

**Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

Relatório de Estágio

**Avaliação Clínica em Enfermagem de Saúde Mental
com Crianças Infetadas por SARS-COV2**

Mariana Inácio Carvalho

**Lisboa
2023**



Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Avaliação Clínica em Enfermagem de Saúde Mental com Crianças Infetadas por SARS-COV2

Mariana Inácio Carvalho



Orientador: António Jorge Soares Antunes Nabais



**Lisboa
2023**

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.”

Fernando Teixeira de Andrade

Aos meus avós,

Joaquim e Maria Alice, que me deixaram durante esta minha caminhada.

Tenho por certo o quão orgulhosos estarão.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor António Nabais pela orientação, motivação, entusiasmo e pela partilha de saber e conhecimentos.

Às Enfermeiras orientadoras do estágio, pelo excelente exemplo enquanto especialistas e pelas aprendizagens que me proporcionaram através de partilhas e reflexões.

Aos pais das crianças que se permitiram a colaborar neste estudo de investigação. Sem eles, tudo isto seria impossível.

Às colegas de turma que partilharam comigo o local de estágio, pela amizade, momentos de partilha, apoio mútuo em momentos de desesperança e desânimo, mas também de motivação nas alegrias e conquistas.

À minha família, especialmente ao Ricardo, meu companheiro de todos os dias. Obrigada pelo amor, paciência, incentivo, pelos abraços confortantes em momentos difíceis, e por ter acreditado sempre em mim.

À Alice, que surgiu na minha vida na fase final desta aventura. Embora ainda não nos conheçamos, já faz parte deste meu percurso e trouxe-me um novo sentido à palavra “família”.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

APA – *American Psychological Association*;

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima;

ARS – Administração Regional de Saúde;

Asymp. sig. – *Asymptotic p-value*;

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro;

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens;

COVID-19 – Doença por coronavírus 2019;

DGS – Direção Geral de Saúde;

EESMP – Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica;

EMAT – Equipa Multidisciplinar de Assessoria aos Tribunais;

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;

EUA – Estados Unidos da América;

ICN – *International Council of Nurses*;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

SARS-COV2 – *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*;

SDQ – *Strengths and difficulties questionnaire*;

SMP – Saúde Mental e Psiquiátrica;

SPSS – *Statistical Package for the Social Science*.

RESUMO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, visando documentar a minha experiência e evolução profissional no desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O estágio em contexto comunitário integra um estudo de investigação clínico que pretende avaliar e identificar precocemente problemas de Saúde Mental em crianças que estiveram infetadas pelo SARS-COV2 no Serviço de Infeciologia de um hospital (internamento e/ou ambulatório) entre março de 2020 e abril de 2021.

Foi realizado um estudo observacional de natureza transversal, tendo sido obtida uma amostra de 117 crianças. Através da aplicação do questionário SDQ (*Strengths and difficulties questionnaire*) foram identificadas 33 crianças com possíveis alterações do estado de Saúde Mental (perturbação psiquiátrica, perturbação emocional, perturbação de oposição/conducta e perturbação de hiperatividade). Constatou-se que 9 destas crianças já tinham um seguimento prévio em Saúde Mental, não se apurando uma relação causa-efeito entre a altura em que estiveram com COVID-19 e alterações psicopatológicas.

O estágio em contexto hospitalar teve como objetivo adquirir e desenvolver competências específicas do Enfermeiro especialista através da prestação de cuidados à criança, adolescente e a sua família em situação de crise, onde a metodologia selecionada foi assente na Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Palavras-chave: criança, COVID-19, SDQ, Enfermagem de Saúde Mental

ABSTRACT

This internship report comes within the scope of the Master's Degree in Nursing in the Specialization Area in Mental Health and Psychiatric Nursing, aiming to document my experience and professional evolution in the development of the specific competences of the Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing.

The internship in a community context is part of a clinical research study that aims to assess and identify early Mental Health problems in children who were infected with SARS-COV2 in the Infectious Disease Service of a hospital (inpatient and/or outpatient) between March 2020 and April of 2021.

A cross-sectional observational study was carried out, with a sample of 117 children. Through the application of the SDQ questionnaire (Strengths and difficulties questionnaire), 33 children with possible changes in their Mental Health status (psychiatric disorder, emotional disorder, oppositional/conduct disorder and hyperactivity disorder) were identified. It was found that 9 of these children already had a previous follow-up in Mental Health, not establishing a cause-effect relationship between the time they were with COVID-19 and psychopathological changes.

The internship in a hospital context aimed to acquire and develop specific skills of the specialist nurse through the provision of care to children, adolescents and their families in a crisis situation, where the selected methodology was based on the Theory of Transitions by Afaf Meleis.

Keywords: children, COVID-19, SDQ, Mental Health Nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1. Problemática em estudo.....	19
2. Saúde Mental das crianças.....	20
3. Prevenção e intervenção precoce.....	21
4. Teoria das Transições – Afaf Meleis.....	23
ESTÁGIO CLÍNICO	25
5. Contexto Comunitário	25
5.1 Objetivos e finalidades	25
5.2 Questão de investigação	26
5.3 Metodologia.....	27
5.3.1 Tipo de estudo	27
5.3.2 População e amostra	27
5.3.3 Instrumentos de colheita de dados.....	28
5.3.4 Colheita de dados.....	30
5.3.5 Análise dos dados	31
5.3.6 Requisitos éticos e legais.....	31
5.4 Resultados.....	32
5.4.1 Descrição da amostra.....	32
5.4.2 Resultados dos SDQ – Versão Pais com Suplemento de Impacto das crianças infetadas por SARS-COV2	33
5.5 Discussão	35
5.6 Restante componente clínica desenvolvida	37
5.6.1 Resultados dos SDQ – Versão Pais com Suplemento de Impacto das crianças referenciadas à consulta de Pedopsiquiatria	41
5.6.2 Comparação dos dados com o estudo de investigação.....	43
6. Contexto Hospitalar.....	44
6.1 Objetivos e finalidades	44

6.2 Componente clínica desenvolvida	45
QUESTÕES ÉTICAS	57
CONCLUSÃO	59
BIBLIOGRAFIA	62
ANEXOS	69
Anexo 1 – SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto	
Anexo 2 – Cotação do SDQ com Suplemento de Impacto	
Anexo 3 – <i>Google Forms</i> e SDQ enviado aos pais por <i>e-mail</i>	
Anexo 4 – Procedimento multissetorial – Consentimento informado e esclarecido para Investigação	
APÊNDICES	92
Apêndice 1 – Descrição da amostra COVID-19	
Apêndice 2 – Certificado de participação no “1º Encontro Regional de Lisboa do Programa Mais Contigo – Promoção da Saúde Mental e Prevenção de Comportamentos Suicidários”	
Apêndice 3 – Descrição da amostra referenciada à Pedopsiquiatria	

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1 – Diagrama de fluxo das crianças infectadas com SARS-COV2 internadas no hospital.....	28
---	----

ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1 – Caixa personalizada pela A. e material fornecido para completar o “Kit Esperança”	52
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I – Distribuição da amostra por idades.....	Apêndice 1
Quadro II – Distribuição da amostra por distrito.....	Apêndice 1
Quadro III – Distribuição da amostra por escolaridade.....	Apêndice 1
Quadro IV – Distribuição da amostra por período de confinamento.....	Apêndice 1
Quadro V – Existência de infeção de SARS-COV2 no agregado familiar.....	Apêndice 1
Quadro VI – Casos de infeção de SARS-COV2 no agregado familiar.....	Apêndice 1
Quadro VII – Saúde Mental da amostra durante a infeção.....	Apêndice 1
Quadro VIII – Distribuição da amostra por internamento.....	Apêndice 1
Quadro IX – Distribuição da amostra por tempo de internamento.....	Apêndice 1
Quadro X – Distribuição da amostra que esteve internada em Cuidados Intensivos.....	Apêndice 1
Quadro XI – Distribuição da amostra que esteve acompanhada por um familiar durante o internamento.....	Apêndice 1
Quadro XII – Distribuição da amostra pela quantidade de doenças crónicas.....	Apêndice 1
Quadro XIII – Distribuição da amostra por doenças crónicas.....	Apêndice 1
Quadro XIV – Perceção dos pais sobre a Saúde geral das crianças antes da COVID-19.....	Apêndice 1
Quadro XV – Perceção dos pais sobre a Saúde Mental das crianças antes da COVID-19....	Apêndice 1
Quadro XVI – Seguimento de Pedopsiquiatria prévio à infeção.....	Apêndice 1
Quadro XVII – Pedido de ajuda clínica após a infeção.....	Apêndice 1
Quadro XVIII – Pedido de ajuda clínica após a infeção, de acordo com os sintomas da criança.....	Apêndice 1
Quadro XIX – Distribuição da amostra que referiu sinais e sintomas de <i>long COVID</i>	Apêndice 1
Quadro XX – Distribuição da amostra que referiu cefaleias.....	Apêndice 1
Quadro XXI – Distribuição da amostra que referiu problemas de sono.....	Apêndice 1
Quadro XXII – Distribuição da amostra que referiu problemas de concentração.....	Apêndice 1
Quadro XXIII – Distribuição da amostra que referiu fadiga.....	Apêndice 1

Quadro XXIV – Distribuição da amostra que referiu tiques.....	Apêndice 1
Quadro XXV – Distribuição da amostra que referiu problemas respiratórios.....	Apêndice 1
Quadro XXVI – Distribuição da amostra que referiu problemas cardíacos.....	Apêndice 1
Quadro XXVII – Distribuição da amostra que referiu aumento de peso.....	Apêndice 1
Quadro XXVIII – Distribuição da amostra que referiu outros sintomas.....	Apêndice 1
Quadro IXXX – Distribuição da amostra com impacto funcional no seu dia-a-dia.....	Apêndice 1
Quadro XXX – Distribuição da amostra sobre a recuperação da infeção SARS-COV2.....	Apêndice 1
Quadro XXXI – Perceção dos pais sobre a Saúde geral das crianças após a COVID-19.....	Apêndice 1
Quadro XXXII – Perceção dos pais sobre a Saúde Mental das crianças após a COVID-19..	Apêndice 1
Quadro XXXIII – Cruzamento de dados da Saúde Geral antes e após a COVID-19.....	Apêndice 1
Quadro XXXIV – Cruzamento de dados da Saúde Mental antes e após a COVID-19.....	Apêndice 1
Quadro XXXV – Resultados das 5 escalas e pontuação total do SDQ – Versão Pais das crianças que tiveram COVID-19.....	Apêndice 1
Quadro XXXVI – Resultados à questão "Em geral, parece-lhe que o seu filho/a sua filha tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?" do SDQ – Versão Pais das crianças que tiveram COVID-19.....	Apêndice 1
Quadro XXXVII – Cronicidade das dificuldades das crianças infetadas pelo SARS-COV2 do SDQ – Versão Pais.....	Apêndice 1
Quadro XXXVIII – Resultados à questão "Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o seu filho/a sua filha?" do SDQ – Versão Pais das crianças que tiveram COVID-19.....	Apêndice 1
Quadro IXXXX – Resultados à questão "Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho/da sua filha em casa?" do SDQ – Versão Pais das crianças que tiveram COVID-19.....	Apêndice 1
Quadro XXXX – Resultados à questão "Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho/da sua filha com os amigos?" do SDQ – Versão Pais das crianças que tiveram COVID-19.....	Apêndice 1
Quadro XXXXI – Resultados à questão "Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho/da sua filha na aprendizagem na escola?" do SDQ – Versão Pais das crianças que tiveram COVID-19.....	Apêndice 1

Quadro XXXXII – Resultados à questão "Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho/da sua filha nas brincadeiras/tempos livres?" do SDQ – Versão Pais das crianças que tiveram COVID-19.....	Apêndice 1
Quadro XXXXIII – Sobrecarga para os pais/família das dificuldades das crianças infectadas por SARS-COV2 do SDQ – Versão Pais.....	Apêndice 1
Quadro XXXXIV – Resultados da pontuação total de impacto do SDQ – Versão Pais das crianças que tiveram COVID-19.....	Apêndice 1
Quadro XXXXV – Resultados das perturbações obtidas através do SDQ – Versão Pais das crianças que tiveram COVID-19.....	Apêndice 1
Quadro XXXXVI – Distribuição da amostra por idades.....	Apêndice 3
Quadro XXXXVII – Resultados das 5 escalas e pontuação total do SDQ – Versão Pais das crianças referenciadas à Pedopsiquiatria.....	Apêndice 3
Quadro XXXXVIII – Resultados à questão "Em geral, parece-lhe que o seu filho/a sua filha tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?" do SDQ – Versão Pais das crianças referenciadas à Pedopsiquiatria.....	Apêndice 3
Quadro IXXXXX – Cronicidade das dificuldades das crianças referenciadas à Pedopsiquiatria do SDQ – Versão Pais.....	Apêndice 3
Quadro XXXXX – Resultados à questão "Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o seu filho/a sua filha?" do SDQ – Versão Pais das crianças referenciadas à Pedopsiquiatria.....	Apêndice 3
Quadro XXXXXI – Resultados à questão "Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho/da sua filha em casa?" do SDQ – Versão Pais das crianças referenciadas à Pedopsiquiatria.....	Apêndice 3
Quadro XXXXXII – Resultados à questão "Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho/da sua filha com os amigos?" do SDQ – Versão Pais das crianças referenciadas à Pedopsiquiatria.....	Apêndice 3
Quadro XXXXXIII – Resultados à questão "Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho/da sua filha na aprendizagem na escola?" do SDQ – Versão Pais das crianças referenciadas à Pedopsiquiatria.....	Apêndice 3
Quadro XXXXXIV – Resultados à questão "Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho/da sua filha nas brincadeiras/tempos livres?" do SDQ – Versão Pais das crianças referenciadas à Pedopsiquiatria.....	Apêndice 3

Quadro XXXXXV – Sobrecarga para os pais/família das dificuldades das crianças referenciadas à Pedopsiquiatria do SDQ – Versão Pais.....Apêndice 3

Quadro XXXXXVI – Resultados da pontuação total de impacto do SDQ – Versão Pais das crianças referenciadas à Pedopsiquiatria.....Apêndice 3

Quadro XXXXXVII – Resultados das perturbações obtidas através do SDQ – Versão Pais das crianças referenciadas à Pedopsiquiatria.....Apêndice 3

INTRODUÇÃO

No âmbito do 12º curso de Mestrado da Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi proposto a elaboração de um relatório, que espelhe o percurso realizado ao longo do estágio e o trabalho nele desenvolvido.

Casanova (2008) descreve relatório como uma exposição objetiva do que se viu, observou e analisou, e tem como objetivo transmitir as atividades desenvolvidas numa determinada área, com uma perspetiva de síntese de toda a ação desenvolvida.

Este relatório pretende, pela descrição das atividades desenvolvidas durante o estágio em contexto comunitário e hospitalar, e pelas reflexões com peritos na clínica e na academia, dar evidência ao percurso de aquisição das competências de Enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

De acordo com a OMS, a prevalência geral de perturbações mentais e comportamentais foi investigada em vários países desenvolvidos e em desenvolvimento, e embora os valores variem consideravelmente entre os estudos, estima-se que 10% a 20% das crianças e adolescentes tenham um ou mais problemas mentais. (2002)

Existem ainda poucos estudos a nível mundial com evidência do efeito da COVID-19 na Saúde Mental das crianças, mas sabe-se que a qualidade do ambiente onde as crianças crescem influencia o seu bem-estar e desenvolvimento, sendo que as primeiras experiências negativas aumentam o risco de doença mental. As consequências de não abordar a Saúde Mental e o desenvolvimento psicossocial das crianças estendem-se até à idade adulta, prejudicando a saúde física e mental e limitando as oportunidades de levar uma vida plena. (OMS, 2020)

Muitas doenças mentais em idade adulta revelaram sintomas ou iniciaram-se na infância/adolescência, reforçando ainda mais a necessidade de uma atuação precoce, prevenindo o sofrimento e o funcionamento da criança e adolescente, e permitindo a implementação de intervenções terapêuticas especializadas.

O relatório intitula-se por “Avaliação Clínica em Enfermagem de Saúde Mental com crianças infetadas por SARS-COV2”, e pretende avaliar e identificar precocemente problemas de Saúde Mental em crianças que estiveram infetadas pelo SARS-COV2.

Este trabalho está estruturado em 4 capítulos. No primeiro capítulo é feito um enquadramento teórico. O segundo capítulo refere-se ao estágio clínico, estando dividido em 2 subcapítulos: contexto comunitário e contexto hospitalar. No terceiro serão abordadas as questões éticas, e por fim, o último capítulo é dedicado à conclusão.

A redação deste relatório está de acordo com o novo acordo ortográfico e com as normas da *American Psychological Association* (APA), em vigor na ESEL.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Problemática em estudo

Em dezembro de 2019, na China, e março de 2020 em Portugal, surgiu um surto pandémico de pneumonia SARS-COV2, provocado por um novo coronavírus. A OMS declarou o atual surto da COVID-19 como uma emergência de saúde pública de impacto internacional. (Almeida et al., 2020)

Completados mais de 2 anos sobre o início desta pandemia, Portugal já sofreu 4 vagas da COVID-19. Marcados por vários confinamentos obrigatórios e restrições à circulação na via pública, o teletrabalho foi privilegiado, muitas empresas recorreram ao *lay-off* ou foram obrigadas a despedir os seus empregados, encerramento das escolas com ensino à distância... Foi imposta a mudança e a imprevisibilidade.

Perante uma mudança, os indivíduos tendem a sentir ansiedade e insegurança. No caso de surtos e doenças infecciosas, quando a causa ou a pressão da doença são desconhecidos, o impacto torna-se mais significativo. (Ren et al., 2020)

Numa pandemia, o medo do desconhecido, a disseminação da doença e o seu impacto nas pessoas, nos serviços de saúde e na economia, conduzem ao aumento dos níveis de ansiedade em pessoas saudáveis, mas também naquelas que já apresentavam problemas de Saúde Mental. (Rubin & Wessely, 2020)

Em Portugal registaram-se, desde 2 de março de 2020 até 4 de dezembro de 2021, cerca de 175000 casos de infeção por SARS-COV2 em menores de 18 anos, sendo que em idades compreendidas entre os 5 e os 11 anos a percentagem de infeção é de cerca de 11%. (DGS, 2021)

Existem ainda poucos estudos a nível mundial, com evidência do efeito da COVID-19 na Saúde Mental das crianças, mas um estudo realizado em Inglaterra demonstrou que a incidência dos problemas de Saúde Mental nas crianças e adolescentes passou de 10,8% em 2007, para 16% em julho de 2020. (Newlove-Delgado et al., 2021)

A grande maioria das crianças não desenvolve sintomas quando infetadas com a COVID-19, no entanto existe evidência que mais de 50% das crianças, entre os 6 e os 16 anos, infetadas pelo vírus, desenvolvem pelo menos um sintoma que dura mais de 120 dias após o diagnóstico inicial, sendo que 42,6% dessas crianças são prejudicadas pelos sintomas durante as suas atividades diárias. (Thomson, 2021)

O termo *long COVID* é utilizado para descrever estes sinais e sintomas de longa duração da infecção por COVID-19. Este termo inclui a COVID-19 sintomático (de 4 a 12 semanas) e a síndrome pós-COVID-19 (12 semanas ou mais). (NICE, 2020)

Um estudo realizado em Itália com 123 crianças com infeção pelo SARS-COV2, constatou que a insónia (18,6%), a dificuldade de concentração (10,1%) e a fadiga (10,8%), são alguns dos sintomas mais frequentemente relatados de *long COVID*. (Buonsenso et al., 2021)

Apesar dos dados internacionais, ainda não existem estudos portugueses sobre a prevalência de *long COVID* nesta faixa etária.

As características do *long COVID*, associado ao desconhecimento dos profissionais de saúde, pode contribuir para a sua desvalorização e para que os pais e as crianças não se sintam ouvidos e validados, sendo importante a realização de uma avaliação holística, que abranja os sintomas e como estes afetam as crianças e adolescentes em geral. (Simpson et al, 2021)

2. Saúde Mental das crianças

A Saúde Mental é uma componente integral e essencial da Saúde, sendo incompatível a existência de Saúde, sem Saúde Mental.

Segundo a OMS, a “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 2018). Já a Saúde Mental é definida como um “estado de bem-estar no qual o indivíduo concretiza o seu próprio potencial, consegue lidar com eventos de vida stressantes, consegue trabalhar de forma produtiva e é capaz de dar uma contribuição à sua comunidade. (*Ibidem*)

Deste modo, a Saúde Mental capacita os indivíduos a realizarem-se intelectual e emocionalmente, cumprindo os seus papéis na vida social, escolar e profissional. Em contraste, a doença mental impõe custos, perdas e encargos múltiplos aos cidadãos e aos sistemas sociais. (European Commission, 2005)

Nos dias de hoje, emergem vários contextos na nossa sociedade, que colocam em risco a Saúde Mental das pessoas, tornando-as mais vulneráveis a enfrentar adversidades da vida, tendo aqui o Enfermeiro um papel preponderante.

De acordo com Nabais (2008),

“quando a pessoa em diferentes momentos do ciclo vital se encontra a viver processos de transição, geradores de respostas humanas desajustadas ou desadaptadas, responsáveis por processos de

sofrimento mental (...), emerge a necessidade de prestar cuidados de Enfermagem especializados (...) diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam”.

Uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas de Saúde Mental, tendendo a aumentar, sendo que para além das crianças que apresentam uma perturbação diagnosticável, muitas têm problemas de Saúde Mental que podem ser considerados subliminares, não preenchendo critérios de diagnóstico para uma perturbação psiquiátrica, mas estando também em sofrimento, e beneficiando de intervenções especializadas. (Ministério da Saúde, 2008)

Relativamente a Portugal, é de salientar a limitada resposta às necessidades de grupos vulneráveis (ex.: crianças e adolescentes) e a quase total ausência de programas de promoção/prevenção em Saúde Mental. (*Ibidem*)

Sendo a Saúde Mental fortemente determinante durante os primeiros anos de vida, com dados epidemiológicos preocupantes a nível europeu, promover a Saúde Mental e prevenir perturbações mentais em crianças e adolescentes é um investimento para o futuro.

Não dar resposta a sintomatologia de um possível ou provável início de problema de Saúde Mental em crianças e adolescentes, deixando a intervenção apenas para quando é diagnosticada a doença mental, dificulta o tratamento, a reabilitação, e a reinserção, sendo benéfico uma avaliação e intervenção precoce. (Major & Seabra-Santos, 2013)

3. Prevenção e intervenção precoce

A implementação de estratégias de prevenção e intervenção prematuras podem produzir um maior impacto na saúde e bem-estar das crianças. Através de estratégias de triagem e intervenções precoce podemos permitir ganhos mais eficazes em saúde, atuando muito antes dos problemas de saúde agravarem ou prevenindo até o seu aparecimento. (Marmot et al., 2008)

A prevenção e a intervenção precoce são elementos-chave reconhecidos para minimizar o impacto de qualquer condição de saúde potencialmente grave. Ainda assim, embora represente um caminho de conquista, a intervenção precoce na Saúde Mental das crianças e adolescentes é ainda uma meta não totalmente alcançada. (Colizzi et al., 2020)

As oportunidades de intervir nesta faixa etária específica em termos de ganhos em Saúde Mental seguem uma série de considerações baseadas em evidências.

Primeiramente é de evidenciar a Saúde Mental como a componente chave para o bom funcionamento da pessoa na sua vida pessoal e social, bem como adotar estratégias para lidar com eventos de vida (OMS, 2013). Deste modo, os primeiros anos da infância são extremamente importantes, tendo em vista a maior sensibilidade e vulnerabilidade do desenvolvimento cerebral precoce, que pode ter efeitos duradouros nas conquistas escolares, sociais, emocionais e comportamentais na idade adulta. (Black et al., 2017)

Em segundo lugar, é muito relevante o pico de incidência do aparecimento de alterações na Saúde Mental das crianças e adolescentes, com alguns dados epidemiológicos preocupantes. Nestas faixas etárias há uma exposição a transições situacionais, de desenvolvimento ou de saúde-doença, ficando estes, desadaptados ao nível familiar, social, de ensino e saúde. Estes são fatores de risco que podem predizer o aparecimento de alterações na Saúde Mental. (Meleis, 2010)

A Organização Mundial de Saúde estima que cerca de 20% das crianças e adolescentes apresentem pelo menos uma perturbação mental antes de atingir os 18 anos de idade (Ministério da Saúde, 2018). Após uma revisão da literatura centrada em estudos da OMS, concluiu-se também que cerca de 50% das patologias psiquiátricas persistentes começam antes dos 14 anos, e 75% antes dos 24 anos. (Kessler et al., 2007)

Uma forma de impactar positivamente os resultados de saúde e bem-estar da população em geral, poderia passar pela reformulação dos serviços de saúde, aumentando a eficácia da prevenção e intervenção precoce, controle de doenças e cuidados gerais. (Allen et al., 2009).

Apesar de desafiador, Almeida sugere uma alteração de paradigma, tais como a descentralização dos serviços especializados de Psiquiatria, equidade e qualidade no acesso a cuidados de Saúde Mental, incluir e articular a Saúde Mental com outras políticas públicas nacionais, reconhecimento da importância da Saúde Mental ao nível do público em geral, meios de comunicação, elementos do governo, e serviços de saúde, e por fim, formação de profissionais em duas áreas fundamentais para o desenvolvimento de cuidados de Saúde Mental de qualidade: Saúde Pública e Saúde Mental comunitária. (2018)

Muitas vezes estas reformulações estão associadas a custos, e é importante ressaltar que a Saúde Mental deve ser perspectivada como um Direito Humano que está muito para além do ponto de vista económico. Por sua vez, a economia deve ter uma visão a longo prazo e não apenas a curto médio prazo na procura de benefícios financeiros (Winter et al., 2012). Não deve ser esquecido, que as reformas preventivas podem potencialmente reduzir a carga de doenças e os custos do sistema de saúde a longo prazo. (Stevens, 2011)

A Assembleia da República aprovou uma nova Lei de Bases da Saúde, onde a Base 13 é referente à Saúde Mental. O Estado dispõe-se a: 1) Promover “a melhoria da saúde mental das pessoas e da

sociedade em geral, designadamente através da promoção do bem-estar mental, da prevenção e identificação atempada das doenças mentais e dos riscos a elas associados”; 2) “Os cuidados de saúde mental devem ser centrados nas pessoas, reconhecendo a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia, e ser prestados através de uma abordagem interdisciplinar e integrada e prioritariamente a nível da comunidade”. 3) “As pessoas afetadas por doenças mentais não podem ser estigmatizadas ou negativamente discriminadas ou desrespeitadas em contexto de saúde, em virtude desse estado”. (2019)

De modo a concretizar estes preceitos e objetivos, o governo colocou no Plano de Recuperação e Resiliência, apresentado à Comissão Europeia, a conclusão da Reforma da Saúde Mental como uma das linhas de reforma e investimento, relativo ao Serviço Nacional de Saúde até 2026. Dá-se assim mais um passo na promoção da Saúde Mental e na prevenção da doença, tendo como objetivo final a criação de um Conselho Nacional de Saúde Mental, Conselhos Regionais de Saúde Mental, e Conselhos Locais de Saúde Mental. (Assembleia da República, 2021)

4. Teoria das Transições – Afaf Meleis

Ao longo dos tempos, diversos paradigmas ou modelos foram criados de modo a aclararem conceitos de saúde e de doença, fundamentando a prestação dos cuidados dos profissionais de saúde. A teoria de Enfermagem é definida como uma realidade de Enfermagem comunicada com o propósito de descrever fenómenos, explicar as relações entre os fenómenos, prever consequências ou prescrever cuidados de Enfermagem. (Meleis, 2012)

Ao longo da vida são várias as transições com que nos deparamos: alteração do estado de saúde, no desempenho de papéis, nas expectativas, nas capacidades. Durante este período, vive-se frequentemente perdas ao nível das redes de apoio, com impacto nas suas necessidades de segurança, afeto e pertença, desencadeando sentimentos de desequilíbrio e incerteza sobre o futuro. As transições manifestam-se através de alterações ao nível dos sistemas que compõem o Homem e pelo aparecimento de novas necessidades, requerendo que a pessoa assimile novos conhecimentos, altere comportamentos ou até que mude a definição do *self* num contexto social. (*Ibidem*)

Afaf Meleis (2012) designa transição como uma “mudança no estado de saúde ou nas relações de papéis, expectativas ou habilidades. Isso denota mudanças nas necessidades de todos os sistemas humanos”.

Refere-se a transição como um conceito central em Enfermagem, em que os riscos podem ser aprimorados através da compreensão do processo de transição.

Para esta teórica, existem quatro tipos de transições:

- Transições desenvolvimentais (centram o seu foco de atenção no desenvolvimento Humano, compreendendo os processos maturativos e aquisição de novos papéis no decorrer do ciclo vital);
- Transições de saúde-doença (alteração de um estado de bem-estar para um estado de doença aguda ou crónica, exigindo as alterações súbitas de papel tal como uma nova adaptação do indivíduo ao ambiente);
- Transições situacionais (relacionadas com eventos individuais ou familiares que desencadeiam alterações, mudanças de papéis e adaptação à nova situação que desencadeou mudança);
- Transições organizacionais (desenvolvem-se no contexto ambiental e são precipitadas por mudanças na estrutura e dinâmica da organização). (*Ibidem*)

O Enfermeiro deve acompanhar os processos de transição, não apenas numa fase anterior aos mesmos, com uma atuação preventiva e com a preparação para a mudança, mas também durante o período transicional e ainda após esse período, com acompanhamento no reencontro do equilíbrio. (Meleis, 2012)

Na prática de Enfermagem,

“propõe-se que o enfermeiro interaja (interação) com um ser humano numa situação de saúde/doença (cliente de enfermagem), que é parte integrante de seu contexto sociocultural (ambiente), e que se encontra ou antecipa alguma forma de transição (transição); as interações enfermeiro-cliente são organizadas em torno de um objetivo (processo de enfermagem, resolução de problemas, avaliação holística ou momentos do cuidado), e o enfermeiro usa determinadas ações (intervenções terapêuticas) para potencializar, devolver ou proporcionar saúde (saúde).” (*Ibidem*)

ESTÁGIO CLÍNICO

5. Contexto Comunitário

5.1 Objetivos e finalidades

O estágio em contexto comunitário desenvolveu-se entre outubro de 2021 e janeiro de 2022.

Este estágio permitiu a realização de um estudo de investigação clínico, integrando uma equipa multidisciplinar.

O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, sublinha a escassa produção científica realizada em Portugal no sector da Psiquiatria e Saúde Mental, considerando que o aumento da investigação nesta área, “é um fator extremamente eficaz para o desenvolvimento de uma cultura de saúde pública e de avaliação, e para a constituição de uma massa crítica que é essencial para a melhoria dos cuidados de saúde mental.” (2008)

Sendo que se pretende prestar cuidados de saúde numa prática baseada na evidência, é imperativo que os Enfermeiros descubram novas e melhores formas de prestar cuidados, baseando-se em novos conhecimentos e evidências obtidos através da investigação.

De acordo com o ICN, a investigação em Enfermagem aplica uma abordagem científica de modo a adquirir conhecimentos, responder a questões ou resolver problemas. Este conhecimento, é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e maximizar os resultados em saúde e o custo-efetividade das intervenções de Enfermagem. (2012)

No Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é também referido que o avanço no conhecimento requer que o Enfermeiro especialista incorpore continuamente novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, participando em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Para este estágio, defini como objetivos gerais:

- Avaliar a Saúde Mental das crianças que estiveram infetadas pelo SARS-COV2;
- Adquirir competências específicas de Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Os objetivos específicos foram:

- Identificar precocemente problemas de Saúde Mental em crianças que estiveram infetadas pelo SARS-COV2;
- Identificar a relação entre o risco de alterações da Saúde Mental e a infeção pelo SARS-COV2 em crianças;
- Desenvolver uma prática reflexiva e tomada de consciência na prestação de cuidados e na realização de intervenções do EESMP.

Com a realização deste projeto tive ainda a oportunidade de desenvolver as unidades de competência F2¹ e F3² do Enfermeiro especialista em SMP.

5.2 Questão de investigação

Para este estudo formulei como questão de investigação:

- A infeção por SARS-COV2 em crianças está relacionada com o aumento do risco de psicopatologias?

Hipóteses formuladas:

- As crianças mais novas têm uma maior probabilidade de desenvolver uma perturbação psiquiátrica;
- A prevalência de perturbações psiquiátricas é superior no sexo masculino;
- O internamento por COVID-19 aumenta o risco de psicopatologia;
- As crianças com seguimento pedopsiquiátrico/psicológico prévio, agravaram após a infeção por SARS-COV2;
- O risco de psicopatologia é superior em problemas externalizantes (comportamento e hiperatividade);

¹ **F2.1.** Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente; **F2.1.2.** Avalia fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental assim como fatores predisponentes de perturbação mental na comunidade e grupos; **F2.2.** Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família; **F2.2.1.** Executa uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do cliente; **F2.2.3.** Avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia.

² **F3.1.** Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade; **F3.1.1.** Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental; **F3.1.2.** Avalia o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar; **F3.1.3.** Identifica apresentações típicas e atípicas de perturbações mentais e problemas de saúde relacionados.

- Os sintomas de *long COVID* estão associados ao desenvolvimento de perturbações psiquiátricas;
- As perturbações psiquiátricas causam sofrimento às crianças;
- A prevalência das perturbações psiquiátricas em crianças infetadas por SARS-COV2 é elevada.

5.3 Metodologia

5.3.1 Tipo de estudo

O início da epidemiologia deu-se há mais de 2000 anos, através das observações de Hipócrates, onde este verificou que fatores ambientais influenciavam a ocorrência de doenças.

Last definiu-a como “o estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas, e sua aplicação na prevenção e controle dos problemas de saúde” (2001), e tem como objetivo major melhorar a saúde das populações.

Neste estudo de investigação, realizou-se um estudo observacional (o investigador não manipula a população e observa o que acontece com os indivíduos da amostra), de natureza transversal. Nos estudos transversais, também denominados estudos de prevalência, se a amostra for representativa da população em estudo, a prevalência da doença obtida é a mesma da população alvo. (Sofia, 2017)

Nestes estudos, os dados obtidos são úteis para avaliar as necessidades em saúde da população. (Bonita, Beaglehole, Kjellström, 2010)

Para esta investigação, o estudo transversal permitiu numa fase inicial identificar as crianças com possíveis alterações do estado de Saúde Mental, através da aplicação do questionário SDQ.

5.3.2 População e amostra

De acordo com Fortin (2009) a população alvo é um conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção previamente definidos, o que neste caso são todas as crianças infetadas pelo SARS-COV2 que deram entrada num determinado hospital de Lisboa.

A amostra é “uma fração de uma população sobre a qual se faz o estudo”. (*Ibidem*)

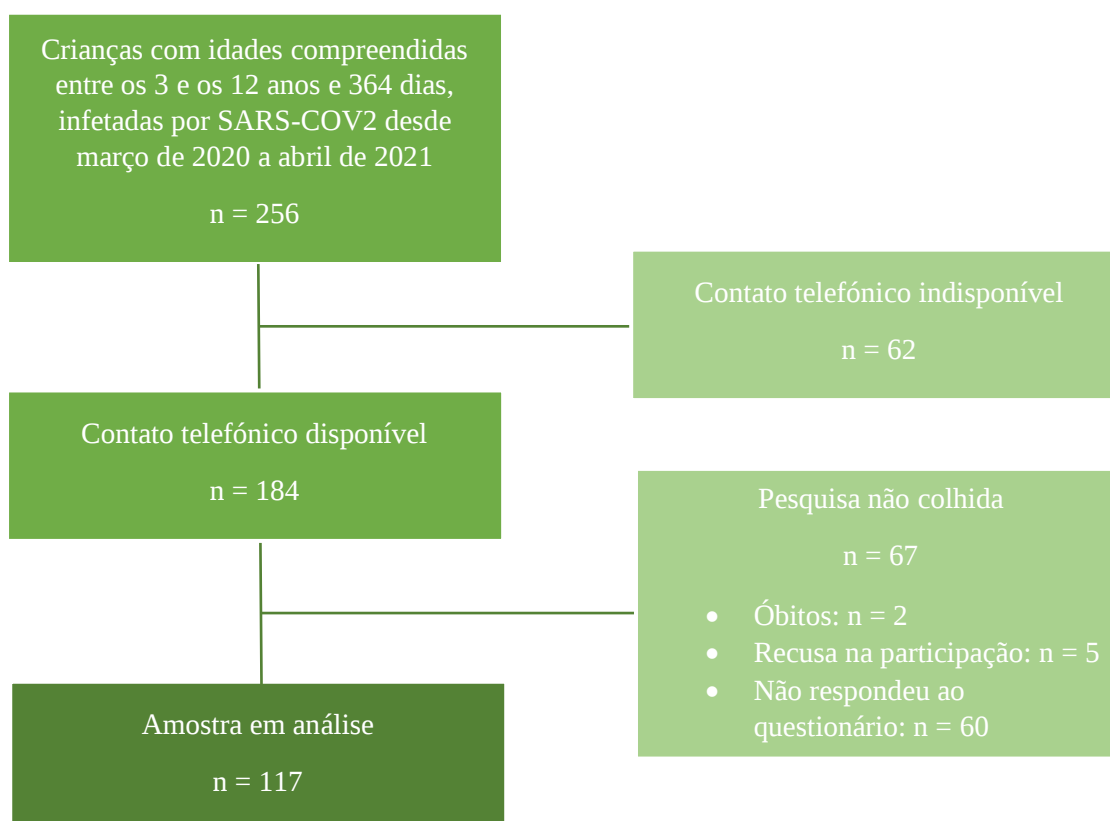
Para critérios de inclusão definiu-se que as crianças deveriam ter idades compreendidas entre os 3 e os 12 anos e 364 dias à data da infeção, e que estiveram infetadas por SARS-COV2 no Serviço de Infeciologia do hospital (internamento e/ou ambulatório) entre março de 2020 e abril de 2021.

O estudo de investigação implicava o preenchimento do questionário SDQ, cujo algoritmo só se aplica a crianças a partir dos 4 anos de idade. Como o estudo não foi implementado imediatamente após a infeção, todas as crianças de 3 anos já tinham completado os 4 anos de idade, o que validava a sua inclusão.

Como critérios de exclusão aplicaram-se as crianças com menos de 3 anos ou mais de 12 anos e 364 dias à data da infeção, as crianças cujos pais que não consentiram fornecer o seu contacto, e as crianças cujos pais não aceitaram o consentimento informado.

Obteve-se uma amostra de 117 crianças (Fig. 1).

Fig. 1 – Diagrama de fluxo das crianças infetadas com SARS-COV2 internadas no hospital



5.3.3 Instrumentos de colheita de dados

De modo a avaliar precocemente crianças e adolescentes, existem escalas de avaliação do comportamento, que fornecem uma vasta gama de informações sobre múltiplos aspetos do comportamento da criança, para diferentes situações e segundo a perspetiva dos pais, educadores ou outros prestadores de cuidados. (Major, 2011)

As escalas de avaliação são instrumentos de avaliação psicológica, utilizadas para o desenvolvimento de juízos sumários acerca das características comportamentais da criança, preenchidas por um informador que a conhece relativamente bem, nomeadamente os pais ou educadores/professores. Vulgarmente estas escalas são elaboradas em formato de papel, mas com os avanços tecnológicos existem atualmente escalas de avaliação com versões computadorizadas. (Merrell, 2000a, 2008; Simões, 1998)

Para Freire e Almeida (2001), tratam-se de “instrumentos constituídos por um conjunto de itens, abrangendo uma ou várias dimensões psicológicas, organizados num formato escalar, isto é, em que a resposta do sujeito pode ser traduzida mediante diferentes graus de intensidade.”

Devido ao desenvolvimento de escalas de avaliação, atualmente elas são utilizadas rotineiramente, sendo um dos métodos mais frequentemente integrados em avaliações multidimensionais do comportamento das crianças. (Merrell, 2000b, 2008; Merrell & Harlacher, 2008)

Nesse contexto, é de destacar a escala de avaliação *Strengths and Difficulties Questionnaire*. Traduzido para mais de 70 idiomas e validado para a população portuguesa³, consiste num breve questionário de triagem, permitindo avaliar as principais dificuldades e o comportamento pró-social de crianças e adolescentes. (Major & Seabra-Santos, 2013)

Este questionário é constituído por 25 itens que se divide por 5 escalas, cada uma composta por 5 itens: escala de sintomas emocionais, escala de problemas de comportamento, escala de hiperatividade, escala de problemas de relacionamento com os colegas e escala de comportamento pró-social. A opção de resposta dos participantes para cada item é: “Não é verdade”, “É um pouco verdade” e “É muito verdade”. A pontuação de cada escala varia entre 0 e 10, uma vez que os itens são cotados numa escala de *Likert* de 0 a 2, em que a opção “É um pouco verdade” é sempre cotada com 1, e para as restantes opções varia conforme o item específico. Os itens cuja cotação é invertida encontram-se: na escala de problemas de comportamento (1 item), escala de hiperatividade (2 itens) e escala de problemas de relacionamento com os colegas (2 itens). A pontuação total das dificuldades que a criança ou adolescente apresenta é obtida pelo somatório dos resultados das escalas, à exceção da escala de comportamento pró-social, podendo compreender uma pontuação mínima de 0 e uma pontuação máxima de 40. (Goodman, 1997, 1999, 2001)

Em relação à pontuação total das dificuldades e à pontuação de cada uma das escalas, estão definidos pontos de corte que categorizam a criança ou adolescente, no que diz respeito às dificuldades identificadas em “normal”, “limítrofe” ou “anormal”, permitindo assim distinguir casos de não-casos (Goodman, 1999). Os intervalos estabelecidos para estas categorias foram construídos de modo que

³ Fleitlich, B., Loureiro, M. J., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2004). *Questionário do SDQ, versão traduzida e adaptada para a população portuguesa*

80% das crianças e adolescentes na população são “normais”, 10% são “límitrofes” e 10% são “anormais”.

O SDQ pode ser preenchido por pais e professores de crianças ou adolescentes com idades compreendidas entre os 4 e os 16 anos, e por adolescentes com idades entre os 11 e 16 anos. Os 25 itens do SDQ para pais e professores são iguais. A versão para os adolescentes (Versão de autoavaliação) é similar às versões para pais e professores, variando o grau da pessoa a que se dirige, e sendo a linguagem utilizada mais clara, de forma a ser compreendida.

As respostas deverão ser dadas com base no comportamento da criança ou adolescente nos últimos 6 meses. (Goodman, 1997, 1999)

O SDQ tem ainda uma versão extensa, onde inclui os 25 itens mencionados anteriormente e um Suplemento de Impacto. Este suplemento questiona o entrevistado se considera que a criança ou o adolescente tem dificuldades nas seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em relacionar-se com os outros. Em caso afirmativo avalia ainda a cronicidade, sofrimento global, dificuldades sociais e sobrecarga para os outros (pais, professores e pares). (Goodman, 1999, 2001)

As versões SDQ com suplemento de impacto permitem obter uma pontuação de impacto, a qual é obtida pelo somatório dos itens relativos ao sofrimento global e dificuldades sociais. Uma pontuação de impacto igual ou superior a 2 é “anormal”, uma pontuação de 1 é “límitrofe” e uma pontuação de 0 é “normal” (Anexo 2). (Goodman, 1999)

Por fim, o SDQ inclui um algoritmo computadorizado que permite estimar a possibilidade de diagnósticos em Saúde Mental, através das pontuações da escala de sintomas emocionais, da escala de problemas de comportamento e da escala de hiperatividade, e através da pontuação do suplemento de impacto. O algoritmo gera as classificações “improvável”, “possível” ou “provável” para quatro categorias de perturbação: Perturbação Psiquiátrica, Perturbação Emocional, Perturbação de Oposição/Conduta, e Perturbação de Hiperatividade. (Goodman et al., 2000)

Neste estudo foi apenas aplicado o SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto (Anexo 1).

5.3.4 Colheita de dados

Durante os meses de setembro e outubro foi realizada uma abordagem telefónica inicial aos pais, onde foram explicados os objetivos e a finalidade do estudo, o seu carácter anónimo e voluntário, e o direito a que se poderiam retirar a qualquer momento sem quaisquer consequências. A quem aceitou a participação, foi enviado um *e-mail* com o consentimento informado, um questionário eletrónico

(através do *Google Forms*) com questões sobre o antes, durante, e depois da infecção pelo SARS-COV2, e o questionário SDQ (Anexo 3). Foi cumprido o Procedimento Multissectorial – Consentimento informado e esclarecido para Investigação do Centro Hospitalar, ao qual pertence o hospital (Anexo 4).

Após submissão por parte dos pais, tivemos acesso aos dados eletronicamente.

5.3.5 Análise dos dados

Os dados do SDQ foram introduzidos no programa de pontuação do SDQ 2.03 - *YouthInMind*© Ltd 2007, executado através do Microsoft Office Access 2010, com a capacidade de exportar dados.

O programa integra um algoritmo, emitindo um relatório com os resultados numéricos das pontuações das cinco escalas, da pontuação total do SDQ e da pontuação do suplemento de impacto. Gera também as classificações de “improvável”, “possível” ou “provável” para as perturbações previamente mencionadas.

Os dados obtidos pelo *Google Forms* e pelo SDQ foram analisados pelo programa SPSS© (IBM SPSS *Statistics* 28.0.1). Foi efetuada a análise descritiva dos dados.

Na análise univariável para analisar a existência de associações entre as variáveis, utilizou-se o teste Qui-Quadrado ou o teste exato de Fisher, de acordo com a sua pertinência.

Foi considerado um nível de significância $\alpha = 0,05$ ($p < 0,05$).

A análise e tratamento dos dados foi realizada com o apoio do Gabinete de Análise Epidemiológica e Estatística do Centro de Investigação, do centro hospitalar em causa.

5.3.6 Requisitos éticos e legais

Previamente ao início deste estudo foi elaborado um projeto pela Área de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, que posteriormente foi aprovado pela Comissão de Ética e pelo Concelho de Administração do Centro Hospitalar.

5.4 Resultados

5.4.1 Descrição da amostra

A amostra é constituída por 117 crianças, das quais 46 são do sexo feminino (39,3%) e 71 são do sexo masculino (60,7%).

Aquando do preenchimento do *Google Forms*, a média das idades era de 7,73 anos (Quadro I – Apêndice 1).

Quanto ao distrito de proveniência, a amostra é essencialmente representativa da região de Lisboa e Vale do Tejo, sendo que 66,7% das crianças pertencem ao distrito de Lisboa (Quadro II – Apêndice 1).

A nível escolar, mais de metade da amostra encontrava-se a frequentar o primeiro e o segundo ciclo, num total de 57,3% (Quadro III – Apêndice 1)

Quando questionados os pais sobre o período em que o filho esteve em confinamento (ausente da escola), 47 referiram ter estado confinado menos de 1 mês (40,2%), 45 entre 1 a 3 meses (38,5%), e 17 deles entre 3 a 6 meses (14,5) (Quadro IV – Apêndice 1).

Relativamente ao período em que durou a infeção, 68,4% referiram ter existido mais casos de SARS-COV2 dentro do agregado familiar, sendo que desses, 58,8% referiram ter sido entre duas a três pessoas, para além da criança (Quadro V e VI – Apêndice 1).

Sobre a Saúde Mental da criança durante a infeção por SARS-COV2, 106 dos pais (90,6%) são da opinião de que não houve alteração (Quadro VII – Apêndice 1).

A propósito da COVID-19, 34 das crianças (29,1%) tiveram de ser internadas (Quadro VIII – Apêndice I). A média de dias de internamento foi de 7,35, sendo que o mínimo foi de 1 dia e o máximo foram 18 dias (Quadro IX – Apêndice 1). Das crianças internadas, 12 delas (35,3%) tiveram de ser assistidas nos Cuidados Intensivos (Quadro X – Apêndice 1). Todas as crianças estiveram acompanhadas por um familiar durante este período (Quadro XI – Apêndice 1).

No que toca ao período antes da infeção, questionamos os pais sobre a existência de doenças crónicas, sendo que 60,7% das crianças não tinham doenças diagnosticadas, e o máximo relatado foram de 5 doenças crónicas (Quadro XII e XIII – Apêndice 1).

Questionámos também como é que os pais percecionavam a Saúde das crianças antes da infeção. 62,4% dos pais consideraram “Muito boa” a Saúde geral dos filhos, e 76,1% também atribuíram a mesma qualificação à Saúde Mental das crianças (Quadro XIV e XV – Apêndice 1).

Destas crianças, perguntamos aos pais se havia algum seguimento de pedopsiquiatria prévio à infecção, sendo que 77,8% referiu que não. (Quadro XVI – Apêndice 1)

Após a COVID-19, 25,6% dos pais requereram ajuda devido às consequências da infecção nos filhos. Destes, 46,6% procuraram ajuda devido a sintomas físicos, e 26,6% procuraram tanto por sintomas psicológicos como por ambos. (Quadro XVII e XVIII – Apêndice 1)

Relativamente ao pós-infecção, 59% referiram que as crianças tiveram sinais e sintomas de *long* COVID (Quadro XIX – Apêndice I). Das 117 crianças, 11,1% tiveram cefaleias, 10,3% referiram problemas de sono, 8,5% problemas de concentração, 17,9% fadiga, e 23,1% apresentaram tiques (Quadro XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XV, XVI, XVII e XVIII – Apêndice 1).

Pela percepção dos pais, a infecção por SARS-COV2 teve “Um pouco” de impacto funcional em 16,2% das crianças, sendo que 79,5% não referiram impacto no seu dia-a-dia (Quadro XXX – Apêndice 1).

Da infecção, 104 crianças (88,9%) recuperaram totalmente, sendo que 12 (10,3%) referiram recuperar parcialmente (Quadro XXX – Apêndice 1).

No que toca à Saúde das crianças no pós COVID-19, 57,3% dos pais consideraram a Saúde geral dos filhos de “Muito boa”, enquanto na Saúde Mental 64,1% atribuem a mesma classificação (Quadro XXXI e XXXII – Apêndice 1).

Ao cruzarmos os dados estatísticos entre a Saúde das crianças antes e após a infecção, e através do teste McNemar-Bowker, percebemos que a nível da Saúde Geral não houve alteração (Asymp. sig. = 0,392). Já ao nível da Saúde Mental verifica-se um resultado estatisticamente significativo (Asymp. sig. = 0,003). A Saúde Mental, considerada pelos pais de “Muito boa”, teve um decréscimo, passando de 76,1% para 64,1% (Quadro XXXIII e XXXIV – Apêndice 1).

5.4.2 Resultados dos SDQ – Versão Pais com Suplemento de Impacto das crianças infetadas por SARS-COV2

Relativamente à pontuação total das dificuldades do SDQ, 69,2% das crianças apresentou valores normais, e 15,4% apresentou valores “limítrofes” e “anormais”, separadamente. As escalas de problemas de relacionamento com os colegas (70,9%) e a escala de comportamento pró-social (95,7%) são as que apresentaram valores “normais” mais elevados, comparativamente com as restantes. Apesar de existir uma homogeneidade das percentagens de valores “normais” nas restantes escalas, a escala de problemas de comportamento (20,5%) e a escala de hiperatividade (23,9%) destacam-se por apresentar uma maior percentagem de valores “anormais” (Quadro XXXV – Apêndice 1).

No suplemento de impacto é questionado inicialmente, se os pais consideram que as crianças têm dificuldades nas áreas das “emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas”. 51,3% dos pais referiram que as crianças não tinham qualquer dificuldade, sendo que estes não continuaram o preenchimento do questionário. Dos que responderam afirmativamente, 35% consideraram que as crianças apresentavam "Dificuldades pequenas", 12% apresentavam "Dificuldades grandes", e 1,7% apresentavam “Dificuldades muito grandes” (Quadro XXXVI – Apêndice 1).

A segunda questão, que se refere à cronicidade das dificuldades das crianças, 77,2% (44 crianças) dos pais responderam que as crianças apresentavam dificuldades à “Mais de 1 ano”, e 22,8% assumiram que as dificuldades são inferiores a 1 ano. Das 44 crianças referenciadas pelos pais, apenas 15 delas estiveram infetadas com COVID-19 à mais de 1 ano, à data do preenchimento do questionário (Quadro XXXVII – Apêndice 1).

Quanto à terceira questão que avalia, através da perceção dos pais, se as dificuldades incomodam ou fazem sofrer as crianças, 17,5% responderam negativamente e 56,1% responderam “Pouco”. 26,3% dos pais assumiram que estas dificuldades incomodam ou fazem sofrer “Muito” ou “Muitíssimo”, que corresponde a 15 crianças (Quadro XXXVIII – Apêndice 1).

A quarta questão tem como finalidade compreender quais as áreas mais afetadas no quotidiano das crianças, nomeadamente em casa, com os amigos, na aprendizagem na escola, e nas brincadeiras/tempos livres. Houve respostas em falta nas diferentes áreas, pelo que o total é diferente em cada uma delas.

À pergunta se as dificuldades perturbam o dia-a-dia da criança em casa, ficaram em falta 12 respostas. Dos pais que responderam, 75,6% assumiram que as dificuldades perturbam em casa, enquanto 24,4% são da opinião que não perturbam (Quadro IXXXX – Apêndice 1).

No que toca aos amigos, 10 dos 57 pais não responderam. Os restantes, percecionam em 68,1% que as dificuldades perturbam o quotidiano das crianças com os amigos, e 31,9% percecionam o oposto (Quadro XXXX – Apêndice 1).

Relativamente à escola, foi onde se verificou mais respostas por parte dos pais (não responderam apenas 5), e de forma afirmativa. 82,7% dos pais assumiram que as dificuldades perturbam o dia-a-dia da criança na aprendizagem na escola, enquanto 17,3% têm uma opinião contrária (Quadro XXXXI – Apêndice 1).

Ao facto de as dificuldades perturbarem nas brincadeiras/tempos livres, 72,9% dos pais acreditam que existem uma perturbação, enquanto 27,1% não perceciona estas situações no quotidiano das crianças. Não responderam a esta pergunta 9 pais (Quadro XXXXII – Apêndice 1).

A última questão do Suplemento de Impacto tenta perceber se as dificuldades das crianças são uma sobrecarga para os pais ou para a família. Dos 57 pais não responderam 4. 24,5% dos pais expressaram que as dificuldades não são uma sobrecarga, sendo que 75,5% assumiram a sobrecarga. Destes, 43,4% dos pais consideram que as dificuldades sobrecarregam “pouco” (Quadro XXXXIII – Apêndice 1).

Quanto à pontuação total de impacto, obtida através do somatório do sofrimento global e as dificuldades sociais, 73,5% das crianças apresentaram um impacto das dificuldades “normal”, 7,7% apresentaram valores “limítrofe”, e 18,8% valores anormais (Quadro XXXXIV – Apêndice 1).

Por fim, o algoritmo do SDQ forneceu a possibilidade de as crianças terem alguma alteração da sua Saúde Mental. Dos 117 SDQ’s submetidos pelos pais, este identificou que 33 crianças (28,2%) apresentavam uma perturbação psiquiátrica, 11 crianças (9,4%) apresentavam uma perturbação emocional, 24 crianças (20,5%) apresentavam uma perturbação de oposição/conducta, e 18 crianças (15,4%) apresentavam uma perturbação de hiperatividade (Quadro XXXXV – Apêndice 1).

5.5 Discussão

A hipótese “as crianças mais novas têm uma maior probabilidade de desenvolver uma perturbação psiquiátrica” não se confirma. As crianças mais velhas, nomeadamente entre os 10 e os 12 anos, têm uma probabilidade de 37,6% de desenvolver uma perturbação psiquiátrica, comparativamente com as mais novas, entre os 3 e os 5 anos, que apresentam uma probabilidade de 29,9%.

A hipótese “a prevalência de perturbações psiquiátricas é superior no sexo masculino” confirma-se. Os resultados estatísticos dizem-nos que a possibilidade de risco psiquiátrico é 19 vezes superior nos rapazes.

Existem ainda poucos estudos epidemiológicos portugueses que forneçam dados relevantes sobre a Saúde Mental da população mais jovem.

Em 2013 foi realizado um estudo de investigação com o objetivo de avaliar o estado de Saúde Mental em crianças do pré-escolar e 1º ciclo, após a vivência de um tornado, onde se verificou que a possibilidade de perturbação psiquiátrica era 2,7 vezes superior no género masculino. (Simeão, 2013)

Um estudo realizado pela UNICEF em 2019, também revelou que a prevalência de perturbações mentais nos jovens é superior no sexo masculino. Na faixa etária entre os 10 e os 14 anos, 13,5% dos rapazes apresentam perturbações mentais, enquanto as raparigas representam 11,2%. (UNICEF, 2021)

A hipótese “o internamento por COVID-19 aumenta o risco de psicopatologia” não se confirma. As crianças que estiveram internadas têm uma probabilidade de 0,08% (Sig. = 0,853) de risco de

psicopatologia. Esta situação pode ser explicada pelo facto de todas as crianças terem estado acompanhadas por um familiar de referência, frequentemente um dos pais. E também pelo facto de se prestarem bons cuidados de saúde nos serviços em que estas crianças estiveram internadas, abrangendo todas as classes profissionais envolvidas.

A hipótese “as crianças com seguimento pedopsiquiátrico/psicológico prévio, agravaram após a infeção por SARS-COV2” não se confirma.

Já tínhamos analisado que a Saúde Mental, considerada pelos pais de “Muito boa”, teve um decréscimo, passando de 76,1% para 64,1%. Destas crianças, 26 eram previamente acompanhadas por um pedopsiquiatra/psicológico. Relativamente à Saúde Mental considerada pelos pais de “Razoável” não houve alteração, mantendo-se nos 3,4%. Na Saúde Mental considerada “Boa”, verificou-se um aumento positivo. Antes da COVID-19, 19,7% dos pais considerou a Saúde Mental dos seus filhos como “Boa”, e após a infeção esse valor aumentou para 32,5%. Estes valores podem ser justificados pelo facto das crianças e as respetivas famílias terem sido obrigadas a ficar em confinamento durante um longo período, o que obrigou a que fossem criados laços familiares, considerando hipoteticamente que estas famílias eram funcionais.

A hipótese “o risco de psicopatologia é superior em problemas externalizantes (comportamento e hiperatividade)” confirma-se. O algoritmo do SDQ identificou que 33 crianças apresentavam uma perturbação psiquiátrica. Destas, 24 crianças apresentavam uma perturbação de oposição/conducta, e 18 apresentavam uma perturbação de hiperatividade. Apenas 11 apresentavam uma perturbação emocional.

A PHDA é considerada a perturbação neurocomportamental mais comum na infância, sendo o seu diagnóstico mais frequente em crianças em idade escolar (Wolraich et al., 2019). Quanto às perturbações disruptivas do comportamento, são descritas em todas as faixas etárias, sendo que os comportamentos de oposição, as birras e a rebeldia surgem com mais frequência em crianças mais novas. (Barrias, 2014)

A hipótese “os sintomas de *long COVID* estão associados ao desenvolvimento de perturbações psiquiátricas” não se confirma. Das 69 crianças que foram referenciadas pelos pais com sintomas de *long COVID*, apenas 22 delas (31,9%) apresentaram risco de psicopatologia.

A hipótese “as perturbações psiquiátricas causam sofrimento às crianças” confirma-se. Das 33 crianças com risco de psicopatologia, obtivemos 26 respostas por parte dos pais, relativo ao Suplemento de Impacto do SDQ. 46,2% dos pais afirmam que as dificuldades incomodam ou fazem sofrer “Muito” ou “Muitíssimo” o filho, e 53,9% dos pais responderam “Nada” ou “Pouco” ($p = 0,003$).

A hipótese “a prevalência das perturbações psiquiátricas em crianças infetadas por SARS-COV2 é elevada” não se confirma. Das 117 crianças infetadas com SARS-COV2, apenas 33 (28,2%)

apresentam risco de psicopatologia. Destas, 9 delas referiram ter um seguimento prévio em Saúde Mental, restando assim 24 crianças com perturbações psiquiátricas após a infeção por SARS-COV2. É importante referir que as 9 crianças que já eram acompanhadas, não foram descartadas do restante estudo, havendo a preocupação de identificar se o acompanhamento já era feito no Centro Hospitalar, ou caso não fosse, entrámos em contacto com os pais de forma a informá-los e a perceber de que forma os poderíamos ajudar.

Um viés deste estudo está relacionado com o espaço temporal desde que as crianças tiveram COVID-19, até ao momento em que os pais preencheram o SDQ. O questionário do SDQ refere-se aos últimos 6 meses, tendo sido inicialmente preenchido em setembro/outubro de 2021. Como este estudo compreende crianças infetadas desde março de 2020, o SDQ deixa de ter um valor significativo, até porque poderíamos estar a identificar crianças com perturbações psiquiátricas prévias ao COVID-19, sem que houvesse um seguimento prévio em Saúde Mental.

De modo a dar continuidade a este estudo de investigação contactámos um total de 80 crianças (11 crianças com probabilidade de apresentarem perturbações psiquiátricas, 22 crianças com probabilidade de apresentarem perturbações psiquiátricas e simultaneamente sintomas de *long COVID*, e 47 crianças com sintomas de *long COVID*) para serem avaliadas numa consulta de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e seguidamente criar grupos terapêuticos de Psicodrama e Sociodrama para as crianças referenciadas.

5.6 Restante componente clínica desenvolvida

Como já o referi, este contexto comunitário é composto por uma equipa multidisciplinar, onde são prestadas consultas de Enfermagem, pedopsiquiatria, psicologia, terapia da fala e psicomotricidade. Semanalmente, esta equipa reúne-se para discutir situações pontuais do próprio serviço, e também para um momento de supervisão. Todas as semanas é apresentado um caso de uma criança, comumente por um pedopsiquiatra interno.

Ao longo dos anos são vários os estudos que têm referido os ganhos da supervisão clínica ao nível dos diferentes intervenientes. Numa equipa, evidenciam-se melhorias na gestão de conflitos, fortalecimento das relações, e uma dinâmica cultural e organizacional direcionada para as necessidades do utente e da família. (Walsh et al., 2003)

No meu caso, devido à inexperiência profissional e à escassez de conhecimentos face às problemáticas e intervenções, comparativamente com a equipa que integrei, as intervenções que desenvolvi foram sempre em co-terapia. Observar e ouvir a equipa foi na verdade bastante enriquecedor. Ouvi diferentes perspetivas de diferentes profissionais de saúde, e após reflexão e pensamento crítico,

permitiu-me absorver o máximo de conhecimento possível, de modo a futuramente prestar cuidados com maior segurança e qualidade.

Ainda enquanto equipa, tive também a oportunidade de assistir a algumas formações organizadas pela área de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, do centro hospitalar em questão, e de participar no “1º Encontro Regional de Lisboa do Programa Mais Contigo – Promoção da Saúde Mental e Prevenção de Comportamentos Suicidários”, organizado pela ARS Centro (Apêndice 2).

Já em consulta de Enfermagem, juntamente com a minha Enfermeira orientadora, houve a oportunidade de participar em primeiras consultas/entrevistas de famílias, em que o caso teria sido referenciado pelo médico de família ou até mesmo por um médico especialista de outra área que acompanhava a criança no centro hospitalar. Este primeiro encontro entre a família e a equipa de Enfermagem tem como “objetivo de se conhecer, de clarificar um pedido de ajuda, de determinar os serviços mais adequados para lhe responder e (...) permitir ao interveniente oferecer ajuda ou orientar o cliente para o recurso mais apropriado.” (Chalifour, 2009)

É ainda de ressaltar a importância da qualidade deste primeiro contacto, que servirá de base para futuras intervenções e terá impacto na decisão da família em prosseguir, ou não, esta relação de ajuda.

Nas consultas que tive a oportunidade de participar, os pais foram maioritariamente sem o acompanhamento dos filhos, por opção. Inicialmente eram questionados sobre o que os preocupava mais naquele momento e de que forma achariam que os poderíamos ajudar. A resposta mais frequente era sobre a preocupação do comportamento do filho, e a ajuda passaria quase por uma “poção mágica” que a equipa de pedopsiquiatria poderia fornecer, de modo que todos os problemas daquela criança desaparecessem. Neste ponto é imperativo deixarmos assente que nós, enquanto Enfermeiros de Saúde Mental e Psiquiátrica, não temos uma solução instantânea nem somos detentores da verdade, mas temos o dever de introduzir uma flexibilidade e uma curiosidade na família (Jones, 2004).

De acordo com Relvas (1999), a família pode ser definida como um conjunto de indivíduos que desenvolvem entre si, de forma sistémica e organizada, interações particulares que lhes conferem individualidade grupal e autonomia. Ou seja, para compreender uma família é importante perceber as suas interações e relações, analisando os diferentes elementos unidos, e não individualmente. Nunca nos podemos focar apenas na criança.

E foi de facto nas relações (essencialmente entre pais-filhos) que verifiquei uma maior fragilidade. Os tipos de relações que as crianças vivem com as pessoas que cuidam delas, estabelecerá a base dos seus futuros relacionamentos. D. Teodoro de Faria afirmou que “o que a família não dá é difícil recuperar. O que se recebe quando se é criança não se apaga mais. Estas marcas permanecem para sempre e forjam os homens e as mulheres do amanhã.” (Dias, 2011)

Quando uma criança passa o seu tempo com as pessoas importantes da sua vida, acaba por desenvolver importantes competências sociais (comunicar, escutar, interpretar expressões faciais, compreender comunicação não-verbal, partilhar, etc) e desenvolver modelos sobre como se integrar no mundo que as rodeia e como funcionam as relações humanas. Nas consultas percebi que os pais se culpam frequentemente pela sua indisponibilidade ou pela dificuldade de viver o seu papel parental. A correria das suas vidas, seja por questões pessoais, sociais ou económicas, faz com que por vezes não consigam prestar atenção às necessidades atuais dos filhos. Os circuitos relacionais e emocionais do cérebro de uma criança que não tem atenção, que necessita de proximidade e ligação, podem “fechar-se” e adaptar-se o melhor que puder às condições que tem. No entanto, com pais dedicados e em sintonia, pode-se desenvolver e potencializar as estruturas relacionais do cérebro da criança. (Siegel & Bryson, 2021)

Por vezes os pais também referiam episódios em que não conseguiam explicar ou justificar as reações que tinham para com os seus filhos, e que envolviam situações como “palmadas”, “gritos” e até mesmo “castigos”. Após alguma reflexão, os pais acabavam por concluir que o que estava subjacente a essas emoções estava relacionado com factos do seu próprio passado, do modo como também eles foram educados e criados, e que tudo isso influenciava atualmente a relação com os seus próprios filhos. É também importante que nestas situações não sejamos julgadores ou meros opinantes, mas que possamos oferecer estratégias, enquanto mediadores da relação pais-filho.

Em Pedopsiquiatria é inapropriado induzir-se culpa aos pais pelas dificuldades dos filhos ou pela incapacidade em cuidar deles. Estes precisam de apoio e não de juízes a condená-los ou a desresponsabilizá-los, sendo importante oferecer espaço para os pais exprimirem emoções e esclarecerem dúvidas para que possam ultrapassar as suas dificuldades e angústias. (Dias & Carvalho, 2017)

Ainda numa destas consultas, uma mãe fez-se acompanhar com o filho de 6 anos, ficando eu responsável por esta criança, enquanto a Enfermeira orientadora iria realizar a entrevista com a mãe. Ficámos ambos numa sala, eu não conhecia a criança, a criança não me conhecia a mim e isso fez com que não pronunciasse uma única palavra. Apenas me ocorria como iria conseguir aproveitar proveitosamente aqueles cerca de 45 minutos. Tentei estabelecer diálogo com ele, o que terá sido em vão. De seguida tentei explorar a sala, tendo encontrado folhas, marcadores, lápis, etc., mas a criança também não se mostrou disponível. Encontrei alguns peluches, mas sem interesse. Por fim surgiu uma caixa de legos. Parte da construção de uma casa já estava montada, e vinha também acompanhado de alguns bonecos. A criança ficou muito entusiasmada, tendo feito apenas algumas alterações à casa de acordo com a preferência dele, e nomeou aquelas personagens: o “menino”, o “irmão”, a “mãe”, a “avó”, e o “pai”. A partir daí acabou por me contar uma história, e de facto o tempo que tínhamos disponível passou extremamente rápido.

Após nos despedirmos daquela família, a Enfermeira questionou-me como correu a sessão com a criança e como me senti, e acabei por partilhar a história dos legos. No final a Enfermeira disse-me: “Essa criança contou-te através dos legos a história dele, pela perspetiva dele, e vai em tudo de acordo com a descrição da mãe.”

Após uns momentos de incredulidade, percebi o real significado da palavra “brincar” e que Winnicott define como algo que: “facilita o crescimento e, portanto, a saúde; o brincar conduz aos relacionamentos grupais; o brincar pode ser uma forma de comunicação na psicoterapia; a psicanálise foi desenvolvida como forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros.” (1975)

Nestas consultas tive a oportunidade de desenvolver técnicas de comunicação, técnicas de entrevista, e intervenções no âmbito familiar. Houve a oportunidade de realizar avaliações iniciais, perceber o contexto familiar, quais os seus recursos, e identificar os principais focos de atenção, que posteriormente se traduziram em diagnósticos de Enfermagem.⁴

De acordo com as situações, no final era proposto uma estratégia de intervenção adaptada à família, que passaria por encaminhamento para o pedopsiquiatra ou então dar-se continuidade às sessões.

Também semanalmente pude integrar um grupo terapêutico, com intervenção bifocal, onde acompanhávamos pais (geralmente vinha apenas a mãe) e crianças, separadamente. Estes grupos foram reduzidos durante o período da pandemia, e assim se mantinham, compostos por 4 mães/crianças, num total de 9 sessões. As crianças tinham entre 4 e 6 anos e apresentavam dificuldades ao nível da linguagem e socialização. Ainda nestes grupos era pedido às mães que preenchessem o SDQ – Versão Pais, e que entregassem um SDQ – Versão Professores na escola, aos respetivos professores. Ao longo das semanas, e consoante a necessidade, existia ainda uma articulação com as respetivas escolas das crianças, de modo que fosse feita uma avaliação para se perceber se se verificavam evoluções.

⁴ **F2.1.** Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente; **F2.1.2.** Avalia fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental assim como fatores predisponentes de perturbação mental na comunidade e grupos; **F2.2.** Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família; **F2.2.1.** Executa uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do cliente; **F2.2.2.** Executa uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental; **F2.2.3.** Avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia; **F3.1.** Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade; **F3.1.1.** Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental; **F3.1.2.** Avalia o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar; **F3.1.9.** Aplica sistemas de taxionomia estandardizados para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros; **F3.4.** Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados; **F3.4.5.** Elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a: Aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade; Manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social; promover e reforçar as capacidades das famílias.

No início das sessões as mães ficavam acompanhadas pela Enfermeira, e as crianças iam para outra sala na companhia de uma terapeuta da fala e uma outra Enfermeira. Integrei estas sessões como co-terapeuta, e desde cedo me questionava como é que a minha presença poderia ser benéfica e proveitosa para as crianças, para os terapeutas, e também para mim enquanto pessoa e profissional. Após algumas sessões e através do *feedback* dos terapeutas, apercebi-me que teria de ser autêntica e vivenciar as interações com as crianças. Foram várias as brincadeiras, a utilização de bonecos, utilização de material de ginásio (colchões, bancos, etc), utilização de mediadores expressivos... Tudo com uma finalidade terapêutica, e que me permitiu estar mais desperta e atenta à observação das crianças e da sua comunicação não-verbal.⁵

Paralelamente a estas experiências, tive ainda a oportunidade de analisar alguns SDQ's de crianças, que foram preenchidos pelos pais durante a pandemia. São crianças que foram referenciadas à consulta de Pedopsiquiatria, através do médico de família ou de outro médico especialista do hospital em causa, por suspeita de perturbações psiquiátricas. Nenhuma destas crianças esteve infetada com COVID-19 até à altura do preenchimento.

Os SDQ's foram preenchidos no contexto da consulta de Enfermagem, entre janeiro e julho de 2021 (anterior ao meu estágio clínico), devidamente autorizados pelos pais.

A amostra é constituída por 99 crianças, das quais 35 são do sexo feminino (35,4%) e 64 do sexo masculino (64,6%). À data do preenchimento do SDQ, a média das idades é de 8,81 anos, sendo que a criança mais nova tem 3 anos, e a mais velha tem 14 (Quadro XXXXVI – Apêndice 3).

5.6.1 Resultados dos SDQ – Versão Pais com Suplemento de Impacto das crianças referenciadas à consulta de Pedopsiquiatria

Na pontuação total das dificuldades do SDQ, 25,3% das crianças apresentou valores normais, 13,1% apresentou valores "limítrofes", e 61,6% "anormais". A escala de comportamento pró-social (80,8%) foi a que apresentou o valor "normal" mais elevado, e a escala da hiperatividade foi a que apresentou o valor "anormal" mais alto (59,6%) (Quadro XXXXVII – Apêndice 3).

O suplemento de impacto, onde os pais consideram que as crianças têm dificuldades nas áreas das "emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas", 5 pais (5,1%) referiram

⁵ **F4.2.** Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação; **F4.2.3.** Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental; **F4.2.4.** Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudem o cliente a desenvolver e integrar a perturbação ou doença mental e os deficits por elas causadas, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida; **F4.2.5.** Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.

que as crianças não tinham qualquer dificuldade, sendo que estes não continuaram o preenchimento do questionário. Dos que responderam afirmativamente, 32,3% consideraram que as crianças apresentavam "Dificuldades pequenas", 42,4% apresentavam "Dificuldades grandes", e 20,2% apresentavam "Dificuldades muito grandes" (Quadro XXXXVIII – Apêndice 3).

A segunda questão que se refere à cronicidade das dificuldades das crianças, 74,5% (70 crianças) dos pais responderam que as crianças apresentavam dificuldades à mais de 1 ano, e 25,5% assumiram que as dificuldades são inferiores a 1 ano (Quadro IXXXXX – Apêndice 3).

Quanto à terceira questão que avalia, através da percepção dos pais, se as dificuldades incomodam ou fazem sofrer as crianças, 89,4% responderam afirmativamente, e 10,6% disseram que não (Quadro XXXXX – Apêndice 3).

A quarta questão tem como finalidade compreender quais as áreas mais afetadas no quotidiano das crianças, nomeadamente em casa, com os amigos, na aprendizagem na escola, e nas brincadeiras/tempos livres.

À pergunta se as dificuldades perturbam o dia-a-dia da criança em casa, 77,7% dos pais assumiram que as dificuldades perturbam em casa, enquanto 22,3% foram da opinião que não perturbam (Quadro XXXXXI – Apêndice 3).

Na área dos amigos, os pais perceberam em 75,5% que as dificuldades perturbam o quotidiano das crianças com os amigos, e 24,5% perceberam o oposto (Quadro XXXXXII – Apêndice 3).

Relativamente à escola, foi onde se verificou uma maior percentagem de preocupação por parte dos pais. 93,6% dos pais assumiram que as dificuldades perturbam o dia-a-dia da criança na aprendizagem na escola, enquanto 6,4% têm uma opinião contrária (Quadro XXXXXIII – Apêndice 3).

No que toca ao facto das dificuldades perturbarem nas brincadeiras/tempos livres, 73,4% dos pais acreditam que existem uma perturbação, enquanto 26,6% não percebe estas situações no quotidiano das crianças (Quadro XXXXXIV – Apêndice 3).

A última questão do Suplemento de Impacto, que tenta perceber se as dificuldades das crianças são uma sobrecarga para os pais ou para a família, 16% dos pais expressaram que as dificuldades não são uma sobrecarga, sendo que 84% assumiram a sobrecarga. Destes, 37,2% dos pais consideram que as dificuldades sobrecarregam "Muito" (Quadro XXXXXV – Apêndice 3).

Quanto à pontuação total de impacto, obtida através do somatório do sofrimento global e as dificuldades sociais, 15,2% das crianças apresentaram um impacto das dificuldades "normal", 9,1% apresentaram valores "limítrofe", e 75,8% valores anormais (Quadro XXXXXVI – Apêndice 3).

Por fim, o algoritmo do SDQ forneceu a possibilidade de as crianças terem alguma alteração da sua Saúde Mental. Dos 99 SDQ's submetidos pelos pais, este identificou que 78 crianças (78,8%) apresentavam uma perturbação psiquiátrica, 45 crianças (45,5%) apresentavam uma perturbação emocional, 45 crianças (45,5%) apresentavam uma perturbação de oposição/conduita, e 63 crianças (63,6%) apresentavam uma perturbação de hiperatividade (Quadro XXXXXVII – Apêndice 3).

5.6.2 Comparação dos dados com o estudo de investigação

Após esta colheita de dados, era praticamente impossível não realizar uma comparação com os dados obtidos pelo SDQ do estudo de investigação.

Para facilitar a linguagem, irei chamar “crianças não referenciadas” às crianças referentes ao estudo de investigação da COVID-19, e “crianças referenciadas” às crianças que foram referenciadas à consulta de Pedopsiquiatria por suspeita de perturbações psiquiátricas.

As amostras são relativamente parecidas, não havendo diferenças ao nível dos sexos, mas estatisticamente existe diferenças no que toca às idades, com um $p = 0,011$.

Relativamente ao resultado da pontuação total do SDQ, existe diferença entre os grupos com um $p = 0,000$. Nas “crianças não referenciadas” obteve-se um valor limítrofe e anormal de 30,8%, enquanto nas “crianças referenciadas” obteve-se um valor de 74,7%.

Analisando individualmente cada uma das escalas que o SDQ avalia, também existem em todas elas diferenças significativas. Na escala de sintomas emocionais, obteve-se um $p = 0,000$. Nas “crianças não referenciadas” o valor limítrofe e anormal é de 30,7%, enquanto nas “crianças referenciadas” obteve-se um valor de 63,6%. Na escala de problemas de comportamento, obteve-se um $p = 0,000$. Nas “crianças não referenciadas” o valor limítrofe e anormal é de 36,7%, enquanto nas “crianças referenciadas” obteve-se um valor de 71,8%. Na escala de hiperatividade, obteve-se um $p = 0,000$. Nas “crianças não referenciadas” o valor limítrofe e anormal é de 34,2%, enquanto nas “crianças referenciadas” obteve-se um valor de 69,7%. Na escala de problemas de relacionamento com os colegas, obteve-se um $p = 0,000$. Nas “crianças não referenciadas” o valor limítrofe e anormal é de 29,1%, enquanto nas “crianças referenciadas” obteve-se um valor de 56,6%. Na escala de problemas de comportamento pró-social, obteve-se um $p = 0,025$. Nas “crianças não referenciadas” o valor limítrofe e anormal é de 4,3%, enquanto nas “crianças referenciadas” obteve-se um valor de 19,2%.

No que toca ao resultado da pontuação total de impacto do SDQ, obteve-se um $p = 0,000$. Nas “crianças não referenciadas” obteve-se um valor limítrofe e anormal de 26,5%, enquanto nas “crianças referenciadas” obteve-se um valor de 84,9%.

Ao compararmos o suplemento de impacto de ambas as amostras, percebe-se que o sofrimento global e as dificuldades sociais são muito mais elevadas nas “crianças referenciadas”. Os pais revelam essencialmente “Dificuldades muito grandes” relativamente às emoções, concentração, comportamento, ou em dar-se com outras pessoas, sendo que 61,7% dos pais afirmam que estas dificuldades incomodam ou fazem sofrer “Muito” ou “Muitíssimo” o seu filho. Nas “crianças não referenciadas” os pais, de um modo geral, não observam um impacto tão elevado no sofrimento nos filhos.

Relativamente ao dia-a-dia destas crianças, em ambas as amostras os pais referem que é a aprendizagem da escola que está mais prejudicada pelas dificuldades dos filhos.

Nos resultados obtidos pelo SDQ, a possibilidade ou probabilidade de as crianças terem qualquer perturbação psiquiátrica, é exponencial nas “crianças referenciadas” com uma percentagem de 78,8% da amostra total, contra 28,2% da amostra das “crianças não referenciadas”. Nas “crianças referenciadas” a hiperatividade é a perturbação mais frequente, sendo que nas “crianças não referenciadas” é a perturbação de oposição/conducta.

6. Contexto Hospitalar

6.1 Objetivos e finalidades

O estágio em contexto hospitalar desenvolveu-se no internamento de Pedopsiquiatria entre abril e maio de 2022.

Para este estágio, defini como objetivo geral:

- Adquirir competências específicas de Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Os objetivos específicos foram:

- Desenvolver uma prática reflexiva e tomada de consciência na prestação de cuidados e na realização de intervenções do EESMP;
- Realizar um plano de cuidados individualizado em Saúde Mental, adaptado às necessidades das crianças/adolescentes;
- Realizar intervenções psicoterapêuticas.

6.2 Componente clínica desenvolvida

O serviço de internamento tem uma lotação de 16 camas para crianças e adolescentes até aos 18 anos (exclusive), em situações psicopatológicas agudas e subagudas.

A equipa multidisciplinar é composta por Enfermeiros especialistas de SMP e de cuidados gerais, assistentes operacionais, pedopsiquiatras, psicólogos, dietista, psicomotricista, terapeuta ocupacional e assistente social.

Na Unidade é proporcionado um ambiente terapêutico favorável ao desenvolvimento de um conjunto de intervenções terapêuticas e psicoterapêuticas, farmacológicas, sociais e pedagógicas, incorporadas num projeto terapêutico que é elaborado pela equipa multidisciplinar, jovem e família, estando sujeito a avaliação e revisão diária. (Almeida et al., 2010)

Este ambiente terapêutico, denominado de *milieu therapy*, tem como objetivo “manipular o ambiente de modo a que todos os aspetos da experiência hospitalar do cliente sejam considerados terapêuticos” (Townsend, 2011). Os Enfermeiros, enquanto membros da equipa multidisciplinar que passam 24 horas por dia com as crianças e os adolescentes, assumem a responsabilidade pela gestão deste ambiente terapêutico, estando envolvidos em todas as atividades diárias que dizem respeito aos cuidados dos jovens. (*Ibidem*)

As passagens de turno de Enfermagem e as reuniões clínicas realizadas diariamente pela equipa multidisciplinar são também de extrema importância, onde as sugestões e opiniões são levadas em consideração para o planeamento dos cuidados individuais, tendo constituído para mim momentos de aprendizagem e desenvolvimento de competências, permitindo-me refletir sobre a definição e implementação dos planos de cuidados em Saúde Mental.

O método de trabalho utilizado pela equipa de Enfermagem é o do Enfermeiro de referência, sendo que este fica responsável por um ou mais jovens, avaliando e implementando um projeto terapêutico individualizado.

O primeiro impacto neste serviço, as suas dinâmicas e a faixa etária abrangida, constituiu em mim várias inquietações e inseguranças que foram trabalhadas ao longo das primeiras semanas. O facto de trabalhar à vários anos numa área completamente diferente levou este desafio para um nível superior, obrigando-me a sair da minha zona de conforto. Foram várias as reflexões que permitiram a minha adaptação e aprendizagem, e referir também todo o apoio e suporte da equipa de Enfermagem, nomeadamente a minha orientadora, que demonstraram diariamente uma profunda preocupação pelo desenvolvimento do outro.

Já no relacionamento com os jovens, a minha maior dificuldade e preocupação era “como chegar até eles?”. Também eu já fui adolescente, mas desde então muita coisa mudou. Senti-me

completamente descontextualizada dos novos gostos musicais, dos tipos de livros pelos quais se interessam, da linguagem utilizada entre eles, dos desafios pelos quais se interessam (alguns deles até perigosos), do que fazem nos tempos livres, etc. Esta barreira só foi possível de ser ultrapassada através de uma transformação pessoal, exigindo de mim autenticidade, congruência e imposição de limites.

Carl Rogers diz-nos que esta transformação é facilitada quando o Enfermeiro é exatamente aquilo que é, estabelecendo relações com o cliente sem máscaras nem fachadas, exprimindo abertamente os seus sentimentos e atitudes que ocorrem no momento; quanto mais o Enfermeiro souber ouvir e aceitar o que se passa em si mesmo, assumindo a complexidade dos seus sentimentos sem receio, maior será o grau de congruência. Ou seja, quanto mais autêntico e congruente o Enfermeiro for na relação, maior a possibilidade de que ocorram modificações na personalidade dos jovens. (2009)

De modo a atingir os meus objetivos, tive a oportunidade de ser a Enfermeira de referência⁶ de uma adolescente, que se encontrava numa transição de desenvolvimento e de saúde-doença. As transições vividas em simultâneo acrescem uma maior vulnerabilidade, sendo requeridos cuidados de Enfermagem de Saúde Mental que tenham como finalidade que o adolescente alcance respostas mais adaptadas e saudáveis, proporcionando assim uma maior estabilidade e bem-estar. (Meleis, 2012)

Esta adolescente já se encontrava internada no serviço, após ingestão medicamentosa voluntária, estando sinalizada pela CPCJ e aguardando decisão de poder paternal.

Os comportamentos autolesivos e atos suicidas representam um grave problema de Saúde Pública, sendo que à escala mundial, o suicídio é a segunda maior causa de mortalidade nos jovens dos 15 aos 19 anos. (DGS, 2013)

Os comportamentos autolesivos na adolescência são sempre sinal de uma adolescência patológica, evidenciando um intenso mal-estar que não pode ser negligenciado. Estas adolescências traduzem-se em falta de esperança e incapacidade para conseguir lidar com as emoções, estabelecer um sentido de pertença e manter um sentimento sustentado de bem-estar. Normalmente estes jovens vivem em famílias em que os pais não têm autoridade, manifestam superproteção, ou não definem limites. Frequentemente, estudam em escolas sem liderança e com mau ambiente escolar. (Sampaio & Guerreiro, 2014)

⁶ **F3.1.** Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade; **F3.1.1.** Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental; **F3.2.** Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental; **F3.2.2.** Identifica, descreve e monitoriza os resultados clínicos individualizados para o cliente e relacionados com o comportamento para determinar a efetividade do plano de cuidados e ganhos em saúde mental; **F3.4.** Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados; **F3.4.1.** Concebe estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental; **F3.4.5.** Elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a: Aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade; Manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social; Promover e reforçar as capacidades das famílias.

Quando um adolescente tenta o suicídio, significa que o seu processo de desenvolvimento fracassou numa tripla perspetiva: individual, familiar e social. Determinando assim uma visão negativa de si próprio, provavelmente de lenta organização desde a infância, mas que eclodiu devastadoramente na adolescência. (Sampaio et al., 2000)

Os dados epidemiológicos relativos a comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio são muito incompletos, considerando que só se conhece uma pequena parte da realidade, sendo importante ressaltar que a ideação suicida, os comportamentos autolesivos e as tentativas de suicídio representam alguns dos principais fatores de risco para o suicídio. (DGS, 2013)

Uma investigação realizada nos EUA, mostra que tentativas de suicídio prévias são os mais fortes preditores de risco para a consumação do suicídio, elevando-o para 10-60 vezes, sobretudo nos 3 a 6 meses subsequentes, podendo ocorrer uma escalada dos meios com recurso a métodos mais letais. (Bridge et al., 2006)

Na adolescência, as tentativas de suicídio são mais prevalentes do que o suicídio, com uma relação de 30 para 1, bem como no sexo feminino (Wassermann, 2009), sendo de assinalar que 86% não contactam os serviços de Saúde. (Hawton, 2005)

Num estudo realizado em Portugal com estudantes de escolas secundárias do Norte, Centro e Sul do país, com idades entre os 15 e os 18 anos, cerca de 7% já tinha feito uma ou mais tentativas de suicídio. (Sampaio et al., 2000)

De acordo com a DGS (2013), as perturbações de ansiedade têm sido identificadas como um aumento do risco de comportamentos fatais e não fatais, estando fortemente associadas a tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos. As intoxicações medicamentosas, em especial por ingestão de psicofármacos, são o método mais utilizado pelo sexo feminino nas tentativas de suicídio.

Realizar um estudo de caso com esta adolescente foi mais um repto para mim. O primeiro impacto com ela, ao nível do grupo, foi inquietante, deixando-me receosa se iria conseguir atingir os meus objetivos e simultaneamente poder ajudá-la. Esta jovem inicialmente mantinha um humor apreensivo, com fâcias tenso, extremamente hipervigil com a equipa de Enfermagem, testando limites e onnipotência por períodos. Ao nível do grupo, mantinha uma grande proximidade com os pares, com contactos desajustados, sendo necessário mediar a proximidade física e os temas de conversa.

Senti então necessidade de procurar mais informação sobre esta adolescente, lendo todos os diários médicos e de Enfermagem, e estabelecendo contactos com ela de modo a planear os meus cuidados individualizados.

A A. é uma jovem de 15 anos, sexo feminino e raça caucasiana. Nacionalidade portuguesa e a residir no distrito de Lisboa. Atualmente vive com a mãe. É estudante, estando a frequentar o 9º ano de escolaridade.

Em novembro de 2021 deu entrada na urgência de um hospital de Lisboa após 3 episódios de ansiedade durante as aulas, caracterizados por taquicardia e falta de ar. Verificaram-se comportamentos autolesivos nos membros superiores, como forma de gerir a ansiedade. Na altura, sem ideação suicida estruturada, tendo sido medicada e referenciada para a consulta de Pedopsiquiatria.

Em abril de 2022 dá nova entrada na urgência de um hospital de Lisboa, transferida do hospital de residência, após ingestão medicamentosa voluntária (5 comprimidos de Sertralina, 2 comprimidos de Diazepam e 3 comprimidos de Quetiapina). De acordo com a mãe, a A. estava em casa da avó onde iria dormir, e após a ingesta telefonou para esta a contar o sucedido, pedindo ajuda por não se sentir bem. Ainda na urgência, manteve ideação suicida estruturada.

Foram algumas as intervenções terapêuticas individuais que pude ter com a A., respeitando as dinâmicas e atividades em grupo desenvolvidas na unidade de internamento.

O primeiro, e o mais marcante, foi quando me apresentei enquanto uma das suas Enfermeiras de referência. Tive a oportunidade de lhe explicar o meu papel naquele ambiente de internamento, e simultaneamente ir criando um clima de confiança favorável. Disponibilizei-me para conversar, de forma a conhecê-la melhor e definir uma estratégia de intervenção. Foram ainda clarificadas as expectativas face às dificuldades determinadas. Foi surpreendente perceber a capacidade de crítica e de abertura da A., comparativamente com os seus momentos em grupo a que já tinha assistido, maioritariamente desajustados e com necessidade de mediação física e verbal.

Ao longo das primeiras sessões individuais foi fundamental abordar a importância e no que consistia aquela relação de ajuda. De acordo com Hipólito (2011), o principal objetivo de uma relação de ajuda é enfatizar a capacidade natural da pessoa para a sua auto atualização, através de uma abordagem não diretiva, centrada na pessoa, de modo a criar um ambiente propício ao seu crescimento, no qual a pessoa possa ser autêntica, compreendida e aceite, encontrando soluções para o seu problema com os recursos que estão ao seu alcance.

A A. foi partilhando comigo o quão triste se sentia pelo seu contexto familiar.

Os pais estão separados à cerca de 14 anos. Durante a gravidez, o pai iniciou uma relação extraconjugal com uma outra mulher (atual companheira). Pouco tempo depois do nascimento, o pai fez queixa à Segurança Social, afirmando que a mãe não tinha condições para cuidar da A.. Como esta tinha casa própria e um emprego fixo, a avaliação determinou que a mãe tinha condições para ficar com ela.

Até aos 4 anos de idade o pai da A. esteve ausente, sem qualquer tentativa de contacto. A partir daí reapareceu, querendo levar a filha consigo, mas esta rejeitava por não existir relação. Levou esta questão a Tribunal, tendo-se determinado que iria iniciar sessões com a psicóloga da Segurança Social da área de residência, estabelecendo contacto de 15 em 15 dias. Esta situação durou 4 meses, até que o pai começou a ir buscar a A. à escola, sendo que esta recusava. A professora foi forçada a intervir por diversas vezes. O caso foi para o Tribunal de Família e Menores que decidiu que a mãe teria direito a ficar com a filha.

Por volta dos 7 anos de idade da A., a mãe estabeleceu uma nova relação afetiva, ficando grávida. Por ser uma gravidez de risco, mudaram-se para a casa do companheiro. Ao final de 5 anos aproximadamente, a relação começou a deteriorar-se, com a existência de agressões. A mãe apresentou queixa na APAV e saiu de casa com a A., deixando o filho, por o pai a impedir de o levar.

Ainda nesse ano, tinha já a A. 12 anos, foi passar o Carnaval a casa do pai e mostrou interesse em ficar lá. O caso foi novamente ao Tribunal de Família e Menores, tendo o pai ficado com a sua guarda, e podendo estar com a mãe sempre que o desejasse. A A. ficou a viver com o pai, a madrasta, o meio-irmão paterno de 10 anos, e o filho da madrasta de 18 anos.

Entretanto surgiu a pandemia da COVID-19 e o pai proibiu a A. de visitar a mãe, por esta trabalhar num hospital como administrativa. Estiveram mais de 1 ano sem se ver.

Em outubro de 2021 a escola sinalizou a CPCJ por crises de pânico cada vez mais frequentes, e deu entrada pela primeira vez na Urgência em novembro, neste contexto.

Em fevereiro deste ano ligou à mãe a pedir para esta a ir buscar. Durante a chamada a mãe ouviu vários gritos e que a A. lhe terá dito que o pai a agrediu e fechou-a no quarto por desobedecer às suas regras.

Em abril, o pai, a mãe e a A. foram novamente chamados pela CPCJ. No dia 15 do mesmo mês, dá novamente entrada na urgência por ingestão medicamentosa voluntária.

A A. foi assumindo que “ficar em casa com a minha mãe é neste momento o meu lugar seguro” (sic) e que “a relação com o meu pai é muito má” (sic). Mais à frente acabou por partilhar que “no fundo eu até gosto do meu pai. O problema é mesmo a minha madrasta. Ela mete-lhe coisas na cabeça, inventa coisas... Quando eu fiz aquilo ela andava a mandar-me mensagens muito más pelas redes sociais. Depois bloqueei-a e fiz aquilo” (sic).

Quando questionada sobre o momento da ingestão medicamentosa voluntária, assumiu que “eu não queria bem morrer, queria apenas fazer um “reset” para acabar com o sofrimento e os problemas” (sic).

Também identificou como fator desencadeante da ansiedade e dos ataques de pânico o facto de “saber que tinha de ir para a casa do meu pai” (sic).

Juntamente com o sentimento de tristeza, também referiu algumas vezes o facto de se sentir culpada. “Sinto-me culpada por andar sempre a trocar de casa, e de ter de escolher o meu pai ou a minha mãe. É muito difícil. E depois começo a pensar que o problema não são eles... Penso: será que o problema sou eu?” (sic).

Nunca existiu uma capacidade por parte desta família para a resolução dos problemas existentes, e a A. nunca conseguiu criar uma união ou aliança com os adultos que viviam com ela.

No que toca à escola considera que vai reprovar por mau comportamento. “Eu não me porto nada bem nas aulas de Francês, mas não sou só eu. É a turma toda. A professora é muito má connosco, e depois somos expulsos” (sic).

A escola tem um papel importante no sistema familiar, sendo uma instituição que complementa o papel educativo da família e também um instrumento social de avaliação do desempenho das funções desta. O adolescente, pais/família e escola passam a existir como um “triângulo relacional”, onde a comunicação é inevitável, e as funções se complementam. (Relvas, 2006)

Refere como pessoas de referência no seu ambiente escolar a sua diretora de turma, a psicóloga escolar, uma auxiliar, e o professor de Geografia que dá aulas de tutoria aos alunos com notas mais baixas.

Também no internamento começou a frequentar a escola hospitalar. A professora do hospitalar ficou encarregue de articular com a escola da A., fazendo uma carta com um plano de estudos, avaliações adaptadas, e acordo de disciplinas a investir para transitar de ano.

Quanto aos planos para o futuro refere que “gostava de ser talvez advogada, mas tenho medo de não conseguir. É muito difícil. Mas também como gosto muito de desenhar, já tinha pensado em tirar Design de Moda ou então Design de Interiores” (sic).

Quando abordada sobre as suas atividades recreativas e o que fazia nos tempos livres, comentou que antes da COVID-19 praticava acrobacia aérea. “Por acaso gostava muito, mas depois parou, e quando voltou os horários não eram compatíveis. Tive de deixar de ir” (sic). Para além disso, referiu que normalmente fica por casa passando o tempo nas redes sociais, ver filmes de *anime* e ler livros de *manga*. Costuma também “sair à noite com os amigos, ir até ao shopping, ou então vamos até à praia” (sic). Identificou 3 colegas de escola como as melhores amigas, sendo as suas confidentes. Referiu ainda o consumo regular de tabaco, álcool em festas e que já experimentou drogas.

Sobre a sua autoestima e as suas qualidades, afirmou que “sei desenhar. Acho que me visto bem, e as pessoas dizem-me que tenho estilo. E gosto da minha cintura. O resto do corpo não gosto tanto, mas da cintura sim” (sic).

No que toca ao internamento, partilhou que “sinto-me ansiosa por estar aqui fechada, mas ao mesmo tempo sinto-me bem por estar aqui e não estar lá fora, onde tenho tantos problemas” (sic). Acrescentou ainda que sente que “estou a adquirir ferramentas e técnicas que não conhecia para usar lá fora. Estou a gostar muito da terapia pela arte, porque gosto de desenhar. E estou a adorar a atividade do relaxamento. Sabe-me mesmo bem, e fico mais calma quando faço os exercícios de respiração” (sic).

Após o levantamento dos diagnósticos de Enfermagem, de acordo com a CIPE, planeei intervenções individualizadas, e orientei esta jovem na procura de estratégias adequadas para a resolução dos seus problemas.

Decidimos abordar estratégias sobre como pedir ajuda no contexto familiar, escolar e no internamento, estratégias para lidar com as dificuldades, como trabalhar a autoestima, e definir atividades que lhe promovessem bem-estar. Ao longo das sessões individuais ela foi conseguindo identificar e verbalizar as suas dificuldades e problemas, tendo sempre a capacidade de expressar as suas emoções.

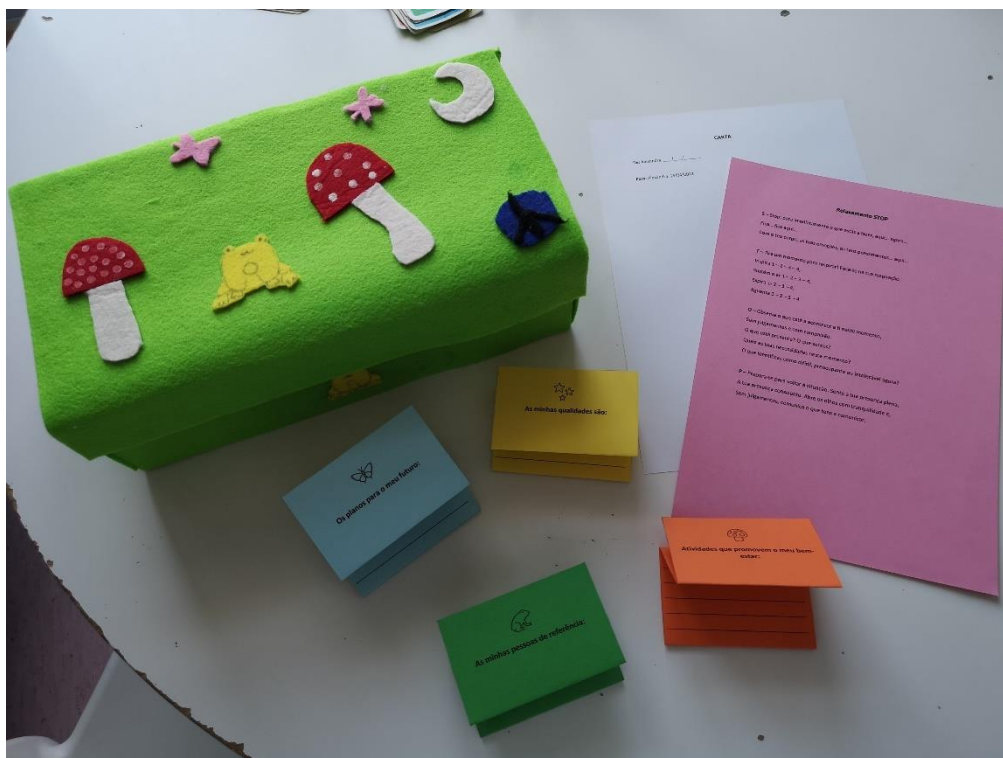
Surgiu então a ideia de lhe propor que ela criasse um “Kit Esperança”. Entreguei-lhe uma simples caixa de sapatos, explicando-lhe que aquela caixa, a partir daquele momento, era dela. Podia personalizá-la como ela quisesse, e que iria colocar lá dentro todas as estratégias que já tínhamos explorado, e outras coisas que lhe fizessem sentido (fotografias, amuletos, etc.). Sempre que sentisse necessidade, poderia recorrer àquela caixa no pós-alta. Inicialmente ficou muito animada e passámos algumas horas a personalizar a caixa com material existente no serviço.

Alguns turnos depois, apercebi-me que a caixa continuava vazia e senti necessidade de fazer algo mais. Preparei então 4 cartões, dobrados em harmónio, em que cada um deles dizia:

- “As minhas qualidades são:”,
- “Os planos para o meu futuro:
 - Plano A;;
 - Plano B;;
 - Plano C:”;
- “As minhas pessoas de referência:
 - Na família;;
 - Na escola;;
 - No acompanhamento psiquiátrico:”;
- “Atividades que promovem o meu bem-estar:”

Entreguei-lhe também um exemplo de um relaxamento baseado em respirações, intitulado “Relaxamento STOP”.

Imagem 1 – Caixa personalizada pela A. e material fornecido para completar o “Kit Esperança”



Por fim, desafiei-a a escrever uma carta para quando se sentisse preparada. Teria como finalidade a A. do presente escrever uma carta à A. que no dia 15 de abril fez uma ingestão medicamentosa voluntária.

Após algum estímulo preencheu todo o material que lhe dei, com boa crítica, e colocou na caixa. Partilhou ainda comigo o início da sua carta.

Também me confidenciou que numa das visitas da mãe, lhe terá mostrado a caixa, e que a mãe também se mostrou muito participativa. “Ficou muito contente e disse-me que eu parecia mais motivada. Quando sair daqui a minha mãe já me disse que vamos experimentar este relaxamento, e fazer muito mais. Ela também já se organizou lá no trabalho e vai deixar de fazer turnos, por isso vai passar mais tempo comigo. Também quer fazer caminhadas e passear comigo. E também vou querer começar a fazer voluntariado na Associação de Proteção aos Animais (da zona de residência), porque gosto muito de cães e gatos. Já acrescentei isso nas atividades” (sic).

Na última sessão individual que tivemos, a A. já tinha sido informada que iria ter alta, após a EMAT da zona de residência ter entregado o poder paternal à mãe, estando muito feliz, porém sempre muito ponderada e crítica no seu discurso.

Foi interessante, e também gratificante para mim, perceber a evolução da A. ao longo do internamento, o que também era referido pela equipa de Enfermagem. Depois de iniciarmos as nossas sessões o seu humor foi sofrendo alterações, sendo que numa fase final já se encontrava com humor eutímico e fâcies tranquilo, tanto a nível individual como em grupo. Também foi discutindo todos os assuntos que iam surgindo com bastante crítica, o que se tornou surpreendente para mim, talvez por inicialmente ter criando indevidamente alguns pré-conceitos sobre esta jovem.

Para além da importância da relação terapêutica e intervenção individual, neste serviço é também valorizado a intervenção grupal através de atividades que permitam fornecer às crianças e adolescentes ferramentas para dar resposta às suas necessidades.

Diariamente são realizadas diferentes intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas, nomeadamente expressão dramática, dança e movimento, terapia pela arte, culinária, cineterapia, autocuidado e relaxamento. Estas atividades são planeadas e realizadas pelos EESMP com base em evidência científica. As temáticas vão de encontro com as necessidades emergidas no grupo ou podem mesmo ser sugeridas pelos jovens.

A intervenção que decidi explorar e aprofundar foi a cineterapia.⁷

De acordo com Zerbato, o cinema, enquanto forma de expressão artística, permite a visualização numa tela de projeção de aspetos psíquicos. Esta afirma que olhar para uma tela é como olhar para um espelho interior, onde é possível ver projetados dramas da existência humana, permitindo o autoconhecimento. (2016)

A cineterapia, considerado um método moderno de terapia desta sociedade tecnológica, evoluída da biblioterapia, pode ser concebida como uma técnica terapêutica em que o terapeuta

⁷ **F4.1.** Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental; **F4.1.2.** Promove a adesão ao tratamento em pessoas com perturbação ou doença mental, com particular preocupação na doença mental grave ou de evolução prolongada; **F4.1.3.** Implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais; **F4.1.5.** Educa e ajuda o cliente na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas; **F4.2.** Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação; **F4.2.1.** Implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições; **F4.2.2.** Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que aumentam o “insight” do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema; **F4.2.3.** Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental; **F4.2.4.** Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudem o cliente a desenvolver e integrar a perturbação ou doença mental e os deficits por elas causadas, fazendo escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida; **F4.2.5.** Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.

seleciona filmes para que estes sejam visualizados, individualmente ou em grupo, podendo seguir-se outras intervenções. (Berg-Cross et al., 1990)

Enquanto mediador expressivo, pode ser utilizada para oferecer esperança e encorajamento ao cliente, por meio de personagens com histórias de frustração com posterior superação; reformular problemas a partir de crises ficcionais das personagens; fornecer modelos comportamentais de referência; identificar e reforçar forças internas; potencializar as emoções; melhorar a comunicação; priorizar valores, tomando como base normas e padrões de vida exibidos nos filmes e analisados na psicoterapia. (Hesley & Hesley, 2001)

Em crianças e adolescentes com dificuldade em identificar/expressar sentimentos, cognições e/ou comportamentos, a identificação com determinadas personagens do filme pode também facilitar a sua expressão e consequentemente a compreensão do terapeuta acerca do jovem, favorecendo o trabalho clínico subsequente. (Arantes & Lopes, 2016)

Hesley & Hesley (2001) definiram ainda as vantagens desta técnica, tais como a alta aderência dos participantes, familiaridade com a atividade sendo que ver filmes faz parte do nosso quotidiano, fácil acessibilidade, curiosidade do cliente para descobrir quais as razões do terapeuta escolher determinado filme, e melhoria da relação terapeuta-cliente sendo que o filme passa a ser uma experiência comum aos dois. Para além disto, Wedding & Niemiec (2003) destacam a importância desta técnica enquanto psicoeducativa, visto que através de alguns filmes é possível ajudar na descrição de um transtorno mental, assim como no seu reconhecimento pelo cliente; demonstrar objetivos a serem alcançados no tratamento; aumentar a possibilidade do cliente aceitar o tratamento e observar comportamentos relevantes de outras pessoas com problemas semelhantes, promovendo empatia.

Enquanto desvantagens, será apenas o próprio cliente achar o filme irrelevante para as suas necessidades, podendo o terapeuta dar a oportunidade de este sugerir um novo filme, ou em último caso, não dar continuidade à intervenção psicoterapêutica. (Hesley & Hesley, 2001)

Tal como em qualquer outra técnica terapêutica, também uma sessão de cinema exige uma preparação prévia por parte do terapeuta. É importante que as temáticas abordadas estejam correlacionadas com as problemáticas dos jovens, sendo que alguns temas já tenham sido abordados ao longo da semana (noutras atividades psicoterapêuticas), que o terapeuta veja o filme idealmente duas vezes para perceber melhor o seu valor terapêutico, e no final do filme realizar o quanto antes a discussão com os jovens (Oliva et al., 2010). Após a visualização, os jovens podem citar uma frase ou selecionar cenas do filme, partilhando as suas reflexões; lembrar-se das cenas que mais lhe tocaram e que estão relacionadas com a sua vida; escolher uma das personagens do filme que poderia ajudar de algum modo a sua situação e explorar porque é que escolheram tal personagem. (Warmuz-Warmuzinska, 2013, cit. por Smieszek, 2019)

Relativamente a critérios de exclusão, Sharp et al. (2002) referem que há muito poucas contraindicações para a cineterapia, sendo a psicose ativa uma delas. Hesley & Hesley (2001) acrescentam que esta atividade não deve ser realizada por crianças de primeira e segunda infância, clientes com transtornos mentais graves, ou que tenham passado recentemente por situações traumáticas semelhantes às personagens do filme.

No que toca às intervenções realizadas por mim, após a escolha dos filmes elaborei um plano de sessão, onde detalhava o que pretendia fazer nas diferentes etapas e como iria avaliá-las, e elaborava algumas perguntas que pretendia fazer na fase de discussão com os adolescentes.

O grupo era aberto, e no dia da sessão é que eram selecionados os adolescentes que reuniam condições clínicas para participar, sendo todos eles incentivados e nunca obrigados a integrar.

No final eram realizados os registos de Enfermagem individuais, tendo em conta a envolvência, motivação, participação, e capacidade de crítica dos adolescentes. Mais do que avaliar o comportamento dos jovens nesta intervenção, os registos têm como objetivo compreendê-los melhor, de modo a ser dada uma continuidade dos cuidados de Enfermagem, o que vai de encontro ao que é defendido por Dias & Carvalho (2017): “As emoções sentidas pelo doente e expressas pelo seu comportamento, não são para ser “classificadas”, mas “ajudadas” a gerir, de forma a capacitar o doente a ultrapassar as suas dificuldades em lidar com elas, fomentando mecanismos de *coping*.”

Nas sessões que tive oportunidade de realizar, foi sempre necessário um trabalho de reflexão e introspeção face às situações vivenciadas, e do que estaria a favorecer ou a bloquear a minha relação terapêutica com os adolescentes, tendo a minha orientadora um papel fundamental.

Na primeira sessão de cineterapia que realizei estava bastante segura de mim mesma porque conhecia muito bem o filme. Era um filme recente, já o tinha visualizado algumas vezes, conhecia bem a sua história e quais os pontos fulcrais que podia abordar com os adolescentes, e curiosamente ainda não tinha sido exibido no serviço. Numa fase inicial da visualização do filme, deparei-me com uma jovem bastante ansiosa e a iniciar comportamentos autolesivos nos membros superiores. Após abordagem esta referiu que estava tudo bem, mas pouco depois acabou por demonstrar que não estava disponível para a intervenção, sendo que a causa da ansiedade estava relacionada com uma chamada telefónica que ela teve com o pai, prévia à visualização do filme. Acabou por sair da sala, sem que houvesse interferência com o restante grupo, e solicitei ajuda à restante equipa de Enfermagem para que pudesse prosseguir com a sessão. No final do filme o grupo reuniu-se numa roda gigante e foi iniciada a discussão. Foi aqui que todas as minhas seguranças desabaram. O facto de estar extremamente nervosa e de ter um guião de perguntas na minha cabeça, fez com que toda a experiência fosse condicionada por mim, não dando oportunidade aos adolescentes de explorarem os seus sentimentos e emoções. Após reflexão com a minha orientadora, senti que limitei aquela discussão ao cingir-me a pergunta-resposta por estar extremamente focada na execução do planeamento da sessão. No final senti-

me desapontada e frustrada porque foquei-me mais na própria sessão, do que nas necessidades dos adolescentes.

Na sessão seguinte decidi que pretendia apresentar um outro tipo de filme, visto que o primeiro teria sido de animação. A sugestão acabou por vir da minha orientadora. Era um filme que não conhecia, exigindo de mim uma maior preparação prévia. No dia da sessão, a visualização do filme decorreu sem intercorrências e na fase da discussão tentei libertar-me ao máximo do guião. Apesar de aquela intervenção ser elaborada por mim, e de estar a ser avaliada, aquela sessão não era sobre mim ou para mim. O foco eram os adolescentes, e foi através desse pensamento que a discussão se tornou mais aberta e menos condicionada. Permitiu-me estabelecer uma maior escuta ativa o que possibilitou a expressão de sentimentos e emoções sem julgamentos, e em alguns casos uma capacidade de crítica bem estruturada.

QUESTÕES ÉTICAS

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, a

“Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015)

Numa era tecnológica e de constantes avanços científicos, o ensino está muitas vezes voltado para a transmissão de conhecimentos teóricos e técnicos, esquecendo-nos que a nossa profissão se dirige às Pessoas. É fundamental falarmos da competência ética, uma vez que a responsabilidade e o respeito pelo outro estão na base de cuidados seguros e adequados. É, portanto, exigido aos Enfermeiros cuidados de qualidade e humanizados, sendo que os padrões éticos assentam num conceito moral básico que é a preocupação pelo bem-estar dos clientes. (Ordem dos Enfermeiros, 2015)

Tendo sido todo o meu estágio realizado na vertente da criança e do adolescente, e mantendo-se os princípios éticos de Beauchamp e Childress⁸ ainda atuais – beneficência, não maleficência, autonomia e justiça –, é importante recordar que nos primeiros anos da criança, em que não existe ainda autonomia, prevalece o princípio da beneficência, traduzindo-se pelo “melhor interesse da criança” ou o “superior interesse da criança”, complementando-se pelo princípio da não maleficência, evitando assim danos desnecessários ou não justificáveis. No caso dos adolescentes, e assumindo uma maior maturidade socio emocional com o avanço da idade, é importante respeitar a sua autonomia. Os adolescentes devem ser vistos como parceiros do processo de decisão, sendo que a qualidade da relação entre o jovem e o profissional de saúde é fundamental para aumentar a sua “autonomização”. (Machado, 2020)(Fonseca, 2020)

Ao longo de todo o estágio tive em conta as decisões que tomei com vários momentos de autorreflexão, com o objetivo de atingir a excelência do cuidar e respeitando os princípios éticos. De acordo com Deodato “o processo de tomada de decisão, tendo em conta a procura da excelência, implica uma reflexão ética e deontológica adequada, à luz dos princípios e deveres estabelecidos (nomeadamente no Código Deontológico), e também fundamentada nos valores pessoais e profissionais.” (2004)

⁸ Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (1979). *Principles of Biomedical Ethics* (7ª ed.). Oxford: Oxford University Press.

No contexto comunitário, em que foi realizado um projeto de investigação clínico, é também importante ressaltar que existem princípios éticos e deontológicos a cumprir, estando eles definidos na Deontologia Profissional, bem como no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro.

A participação num estudo de investigação pressupõe o consentimento livre e esclarecido dos participantes, após explicação das fases da investigação e das potenciais consequências. Deve também ficar claro que a pessoa pode retirar o seu consentimento em qualquer momento da investigação, sem que isso implique quaisquer consequências para o próprio. (Nunes, 2020)

Como a população em estudo eram crianças, o consentimento foi obtido através dos pais. Houve um contacto telefónico prévio, onde foi abordada toda a natureza e fases da investigação, e aos pais quem aceitaram a participação, foi enviado um *e-mail* com o consentimento informado por escrito. Deste modo foi garantido o princípio geral da “defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana” (CDE, artigo 78º, ponto 1) e o dever de “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (CDE, artigo 84º, alínea b).

A colheita e análise dos dados foram tratados de forma a manter o anonimato e confidencialidade das crianças, respeitando o artigo 85º, alínea d do CDE de “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados”.

Na fase da discussão e conclusão, Martins (2008) afirma que “uma análise isenta e rigorosa, cuidadosamente confrontada com o que outros autores tenham observado e com real suporte nos dados recolhidos (...) podem extrair conclusões válidas, e por isso, mais pertinentes”. Posto isto, não houve qualquer manipulação de dados de forma a confirmar hipóteses previamente formuladas ou para chegar a conclusões esperadas.

A divulgação dos resultados é um dever ético do investigador, devendo incluir toda a informação pertinente nomeadamente aspetos negativos ou hipóteses não confirmadas. Nesta divulgação não deverá ser possível identificar nenhum dos investigados, da mesma forma que não deve ser identificada a instituição (excecionalmente pode ser identificada se tal tiver sido devida e formalmente autorizado). (Martins, 2008)(Nunes, 2020)

CONCLUSÃO

Este relatório é o culminar do meu desenvolvimento pessoal e profissional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, onde pude adquirir e desenvolver as competências do Enfermeiro especialista. Processo este que não se encerra aqui, e que me acompanhará ao longo do meu percurso profissional.

Iniciei este relatório propondo-me a relatar criticamente as vivências e aprendizagens adquiridas ao longo do estágio, a nível comunitário e hospitalar, sendo que o objetivo foi alcançado. Mas não basta ao Enfermeiro ter vivências profissionais e pessoais, reproduzindo tudo o que aprendeu em situações futuras semelhantes. A experiência não é simplesmente o que nos acontece, mas o que fazemos com o que nos acontece, sendo imperativo que a reflexão transforme essas vivências em experiência, e esta sim, possa ser utilizada na melhoria dos cuidados. (Deodato, 2004)

O que me leva imediatamente para a 1ª competência⁹ do Enfermeiro especialista, cuja qual nunca referi especificamente, considerando que foi algo transversal e recorrente a todos os momentos. O desenvolvimento desta competência permitiu a minha maturação e crescimento enquanto pessoa e Enfermeira, capacitando o meu autoconhecimento e desenvolvimento pessoal. Através da elaboração de jornais de aprendizagem, das reflexões do trabalho realizado, e das partilhas feitas com as minhas Enfermeiras orientadoras e a equipa de Enfermagem que me acompanhou neste percurso, fui tomando consciência de mim mesma durante a relação terapêutica, identificando sentimentos e emoções, gerindo fenómenos de transferência e contra-transferência, estabelecendo limites preservando o processo terapêutico, e deste modo, fui atingindo gradualmente o nível da excelência do cuidar.

Conciliar o estágio com a vida profissional e pessoal constituíram momentos de grande dificuldade, mas com determinação, esforço e dedicação foi possível atingir os objetivos a que me propus. Também importante de referir o contributo através do *feedback*, verbal e não verbal, das crianças e adolescentes que estiveram ao meu cuidado e permitiram o meu crescimento, bem como das Enfermeiras orientadoras que me ajudaram a refletir sobre práticas e a perspetivar novos desafios, dando-me sempre espaço para encontrar o meu espaço enquanto futura Enfermeira especialista.

Relativamente ao estágio realizado em contexto comunitário, houve a oportunidade de se realizar a fase inicial de um estudo de investigação, que tinha como objetivo geral avaliar a Saúde Mental das crianças que estiveram infetadas por SARS-COV2.

⁹ **F1.1.** Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas; **F1.1.1.** Identifica no aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar; **F1.1.2.** Gere os fenómenos de transferência e contratransferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica; **F1.1.3.** Mantém o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico; **F1.1.4.** Monitoriza as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica.

A avaliação do estado de Saúde Mental das crianças possibilitou identificar alterações do estado de Saúde Mental, através da aplicação do questionário SDQ, permitindo elaborar diagnósticos, essenciais para o planeamento dos cuidados e sucesso das intervenções terapêuticas a implementar posteriormente.

Da amostra de 117 crianças, o algoritmo do SDQ identificou que 33 crianças apresentavam a possibilidade de terem uma qualquer perturbação psiquiátrica.

De acordo com a bibliografia e os resultados de alguns estudos era esperado que a prevalência das perturbações psiquiátricas em crianças infetadas por SARS-COV2 fosse superior após esta vivência, mas esta hipótese não se confirmou, assumindo-se que a alteração do estado de Saúde Mental da maioria das crianças é prévia à COVID-19. Das 33 crianças sinalizadas, 9 delas referiram ter um seguimento prévio em Saúde Mental, e da perspetiva dos pais as crianças não agravaram após a infeção, sendo que a Saúde Mental considerada “Razoável” ou “Boa”, passou de 23,1% para 35,9%.

Verificou-se que a prevalência de perturbações psiquiátricas é superior no sexo masculino, sendo a perturbação de oposição/conducta a mais frequente. Também as crianças mais velhas, nomeadamente entre os 10 e os 12 anos, têm uma maior probabilidade de desenvolver uma perturbação psiquiátrica.

De acordo com a perspetiva dos pais, as perturbações psiquiátricas causam sofrimento às crianças. Relativamente às crianças internadas por COVID-19, este fator não aumentou o risco de psicopatologia, sendo importante realçar que todas as crianças estiveram acompanhadas por um familiar de referência durante esse processo.

Desta amostra em estudo, as crianças que foram referenciadas pelos pais com sintomas de *long COVID*, não se confirma que estes sintomas estejam associados ao desenvolvimento de perturbações psiquiátricas.

Assim, relativamente às 117 crianças da amostra, não se pode confirmar que a infeção por SARS-COV2 tenha uma relação causa-efeito com alterações do estado de Saúde Mental.

Mais do que um projeto académico, este trabalho salienta a importância da prevenção da doença e da promoção da Saúde Mental nas crianças e adolescentes, sendo que nós, Enfermeiros, deveremos ter um papel ativo. Muitos dos desafios prendem-se com questões de Políticas de Saúde, mas os Enfermeiros podem ajudar a combater o estigma associado às doenças mentais e a reconhecer a importância da Saúde Mental, desenvolvendo-se programas comunitários que nos aproximem desta população.

Relativamente à investigação clínica, também ela importantíssima para sustentar os cuidados de Enfermagem, considero que é de facto algo extremamente exigente e difícil, ainda para mais para

alguém que se depara com este processo pela primeira vez. Foi um caminho muito rigoroso, com vários avanços e recuos, com muitas dúvidas sobre a capacidade de conseguir realizar este projeto, mas que no final se concretizou.

Talvez seja por estas questões, e por muitas outras, que frequentemente os Enfermeiros se refugiam na prática dos cuidados, ficando à espera de que “alguém” (frequentemente os académicos) apresentem evidência científica. A verdade é que isso depende de todos nós, até porque é desejável e possível o envolvimento de todos os Enfermeiros em qualquer etapa de um processo de investigação.

BIBLIOGRAFIA

- Assembleia da República. (2019). Lei n.º 95 - Lei de Bases da Saúde. *Diário Da República*, 1.^a série (N.º 169), 55–66.
- Assembleia da República. (2021). Decreto-Lei nº 113/2021. *Diário Da República*, nº 240 (1.^a série), 104–116.
- Allen, D., Gillen, E., Rixson, L. (2009). The Effectiveness of Integrated Care Pathways for Adults and Children in Health Care Settings: A Systematic Review. *JBIC Library of Systematic Reviews*, 7(3), 80–129.
- Almeida, M., Ferreira, L., Nabais, A. (2010). *Norma 61: Procedimento Sectorial de Área de Pedopsiquiatria - Filosofia da Área de Pedopsiquiatria*. HDE: CHLC.
- Almeida, P., Viana, V., Tavares, M., Reis-e-Melo, A., Faria, C. (2020). Impacto emocional imediato do COVID-19 em crianças e adolescentes e suas famílias. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 21(3), 633–646.
- Arantes, C. F., Lopes, R. F. F. (2016). Cinematerapia: uma proposta psicoeducativa baseada na terapia do esquema. *Mudanças - Psicologia Da Saúde*, 24(1), 45–53.
- Barrias, P. (2014). Perturbações disruptivas do comportamento e de défice da atenção. In *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*. Lisboa: Lidel.
- Berg-Cross, Linda, Jennings, Pamela, Baruch, R. (1990). Cinematherapy: theory and application. *Psychotherapy in Private Practice*, 8(1), 135–156.
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C. H., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., McCoy, D. C., Fink, G., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Devercelli, A. E., Wodon, Q. T., Vargas-Barón, E., Grantham-McGregor, S. (2017). Early childhood development coming of age: science through the life course. *The Lancet*, 389(10064), 77–90.
- Bonita, R., Beaglehole, R., Kjellström, T. (2010). *Epidemiologia Básica* (2.^a ed.). São Paulo: Santos Editora.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 47(3–4), 372–394.
- Buonsenso, D., Munblit, D., De Rose, C., Sinatti, D., Ricchiuto, A., Carfi, A., Valentini, P. (2021). Preliminary evidence on long COVID in children. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 110(7), 2208–2211.

- Caldas de Almeida, J. M. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Casanova, M. P. (2008). *Relatório: Algumas Normas Metodológicas*. Ramada: Escola Secundária da Ramada.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica - Estratégias de intervenção (Volume 2)*. Loures: Lusodidacta.
- Colizzi, M., Lasalvia, A., Ruggeri, M. (2020). Prevention and early intervention in youth mental health: Is it time for a multidisciplinary and trans-diagnostic model for care? *International Journal of Mental Health Systems*, 14(1), 1–14.
- Commission, E. (2005). Green Paper - Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. *Health and Consumer Protection Directorate-General*.
- Deodato, S. (2004). A excelência do exercício: perspectiva ética e deontológica. *Revista Da Ordem Dos Enfermeiros*, 15, 26–30.
- DGS. (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio - 2013/2017. *Plano Nacional de Saúde Mental*, 1–114.
- DGS. (2021). Vacinação contra COVID-19 em Crianças de 5-11 anos. *Comissão Técnica de Vacinação Contra a COVID-19*, 38.
- Dias, J. C., Carvalho, J. C. (2017). Enfermagem em Pedopsiquiatria: especificidades do cuidar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 17, 65–70.
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica – O processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19(19), 139–156.
- Fonseca, H. (2020). Adolescência. In *Ética aplicada: Saúde* (pp. 191–209). Lisboa: Edições 70.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freire, T., Almeida, L. S. (2001). Escalas de avaliação: Construção e validação. In *Métodos e técnicas de avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológicas* (pp. 109–128). Braga: Universidade do Minho - Centro de Estudos em Educação e Psicologia.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and*

- Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(5), 791–799.
- Goodman, R. (2001). Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337–1345.
- Goodman, R., Renfrew, D., Mullick, M. (2000). Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. *Global Psychiatry*, 55(2), 129–134.
- Hawton, K. (2005). *Prevention and treatment of suicidal behaviour*. Oxford: University Press.
- Hesley, Jan G., Hesley, J. W. (2001). *Rent two films and let's talk in the morning: using popular films in psychotherapy* (2ª ed.). Nova Iorque: Wiley.
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: evolução e desenvolvimento do pensamento Rogeriano*. Lisboa: EDIUAL.
- ICN. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Jones, E. (2004). *Terapia dos Sistemas Familiares* (2ª ed.). Forte da Casa: Climepsi Editores.
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Üstün, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 359–364.
- Last, J. M. (2001). *A dictionary of epidemiology* (4ª ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Machado, M. C. (2020). Nascimento e infância. In *Ética aplicada: Saúde* (pp. 173–190). Lisboa: Edições 70.
- Major, S. O. (2011). Avaliação de aptidões sociais e problemas de comportamento em idade pré-escolar: Retrato das crianças portuguesas. In *Tese de Doutorado não-publicada*. Universidade de Coimbra - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Major, S., Seabra-Santos, M. J. (2013). Uso de inventários comportamentais para a avaliação socioemocional em idade pré-escolar. *Avaliação Psicológica*, 12(1), 101–107.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669.
- Martins, J. C. A. (2008). Investigação em enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 62–66.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing*

- research and practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing : development and progress* (5ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Merrell, K. W., Harlacher, J. E. (2008). Behavior rating scales. In *Personality assessment* (pp. 247–280). Nova Iorque: Routledge/Taylor & Francis.
- Merrell, K. W. (2000a). Informant report: Rating scale measures. In *Conducting school-based assessments of child and adolescent behavior* (pp. 203–234). Nova Iorque: Guilford Press.
- Merrell, K. W. (2000b). Informant report: Theory and research in using child behavior rating scales in school settings. In *Behavioral assessment in schools* (pp. 233–256). Nova Iorque: Guilford Press.
- Merrell, K. W. (2008). *Behavioral, social, and emotional assessment of children and adolescents* (3ª ed.). Nova Iorque: Erlbaum.
- Ministério da Saúde. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Ministério da Saúde. (2018). *Rede de Referência Hospitalar - Psiquiatria da Infância e da Adolescência*.
- Nabais, A. (2008). Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: âmbito e contextos. *Revista Da Ordem Dos Enfermeiros*, nº30, 38–43.
- Newlove-Delgado, T., McManus, S., Sadler, K., Thandi, S., Vizard, T., Cartwright, C., & Ford, T. (2021). Child mental health in England before and during the COVID-19 lockdown. *The Lancet Psychiatry*, 8(5), 353–354.
- NICE. (2020). COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. *NICE Guidelines*.
- Nunes, L. (2020). *Aspectos éticos na investigação de Enfermagem*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde.
- Oliva, V. H. S., Vianna, A., Lotufo Neto, F. (2010). Cinematerapia como intervenção psicoterápica: características, aplicações e identificação de técnicas cognitivo-comportamentais. *Revista de Psiquiatria Clinica*, 37(3), 138–144.
- OMS. (2002). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. (1ª ed.). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- OMS. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Genebra: WHO Document Production Services.

- OMS. (2018). *Mental health: strengthening our response*. Acedido a 28/08/2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- OMS. (2020). *Improving the mental and brain health of children and adolescents*. Acedido a 24/08/2021. Disponível em: <https://www.who.int/activities/improving-the-mental-and-brain-health-of-children-and-adolescents>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Decreto-Lei nº161/96, artigo 4º, ponto 1. In *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE* (pp. 97–106).
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 515/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário Da República, 2ª Série, Anexo I*, 21427–21430.
- Relvas, A. (1999). *Conversas com Famílias - Discursos e perspectivas em terapia familiar*. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. (2006). *O ciclo vital da família – Perspetiva Sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Ren, S. Y., Gao, R. D., Chen, Y. L. (2020). Fear can be more harmful than the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in controlling the corona virus disease 2019 epidemic. *World Journal of Clinical Cases*, 8(4), 652–657.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se Pessoa* (1ª ed.). Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Rubin, G. J., Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *The BMJ*, 368, 1–2.
- Sampaio, D, Oliveira, A, Vinagre, M, Gouveia-Pereira, M, Santos, N, Ordaz, O. (2000). Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário. *Análise Psicológica*, 2(XVIII), 139–155.
- Sampaio, D., Guerreiro, D. (2014). Comportamentos autolesivos na adolescência. In *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp. 383–392). Lisboa: Lidel.
- Sharp, C., Smith, J. V., Cole, A. (2002). Cinematherapy: metaphorically promoting therapeutic change. *Counselling Psychology Quarterly*, 15(3), 269–276.
- Siegel, Daniel J., Bryson, T. P. (2021). *O cérebro da criança* (3ª ed.). Alfragide: Casa das Letras.
- Simeão, M. L. S. F. (2013). *Avaliação Clínica em Enfermagem de Saúde Mental em crianças do pré-escolar e 1º ciclo após a vivência de um tornado*. ESEL. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/15770>

- Simões, M. R. (1998). Avaliação psicológica e diagnóstico na perturbação da hiperactividade com défice de atenção (II): Escalas de avaliação. *Psychologica*, 83–109.
- Simpson, F., Chew-Graham, C., Lokugamage, A. (2021). Long COVID in children: the perspectives of parents and children need to be heard. *British Journal of General Practice*, 216.
- Smieszek, M. (2019). Cinematherapy as a part of the education and therapy of people with intellectual disabilities, mental disorders and as a tool for personal development. *International Research Journal for Quality in Education*, 6(1), 30–34.
- Sofia, A. (2017). *Estatística aplicada à investigação em ciências da saúde - Um guia com o SPSS*. Loures: Lusodidacta.
- Stevens, M. (2011). The costs and benefits of early interventions for vulnerable children and families to promote social and emotional wellbeing: economics briefing. *London School of Economics and Political Science*, 1–10.
- Thomson, H. (2021). Children with long covid. *New Scientist*, 249(3323), 10–11.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. Loures: Lusociência.
- UNICEF. (2021). *The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health*. Nova Iorque: UNICEF.
- Walsh, K., Nicholson, J., Keough, C., Pridham, R., Kramer, M., Jeffrey, J. (2003). Development of a group model of clinical supervision to meet the needs of a community mental health nursing team. *International Journal of Nursing Practice*, 9(1), 33–39.
- Wassermann, D. (2009). *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. Oxford: University Press.
- Wedding, D., Niemiec, R. M. (2003). The clinical use of films in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 59(2), 207–215.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winter, H. S., Mossialos, E., Naci, H., Chandra, A., Salojee, H., Yamashiro, Y., Bhutta, Z. A., Uauy, R., Corvalan, C. (2012). The economics of health care delivery. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 55(5), 482–488.
- Wolraich, M. L., Hagan, J. F., Allan, C., Chan, E., Davison, D., Earls, M., Evans, S. W., Flinn, S. K., Froehlich, T., Frost, J., Holbrook, J. R., Lehmann, C. U., Lessin, H. R., Okechukwu, K., Pierce, K. L., Winner, J. D., Zurhellen, W. (2019). Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents.

American Academy of Pediatrics, 144(4).

Zerbatto, B. P. (2016). *Divertidamente: Um olhar analítico*. Curitiba: Universidade Católica do Paraná.

ANEXOS

Anexo 1 – SDQ – Versão de Pais com Suplemento de Impacto

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)

P 4-17

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento do seu filho / da sua filha nos últimos seis meses.

Nome da criança

Masculino/Feminino

Data de nascimento

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	☐	☐	☐
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca para quieto/a	☐	☐	☐
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos	☐	☐	☐
Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)	☐	☐	☐
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	☐	☐	☐
Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a	☐	☐	☐
Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam	☐	☐	☐
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	☐	☐	☐
Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	☐	☐	☐
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	☐	☐	☐
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	☐	☐	☐
Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as	☐	☐	☐
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	☐	☐	☐
Em geral as outras crianças gostam dele/a	☐	☐	☐
Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar	☐	☐	☐
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a	☐	☐	☐
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	☐	☐	☐
Mente frequentemente ou engana	☐	☐	☐
As outras crianças metem-se com ele/a, ameaçam-no/a ou intimidam-no/a	☐	☐	☐
Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)	☐	☐	☐
Pensa nas coisas antes de as fazer	☐	☐	☐
Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	☐	☐	☐
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	☐	☐	☐
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	☐	☐	☐
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	☐	☐	☐

Tem algum outro comentário ou preocupação? Descreva.

Por favor, vire a folha - há mais algumas questões no outro lado

Em geral, parece-lhe que o seu filho / a sua filha tem dificuldades em alguma das seguintes áreas:
emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?

Não	Sim- dificuldades pequenas	Sim- dificuldades grandes	Sim- dificuldades muito grandes
☐	☐	☐	☐

Se respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre essas dificuldades:

- Há quanto tempo existem essas dificuldades?

Menos de 1 mês	1-5 meses	6-12 meses	Mais de 1 ano
☐	☐	☐	☐

- Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o seu filho / a sua filha?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
☐	☐	☐	☐

- Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho / da sua filha nas seguintes áreas?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
EM CASA	☐	☐	☐	☐
COM OS AMIGOS	☐	☐	☐	☐
NA APRENDIZAGEM NA ESCOLA	☐	☐	☐	☐
NAS BRINCADEIRAS/ TEMPOS LIVRES	☐	☐	☐	☐

- Essas dificuldades são uma sobrecarga para si ou para a família?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
☐	☐	☐	☐

Assinatura

Data

Mãe/Pai/Outro (por favor, indique quem):

Muito obrigado pela sua colaboração

© Robert Goodman, 2005

Anexo 2 – Cotação do SDQ com Suplemento de Impacto

Cotação do Questionário de Capacidades e Dificuldades – Versão de Pais / Professores

Os 25 itens que constituem o SDQ estão organizados em 5 escalas, cada uma composta por 5 itens. Geralmente, é mais fácil cotar as 5 escalas antes de calcular a pontuação total de dificuldades. Cada item tem três opções de resposta: *Não é verdade*, *É um pouco verdade*, *É muito verdade*. A opção *É um pouco verdade* é sempre cotada com 1. Cada uma das outras duas opções pode ser cotada com 0 ou 2 pontos, conforme o item, tal como é apresentado em baixo, escala por escala. A pontuação total de cada uma das 5 escalas pode variar entre 0 e 10 se os 5 itens tiverem sido respondidos. O resultado de cada escala pode ser considerado desde que pelo menos 3 itens tenham sido respondidos.

Escala de Sintomas Emocionais

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça ...	0	1	2
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	0	1	2
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	0	1	2
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a	0	1	2
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	0	1	2

Escala de Problemas de Comportamento

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	0	1	2
Obedece com facilidade ...	2	1	0
Luta frequentemente com as outras crianças ...	0	1	2
Mente frequentemente ou engana	0	1	2
Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	0	1	2

Escala de Hiperactividade

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca pára quieto/a	0	1	2
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	0	1	2
Distrai-se com facilidade	0	1	2
Pensa nas coisas antes de as fazer	2	1	0
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	2	1	0

Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Tem tendência a isolar-se ...	0	1	2
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	2	1	0
Em geral as outras crianças gostam dele/a	2	1	0
As outras crianças metem-se com ele/a ...	0	1	2
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	0	1	2

Escala de Comportamento Pró-social

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	0	1	2
Partilha facilmente com as outras crianças	0	1	2
Gosta de ajudar se alguém está magoado	0	1	2
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	0	1	2
Sempre pronto/a a ajudar os outros	0	1	2

Pontuação Total de Dificuldades

É obtida pela soma da pontuação total de todas as escalas com excepção da escala pró-social. Deste modo, a pontuação resultante pode variar entre 0 e 40 (e não pode ser computado caso a pontuação de alguma das escalas, excepto a pró-social, esteja ausente).

Interpretação da Pontuação dos Sintomas e Definição de “Caso”

Os intervalos provisórios, apresentados em baixo, foram estabelecidos de tal forma que aproximadamente 80 % das crianças na comunidade são normais, 10% são limitrofes e 10% são anormais. Em estudos com amostras de **alto risco**, onde os falsos positivos não sejam a maior preocupação, os possíveis “casos” podem ser identificados por uma **pontuação alta** ou **limitrofe** em uma das quatro escalas de dificuldades. Em estudos com amostras de **baixo risco**, onde é mais importante reduzir a taxa de falsos positivos, os possíveis “casos” podem ser identificados por uma **pontuação alta** em uma das quatro escalas de dificuldades.

	Normal	Limitrofe	Anormal
<u>Preenchido pelos Pais</u>			
Pontuação Total das Dificuldades	0 - 13	14 - 16	17 - 40
Pontuação dos Sintomas Emocionais	0 - 3	4	5 - 10
Pontuação de Problemas de Comportamento	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Hiperactividade	0 - 5	6	7 - 10
Pontuação para Problemas com Colegas	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Comportamento Pró-social	6 - 10	5	0 - 4

Preenchido pelo Professor

Pontuação Total das Dificuldades	0 - 11	12 - 15	16 - 40
Pontuação dos Sintomas Emocionais	0 - 4	5	6 - 10
Pontuação de Problemas de Comportamento	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Hiperactividade	0 - 5	6	7 - 10
Pontuação p/ Problemas com Colegas	0 - 3	4	5 - 10
Pontuação para Comportamento Pró-social	6 - 10	5	0 - 4

Pontuação e Interpretação do Impacto

Quando é usada a versão do SDQ que inclui o “Suplemento de Impacto”, os itens relativos ao sofrimento global e às dificuldades sociais podem ser somados para se obter a pontuação do impacto, que pode variar entre 0 e 10 na versão para pais e entre 0 e 6 na versão para professores.

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<u>Avaliação dos pais</u>				
As dificuldades incomodam/fazem sofrer a criança	0	0	1	2
Interferem em casa	0	0	1	2
Interferem com os amigos	0	0	1	2
Interferem na aprendizagem na escola	0	0	1	2
Interferem nas brincadeiras/tempos livres	0	0	1	2

Avaliação do professor

As dificuldades incomodam/fazem sofrer a criança	0	0	1	2
Interferem nas relações com os colegas	0	0	1	2
Interferem na aprendizagem na escola	0	0	1	2

As respostas às questões sobre cronicidade e sobrecarga para os outros não são incluídas na cotação de impacto. Quando os entrevistados tiverem respondido “não” à primeira questão do suplemento de impacto (i.e. quando não se considerarem como tendo alguma dificuldade emocional ou de comportamento), não deverão responder às questões sobre sofrimento ou dificuldades e, nestas circunstâncias, a pontuação do impacto será automaticamente zero.

Uma pontuação total do impacto igual ou maior que 2 é anormal, uma pontuação de 1 é limitrofe e uma pontuação de 0 é normal.

Anexo 3 – Google Forms e SDQ enviado aos pais por e-mail

[REDACTED] - O Impacto, a longo prazo, da Infecção por COVID-19 na Saúde Mental da População Pediátrica (3-13 anos)

Investigadores: ([REDACTED])

Termo de Consentimento Informado

Antes de prosseguir para a realização do questionário, leia e aceite o seguinte Consentimento Informado:

O presente estudo tem como objetivo perceber o impacto, a longo prazo, na saúde mental da infecção por COVID-19 nas crianças dos 3 aos 13 anos observadas em consulta e/ou internadas no ([REDACTED])

Com este objectivo, será pedido que preencham apenas um questionário electrónico. Estes testes não envolvem métodos invasivos ou aparelhos de registo.

O nome da criança será mantido em sigilo pelos investigadores e a divulgação dos resultados visará apenas mostrar os possíveis benefícios obtidos pela pesquisa em questão, sendo que poderá solicitar informações durante todas as fases desta pesquisa.

Fui informado dos objectivos especificados acima e da justificação do presente estudo, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre cada procedimento no qual estarei envolvido, dos desconfortos ou riscos previstos, tanto quanto dos benefícios esperados. Pelo facto desta investigação ter única e exclusivamente interesse científico, aceito participar na mesma, podendo, no entanto, desistir a qualquer momento, inclusive sem nenhum motivo.

Por ser voluntário e sem interesse financeiro, não terei direito a nenhuma remuneração.

*** Required**

1. Consentimento Informado *

Check all that apply.

☐ Aceito e li o Termo de Consentimento Informado

Questionário Socio-
Demográfico

As seguintes questões são referentes à criança em
questão

2. Nome Completo *

3. Data de Nascimento *

Example: January 7, 2019

4. Género *

Mark only one oval.

☐ Masculino

☐ Feminino

☐ Outro

5. Qual é o distrito de residência? *

6. Qual é a sua freguesia residência? *

7. Que ano da escola frequenta? *

Mark only one oval.

- ☐ Jardim de Infância
- ☐ Pré-escolar
- ☐ 1º ano de escolaridade
- ☐ 2º ano de escolaridade
- ☐ 3º ano de escolaridade
- ☐ 4º ano de escolaridade
- ☐ 5º ano de escolaridade
- ☐ 6º ano de escolaridade
- ☐ 7º ano de escolaridade
- ☐ 8º ano de escolaridade
- ☐ 9º ano de escolaridade
- ☐ Nenhuma das opções

8. A criança esteve em confinamento (ausente do infantário/escola) durante quanto tempo? *

Mark only one oval.

- ☐ Inferior a 1 mês
- ☐ 1 a 3 meses
- ☐ 3 a 6 meses
- ☐ 6 a 9 meses
- ☐ 9 a 12 meses
- ☐ Superior a 1 ano

A Infecção por
COVID-19

A presente secção refere-se ao estado de saúde da criança DURANTE a
infecção por COVID-19

9. Qual a data aproximada da infecção por COVID-19 na criança? *

Example: January 7, 2019

10. Dentro do agregado familiar houve mais casos de infecção por COVID-19? *

Mark only one oval.

- ☐ Não
☐ 1 pessoa
☐ 2-3 pessoas
☐ 4 ou mais pessoas

11. Durante a infeção por COVID-19, houve alteração da Saúde MENTAL? *

Mark only one oval.

- ☐ Sim, agravamento
☐ Sim, melhoria
☐ Não

12. A criança esteve internada devido à infecção por COVID-19? *

Mark only one oval.

- ☐ Sim
☐ Não

13. Caso tenha respondido sim à questão anterior, esteve internada quanto tempo?

Mark only one oval.

- ☐ Menos de uma semana
- ☐ Entre 1 a 2 semanas
- ☐ Entre duas semanas a um mês
- ☐ Mais de um mês

14. Caso tenha respondido afirmativamente à questão do internamento, a criança esteve em Unidade de Cuidados Intensivos?

Mark only one oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

15. Caso tenha respondido afirmativamente à questão do internamento, a criança teve acompanhamento de algum familiar durante o internamento?

Mark only one oval.

- ☐ Sim, a mãe
- ☐ Sim, o pai
- ☐ Sim, um familiar ou amigo próximo
- ☐ Não

Antes da Infecção por
COVID-19

A presente secção refere-se ao estado de saúde da criança ANTES da
infecção por COVID-19

16. A criança tem alguma doença crónica diagnosticada anterior à infecção por COVID-19? *

Check all that apply.

- ☐ Não
- ☐ Prematuridade (inferior a 37 semanas)
- ☐ Doenças neurológicas
- ☐ Doenças cardíacas
- ☐ Doenças respiratórias (não inclui a asma)
- ☐ Asma
- ☐ Rinite alérgica
- ☐ Alergia alimentar
- ☐ Pele atópica / Eczema
- ☐ Outras doenças de pele (não inclui eczema)
- ☐ Doenças de sangue
- ☐ Doenças gastrointestinais
- ☐ Doenças oncológicas
- ☐ Doenças do sistema imune
- ☐ Doenças genéticas
- ☐ Diabetes Mellitus tipo 1
- ☐ Diabetes Mellitus tipo 2
- ☐ Doenças endócrinas (não inclui diabetes)
- ☐ Doenças renais
- ☐ Excesso de peso ou Obesidade
- ☐ Doenças reumatológicas
- ☐ HIV
- ☐ Doenças infeto-contagiosas (não inclui HIV)
- ☐ Doenças metabólicas
- ☐ Outro

17. Antes da infecção por COVID-19, como era a Saúde da criança no geral *

Mark only one oval.

	0	1	2	3	4	
Muito Má	☐	☐	☐	☐	☐	Muito Boa

18. Antes da infecção por COVID-19, como era a Saúde MENTAL da criança no geral? *

Mark only one oval.

	0	1	2	3	4	
Muito Má	☐	☐	☐	☐	☐	Muito Boa

19. A criança tinha/teve algum seguimento na pedopsiquiatria/psicologia antes da pandemia por COVID-19? *

Mark only one oval.

- ☐ Sim, pela Pedopsiquiatria
- ☐ Sim, pela Psicologia
- ☐ Sim, por ambos
- ☐ Não

20. Foi requerida ajuda devido às consequências da COVID-19 na Saúde Física e/ou Mental da Criança? *

Mark only one oval.

- ☐ Sim, por sintomas físicos
- ☐ Sim, por sintomas psicológicos
- ☐ Sim, por ambos
- ☐ Não procurámos ajuda

Depois da Infecção por
COVID-19

A presente secção refere-se ao estado de saúde da criança DEPOIS da
infecção por COVID-19

21. A criança teve algum destes sintomas que não estavam presentes antes da infecção por COVID-19? Quanto tempo depois? *

Mark only one oval per row.

	Inferior a 1 mês	Entre 1 mês a 3 meses	Superior a 3 meses	Não teve
Dores de Cabeça	☐	☐	☐	☐
Problemas de Sono	☐	☐	☐	☐
Dificuldades de concentração/memória	☐	☐	☐	☐
Tiques	☐	☐	☐	☐
Fadiga/cansaço	☐	☐	☐	☐
Problemas respiratórios	☐	☐	☐	☐
Problemas cardíacos	☐	☐	☐	☐
Aumento de peso	☐	☐	☐	☐
Outros	☐	☐	☐	☐

22. Os sintomas atuais têm impacto no quotidiano, isto é, limitam o funcionamento da criança? *

Mark only one oval.

- ☐ Não
- ☐ Um pouco
- ☐ Muito
- ☐ Bastante

23. Da infecção por COVID-19 a criança: *

Mark only one oval.

- ☐ Não recuperou
- ☐ Recuperou parcialmente
- ☐ Recuperou totalmente

24. Depois da infecção por COVID-19 como é a Saúde da criança no Geral? *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	
Muito Má	☐	☐	☐	☐	Muito Boa

25. Depois da infecção por COVID-19 como é a Saúde MENTAL da criança no geral?

Mark only one oval.

	1	2	3	4	
Muito Má	☐	☐	☐	☐	Muito Boa

Questionário
de
Capacidades
e de
Dificuldades
(SDQ)

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento do seu filho/da sua filha nos últimos seis meses.

© Robert Goodman, 2005

26. *

Mark only one oval per row.

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	☐	☐	☐
É irrequeto/a, muito mexido/a, nunca para quieto/a	☐	☐	☐
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos	☐	☐	☐
Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)	☐	☐	☐
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	☐	☐	☐
Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a	☐	☐	☐
Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam	☐	☐	☐
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	☐	☐	☐
Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	☐	☐	☐
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	☐	☐	☐
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	☐	☐	☐
Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as	☐	☐	☐
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	☐	☐	☐
Em geral as outras crianças gostam dele/a	☐	☐	☐

Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar	☐	☐	☐
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a	☐	☐	☐
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	☐	☐	☐
Mente frequentemente ou engana	☐	☐	☐
As outras crianças metem-se com ele/a, ameaçam-no/a ou intimidam-no/a	☐	☐	☐
Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)	☐	☐	☐
Pensa nas coisas antes de as fazer	☐	☐	☐
Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	☐	☐	☐
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	☐	☐	☐
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	☐	☐	☐
Geralmente acaba o que começa, tem boa atenção	☐	☐	☐

27. Em geral, parece-lhe que o seu filho/ a sua filha tem dificuldades em algumas das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas? *

Mark only one oval.

- ☐ Não
- ☐ Sim, dificuldades pequenas
- ☐ Sim, dificuldades grandes
- ☐ Sim, dificuldades muito grandes

28. Se respondeu sim: Há quanto tempo existem essas dificuldades? *

Mark only one oval.

- ☐ Menos de 1 mês
☐ 1-5 meses
☐ 6-12 meses
☐ Mais de 1 ano

29. Se respondeu sim: Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o seu filho/ a sua filha? *

Mark only one oval.

- ☐ Nada
☐ Pouco
☐ Muito
☐ Muitíssimo

30. Se respondeu sim: Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho/ da sua filha nas seguintes áreas? *

Mark only one oval per row.

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
Em casa	☐	☐	☐	☐
Com os amigos	☐	☐	☐	☐
Na aprendizagem na escola	☐	☐	☐	☐
Nas brincadeiras/tempos livres	☐	☐	☐	☐

31. Se respondeu sim: Essas dificuldades são uma sobrecarga para si ou para a família? *

Mark only one oval.

- ☐ Nada
- ☐ Pouco
- ☐ Muito
- ☐ Muitíssimo

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms

Anexo 4 – Procedimento multissetorial – Consentimento informado e esclarecido para Investigação

Conselho de Administração
Circular Informativa

Nº: 585 Data: 26-09-2014

ASSUNTO: Procedimento Multissetorial – INV.103 – Consentimento informado e esclarecido para investigação

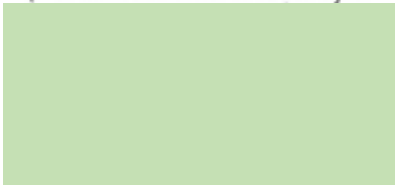
O Conselho de Administração em sessão de 24/09/2014 aprovou o seguinte Procedimento:

INV.103 – Consentimento informado e esclarecido para investigação

O presente procedimento está associado à Política de Investigação e aplica-se ao 



O Conselho de Administração



APÊNDICES

Apêndice 1 – Descrição da amostra COVID-19

Quadro I – Distribuição da amostra por idades

	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Idades	7,73	8	3,045	3	12

Quadro II – Distribuição da amostra por distrito

	Frequência absoluta	%
Almada	2	1,7
Amadora	2	1,7
Carregado	1	0,9
Faro	1	0,9
Lisboa	78	66,7
Loures	4	3,4
Odivelas	1	0,9
Oeiras	1	0,9
Sacavém	1	0,9
Santarém	5	4,3
Seixal	2	1,7
Setúbal	16	13,7
Sintra	2	1,7
Vila Franca de Xira	1	0,9
Total	117	100

Quadro III – Distribuição da amostra por escolaridade

	Frequência absoluta	%
Nenhuma das opções	2	1,7
Jardim de Infância	11	9,4
Pré-escolar	17	14,5
Primeiro ciclo	44	37,6
Segundo ciclo	23	19,7
Terceiro ciclo	20	17,1
Total	117	100

Quadro IV – Distribuição da amostra por período de confinamento

	Frequência absoluta	%
Inferior a 1 mês	47	40,2
1 a 3 meses	45	38,5
3 a 6 meses	17	14,5
6 a 9 meses	3	2,6
9 a 12 meses	3	2,6
Superior a 1 ano	2	1,7
Total	117	100

Quadro V – Existência de infecção de SARS-COV2 no agregado familiar

	Frequência absoluta	%
Não houve infecção	37	31,6
Houve infecção	80	68,4
Total	117	100

Quadro VI – Casos de infecção de SARS-COV2 no agregado familiar

	Frequência absoluta	%
1 pessoa	21	26,3
2-3 pessoas	47	58,8
4 ou mais pessoas	12	15
Total	80	100

Quadro VII – Saúde Mental da amostra durante a infecção

	Frequência absoluta	%
Não houve alteração	106	90,6
Houve alteração	11	9,4
Total	117	100

Quadro VIII – Distribuição da amostra por internamento

	Frequência absoluta	%
Não internado	83	70,9
Internado	34	29,1
Total	117	100

Quadro IX – Distribuição da amostra por tempo de internamento

	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Tempo de internamento	7,35	7	4,437	1	18

Quadro X – Distribuição da amostra que esteve internada em Cuidados Intensivos

	Frequência absoluta	%
Não	22	64,7
Sim	12	35,3
Total	34	100

Quadro XI – Distribuição da amostra que esteve acompanhada por um familiar durante o internamento

	Frequência absoluta	%
Não	0	0
Sim	34	100
Total	34	100

Quadro XII – Distribuição da amostra pela quantidade de doenças crónicas

	Frequência absoluta	%
0	71	60,7
1	26	22,2
2	12	10,3
3	6	5,1
5	2	1,7
Total	117	100

Quadro XIII – Distribuição da amostra por doenças crónicas

	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Doenças crónicas	0,67	0	1,042	0	5

Quadro XIV – Percepção dos pais sobre a Saúde geral das crianças antes da COVID-19

	Frequência absoluta	%
Muito má	0	0
Razoável	9	7,7
Boa	35	29,9
Muito boa	73	62,4
Total	117	100

Quadro XV – Percepção dos pais sobre a Saúde Mental das crianças antes da COVID-19

	Frequência absoluta	%
Muito má	1	0,9
Razoável	4	3,4
Boa	23	19,7
Muito boa	89	76,1
Total	117	100

Quadro XVI – Seguimento de Pedopsiquiatria prévio à infecção

	Frequência absoluta	%
Não	91	77,8
Sim	26	22,2
Total	34	100

Quadro XVII – Pedido de ajuda clínica após a infecção

	Frequência absoluta	%
Não	87	74,4
Sim	30	25,6
Total	34	100

Quadro XVIII – Pedido de ajuda clínica após a infecção, de acordo com os sintomas da criança

	Frequência absoluta	%
Procuraram por sintomas físicos	14	46,6
Procuraram por sintomas psicológicos	8	26,6
Procuraram por ambos os sintomas	8	26,6
Total	30	100

Quadro XIX – Distribuição da amostra que referiu sinais e sintomas de *long* COVID

	Frequência absoluta	%
Não	48	41
Sim	69	59
Total	117	100

Quadro XX – Distribuição da amostra que referiu cefaleias

	Frequência absoluta	%
Não	104	88,9
Sim	13	11,1
Total	117	100

Quadro XXI – Distribuição da amostra que referiu problemas de sono

	Frequência absoluta	%
Não	105	89,7
Sim	12	10,3
Total	117	100

Quadro XXII – Distribuição da amostra que referiu problemas de concentração

	Frequência absoluta	%
Não	107	91,5
Sim	10	8,5
Total	117	100

Quadro XXIII – Distribuição da amostra que referiu fadiga

	Frequência absoluta	%
Não	96	82,1
Sim	21	17,9
Total	117	100

Quadro XXIV – Distribuição da amostra que referiu tiques

	Frequência absoluta	%
Não	90	76,9
Sim	27	23,1
Total	117	100

Quadro XXV – Distribuição da amostra que referiu problemas respiratórios

	Frequência absoluta	%
Não	82	70,1
Sim	35	29,9
Total	117	100

Quadro XXVI – Distribuição da amostra que referiu problemas cardíacos

	Frequência absoluta	%
Não	94	80,3
Sim	23	19,7
Total	117	100

Quadro XXVII – Distribuição da amostra que referiu aumento de peso

	Frequência absoluta	%
Não	87	74,4
Sim	30	25,6
Total	117	100

Quadro XXVIII – Distribuição da amostra que referiu outros sintomas

	Frequência absoluta	%
Não	86	73,5
Sim	31	26,5
Total	117	100

Quadro IXXX – Distribuição da amostra com impacto funcional no seu dia-a-dia

	Frequência absoluta	%
Não	93	79,5
Um pouco	19	16,2
Muito	3	2,6
Bastante	2	1,7
Total	117	100

Quadro XXX – Distribuição da amostra sobre a recuperação da infecção SARS-COV2

	Frequência absoluta	%
Não recuperou	1	0,9
Recuperou parcialmente	12	10,3
Recuperou totalmente	104	88,9
Total	117	100

Quadro XXXI – Percepção dos pais sobre a Saúde geral das crianças após a COVID-19

	Frequência absoluta	%
Muito má	0	0
Razoável	7	6
Boa	43	36,7
Muito boa	67	57,3
Total	117	100

Quadro XXXII – Percepção dos pais sobre a Saúde Mental das crianças após a COVID-19

	Frequência absoluta	%
Muito má	0	0
Razoável	4	3,4
Boa	38	32,5
Muito boa	75	64,1
Total	117	100

Quadro XXXIII – Cruzamento de dados da Saúde Geral antes e após a COVID-19

			Saúde Geral após COVID-19			Total
			“Razoável”	“Boa”	“Muito boa”	
Saúde Geral antes COVID-19	“Razoável”	n	3	4	2	9
		% Saúde Geral antes COVID-19	33,3%	44,4%	22,2%	100%
		% Saúde Geral após COVID-19	42,9%	9,3%	3%	7,7%
		% Total	2,6%	3,4%	1,7%	7,7%
	“Boa”	n	1	24	10	35
		% Saúde Geral antes COVID-19	2,9%	68,6%	28,6%	100%
		% Saúde Geral após COVID-19	14,3%	55,8%	14,9%	29,9%
		% Total	0,9%	20,5%	8,5%	29,9%
	“Muito boa”	n	3	15	55	73
		% Saúde Geral antes COVID-19	4,1%	20,5%	75,3%	100%
		% Saúde Geral após COVID-19	42,9%	34,9%	82,1%	62,4%
		% Total	2,6%	12,8%	47%	62,4%
Total		n	7	43	67	117
		% Saúde Geral antes COVID-19	6%	36,8%	57,3%	100%
		% Saúde Geral após COVID-19	100%	100%	100%	100%
		% Total	6%	36,8%	57,3%	100%

Quadro XXXIV – Cruzamento de dados da Saúde Mental antes e após a COVID-19

			Saúde Mental após COVID-19		Total
			“Razoável” e “Boa”	“Muito boa”	
Saúde Mental antes COVID-19	“Muito má”, Razoável” e “Boa”	n	25	3	28
		% Saúde Mental antes COVID-19	89,3%	10,7%	100%
		% Saúde Mental após COVID-19	59,5%	4%	23,9%
		% Total	21,4%	2,6%	23,9%
	“Muito boa”	n	17	72	89
		% Saúde Mental antes COVID-19	19,1%	80,9%	100%
		% Saúde Mental após COVID-19	40,5%	96%	76,1%
		% Total	14,5%	61,5%	76,1%
Total		n	42	75	117
		% Saúde Mental antes COVID-19	35,9%	64,1%	100%
		% Saúde Mental após COVID-19	100%	100%	100%
		% Total	35,9%	64,1%	100%

Quadro XXXV – Resultados das 5 escalas e pontuação total do SDQ – Versão Pais das crianças que tiveram COVID-19

		Normal	Limítrofe	Anormal	Total
Total das Dificuldades	n	81	18	18	117
	%	69,2	15,4	15,4	100
Escala de Sintomas Emocionais	n	81	17	19	117
	%	69,2	14,5	16,2	100
Escala de Problemas de Comportamento	n	74	19	24	117
	%	63,2	16,2	20,5	100
Escala de Hiperatividade	n	77	12	28	117
	%	65,8	10,3	23,9	100
Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas	n	83	20	14	117
	%	70,9	17,1	12	100
Escala de Comportamento Pró-social	n	112	3	2	117
	%	95,7	2,6	1,7	100

Quadro XXXVI – Resultados à questão "Em geral, parece-lhe que o seu filho/a sua filha tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?" do SDQ – Versão Pais das crianças que tiveram COVID-19

	n	%
Não	60	51,3
Dificuldades pequenas	41	35
Dificuldades grandes	14	12
Dificuldades muito grandes	2	1,7
Total	117	100

Quadro XXXVII – Cronicidade das dificuldades das crianças infectadas pelo SARS-COV2 do SDQ – Versão Pais

	n	%
Menos de 1 mês	1	1,8
1-5 meses	2	3,5
6-12 meses	10	17,5
Mais de 1 ano	44	77,2
Total	57	100

Quadro XXXVIII – Resultados à questão "Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o seu filho/a sua filha?" do SDQ – Versão Pais das crianças que tiveram COVID-19

	n	%
Nada	10	17,5
Pouco	32	56,1
Muito	13	22,8
Muitíssimo	2	3,5
Total	57	100

Quadro IXXXX – Resultados à questão "Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho/da sua filha em casa?" do SDQ – Versão Pais das crianças que tiveram COVID-19

	n	%
Nada	11	24,4
Pouco	22	48,9
Muito	11	24,4
Muitíssimo	1	2,2
Total	45	100

Quadro XXXX – Resultados à questão "Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho/da sua filha com os amigos?" do SDQ – Versão Pais das crianças que tiveram COVID-19

	n	%
Nada	15	31,9
Pouco	28	59,6
Muito	3	6,4
Muitíssimo	1	2,1
Total	47	100

Quadro XXXXI – Resultados à questão "Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho/da sua filha na aprendizagem na escola?" do SDQ – Versão Pais das crianças que tiveram COVID-19

	n	%
Nada	9	17,3
Pouco	19	36,5
Muito	19	36,5
Muitíssimo	5	9,6
Total	52	100

Quadro XXXXII – Resultados à questão "Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho/da sua filha nas brincadeiras/tempos livres?" do SDQ – Versão Pais das crianças que tiveram COVID-19

	n	%
Nada	13	27,1
Pouco	27	56,3
Muito	7	14,6
Muitíssimo	1	2,1
Total	48	100

Quadro XXXXIII – Sobrecarga para os pais/família das dificuldades das crianças infectadas por SARS-COV2 do SDQ – Versão Pais

	n	%
Nada	13	24,5
Pouco	23	43,4
Muito	14	26,4
Muitíssimo	3	5,7
Total	53	100

Quadro XXXXIV – Resultados da pontuação total de impacto do SDQ – Versão Pais das crianças que tiveram COVID-19

	n	%
“Normal”	86	73,5
“Limítrofe”	9	7,7
“Anormal”	22	18,8
Total	117	100

Quadro XXXXV – Resultados das perturbações obtidas através do SDQ – Versão Pais das crianças que tiveram COVID-19

		Improvável	Possível	Provável	Total
Qualquer Perturbação Psiquiátrica	n	84	27	6	117
	%	71,8	23,1	5,1	100
Perturbação Emocional	n	106	7	4	117
	%	90,6	6	3,4	100
Perturbação de Oposição/Conduta	n	93	22	2	117
	%	79,5	18,8	1,7	100
Perturbação de Hiperatividade	n	99	18	0	117
	%	84,6	15,4	0	100

Apêndice 2 – Certificado de participação no “1º Encontro Regional de Lisboa do Programa Mais Contigo – Promoção da Saúde Mental e Prevenção de Comportamentos Suicidários”

CERTIFICADO

Certifica-se que **Mariana Inácio Carvalho** participou no **1º Encontro Regional de Lisboa do Programa Mais Contigo – Promoção da Saúde Mental e Prevenção de Comportamentos Suicidários**, com a duração de 8h horas, organizado pela ARS Centro, I.P. em colaboração com a ESEnfC, no dia 19 de janeiro de 2022, em regime à distância.

O Diretor do Departamento de Saúde Pública



(Dr. João Pedro Pimentel)



Dr. João Pedro Pimentel
Diretor do DSP



Apêndice 3 – Descrição da amostra referenciada à Pedopsiquiatria

Quadro XXXXVI – Distribuição da amostra por idades

	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Idades	8,81	9	2,870	3	14

Quadro XXXXVII – Resultados das 5 escalas e pontuação total do SDQ – Versão Pais das crianças referenciadas à Pedopsiquiatria

		Normal	Limítrofe	Anormal	Total
Total das Dificuldades	n	25	13	61	99
	%	25,3	13,1	61,6	100
Escala de Sintomas Emocionais	n	36	14	49	99
	%	36,4	14,1	49,5	100
Escala de Problemas de Comportamento	n	28	26	45	99
	%	28,3	26,3	45,5	100
Escala de Hiperatividade	n	30	10	59	99
	%	30,3	10,1	59,6	100
Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas	n	43	16	40	99
	%	43,4	16,2	40,4	100
Escala de Comportamento Pró-social	n	80	9	10	99
	%	80,8	9,1	10,1	100

Quadro XXXXVIII – Resultados à questão "Em geral, parece-lhe que o seu filho/a sua filha tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?" do SDQ – Versão Pais das crianças referenciadas à Pedopsiquiatria

	n	%
Não	5	5,1
Dificuldades pequenas	32	32,3
Dificuldades grandes	42	42,4
Dificuldades muito grandes	20	20,2
Total	99	100

Quadro IXXXXX – Cronicidade das dificuldades das crianças referenciadas à Pedopsiquiatria do SDQ
– Versão Pais

	n	%
Menos de 1 mês	1	1,1
1-5 meses	7	7,4
6-12 meses	16	17
Mais de 1 ano	70	74,5
Total	94	100

Quadro XXXXX – Resultados à questão "Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o seu filho/a sua filha?" do SDQ – Versão Pais das crianças referenciadas à Pedopsiquiatria

	n	%
Nada	10	10,6
Pouco	26	27,7
Muito	39	41,5
Muitíssimo	19	20,2
Total	94	100

Quadro XXXXXI – Resultados à questão "Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho/da sua filha em casa?" do SDQ – Versão Pais das crianças referenciadas à Pedopsiquiatria

	n	%
Nada	21	22,3
Pouco	26	27,7
Muito	29	30,9
Muitíssimo	18	19,1
Total	94	100

Quadro XXXXXII – Resultados à questão "Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho/da sua filha com os amigos?" do SDQ – Versão Pais das crianças referenciadas à Pedopsiquiatria

	n	%
Nada	23	24,5
Pouco	26	27,7
Muito	37	39,4
Muitíssimo	8	8,5
Total	94	100

Quadro XXXXXIII – Resultados à questão "Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho/da sua filha na aprendizagem na escola?" do SDQ – Versão Pais das crianças referenciadas à Pedopsiquiatria

	n	%
Nada	6	6,4
Pouco	20	21,3
Muito	23	24,5
Muitíssimo	45	47,9
Total	94	100

Quadro XXXXXIV – Resultados à questão "Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho/da sua filha nas brincadeiras/tempos livres?" do SDQ – Versão Pais das crianças referenciadas à Pedopsiquiatria

	n	%
Nada	25	26,6
Pouco	29	30,9
Muito	27	28,7
Muitíssimo	13	13,8
Total	94	100

Quadro XXXXXV – Sobrecarga para os pais/família das dificuldades das crianças referenciadas à Pedopsiquiatria do SDQ – Versão Pais

	n	%
Nada	15	16
Pouco	24	25,5
Muito	35	37,2
Muitíssimo	21	21,3
Total	94	100

Quadro XXXXXVI – Resultados da pontuação total de impacto do SDQ – Versão Pais das crianças referenciadas à Pedopsiquiatria

	n	%
“Normal”	15	15,2
“Limítrofe”	9	9,1
“Anormal”	75	75,8
Total	99	100

Quadro XXXXXVII – Resultados das perturbações obtidas através do SDQ – Versão Pais das crianças referenciadas à Pedopsiquiatria

		Improvável	Possível	Provável	Total
Qualquer Perturbação Psiquiátrica	n	21	27	51	99
	%	21,2	27,3	51,5	100
Perturbação Emocional	n	54	28	17	99
	%	54,5	28,3	17,2	100
Perturbação de Oposição/Conduta	n	54	11	34	99
	%	54,5	11,1	34,3	100
Perturbação de Hiperatividade	n	36	63	0	99
	%	36,4	63,6	0	100