerpoint* que encerra a atividade.

Novamente foram distribuídos os questionários de avaliação em ambas as turmas. Na Turma 1, os dados recolhidos foram os seguintes:

Idade	15	16	17	18	19
<i>n</i>	1	11	3	5	2
Sexo	F		M		
<i>n</i>	6		16		

Tabela 11- Resultados do questionário de avaliação da turma 1, da atividade 1.3. Expressão das Emoções.

Os elementos da turma presentes na atividade tinham entre 15 a 19 anos, totalizando 22 alunos, distribuídos por 16 do sexo masculino e 6 do sexo feminino.

		1	2	3	4
A formação foi do teu agrado	<i>n</i>		2	4	16
Os temas abordados foram úteis	<i>n</i>		2	4	16
Aprendeste com esta atividade	<i>n</i>		3	4	15
Ao longo da formação ficaste motivado	<i>n</i>		3	6	13
Foi incentivado a participação dos estudantes	<i>n</i>		2	4	16
Esta atividade deveria repetir-se para o próximo ano	<i>n</i>		3	3	16

Tabela 12 - Resultados do questionário de avaliação da turma 1, da atividade 1.3. Expressão das Emoções.

Foram elaboradas seis premissas, com vista à avaliação das sessões, para as quais existiam quatro possibilidades de resposta, entre 1 a 4, pensadas num gradiente de negativo para positivo conforme crescendo numérico. Nesta atividade a grande maioria dos alunos respondeu com cotação máxima de satisfação às seis questões colocadas.

Refira-se ainda que após esta atividade, uma adolescente procurou ajuda junto da psicóloga educacional. Posteriormente, a psicóloga articulou com a enfermeira da UCC, tendo referido problemas familiares e que “*ultimamente sinto-me muito ansiosa*” (sic).

No que concerne à Turma 2, obtivemos os seguintes dados:

Idade	16	17	18	19
<i>n</i>	4	7	2	1
Sexo	F		M	
<i>n</i>	9		5	

Tabela 13 - Resultados do questionário de avaliação da turma 2, da atividade 1.3. Expressão das Emoções.

Tivemos presentes 14 estudantes na atividade, sendo 9 do sexo feminino e 5 do sexo masculino. As idades dos jovens eram entre 16 a 19 anos.

		1	2	3	4
A formação foi do teu agrado	<i>n</i>			5	9
Os temas abordados foram úteis	<i>n</i>		1	5	8
Aprendeste com esta atividade	<i>n</i>		1	5	8
Ao longo da formação ficaste motivado	<i>n</i>			6	8
Foi incentivado a participação dos estudantes	<i>n</i>		1	5	8
Esta atividade deveria repetir-se para o próximo ano	<i>n</i>			5	9

Tabela 14 - Resultados do questionário de avaliação da turma 2, da atividade 1.3. Expressão das Emoções.

Foram elaboradas seis premissas, com vista à avaliação das sessões, para as quais existiam quatro possibilidades de resposta, entre 1 a 4, pensadas num gradiente de negativo para positivo conforme crescendo numérico.

A maioria dos jovens respondeu com cotação máxima do questionário, demonstrando a sua satisfação com a realização da atividade.

4.4. Atividade 1.4. Isolamento Social

A etiologia dos distúrbios alimentares é multifatorial, podendo ser de fatores psicológicos, desenvolvimento, biológicos e/ou socioculturais. Apesar da etiologia não estar

totalmente elucidada, é notável a existência de novas pesquisas (Momeñe *et al.*, 2022). Smith & Morain (2021) apoiam que os distúrbios alimentares resultam de uma interação complexa multifatorial, sendo que o uso das redes sociais tem sido relacionado com comportamentos alimentares desadaptativos, nomeadamente *posts* que tentam normalizar comportamentos alimentares patológicos, vídeos marcados com *hashtags* “*pro-ana*” (pro-anorexia) e “*pro-mia*” (pro-bulimia) e, devido à natureza competitiva das doentes de comportamento alimentar, podem exacerbar sintomas pré-clínicos ou clínicos. (Smith & Morain, 2021; Turner & Lefevre, 2017).

A percepção da solidão habitualmente é uma característica em pessoas com distúrbios alimentares, sendo considerada uma emoção negativa que contribui e aumenta a sua sintomatologia. A solidão percebida é caracterizada por sofrimento emocional que advém de um sentimento de rejeição ou isolamento, quer por parte dos outros, quer por parte da própria pessoa, influenciando a qualidade de vida do indivíduo (Momeñe *et al.*, 2022).

Momeñe *et al.* (2022), consideram que é fulcral compreender a relação entre pessoas com distúrbios alimentares e a solidão, de modo a abordar as emoções intensas nos programas de prevenção e tratamento. Indivíduos com distúrbios alimentares, utilizam predominantemente estratégias de *coping* alicerçadas na autocritica e no isolamento social, sendo estas estratégias importantes para o prognóstico e tratamento dos distúrbios alimentares. Segundo os mesmos autores, estudos empíricos referem que o isolamento social e um deficitário suporte social aumentam a sintomatologia dos distúrbios alimentares e têm um impacto prejudicial na sua recuperação, justificado pelo facto de que o isolamento social promove o aumento de hábitos alimentares desadaptativos e a insatisfação corporal.

Corroborado por Smith & Morain (2021), que durante a pandemia da COVID-19, quando as medidas de socialização dentro e fora da escola foram reduzidas aos adolescentes (de acordo com as medidas da saúde pública para controlar a propagação viral), houve um aumento da utilização das redes sociais – um substituto imperfeito. Assim, na perda generalizada de controlo, alguns adolescentes exerceram controlo sobre uma das poucas coisas que podiam: os alimentos que comem. Desta forma, a junção do isolamento social, o excesso de uso das redes sociais e a perda notada de controlo “*criaram a tempestade perfeita*” para induzir ou agravar os distúrbios alimentares nos adolescentes.

Uma vez que, os distúrbios alimentares têm sido associados ao isolamento social por diminuição do prazer em situações sociais e por dificuldade no funcionamento social, é notório que é fundamental para uma recuperação mais efetiva e completa e, até, como estratégias preventivas, um adequado suporte social e um funcionamento social adaptativo (Momeñe *et*

al., 2022). Enfatizado por Claudat & Lavender (2018), referem a importância de realizar intervenções psicoterapêuticas, tendo por base as emoções e, considerando os comportamentos obsessivos e de necessidade de controlo é, também, necessário trabalhar a interação social, procurando melhorar o funcionamento socioemocional, com o propósito de promover comportamentos alimentares mais adaptativos.

Justificado pela informação anterior, definimos que a nossa quarta atividade abordasse a temática do isolamento social. Para tal foram elaborados os seguintes objetivos: promover a interação em grupo e diminuir o isolamento social; fomentar a comunicação e a relação interpessoal; promover o desenvolvimento moral, seguindo as regras; estimular o desenvolvimento motor. A dimensão de grupo prevista seria de 15 a 20 participantes e, novamente, a realizar num tempo total de 45 minutos, distribuídos da seguinte forma: 5' de introdução; 25' para a atividade; 10' de partilha e reflexão; 5' de conclusões com recurso a *powerpoint*. O local previsto seria a sala de aula e iríamos recorrer a 6 pinos (garrafas de água pintadas, enchidas com areia); 2 bolas de ténis e cartões de equipa.

Desenvolvimento da atividade Bowling, adaptado de Manes (2007):

1. Esta atividade consiste em jogar *bowling*. Os alunos são divididos em 4 equipas de 5 elementos. A cada equipa é atribuída uma cor e, cada aluno escolhe por sorteio um papel colorido e, assim, aleatoriamente é atribuída a sua equipa. Cada elemento tem 2 oportunidades de jogar.
2. Primeiro joga um elemento da equipa 1, depois um elemento da equipa 2, de seguida um elemento da equipa 3, posteriormente um elemento da equipa 4, e assim sucessivamente até todos os elementos jogarem.
3. Por cada pino que derrubarem, ganham um ponto, que acumula por equipa.
4. No final, os participantes são convidados a comentarem a importância das atividades em grupo e como consideram que contribui para diminuir o isolamento social.

A execução da atividade decorreu conforme planeamento na Turma 1 e 2. Apesar disso, houve uma exceção, nomeadamente estava planeada para um total de 20 participantes e na Turma 1 tivemos um total de 21 alunos, no entanto um cliente disse “*Eu hoje não quero participar*” (sic).

Esse estudante foi encaminhado para um local calmo e promovida a privacidade; foi demonstrado apoio e empatia e prestámos escuta ativa encorajando o diálogo, no entanto o aluno agradeceu mas verbalizou “*não quero falar*” (sic). Após identificarmos as fontes de apoio comunitário questionamos se o jovem mantinha a decisão de não participar na atividade, o que respondeu afirmativamente. Após esta decisão, o adolescente aceitou colaborar com os profissionais a dinamizar a atividade.

Terminamos a apresentação a disponibilizar os recursos existentes, incentivando o pedido de ajuda, se fosse necessário.

Relativamente à avaliação da atividade, estiveram presentes, nas duas turmas, a enfermeira orientadora e duas professoras. Observamos que decorreu sem outras intercorrências, quer na Turma 1, quer na Turma 2, correspondendo aos objetivos propostos, nomeadamente a interação entre as equipas; a necessidade de comunicarem entre si e com os outros; a capacidade de seguirem as regras promovendo o desenvolvimento moral e estimulámos, através da atividade, o desenvolvimento motor. Os alunos, no final da atividade, identificaram os objetivos da atividade.

Relativamente aos dados recolhidos na Turma 1:

Idade	16	17	18	19
<i>n</i>	10	4	5	1
Sexo	F		M	
<i>n</i>	4		16	

Tabela 15 - Resultados do questionário de avaliação da turma 1, da atividade 1.4. Isolamento Social.

No total estiveram presentes 20 alunos, maioritariamente do sexo masculino (16) comparativamente com o sexo feminino (4). As idades dos participantes estão compreendidas entre os 16 anos até aos 19 anos.

		1	2	3	4
A formação foi do teu agrado	<i>n</i>			5	15
Os temas abordados foram úteis	<i>n</i>			5	15
Aprendeste com esta atividade	<i>n</i>		1	3	16
Ao longo da formação ficaste motivado	<i>n</i>		1	5	14
Foi incentivado a participação dos estudantes	<i>n</i>		1	2	17
Esta atividade deveria repetir-se para o próximo ano	<i>n</i>		1	3	16

Tabela 16 - Resultados do questionário de avaliação da turma 1, da atividade 1.4. Isolamento Social.

Foram elaboradas seis premissas, com vista à avaliação das sessões, para as quais existiam quatro possibilidades de resposta, entre 1 a 4, pensadas num gradiente de negativo para positivo conforme crescendo numérico. A atividade obteve uma ótima pontuação nas seis perguntas colocadas, o que concluímos que se traduziu em ganhos no que se refere na importância da interação entre os envolvidos.

Por sua vez, na Turma 2, os dados adquiridos foram os seguintes:

Idade	16	17	18	19	20
<i>n</i>	4	6	1	2	1
Sexo	F		M		
<i>n</i>	9		5		

Tabela 17 - Resultados do questionário de avaliação da turma 2, da atividade 1.4. Isolamento Social.

Um total de 14 elementos do sistema de cliente, dos 16 aos 20 anos, sendo a maioria do sexo feminino (9 alunos), quando comparado com os elementos do sexo masculino (5).

		1	2	3	4
A formação foi do teu agrado	<i>n</i>			1	13
Os temas abordados foram úteis	<i>n</i>			3	11
Aprendeste com esta atividade	<i>n</i>			4	10
Ao longo da formação ficaste motivado	<i>n</i>			1	13
Foi incentivado a participação dos estudantes	<i>n</i>			2	12
Esta atividade deveria repetir-se para o próximo ano	<i>n</i>			1	13

Tabela 18 - Resultados do questionário de avaliação da turma 2, da atividade 1.4. Isolamento Social.

Foram elaboradas seis premissas, com vista à avaliação das sessões, para as quais existiam quatro possibilidades de resposta, entre 1 a 4, pensadas num gradiente de negativo para positivo conforme crescendo numérico.

À semelhança das outras atividades, a maioria dos elementos que participaram na atividade identificaram a formação no nível 4, o que podemos concluir que a formação foi satisfatória.

4.5. Atividade 1.5. Comunicação – Resolução de problemas

A última atividade desenhada relacionava-se com a comunicação e estratégias de resolução de problemas. Abordar esta temática enquanto estratégia preventiva já tinha sido identificada anteriormente, no entanto iremos aprofundar de domínio de seguida.

Em indivíduos com distúrbio alimentar têm sido identificados défices na cognição social e dificuldades na comunicação social, elevados níveis de alexitimia, bem como dificuldade nos processos relacionados com o comportamento e interação social (Schaumberg *et al*, 2021). Pessoas com anorexia nervosa, quando expostas a situações socialmente frustrantes, demonstram dificuldades em encontrar respostas sociais (Schaumberg *et al*, 2021).

De acordo com Schaumberg *et al.*, (2021), a literatura corrobora a ligação existente entre o risco de distúrbios alimentares e os preconceitos sócio-cognitivos. Défices na comunicação social ao longo da infância poderão estar relacionados com os três tipos de distúrbios alimentares. Ainda, os distúrbios alimentares, na sua grande maioria, são iniciados na adolescência, o que pode dificultar o desenvolvimento social e a relação com os outros, sendo que esta competência poderá estar associada quer como precipitante, quer como consequência das PA.

Sendo a adolescência marcada por modificações físicas, psíquicas, afetivas e sociais, o adolescente necessita de um maior esforço para se reorganizar e encontrar uma resolução quando confrontado com problemas e desafios. As pessoas com autoestima diminuída avaliam-se como incompetentes para solucionar os problemas e perspetivam o futuro de forma negativa (Santos *et al.*, 2014), considerando que autoestima está fortemente associada aos três tipos de distúrbios alimentares (anorexia nervosa, bulimia nervosa e compulsão alimentar). Refira-se ainda que níveis baixos de autoestima precederam a distúrbios alimentares (Beckers *et al.*, 2023).

Considerando que os distúrbios alimentares têm sido associados ao isolamento social por diminuição do prazer em situações sociais e por dificuldade no funcionamento social, é notório que é fundamental para uma recuperação mais efetiva e completa e, até, como estratégias preventivas, um adequado suporte social e um funcionamento social adaptativo (Momeñe *et al.*, 2022). Para que o funcionamento social adaptativo seja eficaz, é necessário que não haja dificuldades na comunicação social. Claudat & Lavender (2018), referem a importância de realizar intervenções psicoterapêuticas, tendo por base as emoções e, considerando os comportamentos obsessivos e de necessidade de controlo, bem como a necessidade de trabalhar a interação social, procurando melhorar o funcionamento socioemocional, com o propósito de promover comportamentos alimentares mais adaptativos.

Perante o diagnóstico realizado, pensámos nos seguintes objetivos: fomentar a comunicação e a relação interpessoal; promover a aquisição de estratégias de resolução de problemas; permitir a expressão de sentimentos.

A dimensão de grupo prevista seria de 15 a 20 participantes e, novamente, a realizar num tempo total de 45 minutos, distribuídos da seguinte forma: 5' de introdução; 25' para a atividade; 5' de partilha e reflexão; 5' de conclusões com recurso a *powerpoint*. Os últimos 5' destinar-se-iam à entrega de um marcador personalizado e individual, com foto de todas as

atividades realizadas ao longo das sessões. O local previsto seria a sala de aula e necessitávamos de uma sala ampla, computador e projetor multimédia.

A atividade que realizámos intitula-se de “Jogo das quatro fases” e foi retirada de Santos *et al.* (2014), desenvolvendo-se da seguinte forma:

1. Iniciar com *brainstorming* referente ao conceito conflito e expor as ideias no quadro.
2. Apresentar em slide as seguintes ideias:

CONFLITO $\neq$ PROBLEMA

Conflito: existe um confronto e desenvolve-se uma atitude de hostilidade. Afeta negativamente a pessoa ou grupo.

Problema: Algo que é necessário dar uma resposta

3. Apresentar situações de conflito / problema:

Situação de conflito/problema	Proposta de resolução
A tua melhor amiga combinou contigo irem ao cinema. No entanto, tu esperaste durante uma hora e ela não apareceu. Mais tarde vieste a saber que ela foi à mesma sessão com outras pessoas. Já tentaste falar com ela sobre o assunto, mas ela parece estar sempre ocupada.	• Vejo que me tens evitado, não me tens falado. • Eu imagino que foste ao cinema sem mim, porque fiz alguma coisa que não gostaste e por isso estás chateada. • Eu fiquei magoada com esta situação, porque para mim é importante a tua amizade e não percebo o porquê de não me explicares o que aconteceu. • Diz-me se fiz alguma coisa que te chateou... Para mim é importante saber o que causou esta situação.
Imagina que ontem o teu namorado terminou tudo contigo. Estás muito triste porque gostavas muito dele. Chegas hoje à escola e encontras o teu ex-namorado de mão dada com uma das tuas amigas.	• Eu vejo que o meu namorado, um dia depois de ter terminado comigo, já está com outra pessoa e vejo a minha amiga com o meu ex-namorado. • Eu imagino que para ele já estar com outra pessoa não deveria gostar de mim. Imagino também que eles já andavam juntos há mais tempo.

	• Eu sinto que fui enganada, porque até ontem acreditava que ele gostava de mim. Eu sinto que a minha amiga traiu a nossa amizade. • Eu quero saber o porquê de me terem escondido esta situação. Podiam ter sido sinceros e evitavam que eu fosse surpreendida desta forma.
Tens um grande grupo de amigos e costumam sair todos juntos. Gostam de conversar sobre todos os temas, mesmo tendo opiniões diferentes as discussões costumam ser interessantes. Contudo, numa dessas discussões tu e o João entram em conflito, elevando a voz e dirigindo palavras pouco corretas um ao outro. Desde então não se falam. Por um lado, não queres falar com o João porque achas que ele foi incorreto contigo, por outro não queres perdê-lo como amigo.	• Vejo que eu e o João nos deixámos de falar. • Eu imagino que o João foi incorreto comigo porque talvez já estivesse chateado por alguma razão. • Eu estou chateada porque o João foi incorreto comigo e triste porque receio perder a sua amizade. Reconheço que também não fui muito correta nalgumas coisas que lhe disse. • Quero fazer as pazes com o João. Vou abordá-lo e dizer-lhe que ambos nos exaltámos na discussão e que gostaria muito que ultrapassássemos esta situação e voltássemos a ser amigos.

Tabela 19 - Retirado de Santos, J., Erse, M., Façanha, J., Marques, L. & Simões, R. (2014). + Contigo: Promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde.

4. Convidar os participantes a partilhar possíveis resoluções da situação apresentada.

5. Apresentar o modelo de resolução de problemas baseado em quatro frases:

- Eu vejo (expor o que vemos na outra pessoa ou o que retiramos da situação apresentada);

- Eu imagino (dizemos o que imaginamos ao observar o comportamento, a possível reação da outra pessoa ou as consequências da situação);

- Eu sinto (expressamos o que sentimos com a reação e comportamento da outra pessoa ou com a situação);

- Eu quero (fazemos uma proposta para melhorar a situação).

6. Pedimos que partilhassem uma solução para as situações conflito/problema apresentadas, seguindo o modelo de resolução de problemas baseado em quatro frases.

A atividade foi executada após cinco semanas da atividade anterior, devido à interrupção das férias de Natal, e foi realizada de acordo com o planeado, tendo sido notória a participação ativa do sistema de cliente. Tivemos a colaboração da enfermeira orientadora e de duas professoras.

Terminámos a apresentação a disponibilizar os recursos existentes, incentivando o pedido de ajuda, se fosse necessário.

Como encerramento das atividades realizadas com os jovens, optámos por fazer e entregar a cada elemento um marcador personalizado, com o resumo de cada atividade, para que pudessem, se assim entendessem, ter disponível um recurso do trabalho pessoal que cada um desenvolveu e, rapidamente, chegar às conclusões sentidas quando fizeram a atividade.

A avaliação que observámos da atividade foi muito positiva e gratificante. Sentimos que alcançámos os objetivos propostos, na medida em que, conseguimos transmitir estratégias de comunicação e resolução de problemas e que os estudantes ao verbalizarem as opções que consideravam mais indicadas, expressavam também os sentimentos associados e havia a partilha de opiniões entre os pares.

Foram entregues os questionários e obtido os seguintes dados na Turma 1:

Idade	16	17	18	19
<i>n</i>	10	3	4	2
Sexo	F		M	
<i>n</i>	5		14	

Tabela 20 - Resultados do questionário de avaliação da turma 1, da atividade 1.5. Comunicação – Resolução de problemas.

Tivemos um total de 19 participantes, sendo 14 do sexo masculino e 5 do sexo feminino. As idades dos 16 aos 19 anos.

		1	2	3	4
A formação foi do teu agrado	<i>n</i>			2	17
Os temas abordados foram úteis	<i>n</i>				19

Aprendeste com esta atividade	<i>n</i>			1	18
Ao longo da formação ficaste motivado	<i>n</i>		1	3	15
Foi incentivado a participação dos estudantes	<i>n</i>		1	2	16
Esta atividade deveria repetir-se para o próximo ano	<i>n</i>			3	16

Tabela 21 - Resultados do questionário de avaliação da turma 1, da atividade 1.5. Comunicação – Resolução de problemas.

Foram elaboradas seis premissas, com vista à avaliação das sessões, para as quais existiam quatro possibilidades de resposta, entre 1 a 4, pensadas num gradiente de negativo para positivo conforme crescendo numérico. À semelhança das outras atividades, a grande maioria dos elementos, classificou a formação no nível máximo de satisfação.

Iremos demonstrar os dados que retiramos dos questionários da Turma 2:

Idade	16	17	18	19	20
<i>n</i>	4	6	3	2	1
Sexo	F		M		
<i>n</i>	11		5		

Tabela 22 - Resultados do questionário de avaliação da turma 2, da atividade 1.5. Comunicação – Resolução de problemas.

Os elementos que participaram foram 16, dos 16 aos 20 anos, maioritariamente do sexo feminino (11) comparativamente com o sexo masculino (5).

		1	2	3	4
A formação foi do teu agrado	<i>n</i>			2	14
Os temas abordados foram úteis	<i>n</i>			3	13
Aprendeste com esta atividade	<i>n</i>			2	14

Ao longo da formação ficaste motivado	<i>n</i>			5	11
Foi incentivado a participação dos estudantes	<i>n</i>			2	14
Esta atividade deveria repetir-se para o próximo ano	<i>n</i>			2	14

Tabela 23 - Resultados do questionário de avaliação da turma 2, da atividade 1.5. Comunicação – Resolução de problemas.

Foram elaboradas seis premissas, com vista à avaliação das sessões, para as quais existiam quatro possibilidades de resposta, entre 1 a 4, pensadas num gradiente de negativo para positivo conforme crescendo numérico. Também, na Turma 2, à semelhança das outras atividades, a maioria dos alunos considerou a atividade no nível máximo de cotação de acordo com as questões colocadas.

4.6. Atividade 2.1 – Sessão formativa para profissionais de saúde no âmbito dos distúrbios alimentares

Para dar resposta ao diagnóstico elaborado e exposto no início deste capítulo – défice de conhecimento sobre a doença (distúrbios alimentares), dos profissionais – propusemos realizar uma sessão formativa para os profissionais de saúde, no âmbito desta temática.

Para tal, delineámos os seguintes objetivos: aumentar o conhecimento sobre os distúrbios alimentares; demonstrar possíveis intervenções de enfermagem aquando situação de distúrbio alimentar; dar a conhecer os recursos existentes a nível hospitalar.

O tempo disponível seria 80 minutos, sendo que a distribuição de tempo da seguinte forma: 60' para apresentação da temática, 10' para dúvidas e reflexão e 10' avaliação da atividade.

O local da formação seria na sala de formação da UCC, com recurso ao computador e projetor para apresentar um *powerpoint* da sessão. O sumário planeado para a formação seria: enquadramento demográfico e conceptual; distúrbios alimentares; intervenções de Enfermagem; recursos e referências.

A execução da formação decorreu como estruturado e no tempo planeado. A formação teve início com a apresentação de todos os elementos presentes.

Na formação abordámos o enquadramento demográfico do nosso sistema de cliente (adolescência) e a prevalência de perturbação mental e afunilámos na especificidade, apresentando os dados dos distúrbios alimentares. Enquadrámos a temática nos vários referenciais. De modo que todos os presentes pudessem efetuar exercícios de reflexão, apresentámos um poema de uma utente com doença do comportamento alimentar, do nosso contexto laboral (que deu autorização verbal para o seu uso). Na fase seguinte, após a dinâmica anterior de reflexão do poema, para desmitificar a temática dos distúrbios alimentares, apresentámos um conjunto de mitos para o público responder se considerava que eram verdadeiros ou falsos. Após a resposta exibíamos a solução com a devida justificação. Abordámos os distúrbios alimentares, nomeadamente as principais características da anorexia nervosa, bulimia nervosa e compulsão alimentar e, na fase posterior, as principais manifestações associadas, bem como os sinais de alarme mais frequentes.

Seguimos a apresentação com os principais diagnósticos de Enfermagem associados a estas patologias, bem como as intervenções de Enfermagem associadas. Posteriormente, demonstramos as atividades que realizámos em contexto de saúde escolar com o propósito de prevenir os distúrbios alimentares.

Terminámos a apresentação a disponibilizar os recursos existentes em contexto hospitalar, bem como as linhas de apoio, caso os profissionais presentes, após contacto com alguém com esta problemática, sentissem necessidade de encaminhar.

A formação foi realizada sempre de forma dinâmica, procurando validar e transmitir novos conhecimentos. Sentimos que o público-alvo estava motivado e interessado com a temática e que conseguimos transmitir a mensagem.

Convocamos o questionário de avaliação apresentado no final da formação, do qual se obteve os seguintes dados:

Profissão	Enfermeiro	Estudante Enfermagem Mestrado	Estudante Enfermagem Licenciatura
<i>n</i>	8	1	1
Sexo	F	M	
<i>n</i>	9	1	

Tabela 24 - Resultados do questionário de avaliação da sessão formativa para profissionais de saúde no âmbito dos distúrbios alimentares.

Na formação estiveram presentes 10 elementos, sendo 9 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Os profissionais presentes foram os seguintes: 8 enfermeiros a exercerem funções na UCC; 1 estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, a realizar estágio na UCC e 1 estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem a realizar estágio na UCC.

		1	2	3	4
A formação foi do seu agrado	<i>n</i>				10
Os temas abordados foram úteis	<i>n</i>				10
Enriqueceu os seus conhecimentos	<i>n</i>				10
Qualidade técnico-pedagógica dos conteúdos abordados	<i>n</i>				10
Os conteúdos foram expostos de forma clara	<i>n</i>				10
Foi incentivado a participação dos formandos	<i>n</i>				10
De forma global a formação foi:	<i>n</i>				10

Tabela 25 - Resultados do questionário de avaliação da sessão formativa para profissionais de saúde no âmbito dos distúrbios alimentares.

A totalidade dos participantes classificou a formação na cotação máxima de satisfação, em todos os tópicos, desde se a formação foi do agrado dos participantes, considerando os temas abordados úteis. Sentiram que enriqueceu os conhecimentos e que os conteúdos foram abordados com qualidade técnico-pedagógica e apresentados de forma clara. Consideraram ainda que foi incentivada a participação dos elementos presentes.

Não foram apresentadas sugestões por parte dos formandos.

4.7. Atividade 2.2 – Sessão formativa para corpo docente no âmbito dos distúrbios alimentares

A realização desta atividade junto do corpo docente, do agrupamento de escolas onde realizámos outras intervenções no âmbito de estágio final, pressuponha que o mesmo tivesse disponibilidade de tempo para a sua concretização. Todavia, diversas tentativas de encontrarmos uma data que fosse viável para todos os intervenientes, concluímos que tal não seria possível.

A não realização desta atividade não invalida o diagnóstico levantado anteriormente, podendo vir a existir mais tarde a possibilidade de se constituir como um foco de intervenção por parte da equipa multidisciplinar da UCC.

Encerramos este capítulo considerando que o contributo deste projeto se tornou fundamental na aquisição de estratégias de comunicação e estabelecimento de relações terapêuticas com os envolvidos. Acrescentamos, ainda, a capacidade de adaptação aos locais de intervenção, a motivação e interesse na nossa formação, através do aprofundamento de conhecimentos e fundamentação das nossas intervenções, sem nunca perder de vista os princípios éticos e deontológicos da profissão.

As estratégias preventivas dos distúrbios alimentares são mais eficazes se forem programas com mais que uma sessão, espaçadas entre si. Assim, acreditamos que, ao realizarmos um projeto com cinco sessões, intervaladas entre si, trouxeram contributos não só para o sistema de cliente, mas também, para o nosso desenvolvimento de competências onde foi notório o gradual crescimento enquanto profissional ao longo das sessões.

Sublinha-se o facto de termos envidado os nossos esforços para constituirmos um elemento válido na equipa multidisciplinar onde nos inserimos.

5. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE E ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Neste capítulo propomos efetuar um exercício de reflexão que vai incidir sobre os processos de aprendizagem, quer pessoal quer profissional que, ao longo dos últimos anos têm servido de alicerce para o nosso crescimento enquanto pessoa e enquanto profissional de saúde. Naturalmente, será dado um maior enfoque nas competências adquiridas ao longo da frequência do Mestrado em Enfermagem, na área de especialização da ESMP. Neste sentido torna-se relevante a definição do conceito de competência.

Segundo Lopes & Nunes (1995), quando nos referimos ao termo competência estamos perante um conjunto de conhecimentos relacionados com a formação inicial de um indivíduo, aliados à experiência que os mesmos foram adquirindo ao longo do tempo. Estes conhecimentos são consolidados, tendo por base um determinado percurso, pessoal e profissional, que resulta de uma série de projetos, de estudos e de atividades bem como de um envolvimento operativo, afetivo e espiritual.

Também Le Boterf (2000) se debruçou sobre esta temática e acaba por definir competência como um processo que se traduz na gestão adequada de determinadas situações de carácter profissional, situações essas caracterizadas por algum grau de complexidade. O autor faz notar que este processo é influenciado de forma direta por diversos fatores, nomeadamente as características biográficas do indivíduo, fatores no âmbito da sua situação profissional e relativos à sua formação de base. Refere-nos ainda a existência de diversos tipos de saberes nomeadamente os saberes teóricos, experienciais e processuais (são adquiridos principalmente em contexto de formação inicial e contínua e são revelados pelo indivíduo de forma verbal); e os saberes experimental, operacional, social, relacional e cognitivo (são adquiridos sobretudo através das experiências profissionais e sociais e são manifestados através do seu comportamento).

No campo da aquisição de competências em Enfermagem consideramos importante mencionar o modelo de desenvolvimento de competências de Patrícia Benner que apresenta as diferentes competências de um enfermeiro de forma estratificada em cinco diferentes níveis: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e especialista (Benner, 2005).

O enfermeiro iniciado não possui experiência e vai ser junto dos pares, com o seu auxílio, que vai adquirindo experiência, sendo necessário descrever de forma objetiva as diversas situações que podem surgir. Note-se que, muitas vezes, o enfermeiro iniciado se limita

a seguir as indicações que lhe são fornecidas por outros enfermeiros. No que se refere ao nível de enfermeiro avançado, este já se encontra capacitado para tomar algumas decisões de forma autónoma e de proceder à identificação de fatores com alguma significância, desde que as situações vivenciadas sejam semelhantes a outras já experienciadas anteriormente. Assim, neste nível, o enfermeiro é capaz de formular princípios e raciocínios tendo por base a sua experiência prática. No nível seguinte, enfermeiro competente, o profissional de saúde já possui um pensamento crítico mais vasto que lhe permite intentar na identificação dos benefícios associados às suas tomadas de decisão. Ao enfermeiro de nível proficiente são já reconhecidas capacidades de avaliação das diferentes situações do seu quotidiano profissional, tendo por base uma visão holística das mesmas. O enfermeiro é capaz, desta forma, de adaptar os diversos conhecimentos que adquiriu em experiências anteriores a novas situações. Por último, no nível perito, o enfermeiro é capaz de agir de acordo com a sua intuição, não se limitando a seguir regras, princípios ou orientações e práticas vigentes (Benner, 2005).

O desenvolvimento das nossas competências tem sido alicerçado não só na frequência do Mestrado em Enfermagem, especificamente na área da ESMP, quer na sua componente letiva, quer aquando da realização do estágio, mas também tendo em consideração a nossa experiência pessoal e profissional. Iremos procurar, em seguida, refletir sobre as diversas competências que consideramos ter adquirido, invocaremos para tal, por um lado, a legislação em vigor que esclarece essas mesmas competências e, por outro, o processo de reflexão que nos poderá permitir a obtenção do grau de Mestre e do título de enfermeiro especialista em ESMP.

5.1. Competências de grau de Mestre

As competências de grau de Mestre encontram-se plasmadas no artigo 15.º, do capítulo III do DL n.º 65/2018 (Presidência do Conselho de Ministro, 2018). Nele podemos encontrar as diversas competências não só do grau de Mestre, como as competências específicas do grau de Mestre em Enfermagem.

A publicação mencionada, refere que para a aquisição do grau de Mestre, este deve dotar-se de

- “a) Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimento e/ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;” (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 4162)

Ser enfermeiro é, atualmente, sinónimo de uma necessidade constante de atualização de conhecimentos, tal como é possível verificar no artigo n.º 109, do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) que, na alínea C nos elucida sobre a necessidade imperativa de atualização, por parte do enfermeiro, dos seus conhecimentos (Assembleia da República, 2015).

No que diz respeito à primeira competência inerente ao grau de Mestre consideramos que, ao longo dos últimos anos, fomos aprofundando de forma sistemática e sustentada os nossos conhecimentos no âmbito das Ciências de Enfermagem. Este crescimento tem por base a necessidade, que é por nós frequentemente sentida, de atualização e aperfeiçoamento dos conhecimentos adquiridos aquando do 1º ciclo. Neste sentido, ao longo dos anos que fomos exercendo a nossa profissão em diversos locais de trabalho, essencialmente junto de pessoas com algum tipo de perturbação mental, frequentámos de forma assídua os diversos momentos de formação em serviço proporcionados.

Tivemos a oportunidade de participar em alguns encontros científicos que versavam diversos domínios no âmbito da saúde mental, nomeadamente a frequência do 1º Curso de Formação em Treino Metacognitivo para a Psicose realizado em Évora, ainda, a participação nas III Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, com a possibilidade de realizar uma comunicação oral. Contribuímos com a exibição de um póster ao participar no XVI Congresso Nacional de Psiquiatria; frequentámos o XIV Congresso Internacional d'A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental com privilégio de apresentarmos uma Comunicação Oral. Assistimos, também, ao 1º Seminário Internacional de Enfermagem de Saúde Mental: Lisboa 2024.

Paralelamente, pudemos aumentar os nossos conhecimentos em diversas áreas com a frequência das unidades curriculares durante a componente letiva do Mestrado. Para o desenvolvimento desta primeira competência contribuiu de forma decisiva as unidades curriculares de *Investigação em Enfermagem* e *Gestão em Saúde e Governação Clínica*, onde tivemos a oportunidade de aperfeiçoar os conhecimentos relativos às diversas metodologias de investigação e de nos familiarizarmos com repositórios científicos e com bases de dados. Nelas é possível contactarmos com estudos e trabalhos de investigação que nos podem auxiliar no aperfeiçoamento da nossa prática clínica quotidiana. Também o trabalho prático desenvolvido na unidade curricular mencionada contribuiu não só para praticarmos algumas metodologias, como despertou em nós um renovado interesse pela investigação em Enfermagem e pelo desenvolvimento de estudos específicos no âmbito da saúde mental.

Também durante o estágio final foram proporcionados diversos momentos que em muito contribuíram para dilatar o nosso campo de conhecimentos, indo assim ao encontro do desenvolvimento desta competência. Tal facto resultou da necessidade que sentimos em aprofundar diversas temáticas versadas no nosso projeto de estágio e que nos permitiram uma sustentação científica do mesmo. Neste sentido, fomos capazes de procurar informações atualizadas sobre os distúrbios alimentares, de assimilar esses mesmos conhecimentos e, posteriormente, realizarmos as nossas intervenções junto dos adolescentes, tendo por base a evidência científica que o exercício da profissão de Enfermagem exige.

Tendo em conta o exposto, consideramos que satisfazemos as condições inerentes a esta primeira competência que se exige aos detentores do grau de Mestre. No mesmo sentido, e tendo em consideração o modelo de desenvolvimento de competências proposto por Benner, ponderamos ter atingido o nível de competente no que a esta competência diz respeito.

Ainda, para a aquisição do grau de Mestre, este deve “saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 4162).

Aquando do desempenho das nossas funções enquanto profissionais de saúde somos confrontados frequentemente com situações novas que exigem de nós a procura de respostas adequadas e, conseqüentemente, originam processos de adaptação a novas realidades. Foram diversas as ocasiões em que tal sucedeu na nossa prática clínica, nomeadamente quando houve necessidade de reestruturar todo o serviço para um novo espaço físico temporário. O processo de adaptação dos cuidados de Enfermagem e da gestão de quotidiano da enfermaria exigiu da nossa parte, em colaboração com a restante equipa multiprofissional, um importante esforço na procura de soluções para problemas novos que todos os dias surgiam na nossa prática clínica. Alguns desses problemas versavam temáticas de segurança dos utentes, que até então não se colocavam, tendo sido necessário recorrer a pequenas obras para satisfazer esta necessidade.

Para o desenvolvimento desta competência em muito contribuiu também o estágio final, onde tivemos oportunidade de prestar cuidados na comunidade, que apenas tinha acontecido em contexto de ensino clínico durante o 1º ciclo de estudos. Esta nova realidade exigiu de nós um intenso processo de adaptação, na medida em que os cuidados de Enfermagem em contexto comunitário adquirem especificidades que até então não se afiguravam como o foco do nosso trabalho. As intervenções que realizámos em contexto escolar representaram para nós um

enorme desafio, uma grande mudança da nossa prática clínica e possibilitaram o contacto com a equipa multiprofissional de cuidados na comunidade.

Foi possível a nossa participação em reuniões multidisciplinares que nos permitiram adequar as nossas intervenções à nossa população-alvo, tendo em conta os campos de atuação de cada um dos diferentes profissionais afetos à equipa multidisciplinar. A nossa colaboração com os professores dos estabelecimentos de ensino onde desenvolvemos o nosso projeto permitiu-nos o contacto com uma realidade muito distinta do nosso quotidiano, sendo que o paradigma de assistência a estes grupos de indivíduos assentava efetivamente numa dinâmica multidisciplinar, na qual todos os profissionais envolvidos contribuíam de forma decisiva para a implementação do plano de cuidados.

Após esta análise reflexiva, consideramos que reunimos os pressupostos para, à luz do modelo proposto por Benner, nos considerarmos competentes nesta competência.

Acresce às competências de Mestre a

“Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (Conselho de Ministros, 2018, p. 4162).

O respeito pelos preceitos éticos é indissociável da prática da Enfermagem e encontra-se plasmado em vários documentos, nomeadamente no CDE e no Regulamento do Exercício Profissional em Enfermagem. Neste sentido, temos sempre procurado pautar as nossas intervenções considerando os vários preceitos éticos e deontológicos subjacentes ao exercício da nossa profissão.

O desenvolvimento desta competência foi assegurado aquando da componente curricular deste Mestrado, nomeadamente na unidade curricular de *Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem*. Nesta disciplina foi possível relembramos os preceitos que haviam já sido apreendidos durante a realização do 1º ciclo de estudos. No entanto, tivemos a oportunidade de refletir sobre situações específicas, de elevado grau de complexidade do ponto de vista ético e deontológico, passíveis de ocorrerem na nossa prática clínica diária.

Ao realizarmos o nosso estágio final na comunidade adquirimos maior consciência da implicação social que os enfermeiros detêm na sociedade. A nossa deslocação a estabelecimentos de ensino, a colaboração com entidades pertencentes a diversos quadrantes da sociedade como a PSP, fizeram crescer em nós a evidência da importância do papel do enfermeiro na sociedade. Paralelamente, em conjunto com a orientadora do estágio, tivemos a

oportunidade de, diariamente, refletir sobre as nossas intervenções, incluindo sobre as implicações éticas e sociais que o nosso trabalho acarreta. O facto da nossa orientadora de estágio desenvolver projetos na comunidade há já vários anos, foi sem dúvida uma mais-valia e permitiu-nos que este exercício reflexivo fosse pautado por um crescimento na nossa perceção sobre estes domínios.

Concomitantemente, os aspirantes a Mestre, devem “Ser capazes de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a ela subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 4162).

O quotidiano assistencial do enfermeiro recorre com frequência a determinadas ferramentas no âmbito da comunicação, quer no contacto com os utentes quer no contacto com os pares e outros profissionais de saúde.

Como referido anteriormente, ao longo do nosso percurso profissional temos tido a oportunidade de apresentar, em diversos encontros científicos, as conclusões relativas a trabalhos que temos vindo a desenvolver. O desenvolvimento destas competências comunicacionais tem ocorrido através da elaboração de posters e através da realização de comunicações orais em eventos de carácter científico. Estes encontros revestem-se de grande importância na medida em que são frequentados por uma série de especialistas com os quais podemos partilhar as conclusões dos nossos trabalhos e, em sentido inverso, ter contacto com outras investigações em curso.

Também durante a componente letiva do Mestrado foi possível desenvolvermos as nossas competências comunicacionais através dos diversos trabalhos escritos que foram, posteriormente, apresentados durante as aulas. A supervisão que era efetuada pelos nossos professores em muito contribuiu para o aperfeiçoamento destas competências, o que nos permitiu, em sala de aula, desenvolver as nossas ferramentas comunicacionais junto dos nossos pares.

Convoquemos o nosso estágio final em contexto comunitário que nos proporcionou uma importante oportunidade no desenvolvimento destas competências, uma vez que, no âmbito do nosso projeto e aquando da colaboração em projetos pré-existent no nosso local de estágio, tivemos o privilégio de realizar sessões formativas a públicos tão distintos como adolescentes ou professores. A heterogeneidade da nossa população exigiu da nossa parte um grande esforço no sentido de adaptarmos os conteúdos a abordar às suas especificidades. Acreditamos que

fomos desenvolvendo a capacidade de transmitir informações relevantes aos diversos públicos, de forma que não se possa caracterizar pela sua ambiguidade.

Estes diferentes contextos onde tivemos a oportunidade de estar inseridos contribuíram assim de forma decisiva para, chegando ao final deste ciclo de estudos, considerarmos que, à luz do modelo de Benner, somos competentes no que a esta competência diz respeito.

Por último, para a aquisição de grau de Mestre, este tem de adquirir “Competências que lhes permitem uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p. 4162).

A aprendizagem ao longo da vida deve constituir-se como um propósito de todos os profissionais de saúde porque nos é exigido uma constante reciclagem e aperfeiçoamento dos conhecimentos técnicos científicos adstritos à nossa profissão. Este desígnio encontra-se inscrito, como já referido anteriormente, no CDE e em outros documentos que regem a profissão de enfermeiro.

Neste sentido, após terminarmos o primeiro ciclo de estudos temos procurado investir na nossa formação profissional, através da participação das ações realizadas no âmbito de formação em serviço ou através da participação em encontros científicos. Das várias ações de formação frequentadas destacamos o curso de treino metacognitivo para a psicose, que nos permitiu tomar conhecimento de um método que em muito pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos nossos utentes do nosso contexto profissional.

De referir ainda que a escolha das ações de formação a frequentar tem por base uma reflexão que frequentemente realizamos no sentido de percebermos quais os domínios que, no nosso quotidiano assistencial, necessitam de ser aprofundados para que, a frequência das mesmas, possa ter uma reflexão positiva nos cuidados que prestamos.

Posto isto, consideramos que somos capazes de orientar de forma autónoma as nossas aprendizagens ao longo da vida, pelo que, tendo em conta o modelo de Benner, acreditamos ser detentores desta competência.

5.2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns do enfermeiro especialista podem ser encontradas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista que se encontra publicado no Diário da República, Regulamento n.º 140/2019, 2ª série – N.º 26 de 6 de fevereiro de 2019. Este documento tem como objetivo definir um conjunto de competências que são comuns a

todas as diferentes especialidades nas Ciências de Enfermagem e, consequentemente, podem ser aplicados aos distintos contextos de prestação de cuidados (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019).

Estas competências são-nos apresentadas em quatro domínios distintos, nomeadamente no domínio da responsabilidade ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão dos cuidados e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Refira-se ainda que, associado a cada um destes domínios, encontramos o seu descritivo assim como as suas unidades de competência e critérios de avaliação o que nos permite com maior facilidade esclarecer quais as aptidões que são exigidas aos detentores do título de enfermeiro Especialista (OE, 2019).

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal,

- a) “Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.” (OE, 2019, p. 4745)

Como já referimos anteriormente, o exercício da profissão de Enfermagem encontra-se regulamentados em diversos documentos, nomeadamente no CDE e no Regulamento do Exercício Profissional em Enfermagem. Nestes documentos podemos encontrar muitos dos princípios éticos e legais pelos quais todos os enfermeiros devem reger o seu exercício profissional.

No que se refere aos domínios éticos em Enfermagem, torna-se pertinente convocarmos Johnstone e a sua perspetiva teórica do *principalismo ético*. Segundo esta visão, quer a tomada de decisão ética, quer a resolução de problemas, devem assentar em princípios éticos que vão funcionar como padrões de conduta gerais, acabando por definir se uma determinada ação pode ser classificada de correta ou incorreta. Beauchamp & Childress definem como princípios éticos: respeito pela autonomia; não-maleficência; beneficência; e justiça (Johnstone, 2019).

Na nossa prática clínica temos procurado orientar as nossas intervenções respeitando os diversos princípios éticos e legais que se encontram subjacentes à nossa profissão. Um dos exemplos que melhor traduz o desenvolvimento desta competência no nosso quotidiano assistencial diz respeito às situações onde há necessidade de procedermos à contenção mecânica dos utentes. A realização deste procedimento pode, à primeira vista, colidir com alguns

preceitos éticos nomeadamente com o princípio da autonomia na medida em que, frequentemente, o utente discorda da aplicação destas medidas. Quando estas situações sucedem, no seio da equipa multidisciplinar é promovida uma reflexão que, na sua essência, procura compreender o objetivo da aplicação da contenção mecânica, bem como objetiva a redução da aparente violação ética que ocorre. Neste sentido, é importante referirmos que a não observância de determinado princípio ético ocorre devido à total impossibilidade de tal acontecer, e que são efetuadas diversas diligências para a minimização dos dilemas éticos subjacentes, considerando a amplitude do objetivo a atingir.

Refira-se também que, aquando da realização da componente letiva deste Mestrado, tivemos a oportunidade de desenvolver os nossos conhecimentos nesta área na unidade curricular de *Epistemologia, Ética, e Direito em Enfermagem*. Tivemos a possibilidade de contactar com casos específicos, em situações muitas vezes colocadas pelos próprios alunos, que foram alvo de reflexão de toda a turma que, em conjunto com os docentes, proporcionaram momentos importantes de aprendizagem neste domínio.

No que diz respeito ao nosso estágio final, como referido anteriormente, tivemos a possibilidade de participar em diversas visitas domiciliárias. As condicionantes éticas e legais associadas aos cuidados domiciliários representaram um novo desafio para nós, na medida em que a nossa prática profissional sempre esteve associada a unidades de internamento. Consideramos deste modo ter realizado um importante exercício de adaptação que incluiu a participação ativa dos utentes na construção de um plano individualizado de cuidados, que foi ao encontro do respeito pela autonomia dos utentes. Paralelamente, denotamos que o respeito pelos outros princípios éticos, bem como pelos direitos humanos, sempre fizeram parte da nossa prática clínica, indo ao encontro do princípio ético do respeito pela dignidade humana.

Competências no domínio da melhoria contínua da qualidade

- a) “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- c) Garante um ambiente terapêutico e seguro.” (OE, 2019, p. 4745)

As competências no âmbito da melhoria contínua da qualidade encontram-se indubitavelmente associadas às competências do enfermeiro especialista em ESMP, como é possível verificar através do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados

Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2011). Neste sentido, temos procurado desenvolvê-las nos diversos contextos nos quais nos encontramos inseridos.

No que diz respeito à nossa prática clínica, temos vindo a desenvolver um papel cada vez mais relevante neste âmbito no nosso local de trabalho onde, na atualidade, somos corresponsáveis pela formação em serviço. Assumir esta responsabilidade só nos foi possível após a aquisição de conhecimentos que a frequência da componente letiva deste Mestrado nos permitiu, contribuindo para um sentimento de maior segurança, que nos fez acreditar nas nossas capacidades para o desempenho destas funções. Neste sentido, estamos a procurar perceber quais as necessidades efetivas de formação da equipa à qual pertencemos, para que possamos agir de modo a colmatar essas mesmas necessidades e, consequentemente, promover uma melhoria nos cuidados aos nossos utentes.

As competências no âmbito da melhoria contínua da qualidade foram também desenvolvidas no seio da unidade curricular de *Formação e Supervisão em Enfermagem*, na qual nos foi possível assimilar a relevância que a formação contínua adquire na disciplina de Enfermagem. Esta importância encontra-se plasmada no DL n.º 248/2009 (Ministério da Saúde, 2009) que nos refere que nas Ciências de Enfermagem a formação se reveste de uma importância primordial, uma vez que possibilita a necessária atualização técnica e científica aliada ao desenvolvimento de projetos de investigação.

Ao realizarmos o nosso projeto, de acordo com a metodologia de projeto, de forma sistemática, controlada e participativa (envolvendo o sistema de cliente), através de uma metodologia reflexiva, alicerçada pela investigação, contribuindo para a resolução de problemas, e ao integrar o nosso projeto, num projeto da UCC, acreditamos que estamos a desenvolver uma prática de qualidade, colaborando em programas de melhoria contínua.

O desenvolvimento de competências na área da segurança do doente foi possível, por exemplo, aquando da componente curricular deste Mestrado na unidade curricular de *Gestão em Saúde e Governação Clínica*. Nesta tivemos a oportunidade de abordar diversas temáticas como a gestão do risco, que nos deram ferramentas para podermos implementar projetos neste âmbito e participar de forma mais ativa e consciente nas iniciativas já existentes no nosso ambiente profissional. Consideramos que nos encontramos mais capacitados para colaborar nas comissões existentes, que procuram criar um ambiente mais seguro, para utentes e profissionais e, consequentemente, efetivar uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

Também durante o nosso estágio final, foi possível intentarmos na promoção de um ambiente mais seguro para os nossos utentes, aquando da realização, em colaboração com a PSP, de ações de sensibilização sobre o *bullying* em contexto escolar. Neste sentido, tivemos a oportunidade de esclarecer algumas dúvidas dos adolescentes, procurando não só prevenir estes comportamentos, como informá-los sobre como podem agir, caso presenciem ou sejam vítimas dos mesmos.

Competências do domínio de gestão dos cuidados

- a) “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (OE, 2019, p. 4745)

Convocamos, novamente, a unidade curricular *de Gestão em Saúde e Governação Clínica*, onde pudemos contactar com diferentes modelos que sustentam diversos sistemas de saúde, construindo um sentido crítico sobre os modelos existentes. Paralelamente, fomos tomando conhecimento de sistemas de comunicação e de informação assim como dos diferentes processos de liderança que podem ser aplicados de acordo com os contextos de cuidados. Nesta unidade curricular podemos ainda contactar com os diversos domínios que a sustentam, nomeadamente as auditorias clínicas, a gestão das informações relacionadas com os doentes, a gestão dos recursos adstritos às unidades hospitalares, o processo de envolvimento dos utentes no seu plano de cuidados, bem como a efetividade clínica.

Ao longo da nossa vida profissional, mais recentemente, temos vindo a ser chamados a desempenhar as funções de responsável de turno, que coloca em nós diferentes responsabilidades no âmbito da gestão da enfermaria. Neste sentido, desenvolvemos um importante papel na gestão dos recursos da unidade, quer sejam eles materiais ou humanos, pois cabe-nos assegurar a prestação de cuidados de excelência aos utentes. Todavia, nem sempre esta tarefa é simples de cumprir, pois a frequente escassez de alguns recursos exige da nossa parte a procura de soluções que nem sempre são fáceis de encontrar.

Aliado a esta função, encontramos as dinâmicas de comunicação e transmissão de informação no seio da equipa multidisciplinar, que são por nós assumidas na procura da resolução dos problemas do quotidiano da enfermaria de modo a que, consequentemente, representem uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados aos nossos utentes.

O desenvolvimento da comunicação no seio da equipa multiprofissional foi também trabalhado em contexto do estágio final. O nosso local de estágio caracterizava-se pela existência de uma equipa multiprofissional com diversos profissionais de áreas distintas da saúde, assim como por uma forte presença na comunidade e em diferentes instituições da sua área de atuação. Neste sentido, pudemos observar *in loco* como se articulava a nossa unidade de saúde com diferentes instituições como os agrupamentos de escolas, a câmara municipal, a PSP, entre outras. Esta experiência, completamente nova para nós, em muito contribuiu para o desenvolvimento desta competência, na medida em que somos agora capazes de mobilizar determinados recursos na comunidade e de definir, de modo mais concreto, as diferentes intervenções de cada uma das classes profissionais, tendo sempre como objetivo, a concretização de um plano de cuidados dirigido à população e, assim, visando a melhoria da qualidade de vida do utente.

Acreditamos que durante a realização do projeto de intervenção delineado, procurando dar resposta aos diagnósticos formulados e, anteriormente descritos, fomos desenvolvendo a competência de gerir os cuidados de Enfermagem, procurando articular com a equipa multiprofissional, de modo a que fosse possível alcançar os objetivos planeados. Ainda, sentimos que ao disponibilizar o projeto elaborado e, uma vez que, a equipa foi envolvida, poderá ter aplicabilidade e continuidade no futuro dos cuidados a serem prestados na UCC.

Tendo em consideração o desenvolvimento destas competências que procurámos demonstrar, e à luz do modelo proposto por Benner, poderemos concluir que somos competentes nesta matéria. No entanto, não podemos deixar de referir que a gestão dos cuidados de saúde é, só por si, uma área altamente diferenciada, com um campo de conhecimentos específicos. No entanto, acreditamos ser capazes de poder corresponder a essas especificidades, embora haja ainda um longo caminho a percorrer para que possamos atingir um nível de competência mais elevado.

Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

- a) “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p. 4745).

Desenvolver competências no âmbito do autoconhecimento e assertividade é um processo que representa um desafio diário no quotidiano de cada um, nos diversos contextos da nossa vida, nomeadamente no contexto pessoal e profissional.

Enquanto profissionais de saúde, estas competências adquirem um maior significado, na medida em que muitas das nossas intervenções têm uma base de relação com os utentes. Neste sentido é, em primeiro lugar, importante que tenhamos um conhecimento de nós próprios que nos permita conhecer não só os nossos pontos fortes, como também as nossas fraquezas. Quando tal acontece, mais facilmente poderemos mobilizar os nossos recursos, de forma a poder ajudar eficientemente os nossos utentes.

Acreditamos que este processo de autoconhecimento é contínuo, realizado de forma inconsciente, e resulta das aprendizagens que vamos realizando no dia-a-dia, das decisões que vamos tomando, das relações que vamos estabelecendo com os nossos familiares, amigos, conhecidos e com os nossos utentes. Sendo nós resultado de um processo ininterrupto, torna-se importante que tenhamos consciência dessas mudanças, que se vão operando de forma espontânea, e que aprendamos a mobilizá-las em diversos contextos, nomeadamente no nosso quotidiano assistencial.

Os espaços de reflexão que possibilitam o autoconhecimento têm sido por nós realizados no desenvolvimento da nossa atividade profissional. São frequentes os momentos em que a equipa de Enfermagem, habitualmente de forma informal, se reúne e discute determinadas intervenções protagonizadas por alguns dos seus elementos. Estes momentos obrigam-nos a refletir sobre as nossas ações, sobre o que podíamos melhorar e sobre as razões que nos levaram a agir de determinada forma. Consequentemente, durante este processo reflexivo, somos obrigados paralelamente a exercícios que conduzem a um maior conhecimento de nós próprios.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi também possível em diversas unidades curriculares ao longo da componente teórica do Mestrado, nomeadamente nas unidades curriculares de *Relação de Ajuda* e de *Relação de Ajuda em Saúde Mental*, onde tomámos contacto com os vários pressupostos que constituem a relação de ajuda, nomeadamente o conhecimento de nós próprios pois, só assim, podemos empreender uma verdadeira relação de ajuda. Neste sentido, fomos chamados a realizar diversos exercícios que tinham como pressuposto principal aumentar a consciência de nós próprios.

Ao longo do estágio houve também espaço para a concretizarmos diversos momentos de reflexão sobre a nossa prática clínica com importantes contribuições para o processo de autoconhecimento. Tal só foi possível devido ao facto da nossa enfermeira orientadora

acompanhar todas as nossas intervenções no contexto do estágio final e termos encontrado uma grande disponibilidade da mesma para proceder a estes momentos reflexivos.

No que se refere ao desenvolvimento das nossas intervenções, tendo por base a evidência científica, consideramos que temos vindo a reforçar esta competência nos últimos anos, quer na nossa vida profissional quer no contexto de estágio final. Temos procurado informar-nos sobre determinadas matérias que consideramos não dominar totalmente, o que se manifesta na realização de diversas pesquisas bibliográficas, através das quais procuramos basear as nossas intervenções e, consequentemente, alicerçar as nossas intervenções nas evidências científicas existentes. O projeto desenvolvido em estágio, reflete esta procura pela evidência científica, para melhor intervir junto do público-alvo, o sistema de cliente.

Sendo a ciência um domínio em contante mudança, é-nos exigido uma frequente reciclagem de conhecimentos, que vai contribuir, em última análise, para uma melhoria dos cuidados prestados e para uma melhoria da qualidade de vida dos utentes.

Posto isto, analisando o nosso nível de competência segundo o modelo proposto por Benner, consideramos ser competentes nesta área.

5.3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

As competências específicas do enfermeiro especialista em ESMP estão publicadas no Diário da República, 2ª série – N.º 151 de 7 de agosto de 2018 (OE, 2018). Juntamente com as competências é ainda possível encontramos um conjunto de descritores que tornam mais claras as aptidões que são exigidas aos enfermeiros que detêm o grau de enfermeiro especialista em ESMP.

“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2018, p. 21428).

A primeira competência específica do enfermeiro especialista em ESMP encerra em si muitas semelhanças com a última das competências comuns do enfermeiro especialista, que foram alvo de reflexão anteriormente. No entanto, consideramos que, aquando do desenvolvimento das nossas intervenções de carácter especializado em ESMP, tivemos

oportunidade de aprofundar ainda mais a consciência de Nós quer enquanto pessoa, quer enquanto profissional.

Torna-se importante fazer notar que o conceito de autoconsciência nos remete para a necessidade de que os indivíduos aceitem e reconheçam o seu próprio sistema de valores, bem como os valores associados aos outros indivíduos. Já o conceito de autoconhecimento refere-se ao aprofundar das causas que determinam a existência de muitas das nossas crenças e sentimentos, o que exige da nossa parte um exercício constante de autorreflexão e autoexame (Towsend 2011).

Em ESMP, umas das maiores ferramentas que o profissional detém diz respeito a ele próprio, à sua capacidade para comunicar com os utentes, às suas competências para o estabelecimento de uma relação terapêutica com os utentes, bem como às suas aptidões para instituir uma relação de ajuda. Neste sentido, e tendo em vista a realização de intervenções terapêuticas especializadas, é deveras fulcral que o profissional, antes de tudo, se conheça a si próprio, conseguindo manter os limites da relação profissional e gerindo os fenómenos de transferências e contratransferências.

Este crescimento é operado através de atos de reflexão, que acabam por remeter para a consciência de Si mesmo, e podem ocorrer aquando da existência de determinados episódios ou após a sua ocorrência. Estes exercícios de reflexão contribuem para que o individuo detenha novos *insights* sobre Si o que pode contribuir para que o mesmo possa responder de forma mais adequada em situações posteriores, na medida em que podem ser objetivados desenvolvimentos no âmbito da sabedoria prática (Nunes, 2017).

Importa então percebermos como temos vindo, ao longo da nossa vida profissional e pessoal, a procurar este conhecimento e consciência de Nós próprios, daquilo que somos e daquilo que pretendemos vir a ser. Este processo é realizado a maioria das vezes de forma inconsciente, através das nossas reflexões diárias, que sem nos apercebermos nos vão modificando, vão moldando o nosso sistema de valores e as nossas crenças. Como este processo é efetuado de forma instintiva e constante, torna-se necessário refletirmos pontualmente de forma consciente e orientada sobre nós próprios. Consideramos que a supervisão e orientação desta reflexão durante os momentos de intervenção de estágio foram fundamentais para esta tomada de consciência.

“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (OE, 2018, p. 21428).

O nosso estágio final, como referido anteriormente, foi realizado em contexto comunitário o que nos permitiu intervir nesta conjuntura que, até então, era desconhecida para nós, pois a nossa vida profissional tem sido desenvolvida, exclusivamente, em contexto de internamento de doença aguda. Neste sentido, tivemos a oportunidade de assistir pessoas inseridas em grupos homogêneos, como referido aquando da nossa metodologia de projeto.

Destacamos o nosso trabalho no âmbito da promoção e proteção da saúde mental em vários grupos de adolescentes no contexto da saúde escolar. A realização de intervenções com o auxílio da ludoterapia, como aconteceu na atividade em que recorremos ao *bowling*, permitiu a criação de um ambiente mais informal, que acabou por facilitar a transmissão da nossa mensagem e diminuir eventuais situações de bloqueios de comunicação. Refira-se ainda que esta atividade pode ser aplicada em outros contextos e outras populações, após os devidos ajustes, tendo em conta as características específicas de cada população-alvo.

Também a nossa intervenção realizada junto de grupos de técnicos da educação nos permitiu trabalhar no âmbito da promoção da saúde mental, através das formações que incidiram sobre temáticas como a autoestima e expressão das emoções. Prestar cuidados no âmbito da prevenção da doença mental e da promoção da saúde mental representou também um grande desafio que culminou com um importante crescimento nas nossas competências profissionais.

Concomitantemente, ao longo da nossa vida profissional, temos desenvolvido esta competência, tendo em conta que temos intervindo na assistência dos indivíduos adultos e nas suas famílias. Importa aqui reconhecer a importância da nossa intervenção enquanto profissionais de saúde no seio das famílias dos utentes, pois estas são frequentemente convocadas para colaborar de forma ativa, não só no processo de tratamento durante o internamento, mas também no pós-alta dos utentes. A saber ainda a nossa frequente participação em reuniões multidisciplinares com as famílias dos utentes, onde tem sido possível validar conhecimentos e esclarecer dúvidas relativas a todo o processo psicopatológico.

Neste sentido, e remetendo uma vez mais para o modelo de desenvolvimento de competências proposto por Benner, consideramos ter adquirido esta competência específica.

“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.” (OE, 2018, p. 21428).

Na nossa prática clínica temos tido a oportunidade de ajudar utentes adultos em contexto de internamento de doença mental aguda. Assim, temos procurado alicerçar o nosso plano individualizado de cuidados na recolha inicial de informação, que serve de base para formulação de diagnósticos e intervenções de Enfermagem.

Paralelamente, temos procurado atualizar os nossos conhecimentos e a nossa prática clínica, para que possamos atuar munidos das últimas evidências científicas, que nos podem auxiliar a conseguir atingir os objetivos delineados. Não podemos deixar de referir que esses objetivos não são, por vezes, alcançados, o que nos tem ajudado a refletir sobre o curso das nossas ações, questionando os motivos do mesmo, o que conduz a uma redefinição dos objetivos, bem como as nossas interações para que possamos contribuir para que os diagnósticos de Enfermagem previamente levantados possam ser resolvidos com sucesso.

A nossa interação no seio da comunidade foi possível durante a realização do estágio final, aquando das nossas intervenções no âmbito da saúde escolar junto dos profissionais dos agrupamentos de escolas. Intervir no contexto escolar foi para nós um grande desafio e dotou-nos de diversas competências relacionais e comunicacionais. Recordamos ainda a cooperação que efetuámos com a PSP, que constituiu um bom exemplo da mobilização dos recursos na comunidade que um enfermeiro especialista em ESMP deve ser capaz de empreender.

A nossa intervenção junto de núcleos familiares foi possível quando acompanhamos a nossa orientadora, na realização de visitas domiciliárias. Alguns dos nossos utentes residiam com diversos familiares, o que nos permitiu colaborar no plano de cuidados previamente definido, que tinha como objetivo primordial a capacitação do indivíduo e da sua família para lidar com diversas circunstâncias associadas à sua doença mental.

“Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, 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.” (OE, 2018, p. 21429).

A psicoeducação pode ser definida como sendo uma abordagem de cariz terapêutico através da qual se proporcionam ensinamentos a um determinado utente, família ou grupo de indivíduos em diferentes áreas que se relacionam com processos patológicos, o seu tratamento e prevenção. Para tal, o técnico recorre a uma série de ferramentas de carácter psicológico e pedagógico para alcançar o seu objetivo (Lemes & Neto, 2017).

As abordagens psicoterapêuticas são muito diversas, de acordo com a sua população alvo, nomeadamente, psicoeducação familiar, individual ou em grupo. No que diz respeito à psicoeducação familiar, esta advém quando o terapeuta centra a sua atuação numa determinada família e procura a implementação de programas cujo objetivo se centra no apoio e educação de uma família para que esta consiga lidar com um processo de doença. No que se refere à psicoeducação individual, esta ocorre quando o próprio doente se encontra no centro do processo psicoeducativo. Assim, estas intervenções associadas à psicoeducação individual são mais específicas e intensas pois são dirigidas a um único indivíduo. Por fim, as intervenções psicoterapêuticas surgem quando alvo é um grupo de indivíduos, com características semelhantes e homogêneo no que diz respeito às suas necessidades de obtenção de informação (Borah 2019).

O enfermeiro especialista em ESMP tem competência para “coordenar, desenvolver e implementar programas de psicoeducação e treino em saúde mental” (OE, 2018, p. 21430) e as suas atividades incluem ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar” (OE, 2018, p. 21427).

Ao longo da nossa vida profissional temos vindo a desenvolver estas competências junto dos nossos utentes. Sendo frequentemente identificado um problema de adesão à terapêutica por parte dos utentes, temos vindo a recorrer a intervenções de carácter psicoeducativo com o intuito de desmistificar algumas crenças que os utentes apresentam, abordando temáticas sobre os efeitos secundários dos medicamentos, bem como clarificando algumas dúvidas sobre o esquema terapêutico proposto. Estas intervenções são por vezes alargadas à família, na medida em que a gestão da medicação é, por vezes, da responsabilidade de uma pessoa significativa para o utente. Aquando da realização destas intervenções psicoeducativas procuramos não só informar o utente e a sua família sobre a importância do cumprimento do regime terapêutico, como capacitá-los para que possam de forma autónoma atuar aquando do surgimento de efeitos secundários/adversos.

As intervenções de âmbito psicoeducativo foram também por nós desenvolvidas no âmbito do estágio final em muitos momentos ao longo da execução do nosso projeto. Como já foi referido neste relatório, tivemos a oportunidade de, após a realização de diagnóstico de necessidades, planearmos as nossas atividades indo ao encontro dos nossos objetivos. Neste sentido, foram realizadas diversas ações que tiveram na sua base o nosso projeto de intervenção.

Estas ações foram desenvolvidas para públicos-alvo muito diferenciados, desde os adolescentes até aos profissionais de educação, de acordo com as necessidades levantadas e, por vezes, da sugestão da enfermeira orientadora, de acordo com o plano de intervenções previamente definido pela equipa multiprofissional do nosso local de estágio. A heterogeneidade da nossa população-alvo exigiu, da nossa parte, um exercício de adaptação das nossas intervenções psicoeducativas, que incluíram a adoção de diferentes estratégias para que pudessemos atingir os objetivos de cada uma das diferentes intervenções. Tivemos oportunidade de intervir sobretudo no âmbito da ansiedade, do *burnout*, dos distúrbios alimentares, entre outros domínios.

No âmbito das diversas visitas domiciliárias em que pudemos participar e intervir, tivemos a oportunidade de colaborar com a nossa enfermeira orientadora na execução do plano individual de cuidados de vários utentes. Esse plano incluía com alguma frequência sessões de psicoeducação no âmbito da adesão á terapêutica, da gestão da medicação, do conhecimento e utilização dos recursos existentes na comunidade, entre outros assuntos que, no seu conjunto, procuravam capacitar os utentes e famílias.

As características do nosso local de estágio, aliadas às especificidades do nosso projeto de estágio, não nos permitiram intervir em contexto familiar nem efetuar intervenções de conteúdo socioterapêutico, no entanto, fruto da aquisição de outras competências, consideramos que dispomos das ferramentas necessárias para adaptar as intervenções psicoeducativas a contextos familiares assim como empreender intervenções de carácter socioterapêutico.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta fase do trabalho iremos procurar refletir sobre a concretização dos objetivos a que nos propusemos no início do relatório, efetuando uma análise de todo o trabalho desenvolvido.

Durante a elaboração deste relatório consideramos ter sido possível desenvolver os nossos conhecimentos técnico-científicos em domínios que, até então, eram para nós pouco conhecidos, nomeadamente no que se refere à prestação de cuidados de Enfermagem em contexto da saúde escolar. Durante a nossa formação base, e ao longo da nossa vida profissional, nunca havíamos tido a oportunidade de desenvolver o nosso trabalho num contexto tão ambiente tão específico como aconteceu durante o estágio final.

Não temos dúvidas em afirmar que a preparação prévia, do ponto de vista teórico, que efetuámos, nos permitiu desenvolver as nossas atividades com maior conhecimento sobre estas matérias, com uma importante repercussão no desenvolvimento do nosso projeto. Paralelamente, tivemos a oportunidade de nos atualizarmos em domínios que fazem parte do nosso quotidiano assistencial que permitiu melhorar o nosso desempenho profissional. Neste sentido, consideramos que o primeiro objetivo específico da elaboração deste relatório foi alcançado com sucesso.

No que se refere ao objetivo delineado no âmbito do desenvolvimento de uma metodologia de projeto que sustentasse as nossas intervenções, conferindo-lhe um carácter científico, consideramos que também ele foi atingido. Esta conclusão resulta do facto de nos ter sido possível empreender as diversas fases de uma metodologia de projeto, pondo em prática conhecimentos que foram cimentados com a unidade curricular de *Investigação em Enfermagem*. Todas as fases que compreendem esta metodologia se revestem de uma grande importância para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto uma Ciência de pleno direito.

Neste sentido, cabe a todos os enfermeiros desenvolverem a sua prática clínica alicerçada numa metodologia que seja capaz de conferir à Enfermagem a dignidade de disciplina científica, a par com outras Ciências. Não podemos, no entanto, deixar de referir que, por impedimentos relacionados com a gestão do tempo, não nos foi possível efetuar uma publicação dos resultados do nosso projeto, que se constitui como a última das etapas da metodologia científica. Todavia, não descartamos a hipótese de, numa fase posterior, apresentarmos os nossos resultados em eventos ou publicações de carácter científico.

No que diz respeito ao último objetivo específico definido, a análise reflexiva relativa à aquisição das diversas competências exigidas, consideramos ter efetuado um exercício que se pautou pela honestidade e sensatez. Este exercício levou-nos a refletir não só sobre os conhecimentos adquiridos durante a realização do estágio final, como também sobre todo um leque de experiências que temos vindo a obter aquando do desenvolvimento da nossa atividade profissional em contexto de uma unidade de internamento em saúde mental e psiquiátrica, como ainda através das formações que temos tido a oportunidade de realizar fruto de um investimento pessoal.

Tendo em conta que consideramos ter atingido os diversos objetivos específicos que nortearam a elaboração deste relatório, é com naturalidade que concluimos também pela consecução do objetivo geral definido, que pressupunha uma demonstração cabal de que reunimos as condições para que nos seja atribuído o grau de Mestre em Enfermagem e o título de Enfermeiro Especialista em ESMP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, A. & Rodrigues, N. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista portuguesa de saúde pública*, 28 (2), 127-131.
- American Psychiatric Association [APA] (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-5* (5ª edição). Climepsi.
- Assembleia da República [AR] (2015). "Lei n.º 156/2015". *Diário da República* 1ª série, 181 (setembro): 8059-8105.
- Assembleia da República [AR] (2019). "Lei n.º 95/2019". *Diário da República* 1ª série, 169 (setembro): 55-66. <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre>
- Assembleia da República [AR] (2023). "Lei n.º 35/2023". *Diário da República*, série I, 141 (julho): 2-23. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339>
- Aylward, P. (2010). Betty Neuman's Systems of Model. In Parker, M. & Smith, M. (Eds.). *Nursing Theories & Nursing Practice* (3rd edition). F.A. Davis Company.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a Perito: excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem* (2ª edição). Quarteto Editora.
- Berkers, D., Larsen, J. & Burk, W. (2023). Self-esteem and negative affectivity as mediators of the prospective links between adolescent interpersonal peer problems and disordered eating behaviors. *Appetite*, 186, 1-11. doi: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.106558>
- Borah, A. (2019, maio). Psychoeducation for mental illness: a review analysis. *International Journal of Advanced Research*, 7(5), 193-197. doi:10.21474/IJAR01/9021
- Casanova, T., Santos, P., Figueiredo, C & Silveira, A. (2009). Anorexia Nervosa: proposta de linhas orientadoras. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 40 (3), 133-135.
- Claudat, K & Lavender, J. (2018). As introduction to the special issue on emotion regulation and eating disorders. *Eating disorders*, 26 (1), 1-4. doi: <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1418281>
- Conselho Nacional de Saúde [CNS] (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Lisboa, Portugal: CNS
- Direção-Geral da Educação & Direção-Geral da Saúde (2017, junho). *Referencial de Educação para a Saúde*. Disponível em [Referencial de Educação para a Saúde 2017.pdf](#)
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2015, agosto). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Direção-Geral da Saúde

- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. Ministério da Saúde.
- Fathirezaie, S., Puhse, M., Bahmani, D., Bashiri, M., Pourali, M & Brand, S. (2021). Self-Esteem and Symptoms of Eating-Disordered Behavior Among Female Adolescents. *Psychological Reports* 124(4), 1515-1538. doi: 10.1177/0033294120948226
- Francisco, R & Novo, R. (março, 2015). Perfeccionismo, perturbações emocionais e suas relações com as perturbações alimentares: Um estudo com adolescentes Portugueses. *Psicologia*, 29 (1), 23-34. doi: 10.17575/rpsicol.v29i1.986
- Gorgati, S., Holcberg, A. & Oliveira, M. (2002). Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 24 (Supl III), 44-48. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700010>
- Graça, L. (1999). *Promoção da Saúde no Trabalho: A Nova Saúde Ocupacional?*. Sociedade Portuguesa de Medicina no Trabalho.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. doi:10.1037/1089-2680.2.3.271
- Horta, W. (2005). *Processo de Enfermagem* (16 ed.). Editora Pedagógica e Universitária Ltda,
- Institute for Health Metrics and Evaluation Washington [IHME] (2023). *Explore results from the 2019 Global Burden of Disease (GBD) study*. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/?params=gbd-api-2019-permalink/380dfa3f26639cb711d908d9a119ded2>
- Instituto Nacional de Estatísticas [INE] (2023). *Censos 2021 – Indicadores*. Disponível em <https://tabulador.ine.pt/CENSOS2021/>
- Instituto para a Qualidade e Formação [IQF] (2006). *Guia para a avaliação da formação*. Lisboa: Instituto para a Qualidade e Formação
- International Council of Nurses [ICN] (2010). *CIPE® Versão 2 – Classificação Internacional para a prática de enfermagem*. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>
- Koreshe, E., Paxton, S., Miskovic-Wheatley, J., Bryant, E., Le., A., Maloney, D., ... Maguire, S. (2023). *Prevention and early intervention in eating disorders: findings from a rapid review*. *Journal of Eating Disorders*, 11, 11-38. doi: 10.1186/s40337-023-00758-3
- Lahtinen, E.; Lehtinen, V.; Riikonen, E. & Ahonen, J. (1999). *Framework for Promoting Mental Health in Europe*. Helsinki, Filândia: Stakes Publisher.

- Lawson, T. (2022). Betty Neuman: Systems Model. In Alligood, M. (Ed.). *Nursing theorists and their work* (10th edition, pp. 231-246). Elsevier.
- Le Boterf, G. (2000). *Compétence et navigation professionnelle*. (2^a ed.) Editions d'Organization.
- Lemes, C. & Neto, J. (2017). Aplicações da Psicoeducação no Contexto de Saúde. *Temas em Psicologia*, 25 (1), 17-28. doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-02>
- Lopes, A., & Nunes, L. (1995). Acerca da trilogia de competências profissionais - qualidade dos cuidados – Ética. Obtido https://conversamos.files.wordpress.com/2007/11/trilogia_1995.pdf
- Macedo, E., Lage, I., Macedo J. & Novais, R. (2012). *Determinantes em Saúde Mental (contributos para a promoção da saúde mental das pessoas da região de Braga*. Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/29546>
- Manes, S. (2007). *83 Jogos Psicológicos para a dinâmica de grupos*. Paulus.
- Martins, M. (2005). A Promoção da saúde: percursos e paradigma. *Revista de saúde Amato Lusitano*, IX (22). 42-46
- Momeñe, J., Estévez, A., Griffiths, M., Macía, P., Herrero, M., Olave, L. & Iruarrizaga, I. (2022). Eating Disorders and Intimate Partner Violence: The Influence of Fear of Loneliness and Social Withdrawal. *Nutrients*, 14 (13), 1-12. doi: 10.3390/nu14132611
- Narigão, M. (2012, dezembro). Cuidados continuado em saúde mental: Reflexão sobre respostas para pessoas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 8, 58-62. [10.19131/rpesm.0072](https://doi.org/10.19131/rpesm.0072)
- National Eating Disorders Association [NEDA] (2024). *Prevention*. Disponível em: <https://www.nationaleatingdisorders.org/prevention/>
- National Eating Disorders Collaboration [NEDC] (2024). *Primary Prevention*. Disponível em: <https://nedc.com.au/eating-disorders/preventing-eating-disorders/primary-prevention>
- National Research Council and Institute of Medicine (2009). *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People – Progress and Possibilities*. The National Academies Press
- Nunes, L. (2017). Para uma epistemologia de enfermagem. Lusodidacta.
- Oldershaw, A., Lavanda, T., Sallis, H., Stahl, D., & Schmidt, U. (2015). Geração e regulação emocional na anorexia nervosa: uma revisão sistemática e meta-análise de dados de autorrelato. *Revista de Psicologia Clínica*, 39, 83–95. doi: 10.1016/j.cpr.2015.04.005

- Oliveira, A. S. & António, P. (2006). Sentimentos dos adolescentes relacionados ao fenómeno bullying: possibilidades para a assistência de enfermagem nesse contexto. *Revista electrónica de Enfermagem*, 8 (1). Disponível em:
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). “Regulamento n.º 515/2018”. Diário da República, série II, n.º 151 (agosto): 21427-21430. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). “Regulamento n.º 140/2019”. Diário da República 2ª série, 26 (fevereiro): 4744-4750. [Regulamento n.º 140/2019 | DR \(diariodarepublica.pt\)](https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-115932570)
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] (2018, novembro). Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório Mundial da Saúde – Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra, Suíça: World Health Organization.
- Phaneuf, M. & Grondin, L. (2000). *Manual de Enfermagem – Utilização dos diagnósticos de enfermagem*. Instituto Piaget.
- Presidência do Conselho de Ministros (2022). “Decreto-Lei n.º 52/2022”. Diário da República Série I, 150 (agosto): 5-52. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>
- Presidência do Conselho de Ministros (2023). “Decreto-Lei n.º 102/2023”. Diário da República Série I, 215 (novembro): 4-20. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Raich, R. (2001). *Anorexia e Bulimia*. McGraw-Hill.
- Ruivo, M., Ferrito, C., Nunes, L. (2010, janeiro-março). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Ruivo, M., Ferrito, C., Nunes, L. (2010, janeiro-março). Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15, 1 – 37. Disponível em: https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sahlan, R., Williams, B., Forrest, L., Saunders, J., Fitzsimmons-Craft, E. & Levinson, C. (2021). Disordered eating, self-esteem, and depression symptoms in Iranian adolescents and young adults: A network analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 54, 132-147. doi: 10.1002/eat.23365

- Santos, J., Erse, M., Façanha, J., Marques, L. & Simões, R. (2014). + *Contigo: Promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Schaumberg, K., Zerwas, S., Bulik, C., Fiorentini, C. & Micali, N. (2021). Prospective associations between childhood social communication processes and adolescent eating disorder symptoms in a epidemiological sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 1929-1938. doi: <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01655-9>
- Sigelman, C. (1999). *Life Span Human Development* (3rd Ed.). Brooks/Cole Publishing.
- Smith, S. & Morain, R. (2021). Appropriate Care for Adolescent Eating Disorders in Isolating and Disruptive Times. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 35 (3), 153-155. doi: 10.1891/JCPSY-D-20-00049
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado; a Prática Baseada na Evidência*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- UNESCO (2006). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Disponível em [Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos - UNESCO Digital Library](#)
- World Health Organization [WHO] (2012, agosto). *Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors*. Disponível em: [Risks to Mental Health An Overview of Vulnerabilities and Risk Factors \(1\).pdf](#)
- World Health Organization [WHO] (2021a). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030*. Disponível em: [9789240031029-eng.pdf \(who.int\)](#)
- World Health Organization [WHO] (2021b). *Mental health in schools: a manual*. Disponível em: <https://applications.emro.who.int/docs/9789290225652-eng.pdf>
- World Health Organization [WHO] (2022). Mental health. In *World Health Organization*. Disponível em [Mental health \(who.int\)](#)
- World Health Organization [WHO] (2023a). *Mental health of adolescents*. Disponível em: [Saúde mental de adolescentes \(who.int\)](#)
- World Health Organization [WHO] (2023b). *Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Ageing*. Disponível em: [Perfil do adolescente no país \(who.int\)](#)
- World Health Organization [WHO] (2023c). *Cuidados de Saúde Primários*. Disponível em: <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>