



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental na Prevenção do *Bullying* em Contexto Escolar

Ana Rita Elias Natário

Orientação: Professor Doutor Jorge de Almeida

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental na Prevenção do *Bullying* em Contexto Escolar

Ana Rita Elias Natário

Orientação: Professor Doutor Jorge de Almeida

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental na Prevenção do *Bullying* em Contexto Escolar

Ana Rita Elias Natário

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira

Arguente: Professora Doutora Lucília Rosa Mateus Nunes

Orientador: Professor Doutor Jorge Salvador Pinto de Almeida

Julho 2020

*Fita o espelho, observa-te,
Sente a força desse olhar,
Vence o marasmo que te consome,
Enfrenta a fragilidade da tua essência,
Ela é força!
Essa que o olhar te afronta no reflexo,
Enfrente-a ativa!
Agarra os problemas,
Não os abandones com cobardia,
Pega-os,
Faz deles troféus,
São as metas que alcançarás.
(...)
Sê determinado!
Fortalece o escudo que te envolve
Galga muros,
Escala montanhas,
Faz das desditas ensejo para continuar.
Pensa num herói
Que te coroará
Quando do cume da vida,
Te orgulhas do percurso já seguido.
(Duarte Olim)*

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu filho, meu futuro adolescente.

AGRADECIMENTOS

Este caminho tão sinuoso, com alguns obstáculos, curvas e contracurvas, dúvidas e incertezas, não teria sido possível ultrapassar sem o apoio incondicional dos meus pais, a eles devo-lhes a minha inspiração, o incentivo e perseverança.

Ao meu filho, Santiago, pelos abraços calorosos, beijos revigorantes e por me ensinar a conhecer-me todos os dias um bocadinho mais e a crescer neste percurso.

Ao Beto, meu companheiro, pelo seu apoio e paciência.

Ao meu irmão Rui e à Joana pelo apoio, disponibilidade e pela presença.

Às Sónias da minha vida, pela escuta, pelas partilhas, pelo suporte, pela coragem e pelos bons momentos.

À Verónica por me ter despertado para este caminho.

À Sílvia por ter cá estado.

Aos amigos, pelos momentos de descontração.

Às companheiras de viagem, pelos risos, catarses, conversas e pela amizade.

Aos colegas de mestrado, turma fantástica, pela união e espírito de ajuda e partilha.

Ao Professor Jorge, pelas palavras de incentivo e pela tranquilidade que transmitiu.

Às enfermeiras orientadoras na prática clínica, pelas partilhas, pelo acolhimento e cuidado.

RESUMO

As perturbações do foro mental na população infantojuvenil estão descritas como causadoras de grande impacto na vida em idade adulta e com impacto não só humano, mas também para a sociedade em geral. O *bullying* surge como um fenómeno merecedor de intervenção em contexto escolar por parte do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, pelas suas repercussões nos envolvidos, devendo a intervenção incidir na prevenção como estratégia promotora da saúde mental e controlo do fenómeno.

Indo ao encontro do preconizado pelo Plano Nacional da Saúde Mental, com extensão a 2020, que pretende aumentar o número de ações no âmbito dos programas de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais, surge o presente relatório que objetiva o planeamento duma proposta de programa de intervenção na prevenção do *bullying*, no âmbito das competências do EEESMP, baseado na Metodologia de Projeto e com recurso à Revisão Integrativa da Literatura. Será ainda evidenciado o percurso, reflexivo, para a aquisição de competências comuns e específicas do EEESMP e de Mestre em Enfermagem.

Palavras-Chave: Enfermagem de Saúde Mental; adolescentes; *bullying*; programa de prevenção.

ABSTRACT

Mental disorders in children and adolescents are described as having a major impact on adult life, not only human but also on society in general. Bullying emerges as a phenomenon worthy of intervention in the school context by the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing, due to its repercussions on those involved. This intervention should focus on prevention as a strategy that promotes mental health and control of the phenomenon.

The present report appears in line with the recommendations of the National Mental Health Plan extended to 2020, which intends to increase the number of actions under the programs for the promotion of mental health and the prevention of mental illnesses. Our aim is to develop an intervention program proposal in the prevention of bullying, within the scope of the skills of the SNMHPN, based on the Project Methodology and using the Integrative Literature Review. It will also be evidenced the reflexive path for the acquisition of common and specific competences of the SNMHPN and Master in Nursing.

Key words: Mental Health Nursing; adolescents; bullying; preventing program.

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I - Resumo da análise dos artigos selecionados.....CXXVII

APÊNDICE II - Resumo artigo científico.....CXXXII

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I - “Peer Victimization Scale”.....CXXXV

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1. Estrutura do programa.....	97
Quadro nº 2. Plano de sessão nº 1 “Apresentação”.....	98
Quadro nº 3. Plano de sessão nº 2 “Assertividade”.....	100
Quadro nº 4. Plano de sessão nº 3 “Capacidade de se Expressar”.....	101
Quadro nº 5. Plano de sessão nº 4 “Respeito pelo outro/valores”.....	102
Quadro nº 6. Plano de sessão nº 5 “Gestão de conflitos”.....	104
Quadro nº 7. Plano de sessão nº 6 “Espírito de grupo”.....	105
Quadro nº 8. Plano de sessão nº 7 “Autoestima/Avaliação final”.....	106
Quadro nº 9. Resumo da análise dos artigos selecionados.....	128

LISTA DE ABREVIATURAS

Dec. Lei – Decreto de Lei

et al. - (et alli) - significa "e outros"

nº - número

s.d. – sem data

vs – versus

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

B-On – Biblioteca do conhecimento – Online

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE – Classificação Internacional para a Prática em Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGE – Direção Geral da Educação

DGS – Direção Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

ECCE – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

HBSC – *Health Behaviour in School-aged Children*

IP – Intervenção Precoce

JBI – *Joanna Briggs Institute*

LS – Literacia em Saúde

MeSH – *Medical Subject Headings*

NACJR – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

SNMHPN - *Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PE – Processo de Enfermagem

PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

PICO(D) – Participantes, Intervenções, Contexto, *Outcomes* (Desenho)

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SEL – *Social and Emotional Learning*

TO – Teatro do Oprimido

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UNESCO – *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

WHO – *World Health Organization*

INDÍCE GERAL

INTRODUÇÃO.....	14
1 - ENQUADRAMENTO CONCETUAL.....	19
1.1 - A Adolescência.....	19
1.2 - A Saúde Mental da Adolescência.....	24
1.3 - A Promoção da Saúde Mental na Adolescência.....	26
1.4 - A Violência na Escola.....	31
1.5 - Prevenção da Violência.....	39
1.6 - Intervenção do EEESMP na Escola.....	41
1.6.1 - <i>Contributo teórico – Teoria das Transições</i>	42
1.6.2 - <i>Prática especializada baseada na evidência</i>	45
2 - CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA.....	51
2.1- Estágio I – Prática em Contexto Hospitalar.....	51
2.2- Estágio Final – Prática em Contexto Comunitário.....	53
3 - ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES REALIZADAS PARA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	58
3.1 - Desenvolvimento das Competências Comuns do EE59	
3.2 - Desenvolvimento das Competências Específicas do EEESMP69	
3.3 - Desenvolvimento das Competências de Mestre.....85	
4 - PROPOSTA DE PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO <i>BULLYING</i> - INTERVENÇÃO DO EEESMP - METODOLOGIA DE PROJETO.....	89
4.1 - Diagnóstico de Situação.....	90
4.2 - Objetivos.....	92
4.3 - População Alvo.....	93
4.4 - Planeamento.....	93
4.5 - Operacionalização/Estrutura do Programa.....	96

4.6 - Avaliação.....	108
4.7 - Divulgação dos Resultados	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
BIBLIOGRAFIA.....	113
APÊNDICES.....	126
APÊNDICE I - Resumo da análise dos artigos seleccionados.....	127
APÊNDICE II - Resumo artigo científico.....	132
ANEXOS.....	134
ANEXO I - “Peer Victimization Scale”.....	135

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final, inserido no 3º Semestre do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, entre várias Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde, nomeadamente na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, em associação com a Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco. O referido curso integrou três semestres e dois anos letivos, com início em 2018/2019 e com término previsto em 2019/2020. O ramo de especialidade selecionado foi o de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, cuja responsabilidade de coordenação cabe ao Professor Doutor Jorge de Almeida.

O curso integrou dois estágios, ambos sob orientação do docente Professor Doutor Jorge de Almeida. O Estágio I decorreu entre 20 de maio e 30 de junho de 2019, correspondente a 270 horas de ensino clínico e foi realizado num serviço de Psiquiatria Geral, dum Hospital do centro do país. A opção por este local de estágio deveu-se à necessidade de aquisição e desenvolvimento de competências para a intervenção especializada a pessoas em fase aguda de doença em contexto de internamento hospitalar, integrando uma equipa de saúde.

Conferindo coerência e complementaridade ao percurso de formação realizado, o Estágio Final decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Médio Tejo, com duração de 18 semanas, e 388 horas de contacto, contribuindo para o desenvolvimento de competências e avaliação diagnóstica na comunidade.

Neste sentido, o presente relatório materializa-se como produto final do percurso formativo.

A escolha do tema para este projeto relaciona-se com o facto de a fase da infância e adolescência caracterizarem-se por uma curiosidade natural e revela-se o momento ideal para a transmissão de informação promotora de saúde e permite a aquisição de estilos de vida saudáveis e benéficos.

“A prevalência das perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência tem vindo a adquirir uma dimensão importante, estimando-se que cerca de 10 a 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental, sendo apenas uma minoria (25%) referenciada a serviços especializados” (Conselho Nacional de Saúde [CNS], 2018, p. 39).

As perturbações mentais abrangem um número significativo nos grupos etários dos 5-14 e 15-19 anos e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima-se que cerca de 20% das crianças e adolescentes apresentem, pelo menos, uma perturbação mental até aos 18 anos de idade (Direção Geral de Saúde [DGS], 2015). A elevada incidência de doença mental na infância e adolescência com repercussões graves na idade adulta demonstra que estes constituem um grupo particularmente vulnerável e prioritário no que respeita à prevenção e intervenção (Santos et al., 2019).

Os sinais de sofrimento emocional acentuado deverão ser tidos em conta com manifestações variadas, nomeadamente dificuldades a nível de aprendizagem, da atenção, instabilidade psicomotora, do comportamento, da indisciplina e da violência. Existe assim maior propensão para o desenvolvimento de patologias do foro mental, as quais podem manifestar-se por sinais ou comportamentos socialmente inaceitáveis, como a agressividade/violência.

O termo *bullying* surgiu para caracterizar um tipo particular de violência ou de agressão que ocorre entre alunos na escola, definindo o tipo de violência exercida entre pares em contexto escolar (Olweus, 1991).

De acordo com os dados apresentados pela Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), em 2018 foram registados 86 casos de *bullying*, referentes a 0,4% dum total de 20.589 casos de violência (APAV, 2018) e em 2019, 150 casos, correspondentes a 0,5% dum total de 29.816 casos de violência registados (APAV, 2019).

O *bullying* é um acontecimento complexo e multifatorial, podendo as consequências do mesmo ser destruidoras e negativas para os envolvidos, dada a particularidade da fase da adolescência tão característica pelas transformações biológicas, sociais e comportamentais e necessidade de mudanças de comportamentos, desenvolvimento de habilidades sociais, tomadas de decisão e necessidade de aceitação e identificação (Sampaio, 2015). A especificidade da transição para a adolescência com todas as alterações físicas, emocionais e sociais a que o indivíduo está sujeito torna-a uma fase de mudanças, nem sempre positivas e com consequências marcantes para o futuro em termos de saúde mental (DGS, 2015).

A promoção da saúde mental e a prevenção de comportamentos de risco torna-se um dever fundamental em termos de saúde pública (Santos et al., 2019). A escola é considerada um espaço privilegiado para a prevenção e promoção da saúde mental das crianças e adolescentes, sendo um espaço propício para a implementação de projetos que promovam o bem-estar no ambiente escolar (Aventura Social, 2016).

A promoção da saúde, a prevenção da doença e consequentemente, a utilização adequada dos serviços de saúde assenta nos princípios da Literacia em Saúde (LS), no sentido que permite a disseminação do conhecimento e utilização do mesmo, levando a escolhas de saúde fundamentadas e capacitando as pessoas para agir adequada e salutarmente (Ministério da Saúde, 2019). “A Literacia em Saúde permite otimizar a procura de soluções para os problemas de saúde. Promove os estilos de vida saudável em geral, bem como comportamentos preventivos e protetores da saúde em particular, pelo que a sua promoção deve ser fomentada” (Ministério da Saúde, 2019, p. 13). O exposto articula-se com o Plano Nacional para a Saúde Mental (PNSM) que se estende até 2020, e em que se pretende aumentar em 30% o número de ações no âmbito dos programas de promoção de saúde mental e de prevenção de doenças mentais (Ministério da Saúde, 2017).

Indo ao encontro do preconizado pelo Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE), a promoção de um estilo de vida saudável assenta numa perspetiva salutogénica com base na capacitação para a saúde mental e promoção de competências socioemocionais, promovendo os fatores protetores da saúde, prevenindo os comportamentos de risco e consequentemente, aumentar os ganhos em saúde (DGS, 2015).

A Enfermagem de Saúde Mental tem como foco a promoção da saúde mental, a prevenção, o diagnóstico e a intervenção perante pessoas com respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, causadores de sofrimento, alteração ou perturbação mental (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015). Uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) é a coordenação, implementação e desenvolvimento de projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da doença mental na comunidade e em grupos (OE, 2018).

Face ao exposto pretende-se com o projeto de intervenção apresentado neste relatório, promover a saúde mental dos adolescentes com a elaboração de um programa de prevenção do bullying, numa abordagem baseada em intervenções preventivas, que se podem distinguir entre universais, seletivas e indicadas (Moreira & Melo, 2005) realizadas pelo EEESMP em ambiente escolar e visando os ganhos em saúde.

Neste sentido, a teórica escolhida para dar sustento ao projeto será Afaf Meleis, uma vez que a sua teoria se articula com a importância das intervenções de enfermagem nos jovens com comportamentos agressivos e violentos e nos jovens vitimizados. A Teoria das Transições de Meleis permite ao profissional de Enfermagem uma melhor compreensão do processo de transição. Através de uma visão mais completa e profunda, é possível determinar diretrizes para a prática profissional de enfermagem, permitindo assim ao enfermeiro colocar em prática estratégias de promoção, prevenção e intervenção terapêutica face à transição que a pessoa experiêcia (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000).

Apresentados o âmbito e o tema deste relatório, foram definidos os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

- Desenvolver o Relatório de Mestrado através da Metodologia de Projeto, futuramente alvo de prova pública perante um júri;

Objetivos específicos:

- Definir uma problemática que possa ser alvo da intervenção do EEESMP;
- Descrever o enquadramento teórico da problemática identificada;
- Planear uma proposta de programa de intervenção na prevenção do *bullying*, no âmbito das competências do EEESMP, usando a metodologia de projeto;
- Analisar as competências desenvolvidas no percurso do Mestrado, enfatizando o Estágio I e Estágio Final.

A metodologia utilizada será então a metodologia de projeto, que se foca na resolução de problemas compreendendo um conjunto de técnicas e procedimentos para estudar um aspeto da realidade social, orientando e preparando o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projeto (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

No sentido de dar seguimento aos objetivos traçados, este relatório está dividido em 4 capítulos. No primeiro referir-se-ão os aspetos relativos ao enquadramento teórico que suporte a temática abordada na metodologia de projeto; no segundo capítulo será feita a caracterização dos contextos da prática clínica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no âmbito do Estágio I e Estágio Final. No terceiro capítulo será apresentada a análise reflexiva do percurso académico realizado para a aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), as competências específicas do EEESMP e, as competências de Mestre em Enfermagem. No quarto capítulo será exposta a proposta de programa de intervenção do EEESMP na prevenção do *bullying*, integrando o enquadramento teórico e concetual, bem como a metodologia de trabalho de projeto e suas respectivas etapas. Por último, serão apresentadas as considerações finais do presente trabalho, bem como a análise da concretização dos objetivos propostos.

O presente relatório encontra-se redigido respeitando as diretrizes do Novo Acordo Ortográfico Português e as referências bibliográficas, de acordo com as normas da American Psychology Association, 6ª edição.

1 – ENQUADRAMENTO CONCETUAL

1.1 – A Adolescência

O conceito de adolescência iniciou-se com G. Stanley Hall, que afirmou que a adolescência deveria ser encarada como um estágio especial do desenvolvimento humano, no qual cada pessoa experienciava todos os estágios anteriores de desenvolvimento uma segunda vez, mas a um nível mais complexo (Sprinthall & Collins, 2003).

A palavra adolescente significa em latim «crescer». E esta fase é caracterizada, fundamentalmente, por uma sequência de alterações interligadas, que englobam o corpo, o pensamento, a vida social e o *Eu* (Reymond, 1983 citado por Silva, 2004).

A OMS (1965; World Health Organization [WHO], 1986) caracteriza a adolescência como um período do ciclo de vida onde ocorrem mudanças rápidas e profundas ao nível dos processos bioquímicos, anatómicos e mentais. Todas estas alterações diferenciam o adolescente da criança e do adulto, existindo também uma relação importante com os fatores sociais, não podendo estes serem separados dos outros fatores (biológicos e psicológicos). A adolescência situa-se entre os 10 e os 19 anos de idade, sendo considerada adolescência inicial dos 10 aos 14 anos, e adolescência final dos 15 aos 19 anos.

Na primeira fase da adolescência, verificam-se rápidas transformações físicas devido à libertação de diversas hormonas, dá-se um crescimento acelerado com o aparecimento dos caracteres sexuais secundários, que marcam assim o início da puberdade. A ordem com que estas transformações acontecem varia pouco de adolescente para adolescente, embora a idade, o ritmo e a amplitude em que estas mudanças se

iniciam, se desenvolvem e terminam possam ter variações consideráveis (OMS, 1965; WHO, 1986).

Entre os 15 e os 19/20 anos o crescimento e a maturação acontecem de uma forma mais lenta. O ritmo de crescimento e as transformações que se verificam variam consideravelmente de adolescente para adolescente e estas diferenças encontram-se relacionadas com o sexo, a etnia, a cultura e o meio social que integram (Whaley & Wong, 1999).

No seguimento, Ramos de Almeida (1987) refere que a evolução psicológica do adolescente ocorre paralelamente em quatro campos que se encontram interligados: o emocional, o sexual, o intelectual e o social. Englobam de uma forma reduzida as seguintes fases, a interiorização das alterações físicas; o estabelecimento de um novo tipo de relações; o início de um comportamento social responsável; o desenvolvimento para uma personalidade coerente com os valores éticos da cultura em que se encontra inserida e; a capacidade para planear e orientar as atividades futuras.

Para Piaget (1977), a adolescência não se limita a ser uma crise passageira que separa a infância da idade adulta. Apesar do aparente desequilíbrio causado pela adolescência, não se deve esquecer que as passagens de um estádio para outro são suscetíveis de causar certas oscilações. As conquistas próprias da adolescência garantem ao pensamento e à afetividade um equilíbrio superior àquele que existia nos estádios anteriores. São-lhes multiplicados os poderes, o que numa fase inicial os pode perturbar, mas fortalece-os de seguida.

Neste novo estágio do pensamento, iniciado cerca dos 11 a 12 anos de idade e caracterizado por Piaget como a inteligência operatória formal, a relação com o mundo muda inteiramente. A inteligência passa da manipulação do concreto para atingir um nível das relações entre o possível e o real. O pensamento torna-se hipotético-dedutivo, onde é possível a formulação de hipóteses, a combinação de dados independentemente do seu carácter atual. E depois, realiza a combinação dos dados entre si segundo uma lógica de todas as combinações possíveis (Piaget, 1977; Dolle, 2005).

A partir desta fase aparecem dois novos aspetos da inteligência: a invenção e a representação. Estes dois aspetos vêm complementar a descoberta e as tentativas sensoriomotoras dos estádios anteriores. Estes dois aspetos, invenção e representação, são, no entanto, interdependentes. Inventar consiste na combinação de esquemas mentais, isto é, esquemas representativos (Piaget, 1986).

O pensamento formal permite um poder completamente novo, que resulta na capacidade de poder desligar e libertar o pensamento do real para permitir construir reflexões e teorias. A inteligência formal marca o próprio levantar voo do pensamento. Deste modo, não é de surpreender que o adolescente, num momento inicial, use e abuse desta nova capacidade imprevista do pensamento (Piaget, 1977).

Assim como acontece nos estádios anteriores, todas as novas capacidades mentais adquiridas começam por incorporar em si o mundo, numa assimilação egocêntrica, para só mais tarde encontrar o equilíbrio, com uma acomodação ao real. Durante a adolescência, com a aquisição do pensamento formal, surge também um egocentrismo intelectual que se manifesta sob a forma de crença na onipotência da reflexão. Idade metafísica por excelência, em que o *Eu* é bastante forte e grande para reconstruir o universo e o incorporar em si (Piaget, 1977).

Mais tarde, este egocentrismo do pensamento é progressivamente reduzido atingindo um equilíbrio, caracterizado pela reconciliação entre o pensamento formal e a realidade. A atitude reflexiva compreende que a sua função não é a de contradizer, mas preceder e interpretar a experiência, percebendo que os outros podem ter um ponto de vista diferente do seu (Piaget, 1977).

Segundo Rabello & Passos (2008), Erikson optou por criar alguns estádios de desenvolvimento humano, a que denominou de estádios psicossociais, a fim de distribuir o desenvolvimento humano em fases. Estes estádios são marcados por crises pelas quais o ego atravessa ao longo do ciclo vital. Estas crises são organizadas de forma que, ao sair delas, a pessoa sairá com um ego (no sentido freudiano) mais fortalecido ou mais frágil, consoante a vivência do conflito positivo ou negativo respetivamente, e este culminar da crise influenciaria diretamente o próximo estágio, de modo que o crescimento e o

desenvolvimento da pessoa estará completamente sobreposto no seu contexto social, devido a estas crises. A cada crise, dá-se a reestruturação da personalidade, embora aquilo que é edificado durante a infância no que concerne à personalidade não seja totalmente fixo podendo ser parcialmente transformado por experiências posteriores. O crescimento dá-se a partir das exigências internas do ego, mas também das exigências do meio envolvente, daí a necessidade da análise da cultura e da sociedade em que o indivíduo se encontra inserido.

Durante o período da adolescência, segundo os estádios de desenvolvimento psicossocial propostos por Erikson inicia-se o estágio de identidade vs. confusão de identidade. Este estágio possibilita uma síntese de todos os estádios anteriores. Não sendo, no entanto, apenas a soma das aquisições dos estádios anteriores como também uma extensão para o futuro (Hansenne, 2004). Surge então, na fase da adolescência, o conceito de crise de identidade descrito por Erikson, no qual se constroem as pontes entre aquilo que eram os papéis e competências que cultivaram durante a infância e os papéis e responsabilidades que irão ter na fase adulta (Weiner, 1995).

A dinâmica desta crise articula-se entre a identidade e a confusão de papéis. A noção de identidade implica no fim da adolescência uma compreensão clara e estável acerca do tipo de pessoa que se é, o que se acredita e o que se quer fazer da sua vida (Weiner, 1995), portanto, uma conceção integrada de si próprio, mas também implica a coincidência desta conceção com a visão que os outros têm de si próprio, logo a identidade acomoda a mistura de conceções individuais de si próprio com as conceções sociais (Hansenne 2004).

Do lado inverso, a confusão de papéis, refere-se aquando a personalidade é construída por diferentes facetas, que quanto mais contraditórias estas forem, pior será a identidade, o que irá resultar em confusão e se poderá repercutir em diversos aspetos da vida futura (Hansenne 2004). No final desta etapa do desenvolvimento psicossocial, Erickson espera que o adolescente consiga responder à questão “*Quem sou eu?*” (Santos et al., 2019).

A família, corresponde a um grupo social que exerce uma influência decisiva na vida das pessoas, sendo vista como um grupo com uma organização complexa que se insere num contexto social mais alargado e com o qual mantém uma interação constante. A família tem um papel essencial na organização dos jovens, sendo importante na construção da personalidade, influenciando também significativamente o comportamento de cada indivíduo através das ações e medidas educativas exercidas dentro da mesma. Pode-se assim afirmar que a família é responsável pelo processo de socialização primária das crianças e dos adolescentes (Pratta & Santos, 2007).

As práticas educativas parentais determinam a forma como as crianças e os adolescentes se comportam e influenciam significativamente a formação da personalidade e conseqüentemente o estabelecimento de padrões relacionais enquanto adultos (Baumrind, 1991).

A adolescência promove as condições necessárias para o aparecimento de uma série de problemas e conflitos dentro do contexto familiar, pois a necessidade de negociação constante, própria desta etapa, aumenta o potencial de conflitos entre pais e filhos. O aumento destes conflitos habitualmente é acompanhado de uma diminuição na proximidade do convívio, nomeadamente no que respeita ao tempo que adolescentes e pais passam juntos (Pratta & Santos, 2007).

Porém, um conflito negociado positivamente pode ser tradutor de um crescimento para pais e filhos. O diálogo entre os membros da família, é fundamental, pois é precisamente neste período que os adolescentes mais necessitam da orientação e da compreensão por parte dos pais, sendo que todos os valores e ensinamentos que a família transmitiu desde a infância, continuam a ser significativos. A falta de diálogo no seio familiar pode, do mesmo modo, acarretar ou acentuar algumas dificuldades, principalmente em termos relacionais, podendo afetar o bem-estar e a saúde mental dos adolescentes (Pratta & Santos, 2007). Além do recurso ao diálogo, quando a família busca desde cedo estabelecer relações baseadas no respeito, confiança, afeto e civismo, existe uma tendência a enfrentar esta fase do desenvolvimento de uma forma mais adequada e com menos dificuldades que em famílias nas quais não foram cultivados tais valores (Pratta & Santos, 2007).

O grupo de pares, juntamente com a família e a escola são os principais contextos em que os adolescentes desenvolvem as características pessoais e sociais que irão necessitar na vida adulta (Sprinthall & Collins, 2003). Aliás, durante a adolescência, as relações entre pares tornam-se mais evidentes. Sendo que os adolescentes passam cada vez mais tempo com o grupo de pares, muitas vezes sem supervisão de adultos, e a expectativa das opiniões dos colegas chega a ter um valor mais importante para os adolescentes. Ser aceite em grupos de amizade e em grupos com reputação é importante para solidificar a identidade pessoal e social.

Uma das principais funções dos pares na adolescência é a de apoiar o processo de individualização relacionado com o desenvolvimento da independência dos pais e ao desenvolvimento de uma identidade distinta, o que aumenta a importância da pertença a um grupo de pares e a aceitação pelos pares. Consequentemente, a aceitação pelos colegas pode ser crucial para manter uma autoestima global positiva durante a adolescência (Birkeland, Breivik & Wold, 2014).

1.2 - A Saúde Mental na Adolescência

Segundo a OMS, a Saúde Mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo exprime as suas capacidades, enfrenta o stress normal da vida, trabalha eficazmente e de modo frutífero, e contribui para a sua comunidade (WHO, 2001). Para tal, cada pessoa dispõe de recursos individuais, fatores predisponentes, acontecimentos de vida, fatores protetores e de suporte e as várias consequências e resultados (OE, 2015). A perceção desse bem-estar é assim influenciada por diversos fatores de ordem física, emocional e social, tais como o género, a idade, a escolaridade, o nível sócio económico e as condições de saúde (Santos et al., 2019).

Todos estes fatores assumem extrema importância durante a fase da adolescência, em que o indivíduo experimenta alterações a todos os níveis. A transição para a vida adulta é uma fase determinada por inúmeras mudanças. Há o estabelecimento de uma identidade

independente, decidem-se atividades educacionais e vocacionais, estilos de vida e estabelecem-se relacionamentos interpessoais. Todas estas decisões e escolhas influenciarão o indivíduo no futuro, particularmente a sua saúde mental e o bem-estar (Stengard & Appelqvist-Schmidlechner, 2010).

A doença mental é responsável pelo aumento de uma parcela crescente de problemas de saúde entre crianças e adolescentes na Europa, incluindo problemas emocionais, problemas de conduta e dificuldades de aprendizagem. A saúde mental é uma área de extrema importância para a qual os profissionais e os decisores políticos devem direcionar a sua atenção (Stengard & Appelqvist-Schmidlechner, 2010).

A capacidade de alcançar e manter um ótimo funcionamento psicológico e bem-estar é entendida como saúde mental na infância e adolescência. Está diretamente relacionada com a capacidade de alcançar e manter um ótimo funcionamento psicológico e social, um senso de identidade e valor próprio, um bom relacionamento familiar e de pares, uma capacidade de aprender e ser produtivo e a capacidade de usar desafios de desenvolvimento e recursos culturais para potenciar o desenvolvimento (Dawes et al., 1997, citado por WHO, 2005).

A necessidade de promoção da saúde mental de todas as crianças e adolescentes deve ser enfatizada, sofram ou não de problemas de saúde mental, e isso conseguir-se-á com a redução dos fatores de risco e a otimização dos fatores de proteção (WHO, 2005).

Tal como já mencionado anteriormente, estima-se que cerca de 10 a 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental, sendo apenas cerca de 25% seja referenciada a serviços especializados (CNS, 2018). Os dados epidemiológicos em Portugal são limitados, no que concerne à Saúde Mental dos adolescentes (CNS, 2018). Um estudo português efetuado em 2018, no âmbito do projeto internacional *Health Behavior in School-aged Children* a cargo da OMS [HBSC/OMS] estudou os estilos de vida dos adolescentes em idade escolar nos seus contextos de vida, em várias áreas como: apoio familiar, escola, saúde, bem-estar, sono, sexualidade, alimentação, lazer, sedentarismo, consumo de substâncias, violência e migrações.

No referido estudo, a questão da saúde mental continua a ser um assunto pouco esclarecido. Os jovens referem apresentar sintomas de mal-estar, como tristeza extrema, preocupações intensas e invasivas, desregulação emocional e o fraco acesso a medidas não medicamentosas. Assim sendo, num total de 3831 alunos, 27,6% sentem-se “preocupados todos os dias, várias vezes ao dia”; 21,8% sentem-se com “preocupação excessiva”; 18,3% “sentem-se infelizes”. Num total de aproximadamente 6900 alunos, 13,6% sentem “nervosismo quase todos os dias; 12,6% sentem “irritação ou mau humor quase todos os dias”; 9,2% sentem “tristeza” e; 6,3% sentem “medo” (Matos & Equipa Aventura Social, 2018).

Quanto ao recurso medicamentoso, em cerca de 3800 alunos, 11,2% tomam medicação para o “nervosismo”; 9% tomam para a “dificuldade em adormecer”; 7,6% estão medicados com nootrópicos; 6,5% para a “tristeza” e; 6% para o “défice de atenção/hiperatividade” (Matos & Equipa Aventura Social, 2018).

Também outro estudo realizado em Portugal, o + Contigo – Tela de Emoções, cofinanciado pela DGS e promovido pela Associação Honorífica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, referente ao ano letivo 2018-2019, apurou que a amostra em estudo evidenciou elevados níveis de sintomatologia depressiva. Mais de 1/3 da população de jovens estudada, 34,8%, apresentava sintomatologia depressiva moderada e/ou grave. Também os *scores* de bem-estar foram inferiores que em experiências anteriores (Santos et al., 2019).

A adolescência torna-se assim uma fase em que são primordiais o diagnóstico de perturbações e a intervenção precoce, sendo que a ansiedade, depressão, risco de suicídio e outros comportamentos de risco têm uma prevalência significativa e, as perturbações do comportamento assumem um maior relevo (Goldschmidt, Marques & Xavier, 2018).

1.3 – A Promoção da Saúde Mental na Adolescência

É uma das metas do Programa Nacional para a Saúde Mental, aumentar em 30% o número de ações no âmbito dos programas de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais (DGS, 2017).

A promoção da saúde é um processo através do qual se visa o aumento da capacidade das pessoas e das comunidades para controlarem a sua saúde, melhorando-a e permitindo alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social. É através desse processo que as pessoas identificarão e realizarão as suas ambições, satisfarão as suas necessidades e modificam-se e adaptam-se ao meio (OMS, 1986, citado por Ministério da Saúde, 2019).

Os determinantes da saúde mental são fatores associados a diversos aspetos da saúde mental, sendo que os determinantes da saúde mental positiva podem ser agrupados em fatores de proteção. A promoção da saúde mental visa a valorização dos fatores que protegem a saúde mental e a redução dos fatores prejudiciais em termos de saúde mental. A OMS define cinco estratégias de promoção de saúde:

- Construção de políticas públicas saudáveis;
- Fortalecimento da ação comunitária;
- Criação de ambientes de suporte;
- Desenvolvimento de habilidades pessoais;
- Reorientação dos serviços de saúde (Lehtinen, 2008).

Importa aqui referir a importância dos determinantes sociais de saúde e a sua influência, uma vez que ganham uma relevância crescente na forma como influenciam a saúde e o bem-estar da população. Sabe-se que nos jovens, os hábitos e estilos de vida assimilados na infância e adolescência, têm uma influência determinante na saúde durante todo o percurso de vida. Determinantes sociais de baixa qualidade influenciarão diretamente a saúde das crianças, como exemplo das más condições habitacionais, insegurança alimentar, falta de acesso a serviços de saúde, violência, pouca capacidade de apoio parental no estímulo e desenvolvimento intelectual, emocional e social (CNS, 2018).

A promoção da saúde nos jovens terá impacto no presente e conseqüentemente, refletir-se-á no futuro. Crianças e jovens mais saudáveis terão maior capacidade de aprender, de reagir aos desafios da vida, contribuindo com maior produtividade e serão adultos mais saudáveis (CNS, 2018).

As intervenções direcionadas aos jovens representam um desafio face ao possível aumento de problemas, devendo os jovens ser apoiados de uma forma abrangente ao invés de haver foco apenas em um único sintoma ou problema comportamental. Intervenções efetivas para os jovens devem abranger o adolescente de forma holística, concentrando-se nas características específicas de cada estágio de desenvolvimento (Stengard & Appelqvist-Schmidlechner, 2010).

A escola é o local onde várias faixas etárias podem ser envolvidas facilmente e onde as atividades de promoção da saúde mental podem ser integradas no planejamento do currículo escolar (Lehtinen, 2008).

A promoção da saúde mental torna-se fundamental na garantia de um desenvolvimento positivo na adolescência e conseqüentemente na melhoria do bem-estar e da saúde ao longo da vida (DGS, 2015).

O planejamento de programas direcionados aos jovens, devem incluir tanto estratégias preventivas de perturbações como estratégias promocionais da saúde mental. É primordial a atenção nos fatores de risco e de proteção, para prevenir comportamentos prejudiciais e os problemas de saúde na idade adulta, assim como promover um desenvolvimento positivo na adolescência (Stengard & Appelqvist-Schmidlechner, 2010).

A prevenção e promoção da saúde mental em contexto escolar aponta para uma relação custo/efetividade benéfica, demonstrando que os programas bem implementados promovem resultados positivos, estáveis e duradouros, proporcionando um desenvolvimento saudável e bem-estar mental das crianças, jovens, suas famílias e comunidade no geral (CNS, 2018).

No seguimento do exposto, Lehtinen (2008), propõe atividades que promovem a saúde mental positiva nas escolas, integrando a promoção da saúde mental e questões de saúde mental na política e no currículo da escola; providenciando apoio psicológico aos alunos, sempre que necessário; providenciando apoio aos professores; promovendo o envolvimento dos pais; promovendo o trabalho em equipa, fomentando o sentimento de solidariedade e as habilidades sociais dos alunos e; implementando programas escolares de promoção da saúde, adequados às suas necessidades e propósitos, melhorando o bem-estar psicológico.

A capacitação dos alunos deve ir muito para além da aquisição de conteúdos académicos, preparando-os para a responsabilidade de cidadãos ativos na sociedade. O desenvolvimento socioemocional que sustenta o bem-estar mental dos jovens e futuros adultos assenta no desenvolvimento de competências como a autonomia, a resiliência, a perseverança, o otimismo e a generosidade. As ações que visam enaltecer os fatores de proteção da saúde mental na escola são cruciais e passam pela capacidade de adaptação e autorregulação emocional, relações interpessoais, comunicação e resolução de conflitos e, pela minimização dos fatores de risco, como são a discriminação sexual ou de género, exclusão social e estigma, bullying e violência escolar, insucesso e abandono escolar, dificuldades de aprendizagem e transições escolares difíceis (CNS, 2018).

Em Portugal, o PNSE, revisto e com extensão temporal até 2020, é o instrumento orientador das políticas do país, estando adequado e adaptado aos desafios da comunidade educativa atual e à reorganização dos Serviços de Saúde. Tem como objetivos:

- “Promover estilos de vida saudáveis e aumentar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa;
- Contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a saúde;
- Promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as;
- Estabelecer parcerias para a qualificação profissional, a investigação e a inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar.” (DGS, 2015, p.20)

A intervenção em Saúde Escolar baseia-se na adaptação dos modelos holísticos da saúde e dos determinantes da saúde às características da comunidade educativa, dando relevância a todos os fatores que influenciam a saúde individual e coletiva e articulam-se nos seguintes eixos: Capacitação; Ambiente Escolar e Saúde; Condições de Saúde; Qualidade e Inovação; Formação e Investigação em Saúde Escolar e; Parcerias (DGS, 2015).

O PNSE contempla várias áreas de intervenção, sendo uma delas a Saúde Mental e as Competências Socioemocionais com vista ao aumento dos fatores protetores de saúde, à capacitação da comunidade educativa para a adoção de estilos de vida saudáveis, ao aumento dos níveis de literacia em saúde através da aquisição de um conjunto de competências cognitivas e sociais. Dando enfoque à etapa da adolescência pretende-se a prevenção de comportamentos de risco, designadamente, os consumos de substâncias psicoativas, os problemas de ansiedade, de depressão e o risco de suicídio e de lesões autoinfligidas, prevenção da violência, entre outras (DGS, 2015).

O Manual de Promoção de Competências Socioemocionais (DGS, 2016), surge como o modelo de intervenção proposto para a promoção da Saúde Mental em Saúde Escolar e integra alguns temas e objetivos do Referencial de Educação para a Saúde (Carvalho et al., 2017).

O referido Manual defende que a efetividade das intervenções de promoção da saúde mental na escola promovem a melhoria da ligação com esta, a família e a comunidade, promovendo a redução do abandono, do insucesso e dos comportamentos violentos na escola e levando consequentemente a um maior sucesso académico e contribuindo para os ganhos em saúde (DGS, 2016).

A **competência social** é entendida como um conceito que engloba dois conjuntos de competências e processos: as referentes ao comportamento interpessoal (empatia e a assertividade, a gestão da ansiedade e da raiva e as competências de conversação) e os que dizem respeito ao desenvolvimento e manutenção de relações íntimas (comunicação, resolução de conflitos e competências de intimidade) (DGS, 2016).

Quanto ao conceito de **competência emocional** envolve a aquisição de capacidades inerentes à expressão de emoções, regulação socialmente adequada e conhecimento emocional, facilitando a capacidade de crianças e jovens interagirem, autorregularem-se e estabelecerem laços gratificantes com os outros (DGS, 2016).

O programa de Aprendizagem Socioemocional (*Social and Emotional Learning – SEL*) surge como um quadro de referência para a promoção da saúde mental no referido Manual e promove o desenvolvimento de competências cognitivas, emocionais e sociais, agrupados em cinco grandes domínios: Autoconhecimento; Autogestão; Consciência Social; Relação interpessoal e; Tomada de decisão responsável (DGS, 2016).

Também no Referencial de Educação para a Saúde as temáticas Saúde Mental e a prevenção da Violência são consideradas prioritárias na educação para a saúde em meio escolar, sendo que, seguidamente será abordada a temática da violência em meio escolar.

1.4 – A Violência na Escola

A agressão é uma emoção poderosa e pode ser positiva ou negativa, ou seja, uma pessoa com habilidades pessoais suficientes para lidar com as suas emoções pode considerar a agressão vantajosa como motivação para o percurso normal de alguns processos na vida, mas, uma pessoa sem essas habilidades, sem emoção, com problemas sociais e pessoais e que não consegue lidar eficazmente com as emoções, pode se tornar um risco (Barnekow et al., 2013).

A violência é parte integrante da vivência humana e pode ser necessária para a adaptação humana, pois é através dos atos agressivos que as crianças experimentam e exteriorizam os sentimentos de raiva, frustração e rejeição de pares (Landim & Borsa, 2017; Carvalho et al., 2017). A violência está ligada ao poder e uso do mesmo, existindo uma assimetria que é usada como fonte de abuso e de vitória da força sobre a fragilidade (Carvalho et al., 2017). Pode ser ativa ou passiva, psicológica ou física, verbal ou decorrente da ação, associada a estigmas e preconceitos produzidos socialmente

(Gonzalez, Marques & Pinho, 2007). Existem relações violentas entre pessoas, mas também ocorrem ambientes violentos que propiciam a violência de forma indireta.

Em contexto escolar, *bullying* é a expressão que se refere a um padrão persistente de agressão (Gonzalez et al., 2007; Barnekow et al., 2013). O primeiro investigador que utilizou este conceito foi um Norueguês chamado Dan Olweus (Matos, Simões, Gaspar, Negreiros & Batista, 2010).

A agressão pode ser relativamente tolerada dentro de um grupo e, usada frequentemente, pode se tornar parte da cultura desse grupo. Normalmente a pessoa agredida pode reagir agressivamente e isso dá satisfação ao agressor (Barnekow et al., 2013). O *cyberbullying* surge associado aos meios tecnológicos acessíveis à grande maioria dos jovens, surgindo de forma subtil, mas com consequências devastadoras (Carvalho et al., 2017).

Segundo a *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO, 2019), quase um em cada três alunos (32%) foi intimidado pelos colegas em ambiente escolar pelo menos uma vez no último mês. Na Europa e na América do Norte, o *bullying* psicológico é o tipo mais comum de *bullying*. Em todas as outras regiões, o *bullying* físico é o mais comum e o *bullying* sexual é o segundo tipo mais comum de assédio moral. O *cyberbullying* afeta cerca de um em cada dez jovens, tornando-se num problema crescente em que a proporção de jovens afetados varia de 5% a 21%, sendo o género feminino o mais propenso a sofrer desta forma de *bullying* (UNESCO, 2019). Portugal é considerado o 15º país com mais relatos de *bullying* na Europa, estando à frente dos Estados Unidos da América (CNS, 2018).

Nos últimos anos, a consciencialização sobre o *bullying* entre adolescentes aumentou e é agora amplamente reconhecido como um dos problemas mais significativos nessa faixa etária (Aaralstad, Kvarme, Christophersen & Helseth, 2019).

Num estudo realizado em Portugal, e em que foram avaliados vários itens relativamente à violência, lutas e lesões, foram obtidos vários dados. Fizeram parte da amostra 6997 jovens, dos quais, nos últimos dois meses, 9,2% referem ter causado provocações até 1 vez por semana e 0,8% várias vezes por semana e, 15,9% referem ter

sido alvo de *bullying* até 1 vez por semana e 2,9% foram vítimas várias vezes por semana. Quanto ao *cyberbullying* 4,7% referiu ter causado provocações até 1 vez por semana e 0,7% várias vezes por semana e, 7,4% referiram ser vítimas uma vez por semana e 0,8% várias vezes por semana (Matos & Equipa Aventura Social, 2018).

Importa aqui explicitar os conceitos, as características dos envolvidos, as causas e as consequências do bullying, para melhor compreensão do fenómeno e intervenção adequada e dirigida no sentido da prevenção, promoção e atuação.

O ***Bullying*** é caracterizado pelo comportamento agressivo, que envolve ações negativas indesejadas, repetidas no tempo e um desequilíbrio de poder ou força entre o/os autor/es e a vítima, sendo que para um aluno ser considerado vítima de *bullying* as agressões devem ocorrer pelo menos uma ou duas vezes por mês ou mais (UNESCO, 2019). Este comportamento ocorre tipicamente nos espaços físicos escolares onde existe interação entre crianças e jovens e onde a supervisão de adultos está ausente (APAV, 2011). Uma situação de *bullying* ocorre assim quando estão reunidos os seguintes critérios: desequilíbrio ou assimetria de poder; agressões com carácter intencional, repetido e continuado; e aparente ausência de atitudes provocatórias por parte da vítima (APAV, 2011).

A **dinâmica do *bullying*** está correlacionada com a dinâmica de funcionamento do grupo de pares. Quer com isto dizer que nos episódios de bullying não estão apenas envolvidos o agressor e a vítima, encontrando-se presentes, na maioria das vezes, outros elementos do grupo. Estando uns elementos mais envolvidos que outros, direta ou indiretamente, assumem todos diferentes papéis (APAV, 2011). Temos assim diferentes intervenientes, o **agressor**, que agride; a **vítima**, quem é alvo da agressão; os **seguidores**, elementos do grupo que se aproximam ou aliam ao agressor e podem participar na agressão embora não a tenham iniciado; os **apoiantes**, que incentivam a atuação do agressor e dos seus seguidores, mas não participam ativamente nas agressões; os **defensores**, elementos do grupo de pares que são a favor da vítima, tentando defendê-la e apoiar; e os **espetadores**, membros do grupo que se assumem somente como observadores do episódio, não se posicionando nem a favor nem contra os outros envolvidos (APAV, 2011).

De referir que as situações de *bullying* ocorrem maioritariamente entre o 5º e o 7º ano de escolaridade (Avşar & Ayaz Alkaya, 2017; Guerreiro et al., 2017).

Os **comportamentos** associados ao *bullying* podem assumir diversas formas, variando na facilidade de identificação e na visibilidade dos mesmos para terceiros. Existem assim as seguintes formas, a **violência física direta entre agressor/vítima** (agredir, pontapear, cuspir, danificar pertences, forçar a dar dinheiro, extorsão); a **violência verbal direta** (insultar, gritar, caluniar, chamar nomes desagradáveis, salientar deficiências, fazer comentários racistas/sexistas/homofóbicos); a **violência psicológica direta ou indireta** (ameaçar, arreliar, implicar, excluir socialmente, ignorar); a **violência sexual** (assédio, abuso sexual) (Matos et al., 2010); e o **cyberbullying** (decorrente da utilização dos meios tecnológicos, como o telemóvel e a internet, que servem para agredir verbalmente a vítima e/ou contribuir para a sua exclusão e isolamento social, disseminando informações falsas, negativas difamatórias) (APAV, 2011).

Para uma efetiva redução dos comportamentos de *bullying* torna-se relevante conhecer os fatores de risco e os fatores protetores. A redução dos fatores de risco podem prevenir o bullying e os esforços devem ser focados na diminuição da exposição à violência no ambiente escolar, familiar, no grupo de pares e comunitário, além daquela divulgada pelos meios de informação (Neto, 2005).

Um das **teorias explicativas** para o bullying é a teoria de modelagem de Bandura, que tem como base a aprendizagem por observação, num processo de assimilação mental dos modelos bem-sucedidos (Silva, 2004). A criança tenderá a seguir o comportamento de alguém que tem como modelo, como por exemplo os pais ou um adulto relevante para a criança. No exemplo dos pais abusivos e violentos, a criança verá a agressão e a crítica destrutiva como positiva. Num caso em que a agressão por bullying seja recompensada socialmente, pelo aumento do *status* no grupo, em vez de ser punida, a agressão será entendida como estratégia de socialização (Silva, 2015).

Segundo o modelo ecológico defendido pela OMS existe uma multiplicidade de fatores de risco que podem ser agrupados em várias categorias: individuais, relacionais, comunitários e sociais, importantes para caracterizar os envolvidos (APAV, 2011).

Caracterização das vítimas

Relativamente aos fatores individuais, é habitual que a vítima seja do sexo masculino. Todavia, é possível perceber que apesar de os rapazes manifestarem maior risco de vitimação por agressões físicas e verbais, as raparigas parecem possuir maior probabilidade de serem vítimas de formas mais subtis de agressão. Os rapazes são mais propensos a sofrer *bullying* físico e verbal, e as raparigas, a sofrer *bullying* indireto ou relacional (UNESCO, 2019). Normalmente, são vítimas mais jovens, mais pequenas e mais fracas, acrescendo ao facto de poderem ter alguma característica menos comum (física ou não) e já terem história prévia e continuada de vitimação pelos pares (APAV,2011).

Outras características individuais podem referir-se a jovens com reduzida autoestima, ansiosos e inseguros, com défices na capacidade de autorregulação emocional e na gestão de episódios negativos, vulneráveis e frágeis emocionalmente e, com défices de atenção e hiperatividade (APAV, 2011).

Quanto aos fatores de risco relacionais, referem-se a jovens com pobres competências interpessoais, de relacionamento e comunicação interpessoal, de assertividade e com fraca rede social que sugere afastamento e isolamento em relação aos pares. Porém, existem as consideradas vítimas reativas/agressivas, que não apresentam um padrão de vulnerabilidade, mas que reagem ao *bullying* de forma violenta, assumindo a vítima, à posteriori, um papel de agressor (APAV, 2011).

Ainda relativamente aos fatores relacionais importa dizer que certas especificidades no contexto familiar também podem potenciar o risco de vitimação, tais como o baixo nível económico da família; vivência de acontecimentos que alterem a estrutura e dinâmica familiar; hiperprotecção dos pais em relação aos filhos e; conflitos entre irmãos (APAV, 2011).

No que diz respeito aos fatores de risco comunitário para a vitimação, está englobado o desempenho do meio escolar como potenciador, caso existam dificuldades na identificação, sinalização e atuação perante o *bullying*, ausência de abordagem das

temáticas que envolvem *bullying* e percepção da insegurança dos alunos face ao ambiente escolar (APAV, 2011).

Também a própria comunidade influencia esta situação através da desorganização social da área de residência; ausência de recursos da comunidade para supervisionar os jovens e; violência, pobreza e criminalidade presentes (APAV, 2011).

Referente aos fatores de risco sociais, a tolerância, a ausência de normas e regras claras do que é aceitável ou não, e a desvalorização social do fenómeno *bullying*, legitima a sua ocorrência e potencia a sua ocorrência e agravamento (APAV, 2011).

Caracterização dos agressores

Especificando os fatores individuais, o perfil típico do agressor é do sexo masculino, com maior risco de envolvimento em comportamentos violentos contra os pares. Se bem que, as raparigas também figuram na perpetração de comportamentos violentos, embora de forma mais indireta (APAV, 2011).

Outra característica é serem jovens fisicamente mais fortes e maiores, relativamente à vítima. Pesquisas indicam que frequentam normalmente os 1º e 2º ciclo do ensino básico. São habitualmente jovens de difícil temperamento; reduzida ansiedade; elevada autoestima; com agressividade, impulsividade e irritabilidade inerentes; com perturbações de comportamentos; menor desenvolvimento cognitivo; envolvimento em comportamentos de risco de delinquência e; ausência de sentimento de culpa ou arrependimento em relação às consequências dos seus atos (APAV, 2011).

Quanto aos fatores relacionais, são jovens que possuem competências sociais de interação e relacionamento, com alguma popularidade no contexto do grupo de pares, todavia, associam-se normalmente a pares igualmente desviantes, com necessidade de controlo e domínio nas relações. Também o baixo nível socioeconómico; reduzido suporte social; monoparentalidade; ambientes familiares com agentes stressores; conflito interparental; reduzida afetividade e comunicação intrafamiliar; tolerância à violência; recurso a práticas educativas punitivas e inconsistentes na família e menor supervisão parental, contribuem para a perpetração do *bullying* (APAV, 2011).

Nos fatores de risco comunitário, incluem-se a retenção no mesmo ano de escolaridade devido ao fraco rendimento escolar, tornando-se agressores os alunos mais velhos e mais fortes na turma, onde é habitual o absentismo. Também a postura dos profissionais de educação poderá potenciar a participação dos alunos no *bullying*, quando aprovam o recurso à violência em sala de aula; não atuam punitivamente nas manifestações de má conduta; negligenciam os atos antissociais dos alunos; têm dificuldade na gestão eficaz de conflitos que ocorram na sala de aula e não monitorizam a conduta dos seus alunos. Para além dos fatores existentes na comunidade escolar que não contribuem para a cessação das condutas agressivas e violentas, também a desorganização social e a pobreza e violência da comunidade envolvente poderão potenciar o aumento da violência (APAV, 2011).

Quanto aos fatores de risco sociais, consideram-se os mesmos que para a vitimação, acrescentando-se a ausência de reprovação de manifestações violentas entre pares e ausência de punição adequada e consistente, como contribuintes para o aumento de condutas violentas (APAV, 2011).

A diminuição dos fatores de risco pode prevenir o comportamento agressivo entre jovens. Os esforços devem ser conduzidos para a diminuição da exposição à violência no ambiente escolar, doméstico e comunitário, além da divulgada pelos meios de informação e tecnologia (Neto, 2005).

As **consequências** podem ser inúmeras e prejudiciais, tanto para as vítimas como para os agressores, perturbando o bem-estar e saúde mental dos envolvidos e consequentemente a vida académica e o bom ambiente escolar (Melim, 2011).

Jovens que são vítimas de *bullying* podem ser mais propensos a terem dificuldades interpessoais, sintomas físicos como dores de cabeça ou estômago, ter baixa autoestima, baixa autoconfiança, ansiedade e depressão, pensamentos suicidas e tentativas do mesmo, evidenciando um sofrimento emocional com consequente mau desempenho escolar e com repercussões na vida adulta (Salmeron & Christian, 2016; UNESCO, 2019).

Também os agressores sofrem consequências, evidenciando pior desempenho escolar e altas taxas de abandono escolar (Williford et al., 2019; UNESCO, 2019). Têm

ainda grandes probabilidades de apresentar problemas de saúde mental que persistem na vida adulta, sendo igualmente comum entre vítimas e agressores, as perturbações de ansiedade, depressão e sintomas psicossomáticos (Cowie & Colliety, 2016; UNESCO, 2019). São também mais propensos a adoção de condutas de risco (APAV, 2011).

Assim como existem os fatores de risco que aumentam ou potenciam o envolvimento em comportamentos de bullying, existem também os **fatores protetores**, que capacitam os jovens e aumentam a resistência aos fatores de risco a que estão sujeitos, o que contribui para a prevenção e diminuição dos efeitos negativos do *bullying*. Podem-se classificar os fatores protetores em individuais, familiares e ambientais (APAV, 2011).

Os fatores individuais passam pelas competências de comunicação e assertividade; empatia; autorregulação emocional; competências cognitivas; estratégias de coping; locus de controle interno; sensação de bem-estar e satisfação com a vida, entre outros (APAV, 2011).

Relativamente aos fatores familiares, é favorável o ambiente familiar positivo entre todos os seus elementos, com uma comunicação positiva e efetiva entre os membros; que incentivem os jovens; facilitem a expressão de sentimentos e opiniões; que negociem os planos familiares; com desenvolvimento da cooperação e confiança entre pais e filhos; com vinculação segura e práticas educativas adequadas e consistentes baseados no estilo parental positivo e não autoritário (APAV, 2011; Matos, Gaspar, Ferreira & Equipa Aventura Social, 2013).

Existem ainda os fatores ambientais, que incluem a presença de adultos de confiança externos ao contexto familiar na rede de suporte (ex. professores, funcionários, profissionais de saúde, etc.); relação positiva com os pares; existência de “melhor amigo”; ambiente escolar positivo criando uma vinculação segura com a escola; rendimento/sucesso escolar; ambiente comunitário organizado e promotor de segurança e saúde (APAV, 2011).

1.5 – Prevenção da Violência

A intervenção na área da promoção da saúde e do bem-estar exige a compreensão dos diversos fatores intra e interpessoais contextualizados com os fatores de risco e de proteção conhecidos, permitindo uma análise aprofundada das necessidades, explícitas ou implícitas, das características do contexto e, dos recursos potencialmente presentes (Carvalho et al., 2017).

A violência pode ser evitada numa abordagem de saúde pública. Os jovens que vivem em contextos onde há violência ficam mais vulneráveis ao abuso físico e emocional e correm maior risco de problemas de saúde ao longo da vida (WHO, 2014).

A prevenção do *bullying* é uma ferramenta importante na criação de um ambiente escolar seguro e protegido na medida em que uma escola com um programa funcional de *antibullying* pode reduzir até 20% a sua incidência, comparando com as escolas que não possuem esse tipo de programas (Barnekow et al., 2013).

Das ações propostas pela OMS, no Plano de Ação Europeu para a Saúde Mental 2013-2020, é proposto na área da Educação e habilidades, a oferta de programas universais e direcionados para a promoção da saúde mental nas escolas, que incluam a identificação de problemas emocionais em jovens e ações sobre o *bullying* (WHO, 2015).

Apesar de pesquisas demonstrarem a existência de várias intervenções eficazes, nenhuma delas fornece uma solução rápida e fácil que altere o comportamento a longo prazo de crianças e jovens que estão envolvidos em *bullying* (Cowie & Colliety, 2016).

Uma resposta abrangente à violência engloba a proteção e apoio das vítimas, assim como promove a não-violência, reduz a perpetração da mesma e muda as circunstâncias e fatores que originam a violência (APAV, 2011).

Os objetivos das intervenções preventivas é que determinada condição danosa ao indivíduo não se chegue a concretizar. Inicialmente as intervenções preventivas foram conceptualizadas em três níveis: prevenção primária, secundária e terciária. Em alguns países o foco está nas prevenções secundárias e terciárias à violência, dando prioridade

às consequências imediatas da violência, todavia, estas respostas deverão ser mantidas e incrementadas, mas acompanhadas de um maior investimento na prevenção primária (APAV, 2011).

Visando o grupo alvo de interesse, posteriormente designaram-se de prevenção universal, seletiva e indicada, que definem o modelo preventivo relacionado com os comportamentos saudáveis e de risco de determinadas populações (Matos et al., 2013; Santos et al., 2019).

Clarificando os conceitos com base na tipologia proposta por Gordon (1983, citado por Moreira & Melo, 2005), as **intervenções preventivas universais** são as dirigidas ao público em geral, sem análise prévia do risco individual ou a toda a população com o objetivo de diminuir o risco. Podem ser dirigidas a um serviço de saúde, a uma escola ou comunidade e contemplam a informação através da educação sobre sinais de risco, promoção do bem-estar individual e coletivo, etc. São intervenções vantajosas, com custo individual reduzido, intervenção eficaz e aceite pela população e baixo risco de intervenção. Nestas intervenções incluem-se as intervenções em contexto escolar, dirigidas a toda a comunidade educativa (Santos et al., 2019).

As **intervenções preventivas seletivas**, são as orientadas a indivíduos ou grupos da população com risco significativamente superior de desenvolver perturbações mentais, como por exemplo, jovens que vivem em contexto de pobreza e exclusão social, com história familiar relevante, com consumo de substâncias, etc. (Moreira & Melo, 2005). Aqui incluem-se as estratégias que incidem sobre alguns fatores de risco e precipitantes que potenciam a vulnerabilidade para a violência.

Quanto às **intervenções preventivas indicadas**, são intervenções imediatas, direcionadas aos indivíduos em risco, que apresentem sintomas ou sinais mínimos de uma determinada perturbação mental, com comportamentos de risco, como os comportamentos violentos (Moreira & Melo, 2005).

Com efeito, na **prevenção seletiva** trabalha-se com grupos de risco, havendo nesses grupos pessoas com e sem problemas, ao passo que na **prevenção indicada**, a identificação das pessoas em risco é feita a nível individual por isso todos os incluídos na

intervenção têm, pelo menos, sinais identificados como precursores dos problemas (Matos et al., 2013).

A intervenção preventiva passa pelo conhecimento abrangente dos vários fatores de risco e dos fatores protetores. Enaltecendo a importância dada à utilização de estratégias preventivas, estas têm o objetivo de desenvolver os fatores protetores e os níveis adaptativos de funcionamento, permitindo que os indivíduos se tornem mais resistentes perante as adversidades e com melhores respostas (Matos et al., 2013).

1.6 – Intervenção do EEESMP na Escola

A intervenção do enfermeiro na equipa de saúde escolar tem um papel essencial na capacitação dos jovens na proteção da sua saúde perante a vivência de adversidade, contribuindo para os ganhos em saúde através do aumento de competências sociais pelos alunos (Mesquita, Paulino, Galante & Alves, 2011).

No processo de capacitação, a intervenção em Saúde Escolar permite o aumento do nível de literacia para a saúde, incentiva a diversidade das práticas e envolve toda a comunidade educativa com um objetivo comum (DGS, 2015).

Os enfermeiros na escola trabalham na “linha da frente” e estão familiarizados com a prevalência das perturbações mentais mais comuns nos jovens, avaliando e identificando os sinais subtis de sofrimento mental, manifestados como comportamentos adversos, como violência, abuso de substâncias, abuso e comportamentos sexuais de risco, automutilação, queixas somáticas, ideação suicida (Blackborow et al., 2014).

Usando uma abordagem holística, suportada na relação de ajuda, a atuação do enfermeiro na escola fornece uma avaliação contínua, intervenção e acompanhamento da saúde física e mental da comunidade escolar, aumentando o nível de literacia de todos os intervenientes, capacitação dos alunos, promovendo um ambiente seguro e positivo para a aprendizagem (Blackborow et al., 2014).

Os cuidados de Enfermagem têm como objetivo ajudar a pessoa a manter, melhorar e recuperar a sua saúde de forma a que atinja a sua máxima capacidade funcional tão depressa quanto possível (OE, 2015).

A especificidade da Enfermagem de Saúde Mental tem como foco a promoção da saúde mental, a prevenção, o diagnóstico e a intervenção perante pessoas com respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, causadores de sofrimento, alteração ou perturbação mental (OE, 2015).

O plano de intervenção em enfermagem exige o juízo clínico de enfermagem especializada perante a avaliação de dados e premissas teóricas, onde é negociado com o cliente e utiliza os diagnósticos e sistemas de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (International Council of Nurses [ICN], 2016; OE, 2018).

Explicitando a natureza dos cuidados de enfermagem, de modo a promover a melhoria contínua da qualidade dos mesmos, a OE define os padrões de qualidade para os cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Para a enfermagem especializada de saúde mental foram definidas oito categorias de enunciados descritivos: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a adaptação, a organização dos cuidados de enfermagem, a relação psicoterapêutica, estigma e exclusão social (OE, 2015).

A excelência da atuação do EEESMP assenta na relação, na mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e na mobilização de competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais ao longo do processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e na comunidade no percurso do ciclo vital (OE, 2015).

A Enfermagem, enquanto ciência e profissão fundamenta a sua prática num variado leque de conhecimentos, englobando modelos e teorias de enfermagem (Loureiro, Reis Santos, & Frederico-Ferreira, 2015).

1.6.1 - Contributo Teórico – Teoria das Transições

Os enfermeiros são frequentemente os principais cuidadores de clientes e famílias em processos de transição, cuidam das mudanças e exigências que as transições transferem para o cotidiano dos clientes e das famílias. Além disso, os enfermeiros tendem a ser os cuidadores que preparam as pessoas para transições iminentes e que facilitam o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde e doença dos clientes. Exemplos de transições que podem tornar as pessoas vulneráveis são experiências de doença; transições de desenvolvimento de vida como a adolescência e a parentalidade; e transições sociais e culturais, como a migração (Meleis et al., 2000). Neste sentido, Afaf Meleis, desenvolveu uma teoria de médio alcance, a Teoria das Transições.

A Teoria das Transições é composta pela **natureza das transições** (tipos, padrões e propriedades); **condicionantes da transição: facilitadores e inibidores da transição** (pessoais, comunidade e sociedade); **padrões de resposta** (indicadores de processos e indicadores de resultados) e as **intervenções terapêuticas de enfermagem**, sendo uma teoria que aborda fenômenos e conceitos específicos que refletem a prática (Guimarães & Silva, 2016).

As transições são resultado de mudanças e resultam em modificações, por isso, a mudança e a diferença são consideradas propriedades essenciais da transição. Ao longo da transição, a pessoa pode experienciar mudanças significativas em si, no ambiente e no modo como as entende (Guimarães & Silva, 2016).

Segundo Shumacher & Meleis (1994), a enfermagem deve funcionar como o processo facilitador da transição que promove o bem-estar. Para Meleis, os cuidados de enfermagem implicam uma maior sensibilização, consciencialização, e humanização, quando se identifica na pessoa fatores que indicam a transição, com a finalidade de facilitar estes eventos em direção a uma transição saudável. O cuidado de enfermagem facilitador da transição conduz à procura de um modelo mais humanista, de totalidade do ser, de integridade, de interdisciplinaridade e por isso mesmo a pessoa deve ser sempre vista de forma holística.

O objetivo dos cuidados de enfermagem é a pessoa, nas suas múltiplas dimensões, sendo o foco de atenção as respostas humanas resultantes do processo de vivência das transições, sejam de eventos relacionados com processos saúde-doença, mas também com processos de vida, em que as respostas obtidas diferem de pessoa para pessoa, face a uma mesma situação (Meleis, 2005).

A Teoria das Transições de Meleis permite ao profissional de Enfermagem uma melhor compreensão do processo de transição. Através de uma visão mais completa e profunda, é possível determinar diretrizes para a prática profissional de enfermagem, permitindo assim ao enfermeiro colocar em prática estratégias de promoção, prevenção e intervenção terapêutica face à transição que a pessoa experiencia (Meleis et al., 2000).

O enfermeiro deve fazer uso da Teoria das Transições no seu quotidiano, norteando-o a aprofundar-se nos seus conceitos e auxiliando no planeamento das suas intervenções, favorecendo resultados positivos e permitindo ganhos em saúde (Costa, 2016).

Em suma, as pessoas que enfrentam transições ficam mais suscetíveis às ameaças, o que perturba o seu equilíbrio e bem-estar. Estas ameaças às condições de saúde, às relações, expectativas e habilidades exigem que as pessoas incorporem novos conhecimentos, modifiquem condutas e, por conseguinte, alterem a definição de si próprias, num novo contexto social (Meleis, 2012).

Como referido inicialmente, a adolescência é fundamentalmente um processo de transição no qual o adolescente transita da forma de criança para adulto, abarcando neste processo um conjunto imenso de alterações e dificuldades que podem muitas vezes comprometer o bem-estar dos jovens. Deste modo, é importante a atuação do enfermeiro para que o adolescente transite de forma saudável de um estado estável para outro estado estável, com desenvolvimento de novos conhecimentos e competências e reforço dos já existentes. As transições são diversas vezes desencadeadas por eventos críticos, mas têm essencialmente características positivas, uma vez que, a pessoa ao passar pelo evento alcança uma maior maturidade, sendo esse o grande objetivo da adolescência.

1.6.2 - Prática Especializada Baseada na Evidência

É imperativo que os enfermeiros saibam identificar a melhor evidência disponível, considerando as necessidades e preferências dos utilizadores dos serviços de saúde, conjugando-a com a utilização da sua própria experiência, competências e juízo clínico, garantindo viabilidade à sua prestação no contexto laboral (OE, 2012).

A integração da abordagem baseada na evidência na prática da enfermagem demonstra que são profissionais capazes de questionar a própria prática, fundamentarem as suas intervenções em informação credível, capazes de avaliar a própria prática e sabem se os resultados pelos quais estão a ser avaliados são, antecipadamente, adequados e aceites. Permite assim incorporar a melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do cliente no contexto do cuidar, nas suas práticas (OE, 2012).

A Prática Baseada na Evidência (PBE) valoriza os cuidados de saúde, melhora a experiência do utilizador, aumenta a qualidade e confiabilidade dos cuidados, reduz custos e resulta em ganhos em saúde, tornando-se cada vez mais determinante para a saúde, para os serviços e para os profissionais. (Apóstolo, 2017)

Neste sentido e tendo em conta o exposto, para a construção duma proposta de programa de prevenção do *bullying*, apresentado mais à frente neste relatório, onde pretendemos evidenciar a intervenção do EEESMP, procedeu-se à Revisão Integrativa da Literatura (RIL) que se constitui como um método de pesquisa fundamentado na PBE e permite o desenvolvimento e implementação dos resultados da pesquisa na prática clínica.

O material selecionado baseou-se na pesquisa de artigos de forma a reunir a evidência científica pertinente no âmbito das intervenções do EEESMP na implementação de um programa de prevenção do *bullying* nas escolas, dirigidos a adolescentes.

O método usado para a formulação da questão de investigação e critérios para a seleção da amostra foi o método PICO(D), sendo formulada a seguinte questão: “*Qual a*

intervenção do EEESMP na implementação de um programa de prevenção do bullying entre adolescentes?”

Por forma a orientar a pesquisa a efetuar, foram estabelecidos critérios orientadores de inclusão e exclusão. Neste sentido, foram contemplados estudos que incluam como participantes (P), pré-adolescentes e adolescentes. Quanto ao tipo de intervenções (I), foram contemplados estudos que incluam programas de intervenção no *bullying*; que promovam a saúde mental dos jovens e/ou que foram ou possam ser implementados por EEESMP; no contexto escolar (C). Como *outcomes* (O), pretende-se uma linha orientadora de intervenções que possam ser implementadas pelo EEESMP na prevenção do *bullying* e consequente promoção da saúde mental dos jovens.

Neste sentido, foram realizadas duas pesquisas. A inicial decorreu na base de dados B-ON® e EBSCO®, com recurso aos seguintes descritores de pesquisa: Enfermagem (com uso do símbolo *), Saúde Mental, Adolescentes, *Bullying* e Programas, com a inclusão do operador booleano “and”. No momento da pesquisa foi utilizado como expensor: “pesquisar também no texto integral dos artigos”. Como limitadores foram utilizados: “texto integral”, “revisto por especialistas”, idioma português e inglês, tendo sido definido um limite temporal entre janeiro 2014 e novembro 2019. Desta pesquisa resultaram 45 artigos da B-ON® e 2 da EBSCO®, que após leitura de títulos e dos resumos apenas foram selecionados 2 estudos para avaliação pormenorizada.

Numa segunda pesquisa recorreu-se a ambas as bases de dados, B-ON® e EBSCO®, usando os descritores de pesquisa: *Nurse* (com uso do símbolo *), *Mental Health*, *Adolescents*, *Bullying* e *Programs*, com a inclusão do operador booleano “and”. Descritores estes, validados através da sua consulta na plataforma DeCS e MeSH. Foram utilizados os mesmos expansores e como limitadores: “texto integral”, “revisto por especialistas”, idioma inglês, e assunto “*bullying*”, tendo sido definido um limite temporal entre janeiro 2014 e novembro 2019. Da pesquisa da EBSCO® resultou 1 artigo, a analisar e, 156 da B-ON®, que, após leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 11 artigos, totalizando 12 para avaliar quanto à pertinência do conteúdo.

Posteriormente foi feita leitura incluindo a metodologia, resultados e conclusões, sendo excluídos os artigos que não respondiam à questão de partida, com fuga ao tema e, em que não é referida a intervenção de enfermagem, tendo-se selecionado 4 artigos.

Os artigos selecionados foram avaliados quanto à qualidade metodológica a partir de instrumentos do *The Joanna Briggs Institute*© (JBI), nomeadamente, o *JBI Leves of Evidence* e *JBI Grades of Recommendation*, tendo sido aplicadas as respetivas *checklist*, respetivamente para estudos qualitativos e para estudos de natureza quantitativa quase-experimentais. Foram aceites os artigos que obtiveram uma pontuação superior a 50% de respostas positivas relativamente à qualidade metodológica.

Após a determinação dos níveis de evidência e análise metodológica, realizou-se a extração dos resultados (APÊNDICE I).

Os quatro estudos foram então analisados com o propósito de responder à questão de investigação e ampliar os conhecimentos acerca do fenómeno *bullying*.

Os artigos apresentados nesta revisão apresentam abordagens distintas, mas todos eles, produzem efeitos positivos, que é o desejável face ao problema *bullying*.

No estudo de Avşar & Ayaz Alkaya (2017), o programa de **treino de assertividade** aplicado ao grupo de intervenção compreendeu 8 sessões com os seguintes temas: capacidade de se expressar; estilos comportamentais; assertividade; direitos sociais e conceito de limitação; capacidade de dizer “não”; comunicação e linguagem corporal; empatia e escuta e; capacidade de lidar com as críticas e controlo de raiva. As sessões consistiram em expressão, pergunta e resposta, discussão grupal, demonstração, jogos, *brainstorming* e pensamento secreto com recurso a equipamentos audiovisuais. Concluiu-se que, um programa de treino de assertividade aumenta o nível de assertividade e reduz o a condição de se tornar vítima, mas não reduz a condição de se tornar agressor. Os comportamentos assertivos facilitaram as crianças na construção duma comunicação social eficaz e poderá evitar que apresentem comportamentos negativos como agressão e timidez.

Como uma das limitações ao estudo, os autores apontaram o facto de os grupos serem constituídos apenas por agressores e vítimas, facto que poderá ter inibido os alunos de se expressarem e, não terem sido colhidos conteúdos qualitativos que caracterizassem mais aprofundadamente o fenómeno (Avşar & Ayaz Alkaya, 2017).

Na investigação de Macedo, Martins, Cainé, Macedo & Novais (2014), o programa engloba **3 dimensões**: dimensão 1) **formação a pais/encarregados de educação e assistentes operacionais**, com realização de 2 ações de formação direcionadas aos mesmos com o intuito de dar conhecimento e sensibilizar para o projeto; dimensão 2) **intervenção no espaço físico da escola e espaços exteriores à escola**; dimensão 3) **intervenção com os estudantes**, promovendo o desenvolvimento da competências sociais positivas, fomentando o convívio com base no respeito, salientando estratégias de comunicação eficazes, o espírito de grupo e de cooperação, o aumento da autoestima e o respeito pela diferença. Nas dimensões 2 e 3 foi realizada uma oficina de formação aos docentes, tendo posteriormente os mesmos aplicado em sala de aula os conteúdos abordados nas sessões de formação.

Os temas abordados na oficina de formação foram: a introdução à problemática da violência escolar/*bullying*; natureza do *bullying* e características dos intervenientes; sinais de alerta e risco de *bullying*; consequências do *bullying*; a família dos intervenientes no *bullying*; a comunicação interpessoal; lidar com a diferença; competências de comunicação; competências sociais e; a interação grupal e estratégias de gestão de *bullying* (Macedo et al., 2014). Os resultados sugerem uma diminuição da existência do *bullying* verbal como consequência da implementação do programa (Macedo et al., 2014).

Neste estudo, o programa implementado teve implicações importantes para as práticas pedagógicas que promovem a saúde, nomeadamente, a saúde mental dos alunos, exigindo, no entanto, continuidade e avaliações futuras para que sejam evidentes alterações de comportamentos num processo de mudança contínuo (Macedo et al., 2014).

No terceiro estudo a intervenção foi composta por dois momentos. Num primeiro momento houve a aproximação dos jovens à investigadora e a sensibilização em relação ao teatro e ao tema *bullying* em que foram empregues várias **técnicas teatrais baseadas**

no “**Teatro do Oprimido**” através de workshops, estimulando a participação e a interação entre os participantes. No segundo momento houve a organização e encenação do “Teatro do Oprimido” em que foi apresentada uma situação de bullying, como uma opressão a resolver e, posteriormente, os espetadores foram questionados acerca da sua opinião quanto à resolução apresentada e foram convidados a participar como protagonistas. Nesta técnica são permitidas as ideias, vivências e experiências dos participantes, encontrando-se várias alternativas para a “opressão” (da Silva Alencastro, et al., 2018).

A intervenção obteve resultados positivos com redução significativa do *bullying* direto e na manutenção desse resultado ao longo do tempo, demonstrando que pode ser incorporado em ações de promoção de saúde nas escolas. Todavia, são apresentadas algumas limitações, como o facto de não contemplar as situações de *cyberbullying* na colheita de dados e não ter sido utilizada abordagem qualitativa, entre outras (da Silva Alencastro et al., 2018).

Este estudo demonstra a eficácia da **técnica de dramatização/interpretação de papéis** que poderá ser usado como ferramenta para a enfermagem na promoção de um cuidado integral aos jovens nas escolas, estimulando a socialização e comportamentos não violentos com foco numa realidade social (da Silva Alencastro et al, 2018).

No quarto estudo, foram realizadas **entrevistas individuais e de grupos focais**. O intuito das sessões de grupo foi o desenvolvimento de empatia pelas vítimas de bullying entre os participantes, não discutindo casos específicos e, os pares sugeriram alternativas e estratégias para ajudar as vítimas. Assim, foram realizadas entrevistas individuais às crianças intimidadas e as histórias das mesmas foram usadas para explorar as experiências de vítimas. As entrevistas aos grupos focais, foram realizadas para explorar as experiências de participação das crianças nos mesmos grupos (Kvarme, Aabø, & Sæteren, 2015).

Nesta investigação a intervenção com grupos de apoio revelou a cessação da agressão verbal após as vítimas receberem ajuda dos mesmos. Estes contribuíram para a interrupção do *bullying* e os benefícios permanecem até 3 meses depois. Foi demonstrada

a relevância de os enfermeiros e os professores acompanharem os jovens vitimizados, juntamente com os pais, no sentido de os ajudar a ultrapassar o sentimento e vivência de vítima. O apoio dos pares evidenciou sentimentos de bem-estar e promoveu efeitos positivos, tanto para as vítimas como para os elementos dos grupos (Kvarme, Aabø, & Sæteren, 2015).

Quanto aos momentos de avaliação dos vários programas, no primeiro estudo a avaliação foi realizada após um mês da intervenção; no segundo e terceiro estudos, foi realizada 6 meses após e; no quarto estudo foi realizada após 3 meses.

Percebe-se, pelos modelos de intervenção descritos nos estudos apresentados, que a abordagem à problemática passa pelo treino de assertividade, pela envolvimento de toda a comunidade e, especificamente, pelo desenvolvimento de competências sociais, com técnicas de comunicação, relações interpessoais; pela utilização de técnicas de dramatização e de interpretação de papéis e, pelo desenvolvimento de grupos de apoio capazes de ajudar as vítimas a superar o status de vítimas, explorando o significado dessas vivências.

Quanto à abordagem da intervenção do EEESMP não foi referida concretamente em nenhum dos artigos, no entanto, a implementação de um programa sustentado nos apresentados é possível por parte dos enfermeiros especialistas dado que a evidência disponível salienta a promoção da saúde mental dos estudantes, promove práticas de reflexão, e empoderamento dos envolvidos.

2 - CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA

Neste capítulo apresentaremos os locais de estágio do Estágio I e do Estágio Final, considerando-se pertinente essa descrição para uma melhor compreensão do percurso de aprendizagem efetuado que conduziu à aquisição de competências comuns e específicas do EEESMP.

2.1 – Estágio I – Prática Em Contexto Hospitalar

O Estágio I foi realizado em contexto hospitalar, num serviço de internamento de Psiquiatria de adultos, integrado num Centro Hospitalar do centro do país, servindo uma população que ascende os 245 mil habitantes, referentes a 14 concelhos.

O estágio teve a duração de 6 semanas, sob orientação do Professor Doutor Jorge Almeida e da enfermeira Marta Martinho, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A escolha deste local de estágio deveu-se não só à localização geográfica e pela exequibilidade do estágio em articulação com a vida profissional, académica e pessoal, mas também por a nível profissional existir pouca experiência no cuidado a doentes em fase aguda da sua doença mental em contexto de internamento hospitalar, integrando uma equipa de saúde. Também o conhecimento pelo esforço do referido departamento em promover a qualidade dos cuidados prestados aos clientes e o investimento na sua reabilitação foram critérios de escolha do local, como possível futuro local de trabalho.

O serviço de Psiquiatria é composto por uma equipa multidisciplinar de médicos; enfermeiros; psicólogos; terapeutas ocupacionais; educadores sociais; assistentes sociais; assistentes operacionais e assistentes técnicos. Estes profissionais estão integrados em

várias valências como a Consulta Externa; Hospital de Dia; Psiquiatria de Ligação; Psiquiatria Forense; Intervenção Comunitária; Investigação e Formação.

O serviço é assim composto pelas várias valências referidas, tendo como missão prestar cuidados de saúde no âmbito da Psiquiatria e Saúde Mental, adaptado à realidade sociodemográfica da área de abrangência do respetivo Centro Hospitalar, com a integração, não só dos clientes, mas também das famílias e cuidadores nos cuidados.

A intervenção assistencial é dirigida maioritariamente a pessoas com as seguintes patologias: risco de suicídio; perturbações de humor graves; perturbações psicóticas; demências ou outras situações clínicas graves. O referido serviço permite melhorar a capacidade de resposta aos clientes do foro psiquiátrico que anteriormente seriam referenciados para hospitais dos grandes centros urbanos. Destina-se a pessoas com idades superiores a 18 anos que necessitem de internamento por doença mental em fase aguda. Os doentes são internados através da consulta externa de psiquiatria ou da urgência psiquiátrica, de forma voluntária, ou ao abrigo da Lei de Saúde Mental nº 36/98 de 24 julho (1998), caso configure os pressupostos do internamento compulsivo.

Fisicamente o serviço situa-se no piso 6 do hospital, tem capacidade para internamento de 24 clientes, sendo organizado em 11 enfermarias, 4 enfermarias de 4 camas, 6 de 1 cama e 1 enfermaria de 2 camas, existindo ainda um quarto de isolamento para doentes com auto e hétero agressividade ou com agitação psicomotora.

Sendo a segurança dos clientes e dos profissionais de saúde uma preocupação constante, existem medidas específicas de segurança que devem ser asseguradas de forma sistemáticas e contínua para todos os clientes. Assim, a porta principal para o exterior está sempre fechada à chave e só é aberta pelos profissionais do serviço; todas as salas de uso dos profissionais estão fechadas à chave quando não estão a ser utilizadas; as janelas estão sempre trancadas com sistemas próprios de segurança não sendo possível a sua abertura; aos clientes não é permitido o uso de telemóvel próprio; não é possível guardar alimentos na mesa-de-cabeceira; à entrada é realizado o espólio dos clientes, ficando os bens (carteira, telemóvel, cigarros, e outros considerados potencialmente perigosos) a cargo dos profissionais; e existem horas e sala específica para os clientes fumarem. A

mobilidade dos clientes fora do serviço poderá ser feita apenas mediante prescrição médica ou autorização do enfermeiro responsável, sendo sempre acompanhados por dois profissionais de saúde ou, na hora das visitas, acompanhados por familiares. Os clientes internados compulsivamente não têm autorização para saída do serviço.

O serviço tem como objetivos promover o tratamento de indivíduos adultos portadores de doença mental moderada a grave descompensada; promover a reabilitação do doente mental; promover a reintegração do doente mental na comunidade onde reside; proporcionar técnicas de reabilitação e meios terapêuticos adequados e o afastamento das circunstâncias e fatores que funcionam como desencadeantes e permitem a manutenção da doença; a elaboração de um conjunto de intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas, com vista ao ajuste narcísico da personalidade, ao treino de competências sociais e estratégias de resolução de problemas, à capacidade de gestão de conflitos, ao desenvolvimento da assertividade e resiliência face aos constrangimentos do dia a dia.

O método de trabalho de Enfermagem preconizado é o método do Enfermeiro Responsável, que segundo Silva (2017), se caracteriza pela responsabilidade individual do enfermeiro nas tomadas de decisão sobre os cuidados a serem prestados aos seus clientes, espelhando-se na descentralização da tomada de decisão e autorização em dirigir as ações de outros que o substituem na sua ausência. Deste modo é possível prestar cuidados mais personalizados, com maior autonomia e responsabilidade profissional, com estabelecimento de uma relação terapêutica mais satisfatória.

A avaliação inicial de enfermagem é realizada de forma estruturada, concretizando-se inicialmente na história clínica de enfermagem, que se preconiza que seja feita nas primeiras 24 a 48 horas de internamento e com colaboração, se possível, do próprio cliente e/ou do prestador de cuidados.

2.2 – Estágio Final – Prática Em Contexto Comunitário

A escolha para o local de realização do Estágio Final surgiu decorrente do percurso realizado ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem e tornou-se complementar e de extrema importância para a aquisição e desenvolvimento de competências de EEESMP e de mestre.

Tendo o Estágio I decorrido num serviço de internamento de Psiquiatria e não tendo tido a oportunidade de experienciar durante o Curso de Licenciatura em Enfermagem, a perspectiva de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria em contexto comunitário, o Estágio Final surge como a oportunidade de vivenciar a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria dirigida a pessoas saudáveis; em risco de desenvolver patologia psiquiátrica; com patologia psiquiátrica diagnosticada, de todas as faixas etárias; em processo de reabilitação após internamento e; a pessoas a título individual, em contexto familiar e/ou em grupo, atuando no âmbito dos três níveis de prevenção.

Neste sentido, optámos por realizar o Estágio Final numa UCC do centro do país, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Médio Tejo, decorridas entre 17 de setembro e 22 de janeiro, sob orientação do Professor Doutor Jorge Almeida e da enfermeira Ana Paula Nunes, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

A referida UCC serve uma população de 13 868 habitantes (Instituto Nacional de Estatística, 2012) residentes no concelho onde se insere e onde estão inscritos no Centro de Saúde 12844 clientes.

Como preconizado no artigo 11.º do Decreto-lei Diário nº 137/2013, publicado em Diário da República, 1ª série, nº 193, a 7 de outubro de 2013, e que estabelece o regime de criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, a UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social em contexto domiciliário e comunitário, privilegiando as pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, promovendo ainda a educação para a saúde, a integração em redes de apoio à família e a implementação de unidades móveis de intervenção” (Ministério da Saúde, 2013).

Na respetiva UCC está integrada uma equipa técnica multidisciplinar constituída por enfermeiros, médicos, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, assistente técnico e outros profissionais de acordo com as necessidades, responsáveis pela implementação do Plano de Ação.

Pretende a prestação de cuidados de saúde de proximidade, nos locais onde os indivíduos, famílias e/ou grupos vulneráveis se encontram, contribuindo para a melhoria do seu estado de saúde e com a finalidade de obter ganhos em saúde.

Os valores pelos quais a UCC se orienta são o respeito pela individualidade e pelos direitos da pessoa, pela promoção da sua autonomia, reconhecendo que a saúde individual é da responsabilidade do próprio e que este é responsável pelo seu projeto de saúde. Os serviços são organizados em função das necessidades da população, garantindo a continuidade dos cuidados e encaminhando as pessoas para outros profissionais e serviços de saúde sempre que as necessidades ultrapassem as competências dos profissionais da UCC.

Também a cooperação e articulação com todos os elementos da equipa, outras unidades funcionais do ACES e com as estruturas da comunidade assentam na promoção da solidariedade e no trabalho em equipa e permitem estabelecer parcerias com as pessoas, a título individual e/ou em grupo, no sentido de estes desenvolverem as suas potencialidades e alcançarem as metas estabelecidas para o próprio projeto de saúde.

A UCC está organizada por equipas de intervenção multidisciplinares constituídas pelos profissionais afetos à UCC, e dividem a sua intervenção em três equipas, articulando-se com as outras unidades funcionais do ACES sempre que se justifique, onde estão incluídos diversos programas delineados no plano de ação da UCC:

- Equipa de Intervenção com Grupos:
 - Nascer com saúde, onde se inclui a Preparação para o Parto e Pós-parto e a Visitação Domiciliária a grávidas e puérperas de risco;
 - Crescer com Segurança, inclui a Escola da Amamentação, o Apoio às Creches e Amas e Massagem do Bebê;

- Programa de Saúde Escolar, com gestão e monitorização da responsabilidade da Unidade de Saúde Pública, mas com execução da responsabilidade da UCC;
- Uma Juventude à Descoberta de um Futuro Saudável, com a Criação do Grupo de Jovens Promotores de Saúde do concelho em articulação com as instituições que desenvolvem atividades com os jovens;
- Um Envelhecimento Ativo, onde se incluem ateliês de sensibilização sobre estilos de vida saudáveis, etc.
 - Equipa de Intervenções na Comunidade:
 - Uma Vida Ativa Produtiva, com realização de ações de sensibilização sobre estilos de vida saudáveis e prevenção de dependência na população ativa, em articulação com coletividades do concelho;
 - Acolher o Doente Mental, interligado com os programas de promoção da saúde mental e prevenção da doença mental e dos reinternamentos, envolvendo um acompanhamento e monitorização das pessoas que realizam terapêutica neuroléptica injetável, existindo um enfermeiro de referência;
 - Rastreios em Saúde, que permite um maior conhecimento da comunidade;
 - Voz da Saúde, onde é divulgada informação de carácter informativo, formativo e técnico-científico, dentro e fora do centro de saúde.
 - Equipa de Cuidados Continuados Integrados:
 - Integra uma equipa multiprofissional, com os profissionais da UCC, em articulação com as outras unidades funcionais do ACES e com os parceiros comunitários, pessoas e família (vizinhos, familiares, cuidadores informais), trabalhando no sentido de facilitar a acessibilidade, rapidez e proximidade à orientação e resolução de situações. Tem lotação de 14 camas.
 - Equipa de Intervenções em Parceria:
 - Intervenção Precoce (IP), destinada a crianças em idade pré-escolar que estejam em risco de atraso de desenvolvimento, com deficiência ou necessidades educativas especiais;

- Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR), colabora na avaliação, diagnóstico, acompanhamento e encaminhamento de situações referenciadas com necessidade de intervenção na área da saúde por diversos profissionais;
- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), envolve diversos parceiros da comunidade, promovendo e protegendo os direitos das crianças e jovens que estejam em situações de risco ou perigo, no sentido de garantir a sua segurança, bem-estar e desenvolvimento integral;
- Rede Social, atua na promoção e desenvolvimento social, envolvendo o contacto com todos os parceiros da comunidade com a finalidade de combater a pobreza e a exclusão social,
- Núcleo Local de Inserção – Rendimento Social de Inserção, promove a autonomia das famílias beneficiárias do mesmo através da sua integração laboral, social e comunitária.

Em todos os cuidados e serviços prestados pela UCC é passível a atuação do EEESMP.

Os centros de saúde assumem-se como as instituições capazes de concretizar os objetivos de inserção e restituição dos doentes à comunidade. Sendo vocacionados para a identificação e tratamento precoce dos sintomas, a Saúde Mental, não é exceção. Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) devem ser progressivamente envolvidos em questões de Saúde Mental, com continuidade e cruzamento entre os cuidados psiquiátricos e os cuidados primários (Moreira & Melo, 2005).

Indo ao encontro do que é pretendido no Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM), os cuidados prestados no âmbito da saúde mental nos CSP deverão ser específicos, com implementação de intervenções e programas terapêuticos fundamentados em evidência científica e envolvendo equipas multidisciplinares com treino específico e capacidade de implementação de programas diferenciados (Xavier et al., 2017).

3 - ANÁLISE REFLEXIVA DAS ATIVIDADES REALIZADAS PARA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

As pessoas em situação de doença esperam, dos profissionais de saúde, pessoas capazes de reagir a acontecimentos, de enfrentamento de situações inesperadas, complexas, com pertinências nas suas iniciativas e qualidade nos procedimentos executados. Esta exigência de competências é a base para uma prestação de cuidados de confiança.

Le Boterf (2006) defende que não basta que o profissional seja detentor de competências para que se possa confiar inteiramente no seu trabalho. É fundamental que demonstre capacidade de as associar e mobilizar adequadamente, demonstrando apropriação das mesmas, numa determinada situação.

A ação de um profissional competente assenta em três níveis de competência, numa perspetiva construtivista, com a mobilização de conhecimentos, saber-fazer, recursos cognitivos e competências comportamentais, mobilizados para agir; com a dimensão da ação e dos resultados que ela produz; e a dimensão da reflexividade, com processos de análise e de compreensão das dimensões anteriores (le Boterf, 2006).

A construção de competências assenta numa combinação entre os conhecimentos que possui, com a sua experiência e mobilizando os seus recursos pessoais e os recursos do meio envolvente (le Boterf, 2006).

A Enfermagem é uma profissão que presta cuidados ao ser humano, ao longo do seu ciclo vital e nos mais variados contextos de vida, verificando-se uma crescente evolução ao longo dos tempos, não só a nível da dignificação do exercício, como a nível da complexificação (Cantante et al., 2019).

Falando em competências na realidade da Enfermagem, “a competência não é nem o saber isolado, nem somente a ação, é um saber em atos, responsável e organizado em função de uma finalidade” (Phaneuf, 2005, p.4), em que os cuidados evidenciam a mobilização dos seus recursos individuais, capacidades cognitivas e socio-afetivas, de saberes teóricos, organizacionais e procedimentais, habilidades técnicas e relacionais. Esta mobilização de recursos, conjugados com os recursos do meio deverá ser integrada e combinada num juízo crítico e fundamentado por forma a saber atuar em situações de complexidade de cuidados (Phaneuf, 2005).

Neste capítulo apresentaremos o percurso de aprendizagens nos locais da prática clínica já descritos, que culmina na aquisição e desenvolvimento de competências comuns do EE, competências específicas do EEESMP e competências de Mestre em Enfermagem. Em cada competência referida serão abordadas as atividades que possibilitaram a aquisição e interiorização da referida competência de uma forma reflexiva e analítica.

3.1 – Desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

É expectável que o EE aprofunde os domínios da prática do enfermeiro de cuidados gerais, evidenciando na intervenção de enfermagem, conhecimentos, capacidades e habilidades, tornando-a coerente e contínua, em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção (OE, 2019).

Enfermeiro especialista é aquele a quem são reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados, seja qual for a área de especialidade e envolvem as dimensões da educação das pessoas, de orientação, de aconselhamento, liderança, responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação pertinente que confira qualidade e avanço à prática de enfermagem (OE, 2019).

As competências comuns são “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019, p. 4745).

São quatro os domínios das referidas competências:

- A - Responsabilidade profissional, ética e legal;
- B - Melhoria contínua da qualidade;
- C - Gestão dos cuidados;
- D - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A - Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

Neste domínio é definido como competência a prática profissional ética e legal, com a tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas e práticas em que sejam garantidos o respeito pelos direitos humanos e a responsabilidade profissional.

“A função da ética é guiar a ação a favor do bem presumido do *outro*. Implica uma reflexão sobre o agir, reportada a valores e a princípios, promovendo ou apelando a comportamentos que respeitem sempre a pessoa humana, sem discriminações” (Vaz, Rosário, Silva & Nunes, 2011, p. 8). Inclui as ações voluntárias do enfermeiro ao prestar cuidados, sujeitas a valores, normas, interesses e princípios, baseando-se a conduta ética dos enfermeiros, no princípio primário de obrigação com o respeito pela vida humana (Nunes, 2018).

Durante a prática do exercício da enfermagem são múltiplos os casos que podem suscitar dilemas, questões e dúvidas. Durante a prática clínica em contexto de estágio não foi diferente, todavia, foram assegurados em todos os cuidados o cumprimento do código deontológico de enfermagem. A reflexão com equipa, particularmente com as enfermeiras orientadoras, na qualidade de peritas nas suas áreas de atuação e de referência no processo de aprendizagem, sobre as situações que suscitaram dúvidas ou questões

éticas no cumprimento de todos os aspetos éticos e deontológicos, tornou o processo facilitador.

No decurso do Estágio Final foi possível participar em questões de natureza ética na população juvenil em crianças seguidas pelo NACJR e CPCJ vítimas ou em risco de negligência ou violência doméstica, compreendendo o quão complexo e determinante é o processo. Sendo alguns casos adversos evitáveis, a avaliação e atuação do EEESMP torna-se fundamental no despiste, no encaminhamento e na intervenção individual e/ou familiar.

Uma das questões que surgiram no Estágio I e que suscita questões éticas é o internamento compulsivo. Foram vários os casos de clientes internados sob medidas de internamento compulsivo e com necessidade de contenção física e química. As medidas estão regulamentadas ao abrigo da Lei de Saúde Mental 36/98 de 24 julho (Portugal, 1998) e pela Orientação da DGS 21/2011 sobre “Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente”. Também em contexto comunitário, deparamo-nos com várias situações complexas, com necessidade de abordagem multiprofissional e em que o risco incidia não só sobre a própria pessoa, como punha em risco outras pessoas da comunidade. Em várias situações a restrição do direito à liberdade foi objeto de avaliação.

Nestas situações a avaliação da gestão do risco torna-se imprescindível, devendo a atuação do EEESMP ser dirigida às pessoas em situação vulnerável e primar pela qualidade dos cuidados, tendo em consideração o respeito pelos seus direitos humanos e garantindo os cuidados necessários, o que permitirá estabelecer uma relação de maior confiança entre enfermeiro e cliente e deste modo, conseguir a colaboração e envolvimento do mesmo, estabelecendo parceria nos cuidados e evolução favorável.

Importa referir que em todas as atividades desenvolvidas nos dois estágios houve preocupação inerente no respeito pela vontade do cliente com a colaboração do mesmo e com o seu consentimento verbal para a realização e participação nas atividades propostas. O anonimato, incluindo em trabalhos no contexto académico, foi assegurado em todas as situações, não colocando em causa a privacidade e individualidade de cada cliente

/família/comunidade, com a garantia da confidencialidade da informação escrita e oral, o respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais e promoção da segurança e dignidade das pessoas. A atuação foi assim sustentada no cumprimento do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e nos princípios éticos e deontológicos da profissão com defesa pelos Direitos Humanos.

Destaca-se ainda o contributo das UC de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem; Gestão em Saúde e Governação Clínica; Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde e; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica I e II, que contribuíram para o desenvolvimento de um espírito crítico e reflexivo acerca da prática diária tornando-a profissional, ética e fundamentada, evidenciando a decisão suportada em princípios, valores e normas deontológicas.

B - Melhoria contínua da qualidade

Neste domínio, o EE garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e, garante um ambiente seguro e terapêutico (OE, 2019).

No desenvolvimento desta competência, as UC de Gestão e Governação clínica e Investigação tiveram contributos relevantes com os conteúdos lecionados e conhecimentos adquiridos.

A OE assume que a qualidade na saúde, é uma questão multiprofissional e que tem um contexto de aplicação local, ou seja, a qualidade obtém-se a partir do correto exercício da enfermagem e com o contributo da profissão no seu âmbito, tornando visível o esforço para obter essa mesma qualidade (Ribeiro, 2012). A necessidade de implementar sistemas de qualidade é assumida, quer por instâncias internacionais como a OMS e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade, revelando-se como uma ação prioritária (OE, 2001).

Em cada um dos estágios foi realizada reunião informal com os elementos gestores dos serviços, com o intuito de se perceber quais os indicadores de saúde relevantes em cada instituição, nomeadamente na área da Saúde Mental e Psiquiatria e de que forma poderíamos contribuir para o atingimento e cumprimento dos objetivos das instituições e colaborar no processo de melhoria contínua da qualidade. No caso da UCC, foi consultado o plano de ação da respetiva unidade e houve participação nas reuniões de equipa de enfermagem, o que possibilitou perceber o envolvimento e empenho da UCC. Também o empenho passou pela consulta de manuais até então não utilizados na prática diária ou no Estágio I, como o PNSE, Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em Meio Escolar, entre outros e pela consulta da informação existente em relação aos programas e projetos em desenvolvimento pela UCC.

No processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, foram incorporados os resultados da investigação na nossa prática, tendo as pesquisas bibliográficas e a RIL contribuído para uma intervenção fundamentada e com qualidade. “A produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.” (OE, 2001, p.12).

A intervenção foi também sustentada no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2015), que constituem um instrumento essencial para a promoção da melhoria contínua dos cuidados e permitem a reflexão sobre a prática especializada. As práticas assentes nos enunciados descritivos do referido regulamento garantiram um ambiente terapêutico, seguro e a consciência e o respeito pelo *outro*.

De referir que quanto ao método de trabalho de enfermagem no serviço de internamento, no contexto da prática clínica no Estágio I, foram cumpridos os pressupostos do método de trabalho do enfermeiro responsável assegurando a qualidade dos cuidados prestados. O serviço de internamento de psiquiatria tem as suas especificidades, nomeadamente na administração de terapêutica, na elaboração do processo de enfermagem e na utilização de equipamentos de proteção individual, que

foram tidos em conta e alvo de consulta prévia, pesquisa diária e reflexão com a orientadora do estágio, tendo-se desenvolvido aptidões específicas.

C - Gestão dos cuidados

Neste domínio o enfermeiro gere os cuidados, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto garantindo a qualidade dos cuidados (OE, 2019).

No domínio da gestão dos cuidados, o EE adapta os recursos às necessidades de cuidados, primando pela qualidade dos mesmos, e poderá ser ele o agente de mudança face à posição privilegiada em que se encontra e sustentado nos cuidados que defende com as conceções teóricas e os princípios científicos como elementos fundamentais na determinação do campo específico e disciplina de enfermagem (Soares, 2017).

Nos dois contextos da prática clínica foi constatada a necessidade de organização dos cuidados de enfermagem na procura permanente da excelência profissional. Constatou-se a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade da prática profissional; a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpora as necessidades de cuidados de enfermagem, as intervenções e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem por parte dos clientes; a satisfação dos enfermeiros face à qualidade da prática; o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem; a existência de uma política de formação contínua que contribua para o desenvolvimento profissional e de qualidade e; a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade, em resposta ao preconizado pela OE (2001).

Em ambos os estágios foi uma constante a preocupação com a integração nas equipas de saúde. O conhecimento das estruturas físicas e organizacionais possibilitou a visão global do funcionamento das equipas, demonstrando-se essencial o conhecimento do contexto onde a prática clínica decorre, tendo em conta todas as estruturas físicas, recursos humanos e materiais, a filosofia do cuidar, a organização e a articulação com outros colaboradores.

O domínio da gestão dos cuidados foi evidente no planeamento das intervenções, tendo por base as necessidades das pessoas, com recurso a fundamentação teórica e tendo em conta os recursos disponíveis e necessários para a implementação das mesmas. Neste sentido, objetivámos a qualidade dos cuidados com o alcance dos ganhos em saúde. Também a utilização dos Sistemas de Informação em Saúde, nomeadamente o SClínico existente em ambos os contextos de estágio, contribuíram para a qualidade dos cuidados, assente num planeamento responsável, evidenciando a melhoria da informação necessária para o processo de cuidados de enfermagem. Os Sistemas de Informação em Saúde são um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para o planeamento, organização, operacionalização e avaliação dos serviços de saúde, de acordo com a OMS (Rodrigues et al., 2019).

No Estágio Final, foi possível conhecer os vários parceiros na área da Saúde Mental, compreendendo a colaboração e articulação com a equipa de saúde e participar em várias reuniões, mas aqui com participação essencialmente através da observação e reflexão. Ainda neste estágio, com a intervenção em contexto escolar, na área da promoção da Saúde Mental e respondendo ao PNSE, foram várias as participações em reuniões com os colaboradores educativos, no sentido de conhecer e gerir as áreas a intervir.

Quanto à delegação de tarefas, como salvaguardado no artigo 10º do REPE (OEB, 2015), em pessoal funcionalmente dependente, neste caso Assistentes Operacionais, foi mais visível no Estágio I, em que as tarefas foram delegadas tendo em conta o grau de dependência dos clientes e assentaram maioritariamente em tarefas referentes a cuidados de higiene e alimentação dos clientes, assegurando sempre a supervisão por parte da mestrandia.

Considera-se aqui o Estágio I enriquecedor no sentido que a orientação do mesmo esteve a cargo dum EEESMP com funções de gestão, pelo que foram presenciados momentos de delegação de tarefas, supervisão das mesmas e gestão dum serviço de psiquiatria em termos de recursos humanos e materiais, denotando-se sempre a preocupação pela segurança dos clientes, das equipas e da qualidade dos cuidados subsequente.

Foi também possível, em ambos os contextos de estágio, a referenciação de determinadas situações problemáticas identificadas, para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos envolvidos no processo de cuidados de saúde (OE, 2001), nomeadamente médicos e assistentes sociais.

Importa ainda referir aqui os contributos das UC de Gestão e Governação Clínica com os conteúdos lecionados, ressaltando os aspetos relativos à compreensão do papel dos sistemas de informação clínica na prática, no desenvolvimento de capacidades de comunicação interpessoal, nos processos de liderança em vários contextos e na aplicação de metodologias e estratégias de promoção da segurança das pessoas. Também a realização dum trabalho académico nessa mesma UC referente ao tema Liderança teve o seu contributo positivo, entendendo-se que a liderança é um dos pilares essenciais no processo de trabalho do enfermeiro, e exige assertividade, disciplina, humildade, respeito e compromisso, alcançando-se um ambiente de trabalho favorável e estabelecendo-se elos de confiança e minimizando o conflito.

D - Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Neste domínio espera-se que o EE desenvolva as competências de autoconhecimento e a assertividade e baseie a sua prática clínica especializada em evidência clínica (OE, 2019).

O desenvolvimento destas competências foi todo um processo que se iniciou durante o primeiro ciclo de estudos do mestrado, com a contribuição das UC Desenvolvimento Pessoal, Relação de Ajuda em Saúde Mental, Investigação em Enfermagem, Formação e Supervisão em Enfermagem, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica I e II e, Avaliação Diagnóstica e Intervenção Terapêutica.

A análise frequente do comportamento foi uma constante através de reflexões individuais, reflexões com pessoas de referência no percurso académico e, em reuniões informais com as enfermeiras e docente orientador dos estágios no sentido otimizar o autoconhecimento, de identificar atitudes e melhorar comportamentos permitindo o

desenvolvimento de relações profissionais e terapêuticas assertivas, o que conduziu ao desenvolvimento pessoal e profissional.

A identificação de diversos sentimentos, emoções e posturas tornou-se facilitadora no processo de autoconhecimento, que embora inicialmente possa ser incómodo e constrangedor, demonstraram-se impulsionadores do processo de crescimento e desenvolvimento pessoal. Neste sentido o stress vivenciado em várias ocasiões e perante determinadas situações foi entendido como uma reação à mudança que exige uma adaptação e resposta que poder ser física, mental ou emocional, tal como nos diz Townsend (2011). O processo de gestão de sentimentos e emoções foi conseguido no sentido de dar uma resposta eficiente, recorrendo a várias estratégias pessoais adaptativas de *coping*.

Todo o processo de autoconhecimento permitiu o crescimento e desenvolvimento dum comportamento mais assertivo, com sentimento de poder pessoal e autoconfiança, evidenciando maior seguranças nas relações terapêuticas estabelecidas e na vivência diária. O comportamento assertivo transmite a sensação de bem-estar e aumenta a autoestima, permitindo uma relação interpessoal satisfatória, com base na honestidade, frontalidade, adequação e respeito pelos próprios direitos e pelos direitos dos outros (Townsend, 2011).

Tendo em conta os objetivos definidos em cada ensino clínico, e por forma a facilitar o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências, foi realizado um projeto de aprendizagem. Este, embora não tenha sido solicitado em termos académicos, constituiu-se como um elemento facilitador na reflexão, na estruturação dos conhecimentos e experiências a adquirir e serviram de guia na sistematização da prática enquanto futuro EEESMP. Considera-se que foram particularmente importantes pela falta de experiência na intervenção especializada, diminuindo assim algum nível de ansiedade da mestranda facilitado pela estruturação e planeamento das atividades.

Ao longos dos ensinamentos clínicos, todas as atividades desenvolvidas foram iniciadas e sustentadas na elaboração de um plano de sessão, possibilitando a preparação das atividades e intervenções com fundamentação teórica científica e metodológica. Após

cada atividade foi feita uma avaliação de cada sessão permitindo uma análise reflexiva da atividade e otimizando a aprendizagem. De ressaltar, que em ambos os ensinamentos clínicos várias atividades foram executadas por duas mestrandas, tendo sido um ponto facilitador na organização, estruturação e partilha de conteúdos, sentimentos e dúvidas.

Uma das etapas da aprendizagem, no Estágio I, passou também pela realização e apresentação de trabalho académico em formato de estudo de caso na área da intervenção especializada em Saúde Mental e Psiquiatria, com utilização de linguagem CIPE, o que permitiu o desenvolvimento das competências no processo de avaliação diagnóstica, considerando todos os seus elementos intervenientes. Assim, foi possível o desenvolvimento do raciocínio clínico de enfermagem. A elaboração dum estudo de caso possibilita ao estudante a observação, compreensão, descrição e análise reflexiva sobre uma situação específica, consolidando conhecimentos e experiência que podem ser úteis face a outras situações. Torna-se um processo investigativo, em que o estudante se envolve e metodologicamente recolhe informações, desenvolve pensamento clínico, crítico e reflexivo, procurando compreensão da situação e de soluções num processo de julgamento e avaliação (Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

Para as aprendizagens profissionais houve recurso a evidência científica permitindo uma prática especializada. Para tal também contribuiu a RIL na abordagem aos adolescentes em contexto escolar, tendo culminado na realização de um artigo de investigação.

Para desenvolvimento deste domínio também contribuíram a frequência de vários encontros/ ações de formação, nomeadamente o IV Encontro Nacional das Famílias subordinado ao tema “Financiamento Global em Saúde Mental” a 24 maio 2019, realizado no Cineteatro Paraíso em Tomar; o I Encontro Tela de Emoções, VIII Encontro + Contigo, realizado no dia 02 de outubro de 2019, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; o X Congresso Internacional d’A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental subordinado ao tema “Desafios em Saúde Mental”, realizado de 29 a 31 de Outubro de 2019, no Instituto Politécnico de Portalegre e, frequência do curso “Saúde Mental Positiva” e; as III Jornadas Templárias de Psiquiatria do Centro Hospitalar do

Médio Tejo, com o tema “Saúde Mental na Comunidade, Respostas e Desafios”, nos dias 28 e 29 novembro de 2019.

3.2 - Desenvolvimento das Competências Específicas do EEESMP

O desenvolvimento da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica acompanhou a evolução da história da Enfermagem, tendo-se iniciado em Portugal, em asilos, casas de saúde e hospitais de alienados em meados do século XX. Entender a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é compreender que as ações foram iniciadas dentro de portas fechadas e asilos, em funções de guardas e vigilantes, e que através dos cuidados e da assistência prestada aos alienados se contribuiu para a evolução da psiquiatria (Candeias, Esteves & Sá, 2016).

O tratamento e acompanhamento das pessoas com doença mental alterou-se muito ao longo dos tempos. Atualmente, defende-se e constata-se que as pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por EEESMP, promovendo a diminuição do grau de incapacidade que a doença mental provoca (OE, 2018).

“O EEESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais” (OE, 2018, p. 21427). O foco da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica está nos três níveis de prevenção, na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção face às respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, que causem sofrimento, alteração ou doença mental (OE, 2018).

São quatro as competências específicas do EEESMP (OE, 2018, p. 21427):

- “F1 - “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;

- F2 - Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- F3 - Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
- F4 - Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”.

A aquisição das referidas competências permitirá ao EEESMP a mobilização de si mesmo enquanto instrumento terapêutico numa relação, desenvolver vivências, conhecimentos e capacidades do foro terapêutico, permitindo uma prática profissional com mobilização de competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais (OE, 2018).

Neste sentido, faremos a descrição das competências e as atividades que possibilitaram a aquisição das mesmas. De ressaltar que, como preconizado, os conteúdos lecionados nas várias UC contribuíram para a consecução das mesmas.

F1 - “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional

Consoante o seu descritivo, o EEESMP deverá ter a capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e socio terapêuticas, central para a prática de enfermagem de saúde mental, tendo presente que a interferência na capacidade de estabelecimento numa relação terapêutica e no desenvolvimento das intervenções específicas condiciona os resultados esperados (OE, 2018).

É a partir das situações vivenciadas, da reflexão e da integração das experiências que nós desenhamos e construímos o conhecimento, sendo o sustento desse, a experiência de Si com os outros seres humanos. A reflexão é, neste sentido sempre propositada, ou seja, serve para saber sobre si e o mundo e, sobre a forma de estar neste. É com esta

reflexão que construímos conhecimento pessoal, *insight*, e requer habilidades de análise, síntese e de relação com os outros (Nunes, 2018).

Tal como Oliveira & Carraro (2011) referem, a sociedade contemporânea está dispersa e desprovida de referenciais, em acelerado processo de mudança, caracterizado pelo domínio da tecnologia, da técnica, existindo a falta de compromisso moral com o outro. Nas vivências do dia a dia as relações de cuidado assumem um carácter de familiaridade, em espaços e em convívio com os outros sem refletirmos nos detalhes da relação.

De ressaltar que a reflexão permitiu não só perceção do papel do EEESMP, como a nível profissional, no âmbito da prestação de cuidados gerais de enfermagem, possibilitou o resgate e aprofundamento da abordagem holística, a saída da automatização dos cuidados, com desenvolvimento de habilidades de escuta e de comunicação imprescindíveis ao cuidado. Também a nível pessoal se verificou crescimento, ponderação, capacidade de reflexão sobre os atos e sobre o diálogo na relação, seja em contexto profissional seja em contexto familiar e social.

Esta reflexão necessária ao autoconhecimento foi desde o início do mestrado, uma prática. A vivência de momentos determinantes, marcantes, não só experienciados no âmbito dos estágios, mas também nas várias UC que promoveram a reflexão e olhar retrospectivo sobre as nossas escolhas, experiências e condutas. A atitude reflexiva acerca do desempenho, das expectativas e do conhecimento foi realizada em momentos individuais e auxiliado também pelas enfermeiras orientadoras dos estágios e do docente responsável, permitindo o desenvolvimento do espírito crítico e auto consciencialização.

O desenvolvimento pessoal foi-se fortalecendo com as várias experiências vivenciadas e, podemos dizer que trouxe frutos. Não poderemos afirmar que assim foi no início da prática em estágio. O impacto inicial sentido no primeiro estágio foi-se dissolvendo gradualmente e os constrangimentos iniciais em termos de estabelecimento de relações terapêuticas foi sendo ultrapassado com o contributo de momentos de partilha com enfermeira orientadora e pessoas de confiança, reflexão e motivação para “crescer”. O facto de um serviço de internamento de psiquiatria de agudos ser um serviço específico,

com normas e regras tão características, suscitou apreensão, sentimentos, emoções, nem sempre positivos, e algumas dúvidas face ao, até então, desconhecido, mas essenciais para evoluir e entendidos como oportunidades de crescimento. Citando Rogers (2010), ao aceitarmos as nossas perceções e sentimentos estamos mais aptos para aceitar as reações às nossas atitudes e assim tornamo-nos capazes de aceitar a alteração da experiência e dos sentimentos que podem, então, ocorrer em nós e nos outros. Assim, é quando aceitamos as nossas atitudes, tanto negativas como positivas, como um facto, como parte de nós, que as relações com as outras pessoas se tornam o que são e podem crescer e transformar-se com maior facilidade.

É compreensível que a primeira competência específica do EEESMP seja a tomada de consciência de *Si* e o autoconhecimento. O uso terapêutico de *Si* exige que o enfermeiro tenha a capacidade de utilizar a sua própria personalidade conscientemente, para estabelecer vínculos e estruturar intervenções de enfermagem (Townsend, 2011). Durante a prática clínica em ambos os estágios, o estabelecimento de relações terapêuticas envolveram obrigatoriamente, um investimento não só profissional como também pessoal, com a melhoria na capacidade de aceitação, empatia, autenticidade, confiança e respeito. Estas características são fundamentais para a construção de uma relação terapêutica.

Chalifour (2008) considera o interveniente, neste caso o enfermeiro, como um sistema aberto e descreve-o como possuidor das mesmas características humanas que o cliente acrescentando as suas habilidades e atitudes profissionais e a consciência de que as suas expectativas pessoais e profissionais terão consequências sobre a forma e a qualidade da sua relação com o cliente. De referir que o sentimento nem sempre foi de segurança e confiança no papel de facilitador, face às características dos clientes e das abordagens necessárias. No Estágio Final, e no âmbito do tema deste relatório e na intervenção escolar, sendo uma novidade na atuação enquanto enfermeira, surgiu uma atmosfera de apreensão, receio e desconforto na intervenção em turmas com adolescentes, por não ser uma realidade habitual tanto a intervenção com jovens, como com grupos. Esta perceção foi verbalizada e trabalhada, em conjunto com orientadora, tendo-se verificado melhoria e maior segurança na abordagem aos jovens. Após reflexão, chegamos também à

conclusão que a escolha e a motivação para o tema do *bullying*, deveu-se a vivências pessoais passadas, o que permitiu uma maior empatia e compreensão das emoções relacionadas, facilitadoras da relação de ajuda e refletindo sobre a existência ou não de processos de contratransferência face aos supostos agressores.

Em jeito de síntese, a prática clínica em dois contextos diferentes foi extremamente enriquecedora. No Estágio I tivemos o contacto com a doença mental e com tudo o que a envolve, possibilitaram-se momentos de grande crescimento, de aprofundamento de conhecimentos teórico-práticos, de intervenções postas em prática pela primeira vez, mas tudo contribuiu para uma evolução positiva. No Estágio Final, em contexto comunitário, a abordagem foi ao encontro das expectativas. A sua globalidade de cuidados, a pluralidade de oportunidades de atuação e a vertente da promoção da saúde mental e prevenção e reabilitação das pessoas com doença mental em contexto comunitário foram extremamente favorecedores do sentimento de grandiosidade e generosidade que é a prestação no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na comunidade.

Assim, as várias atividades e intervenções psicoterapêuticas, socio-terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas planeadas e desenvolvidas nos estágios, bem como as reflexões sobre as mesmas, juntamente com a supervisão das enfermeiras orientadoras, docente e equipa contribuíram para o desenvolvimento de várias competências bem como para a interiorização de fatores pessoais e profissionais que podem ser benéficos e facilitadores, ou não, das relações com os clientes e conseqüentemente, influenciar os resultados esperados. Esta interiorização e trabalho conseqüente permitiu assim um crescimento pessoal, profissional e beneficiou as relações estabelecidas.

F2 - Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental

No descritivo desta competência, o enfermeiro recolhe a informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção e proteção da saúde e a prevenção da doença mental. Este processo exige a mobilização

de aptidões como a comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão de registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes (OE, 2018).

Segundo a OE, na promoção da saúde mental, o EEESMP ajuda os clientes a alcançarem o seu máximo potencial de saúde (OE, 2015). A promoção de saúde mental é premente ao longo de todo o ciclo vital das pessoas, englobando a otimização da saúde mental na infância, nas escolas, na vida laboral, na idade adulta e na velhice (Lehtinen, 2008).

Em ambos os locais de estágio, como já referido, houve a preocupação em recolher informação pertinente, nomeadamente, no serviço de psiquiatria, saber quais as características da população e quais os transtornos que apresentam mais frequentemente, permitindo um planeamento das atividades a desenvolver. No contexto comunitário foi também fundamental o conhecimento das respetivas unidades funcionais e a intervenção do EEESMP nas várias parcerias estabelecidas com entidades na comunidade, de modo a colaborar na implementação de programas de promoção de saúde mental.

Para o desenvolvimento desta competência foi trabalhada a aptidão da comunicação e a técnica da entrevista, dado que é através destas aptidões que se colhem informações com a pessoa e família e se faz a avaliação necessária para a intervenção.

A comunicação constitui a principal ferramenta terapêutica de que o EEESMP dispõe para conhecer a personalidade, o contexto de vida da pessoa, tendo-se tornado facilitador o desenvolvimento de certas habilidades de contacto, utilizando os sentidos, a observação, a atenção à comunicação verbal e não verbal, o reconhecimento e interpretação de mensagens pouco claras, mas no fundo afetivas e carregadas de significado. Tudo isto no acompanhamento de determinados processos, em entrevistas e em relação de ajuda, onde houve a promoção da expressão de sentimentos e emoções. Este processo nem sempre foi linear e facilitado, dadas as características intrínsecas de cada pessoa/família com que estabelecíamos relação e da própria patologia, mas a reflexão e empenho, o entendimento de cada situação com base na avaliação de comportamentos, de posturas, de silêncios, não descurando obviamente o conhecimento

da história clínica de cada pessoa e o conhecimento obtido de outras fontes de informação e de outros profissionais, tornaram um estabelecimento de relações terapêuticas mais eficaz.

Chalifour (2008) descreve a entrevista como um conjunto de interações verbais e não verbais entre o interveniente e o cliente onde se utilizam certos modos de fazer e estar, em função da compreensão dos seus papéis, do contexto, das suas características particulares, do conteúdo tratado, dos objetivos esperados e do tempo que acordaram para este fim. As trocas existentes são diversificadas devido à natureza do cliente, do interveniente, do objetivo da entrevista, do conteúdo tratado, da duração, da frequência, do lugar onde se desenvolve e do seu contexto situacional. Assim sendo, cabe ao interveniente avaliar todas estas influências.

Durante a prática foi possível realizar entrevistas, existindo o primeiro contacto, designado como *fase de orientação* da relação (Chalifour, 2008; Franzoi et al, 2016), onde existe a procura por parte da pessoa a partir de uma necessidade sentida, que deve ser esclarecida e definida e o enfermeiro orienta-a e/ou família sobre o que está a acontecer, estabelecendo o vínculo à medida que as necessidades vão sendo identificadas, prestando particular atenção a vários aspetos. Em particular, em contexto de internamento hospitalar foram ponderadas várias condicionantes ambientais, como a privacidade, o ruído, o espaço físico, o estado clínico e a gravidade da situação, e a facilidade ou não de contacto com família ou cuidador de referência.

Existiram também várias oportunidades de realizar entrevistas consequentes, permitindo continuar na relação, definir estratégias para responder às necessidades das pessoas, favorecer a aprendizagem e expressão de novos comportamentos, ou seja, estabelecer um plano de cuidados individualizado, que segundo Chalifour (2008) constitui a *fase de trabalho*.

No Estágio Final o foco na promoção da saúde mental foi possível em vários contextos, direcionada a vários grupos e em vários ambientes, passando pela promoção da literacia em saúde, no sentido de capacitar as pessoas para a tomada de decisões,

melhoria da saúde e da comunidade e com o objetivo de alterar estilos e condições de vida (OE, 2015).

Para assinalar o dia da Saúde Mental, foram programadas e realizadas **sessões**, em conjunto com outra mestrandia e supervisão da enfermeira orientadora a adolescentes, com o intuito de **falar sobre o estigma da doença mental** e da importância de uma boa saúde mental a par com uma boa saúde física. Grande parte dos portugueses têm algum tipo de sofrimento mental. Em números, segundo a DGS (2014), mais de um quinto dos portugueses sofre de uma perturbação psiquiátrica (22,9%). Portugal é o segundo país com a mais elevada prevalência de doenças psiquiátricas da Europa, sendo apenas ultrapassado pela Irlanda do Norte. Cerca de 4% da população adulta apresenta uma perturbação mental grave; 11,6% uma perturbação de gravidade moderada e 7,3% uma perturbação de gravidade ligeira. As perturbações mentais e do comportamento representam 11,8% da carga global das doenças no nosso país, mais do que as doenças oncológicas (10,4%) e apenas ultrapassadas pelas doenças cérebro-cardiovasculares (13,7%). No entanto, apenas 1,7% procura ajuda especializada. Tudo isto acontece, muito devido ao estigma social que existe em relação a esta temática. A realização das sessões teve feedback positivo por parte de alguns alunos, com comentários pertinentes, inclusive dos professores e percebemos que o estigma está presente em todas as faixas etárias e no quão urgente é abordar o tema desde cedo.

Na colaboração na implementação de programas de promoção da saúde mental foram realizadas sessões dirigidas a diferentes grupos. Nomeadamente a pessoas idosas frequentadoras duma academia sénior, denominada “**Promoção da Saúde Mental na Academia Sénior**”, sensibilizando para o envelhecimento saudável, promovendo um envelhecimento saudável e dinâmico, motivando para a realização de atividades prazenteiras e satisfatórias conforme as suas preferências e aumentando a motivação dos idosos para uma participação ativa no ambiente que os rodeia.

Foram realizadas sessões nos vários grupos de preparação para o parto, juntamente com outra mestrandia, intituladas “**Promoção da Saúde Mental na Preparação para o Parto**”, sensibilizando para as funções parentais, com o intuito de facilitar as relações pais-crianças e sensibilizar para a importância da comunicação entre os membros da

família. No período pós parto foi também realizada uma sessão para a **“Promoção da Saúde Mental no Pós-Parto”**, contribuindo para a promoção da saúde mental das mulheres que vivenciam mudanças físicas, emocionais e psicológicas comuns no puerpério, facilitar o desenvolvimento das competências necessárias para os cuidados ao recém-nascido e, facilitar a educação pelos pares através da partilha de experiências entre os membros do grupo.

Em contexto de **visitação domiciliária**, foi possível participar e colaborar, em equipa multidisciplinar, na avaliação de clientes e seus familiares integrados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em tipologia de ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados), com o objetivo de avaliar fatores de risco e fatores protetores da saúde mental dos clientes e dos cuidadores informais e avaliar as necessidades de ajuda dos mesmos para futura intervenção. Para esta avaliação foi também relevante a participação em reuniões multidisciplinares da ECCI, realizadas mensalmente.

Em resposta ao PNSE e englobado na intervenção do EEESMP em contexto escolar foram realizadas intervenções em turmas do 5º, 6º e 7º ano do ensino básico onde foram abordadas temáticas como **“Os Malefícios do Tabagismo”**, **“O Sono do Guerreiro”**, **“Bullying”** e **“Assertividade”**.

Face ao já explanado no primeiro capítulo deste relatório é sabido que a escola é um importante campo de intervenção do EEESMP no desenvolvimento emocional e mental dos jovens e através da realização das sessões referidas tornou-se possível a mobilização de conhecimentos teórico-práticos e competências de EEESMP com o objetivo de promover estilos de vida saudáveis, promotores e protetores da saúde mental dos jovens, tal como preconizado no Regulamento nº356/2015 e Regulamento nº 515/2018 (OE, 2015; OE, 2018).

A elaboração do programa de prevenção do *bullying* contribuirá também para a aquisição desta competência específica, uma vez que será planeado para implementação em ambiente escolar, tal como exposto no quarto capítulo deste relatório.

F3 - Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto

Nesta ajuda à pessoa, o EEESMP sistematiza, analisa os dados e determina o diagnóstico de saúde mental, identificando os resultados esperados, planeando, desenvolvendo e negociando o plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde (OE, 2018). Esta competência está intrinsecamente ligada ao Processo de Enfermagem (PE), que fornece uma estrutura sistemática para a prestação de cuidados de enfermagem e cumpre a metodologia científica necessária. É um processo sistemático e dinâmico pelo qual o EEESMP, através da interação com o cliente e/ou família, recolhe e analisa as informações necessárias de natureza física, psicológica, sociocultural, espiritual, cognitiva, capacidades funcionais, de desenvolvimento, económicas e estilos de vida (Townsend, 2011).

Mais frequentemente no estágio em contexto de internamento, mas também em intervenção individual em contexto comunitário, na avaliação inicial e na colheita de dados foi incluído sempre o exame mental, que permite uma apreciação meticulosa e objetiva da pessoa e uma correta avaliação, tratamento psicopatológico, avaliação da disfunção cognitiva e angústia emocional (Trzepacz & Baker, 2001). Os mesmos autores referem que o exame mental permite a avaliação psiquiátrica e é possível através da observação do comportamento da pessoa, da descrição de forma objetiva e clara sem fazer juízos de valor e procura identificar os sinais de doença, referindo-se ao estado presente, sendo feito em simultâneo com a avaliação global da pessoa. Essa avaliação é feita durante a entrevista e muitos dos aspetos a avaliar exigem apenas a observação.

Segundo Meleis (2010, citado por Lopes, 2018), a avaliação objetiva a compreensão dos processos de transição em termos de autoconsciência, condições de transição e padrões de resposta. Consequentemente leva à compreensão do impacto das mudanças no autocuidado, considerando as relações familiares e comunitárias da pessoa (Lopes, 2018).

Na avaliação diagnóstica foram utilizados alguns instrumentos de medida sensíveis aos cuidados de enfermagem, integrados no SClínico existente em ambos os contextos de estágio, que permitiram compreender melhor cada situação, nomeadamente escalas de avaliação, constituindo-se como um precioso auxiliar na avaliação da pessoa e planeamento dos cuidados e avaliação do resultado das intervenções.

Na elaboração dos juízos clínicos sobre as respostas de cada pessoa recorreu-se à taxonomia CIPE versão 2015, que consiste na terminologia resultante de consensos, representando o que os enfermeiros observam (diagnósticos e resultados de enfermagem), bem como as ações empreendidas para resolver os problemas de saúde (intervenções de enfermagem), tornando-se num recurso confiável para documentar a prática de enfermagem e para tornar visível a contribuição dos enfermeiros para os cuidados de saúde, facilitando a auditoria, a investigação, educação e elaboração de políticas em benefício dos enfermeiros e das pessoas que cuidam (International Council of Nurses, 2016). De ressaltar que os diagnósticos elaborados foram validados com os clientes sempre que reuniam condições cognitivas para tal e definida a prioridade com base nas áreas mais problemáticas, merecendo maior atenção no processo de intervenção.

As intervenções de enfermagem planeadas em resultado da avaliação anteriormente referida, foram estabelecidas como ações em resposta a um diagnóstico de enfermagem de modo a produzir um resultado de enfermagem, tendo em conta as capacidades das pessoas e os seus recursos. Para além das técnicas de comunicação e de incentivo à expressão de sentimentos, foram simultaneamente utilizadas várias técnicas de intervenção, que serão abordadas na quarta competência específica do EEESMP. Após a implementação dos planos de cuidados, foram realizadas as avaliações dos processos, medindo o sucesso ou não das intervenções face aos resultados esperados. “Os diagnósticos, resultados e plano de cuidados são revistos conforme a avaliação o determina” (Townsend, 2011, p.155).

No Estágio I, em termos académicos foi solicitado a elaboração de um estudo de caso, já referido anteriormente, que é a expressão do PE face a uma pessoa com determinada situação clínica. Os restantes PE com planeamentos de cuidados, tanto no Estágio I como no Estágio Final, foram registados no aplicativo informático SClínico,

onde se preconiza a uniformização dos registos, sensíveis a indicadores de saúde e permite a partilha de informação com outros profissionais de saúde.

Ainda no Estágio I foi possível participar e observar a intervenção em contexto de consulta externa. Embora as oportunidades se referirem a consultas de enfermagem em que as relações terapêuticas já estavam estabelecidas e identificado o enfermeiro de referência, foi possível perceber e compreender a metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica. Esta metodologia permite coordenar as várias intervenções, reduzir o número e a duração dos internamentos, contribuir para a melhoria clínica, do funcionamento social e da qualidade de vida, procurando encontrar o equilíbrio entre as necessidades das pessoas e as do sistema, minimizando a fragmentação, a descontinuidade e a duplicação dos cuidados prestados (Guterres, Gonçalves, Afonso, Domingues & Carvalho, 2013). Assenta nos princípios da acessibilidade, da continuidade de cuidados, da promoção da autonomia, defesa dos direitos do doente, e resposta às necessidades dos doentes (Thornicroft, 1991).

Em contexto comunitário, nas várias visitas domiciliárias foi possível fazer uma avaliação global das condições e envolvências de cada pessoa e respetivo sistema familiar e rede de suporte, estruturar o PE e implementar várias estratégias, nomeadamente gestão do regime terapêutico e psicoeducação não estruturada, mas avaliada como pertinente no momento.

De ressaltar que todas as decisões, avaliações e intervenções foram discutidas com as enfermeiras orientadoras e por vezes em equipa, e implicaram supervisão e orientação, bem como esclarecimento de dúvidas.

No contexto escolar, em parceria com as escolas e com os agentes educativos, após identificação de casos específicos de violência tipo *bullying*, ou até mesmo de comportamentos de risco que podem atuar como fatores de risco da saúde mental e física, foram realizadas sessões à comunidade estudantil, nomeadamente a turmas de 5º, 6º e 7º anos, acerca de da importância do sono, os malefícios do tabaco, a assertividade e *bullying*. Estas duas últimas temáticas, integradas no domínio do tema deste relatório,

sustentadas com o conhecimento teórico adquirido através da RIL, promovendo assim, a PBE.

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

No descritivo desta competência o EEESMP mobiliza cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais na implementação das intervenções definidas no plano de cuidados, ajudando o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ou adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida. A finalidade dos cuidados é ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere. Este processo mobiliza as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar as estratégias (OE, 2018).

Os EEESMP têm intervenção em vários domínios, a nível biológico (no autocuidado, nutrição, relaxamento, terapêutica medicamentosa, etc.), a nível social (nas visitas domiciliárias, na abordagem à família, grupo e comunidade, etc.) e, a nível psicológico (na relação terapêutica, resolução de conflitos, terapia cognitivo-comportamental, psicoeducação). Estes são profissionais de referência nos cuidados prestados às pessoas com doença mental, habilitados para gestores de caso, com experiência nas áreas de intervenção de psicoterapia individual e de grupo, de psicofarmacologia e de reabilitação psicossocial (Townsend, 2011).

Durante o Estágio I a intervenção foi, como já sabido, direcionada a pessoas com patologia mental em processo de agudização da mesma e o foco da atuação foi a recuperação e melhoria do estado de doença e, em contexto comunitário foram realizadas intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais em contexto individual e de grupo, dirigidas aos vários níveis de prevenção. As várias intervenções psicoterapêuticas foram sustentadas no estabelecimento duma relação de confiança e de ajuda, que como já

referido, exigiu um autoconhecimento e uma evolução e desenvolvimento dessa percepção, tornando-se gradualmente mais eficazes. “O estabelecimento da relação permite identificar, pelo menos, focos de atenção de sentimentos e atitudes que os clientes desenvolvem em direção a si e aos outros, assim como a maneira como estes são expressos” (OE, 2015, p. 17040), identificando novas vias de resolução de problemas, promovendo a libertação de emoções e sentimentos, tornando a relação gratificante e efetivando-a como psicoterapêutica. A socioterapia em ESMP refere-se a um processo de relação interpessoal entre o EEESMP e um grupo, focando-se a intervenção na interação entre os elementos do grupo, remetendo para as interações familiares, sociais, etc. e possibilitando o desenvolvimento de novas respostas humanas para problemas de vida identificados ou novos problemas que surjam nos grupos, aumentando o sentimento de bem-estar (OE, 2015).

As sessões de psicoeducação como intervenções terapêuticas, possibilitaram a transmissão de informações sistematizadas, estruturadas e didáticas sobre determinados transtornos e o tratamento, não descurando os aspetos emocionais, no sentido de capacitar os clientes a lidarem com a sua situação de doença. Segundo a OE, a psicoeducação em contexto de psiquiatria, destina-se a pessoas com ou sem doença mental, mas com interesse em questões de doença mental, e possibilita a compreensão dos factos sobre um leque vasto de doenças mentais, de forma clara e concisa, sobre a estratégias para lidar com a doença e seus efeitos e é projetada como parte integrante do tratamento. Neste sentido possibilita aos indivíduos o envolvimento nas estratégias de gestão da doença e nos seus planos de prevenção de recaídas (OE, 2015).

Assumindo a intervenção nos vários campos referidos, psicoterapêutico, socioterapêutico e psicoeducacional, o EEESMP promove a reabilitação do indivíduo a nível psicossocial. Esta reabilitação psicossocial possibilita às pessoas criarem oportunidades de envolvimento ativo no desenvolvimento de competências físicas, emocionais e cognitivas indispensáveis para enfrentarem as exigências sociais da comunidade, no sentido de melhorarem a qualidade de vida, viverem, aprenderem e trabalharem na sua comunidade e a diminuírem a utilização dos serviços de saúde. Estas

intervenções devem ser bem estruturadas e implementadas de forma coordenada para possibilitarem o alcance de fins terapêuticos e ganhos em saúde (Violante, 2012).

Foram assim realizadas várias sessões, em contexto hospitalar, em conjunto com outra mestranda, após discussão das necessidades e pertinência das mesmas, para além das já referidas em pontos anteriores:

- **Atividade psicoterapêutica de grupo “Autoconhecimento – As emoções”**, com os objetivos de promover a interação entre os participantes, o autoconhecimento e a autodescoberta por intermédio de imagens. Nesta sessão foram percecionadas algumas dificuldades, debatidas com a enfermeira orientadora e avaliadas como fruto da inexperiência em gerir sessões de grupo, contudo necessárias para promover a reflexão e desenvolvimento de competências na área.

- **Intervenção psicoterapêutica “Biblioterapia”**, com os objetivos de promover a interação, a capacidade de concentração e leitura de textos, verbalização de sentimentos, pensamentos e emoções decorrentes das várias mensagens transmitidas pelos textos e identificação de aspetos pessoais de cada pessoa. Na biblioterapia, o texto funciona como mediador da relação, une o grupo e permite que cada um faça a sua própria interpretação. Existe a liberdade de cada um escolher o seu próprio sentido para o texto de acordo com as suas próprias experiências, permitindo libertar o que já viveu, mas com um distanciamento e num ambiente protegido, numa perspetiva de observador. Esta, tem como objetivo funcionar como instrumento terapêutico permitindo o acesso ao que o cliente encerra em si e que desta forma consegue partilhar e trabalhar com o terapeuta no sentido da mudança, permitindo que assuma a sua participação no processo terapêutico de forma autónoma. O terapeuta assume a tarefa de lhe demonstrar os diferentes recursos disponíveis pelos quais poderá optar (Mendes,2012).

- **Intervenção psicoeducacional “Intervenções breves no consumo de álcool”**, onde foram desenvolvidas várias sessões, no âmbito da intervenção à pessoa alvo do estudo de caso apresentado no Estágio I, com base no “Guia para um consumo de baixo risco- OMS-2001” (Babor & Higgins-Biddle, 2001), após se avaliar a quantidade e frequência dos consumos utilizando o questionário AUDIT. Estas sessões tiveram como objetivo

permitir a compreensão e interiorização da informação fornecida por parte do cliente, permitindo a reflexão e a aquisição dos conhecimentos adquiridos. A atitude psicoterapêutica foi sustentada numa relação terapêutica.

- **Intervenção psicoterapêutica “Exercício Físico”**, com os objetivos de promover hábitos de atividade física, concentração, bem-estar físico e psicológico reduzindo o stress e a ansiedade, promover a melhoria dos estados de humor, promover a interação entre os participantes e promover a autoestima. Lehtinen (2008) refere que uma má saúde física é um fator de risco para uma má saúde mental, então todas as formas que existem para manter a saúde física, o que inclui a prática de alguma atividade física, serão protetoras da saúde mental. O exercício físico é uma das determinantes estruturais de saúde mental, sendo mesmo a atividade de lazer com maior impacto sobre a saúde mental. (Lehtinen, 2008).

- **Intervenção psicoeducacional “Adesão ao Regime Terapêutico”**, com o objetivo de promover a adesão terapêutica e a verbalização de dúvidas e esclarecimento das mesmas. Segundo a CIPE (ICN, 2016), adesão terapêutica é definida por um comportamento de adesão em que são executadas as atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária. Um grupo psicoeducativo onde é abordado este tema inclui diversas tarefas que visam o desenvolvimento de atividades específicas, como por exemplo, gerir a terapêutica, onde é transmitida a informação acerca da medicação (Keltner, Schwecke & Bostrom, 2007). A OMS (2001) refere que mais tempo e energia investidos junto dos clientes de forma a permitir a sua adaptação ao regime terapêutico (trabalhando o objetivo do regime terapêutico e as consequências de uma boa adesão e uma má adesão a este) é um fator altamente potenciador de uma adequada adaptação ao regime terapêutico, com conseqüente redução dos reinternamentos e aumento do bem-estar. Neste contexto foi também elaborado um folheto informativo facilitador da consolidação da informação transmitida.

- **Intervenção Psicoterapêutica “Relaxamento de Jacobson”**, com os objetivos de promover o relaxamento, diminuir a ansiedade, o stress e a tensão muscular, promover a

expressão de sentimentos e emoções de bem-estar, calma e tranquilidade e assim, melhorar a saúde mental. O relaxamento é uma componente do controlo de stress que tem implicações negativas a nível da saúde física e mental das pessoas (Payne, 2003). Relativamente a esta atividade, foram vários os momentos de oportunidade de concretização, demonstrando a eficácia da mesma em diferentes fases de estabilização da doença em vários clientes e a adesão dos mesmos à intervenção. De ressaltar que o facto de existirem várias oportunidades também permitiu a execução da intervenção com maior segurança, conhecimento e eficácia por parte da mestrandia.

Resumindo, consideramos que ambos os estágios possibilitaram a aquisição das competências específicas do EEESMP. Os momentos de aprendizagem foram diversos, englobando processos individuais, coletivos, académicos e práticos. A prática clínica permitiu a interiorização e operacionalização de inúmeros conteúdos. Considera-se que o percurso nem sempre foi fácil numa fase inicial, mas prevalece o sentimento de necessidade de continuidade e desenvolvimento, o que se sente como positivo e gratificante.

3.3 – Desenvolvimento das Competências de Mestre

Segundo o Regulamento de funcionamento do Mestrado de Enfermagem de Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde e o 15º artigo do Decreto de Lei nº 63/2016 de 13 de setembro, posteriormente alterado pelo Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto, o grau de Mestre é conferido numa área de especialização, e a quem demonstre **a)** Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: I) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; II) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; **b)** Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; **c)** Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de

informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; **d)** Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; **e)** Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

A compreensão do nível de Mestre foi progressiva e acompanhou o desenvolvimento das competências comuns de EE e as competências específicas de EEESMP. Também os contributos das UC do 1º ciclo de estudos providenciaram uma bagagem de conhecimentos rica e facilitadora do aprofundamento de saberes nos ensinamentos clínicos.

O desenvolvimento de conhecimentos e aquisição de competências prepararam-nos e possibilitaram-nos a intervenção especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, com tradução num nível de julgamento clínico e tomada de decisão mais seguros e fundamentados e englobando os processos de vida das pessoas/famílias, os seus problemas de saúde e conceções de doença e as suas respostas em todo o processo de cuidados. A prática clínica durante os estágios possibilitou a mobilização e consolidação de conhecimentos tanto na vertente da pessoa com doença mental em fase aguda, como na fase de prevenção e reabilitação da doença mental, o que permitiu a atuação aos três níveis de prevenção e a perceção das especificidades de cada situação.

Na avaliação de cada situação e contexto foi imperativo o desenvolvimento da comunicação e das suas abordagens possíveis, possibilitando um planeamento cuidadoso das intervenções, após fundamentação e conhecimento teórico e discussão em equipa, seguido de uma intervenção ponderada e adequada a cada pessoa/família, baseada no juízo clínico que se foi desenvolvendo ao longo dos estágios. Este continuum de cuidados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica permitiu a melhoria dos cuidados de enfermagem, visualizados através de indicadores de saúde e ganhos de saúde nas pessoas cuidadas, bem como, no sentimento pessoal de crescimento e impacto positivo na vida das pessoas/famílias.

Aliados à prática estiveram sempre presentes os referenciais éticos e deontológicos contemplados no REPE e CDE, assim como o recurso à evidência científica que suportou o planeamento, a intervenção e a respetiva avaliação da intervenção.

Em ambos os estágios foi premissa a integração nas equipas multidisciplinares, com participação nos projetos e envolvimento nos cuidados abrangentes e em equipa, demonstrando-se disponibilidade, responsabilidade, iniciativa e participação, inclusive em reuniões de equipa e de projetos.

A realização da RIL como resposta à questão “*Qual a intervenção do EEESMP na implementação de um programa de prevenção do bullying entre adolescentes?*”, contribuiu para a PBE, uma vez que foram selecionados estudos que contribuíram para dar resposta à questão e promover a melhoria da qualidade dos cuidados, com integração dos seus conteúdos na prática efetiva. Ressalvando, no entanto, que a evidência disponível não é de todo suficiente e não aborda especificamente a intervenção do EEESMP, mas incide na promoção da saúde mental dos adolescentes envolvidos ou não em episódios de *bullying* e nas intervenções terapêuticas a vítimas.

No sentido do exposto, foi possível integrar a componente de investigação na prática de enfermagem especializada sustentada na PBE, operacionalizada no estágio Final com a elaboração de uma proposta de artigo científico intitulado: *Prevenção do Bullying na Escola – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, Revisão Integrativa* (APÊNDICE II).

Também a referir que neste relatório foi utilizada a metodologia de projeto, objetivando-se a resolução de problemas e permitiu a análise diagnóstica, planeamento, futura intervenção e consequente avaliação e, desta forma, integra-se a formação e a investigação na prática de Enfermagem, para uns cuidados de qualidade.

De salientar, que a necessidade permanente de busca de conhecimentos na área de especialização, contribuíram também para a aquisição de mais conteúdos e de informação recente, e foi possível através da frequência de vários momentos de aprendizagem, tais

como os congressos e jornadas já referidos no ponto onde são descritas as competências de EE.

Foi assim efetiva a proatividade e empenho no estudo, iniciando-se com a própria frequência do presente Mestrado, com intuito de aumentar o conhecimento e aplicar a evidência científica disponível.

4 – PROPOSTA DE PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO *BULLYING* - INTERVENÇÃO DO EEESMP - METODOLOGIA DE PROJETO

A elaboração de um projeto, plano ou programa no âmbito da saúde, exige um processo de planeamento que permita selecionar intervenções adequadas a uma determinada necessidade e numa determinada área.

O trabalho de projeto constitui uma metodologia focada na resolução de problemas pertinentes e reais, concretizáveis com o tempo, as pessoas, os recursos disponíveis ou acessíveis e com ligação à realidade na qual os alunos vivem (Mateus, 2011). Caracteriza-se por ser desenvolvido com pesquisa no terreno, dinamiza a relação teoria/prática, produzindo, num processo aberto, conhecimento sobre as temáticas em estudo ou intervir sobre os problemas identificados. Neste sentido, perspetiva alternativas e/ou intervém para resolução de situações concretas, respeitando os recursos e os possíveis limites de intervenção e exige uma planificação flexível suscetível de ser alterada de acordo com as necessidades do projeto (Leite & Ribeiro dos Santos, s.d.).

“A evidência científica mostra que as iniciativas bem-sucedidas em promoção da saúde mental nas escolas assentam numa metodologia de trabalho por projeto, continuada e com sequencialidade entre níveis de educação e ensino, sendo fundamentadas na teoria e nas práticas diárias” (DGS, 2016, p.13).

A metodologia de projeto não se baseia apenas na investigação de um determinado problema, mas sim, na tentativa de intervenção para a resolução desse mesmo problema, aproximando-se da investigação-ação, com o estabelecimento de uma dinâmica entre a teoria e a prática em que o investigador interfere no próprio terreno da investigação e está diretamente ligado às consequências da sua ação e intervenção (Ruivo et al., 2010). Neste método, o investigador compreende melhor a realidade da população afetada pelo problema, o que leva a uma melhor planificação e ação mais diretas e dirigidas para

transformar e melhorar uma realidade, o que confere componente investigativa e produtora de conhecimento para os intervenientes (Leite, Malpique & Ribeiro dos Santos, 2001). A metodologia de projeto é assim estruturada pelas seguintes fases: diagnóstico da situação, objetivos, planeamento das atividades, execução, avaliação e divulgação dos resultados (Ruivo et al., 2010).

Em questões de promoção da saúde, para a implementação de projetos é necessário um planeamento a longo prazo, sucinto, exequível, que possam ser implementados nas várias fases de desenvolvimento a quem o projeto se dirige, requerendo uma avaliação periódica, com avaliação da qualidade e do impacto do programa (Ruivo et al., 2010).

4.1 – Diagnóstico de Situação

Segundo Ruivo et al. (2010) nesta fase do projeto inicia-se a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação/problema identificada, evidenciando a descrição da realidade sobre a qual se pretende atuar e provocar mudanças. Quando se fala em projetos no contexto dos cuidados de saúde, os mesmos autores defendem uma análise integrada das necessidades da população, desenvolvendo estratégias e ações, concentrando os esforços e aproveitando os recursos existentes, motivando o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde e promover a capacidade, motivação e autonomia da população, criando respostas de qualidade e benefícios num período prolongado de tempo. É uma etapa em que se define o problema, quer quantitativa quer qualitativamente, estabelecem-se prioridades e indicam-se as causas possíveis, selecionando-se posteriormente os recursos e os intervenientes.

Na promoção da saúde em meio escolar, a metodologia de trabalho por projeto tem como ponto de partida as necessidades reais da população escolar, envolvendo processos de ensino e aprendizagem que melhorem os resultados académicos,

incrementem o nível de literacia para a saúde e melhorem os estilos de vida dos estudantes (DGS, 2015).

A escolha da área de atuação privilegiada para a elaboração do projeto abordado neste relatório surgiu após reunião com enfermeira orientadora do Estágio Final sobre as áreas de atuação da mesma na comunidade e, particularmente, na resposta ao PNSE, direcionado para a promoção da saúde mental duma população tão específica e com características tão próprias como os adolescentes. Após esta reunião, foi informado o docente orientador e obtido o seu parecer positivo.

Na realidade da UCC onde foi desenvolvido o Estágio Final, a abordagem ao PNSE é feita numa perspetiva de trabalho em equipa, sendo as várias áreas de atuação que promovem a adoção de estilos de vida saudável repartidas pelos vários elementos da equipa de enfermagem da UCC. Neste sentido, e com fundamento, a intervenção da EEESMP incide sobre a área da saúde mental e competências socioemocionais, sobre os hábitos de sono e repouso e sobre a prevenção do consumo de substâncias.

No PNSE as perturbações mentais são tidas como, das doenças não transmissíveis, as que têm peso mais significativo nos grupos etários dos 5-14 e 15-19 anos (DGS, 2015). Face ao exposto no primeiro capítulo deste relatório, onde é evidenciado a suscetibilidade da fase da adolescência, dos números que revelam percentagens assustadoras das doenças mentais e suas consequências, dos fatores protetores e de risco a que os jovens estão sujeitos, bem como das consequências duma má gestão desses mesmos fatores, valorizando toda a envolvência dessa fase e influência da família, pares e escola, revelou-se uma área de atuação merecedora de investimento e exposição neste relatório. Também o facto de não existir um programa estruturado de atuação do EEESMP, na UCC, face ao fenómeno do *bullying* revelou-se motivador para o fazer.

Para a definição da área mais premente de atuação por parte do EEESMP, ou seja, definição do “problema”, baseamo-nos em fontes informativas, tais como os responsáveis do agrupamento de escolas, que em reuniões no início do ano letivo, referem a violência como um fenómeno frequente no contexto escolar e que provoca mau ambiente e conduz

a maus resultados académicos. Não foram, portanto, colhidos dados quantitativos, mas sim qualitativos, através da observação direta dos docentes.

Integrando-nos no plano de atividades da UCC em interligação com as escolas afetas à mesma, surge a questão “*Qual a intervenção do EEESMP na implementação de um programa de prevenção do bullying entre adolescentes?*”

4.2 – Objetivos

Na definição dos objetivos são apontados os resultados que se pretendem obter, podendo incluir diferentes níveis, desde o mais geral ao mais específico (Mão de Ferro, 1999, citado por Ruivo et al., 2010) e orientam a nossa ação. Definiram-se assim os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Elaborar uma proposta de programa de intervenção do EEESMP para a prevenção do *bullying* nas escolas, assente em evidência científica que promova a PBE;

Objetivos Específicos:

- Caracterizar o *bullying* existente;
- Sensibilizar a população alvo para o fenómeno;
- Aumentar a literacia da população alvo;
- Promover a capacitação de competências dos envolvidos;
- Diminuir o *bullying* os seus efeitos negativos;
- Favorecer ambiente salutar nas escolas.

4.3 – População Alvo

Tendo em conta a fase da adolescência e a natureza característica dessa mesma transição, a população alvo definida serão os adolescentes, que frequentam o 5º e 6º anos, no sentido de estruturar e facilitar o planeamento da intervenção nas escolas pertencentes ao agrupamento de escolas afeto à UCC.

Segundo os dados colhidos, numa população total de 1615 alunos, estão 244 alunos inscritos no 2º ciclo.

Como referido já neste relatório, as situações de *bullying* ocorrem maioritariamente entre o 5º e o 7º ano de escolaridade (Avşar & Ayaz Alkaya, 2017; Guerreiro et al., 2017).

4.4 – Planeamento

Nesta terceira fase do projeto é elaborado um plano do mesmo, com levantamento dos recursos, bem como as limitações que podem condicionar a sua operacionalização. São definidas as atividades a desenvolver, definidos os métodos e técnicas de pesquisa, e definidas estratégias que correspondam aos objetivos previamente estabelecidos (Miguel, 2006, citado por Ruivo et al., 2010). Um programa assume um conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia e requer utilização de recursos humanos, financeiros e materiais e podem ser elaborados segundo diversos critérios e vários níveis (Imperatori & Giraldes, 1993).

Como suporte metodológico e, na procura de resposta à questão de partida referida anteriormente, realizou-se uma RIL, já apresentada no primeiro capítulo deste relatório, englobada na intervenção do EEESMP na prevenção do *bullying*. Recorreu-se a esta estratégia de pesquisa no sentido de precisar e definir critérios, procurando limitar-se a informação relativa ao domínio da investigação, norteando a nossa atuação por meio da evidência científica disponível.

Quanto ao orçamento necessário, prevê-se que não sejam necessárias despesas adicionais, uma vez que a sua implementação será assegurada pelo EEESMP, na sua intervenção em Saúde Escolar, em tempo laboral e com colaboração dos profissionais da escola, em aulas destinadas para o efeito e após acordo com o corpo docente.

Prevê-se que a operacionalização seja conseguida nos dois primeiros períodos do tempo letivo de aulas, no entanto, sendo um programa dinâmico, antevê-se que seja aplicado ao longo do tempo, conforme as condições estejam asseguradas. Segundo Imperatori & Giraldes (1993) uma característica que distingue um programa de um projeto é a definição do tempo, ou seja, enquanto um programa se desenvolve de forma contínua ao longo do tempo, um projeto operacionaliza-se num período de tempo delimitado.

Tendo em consideração os pressupostos da Teoria das Transições, os enfermeiros preparam as pessoas para as transições de várias naturezas e através das quais as pessoas podem experienciar mudanças significativas em si e no modo como as entende, funcionando os enfermeiros como facilitadores dos processos de transição e da capacidade de adaptação e gestão de todos os fatores face a cada vivência pessoal. Considerando os cuidados de enfermagem os promotores de maior sensibilização, consciencialização e humanização, nesta proposta de programa será abordado o fenómeno *bullying* como uma condicionante da transição e serão definidas estratégias que o EEESMP poderá implementar, no sentido de facilitar a transição inerente à fase da adolescência, promovendo o bem-estar e a saúde mental.

O EEESMP, como facilitador, num grupo psicoeducativo, desempenha um papel fundamental e, para o desempenhar eficazmente deverá ter em conta o “saber-ser”, refletindo a sua identidade pessoal, maturidade humana e o modo de estar com os outros; o “saber-saber”, constituído pelos conhecimentos que possui para o desempenho conveniente das sessões e; o “saber-fazer”, referindo-se à metodologia que usa para implementar o programa, o modo como transmite os conteúdos e promove as experiências previstas (Jardim & Pereira, 2006).

Segundo Loureiro (2013), o enfermeiro deverá utilizar um conjunto de técnicas comportamentais tais como o treino assertivo, *role-play*, modelação, reforço, *feedback*, técnicas de relaxamento, tarefas para casa, dessensibilização sistemática e, técnicas cognitivo-comportamentais, tais como a técnica de resolução de problemas e a reestruturação cognitiva, instrução/ensino.

A proposta de programa aqui apresentada tem então como alicerces os pressupostos da Teoria das Transições, os contributos dos autores eleitos na RIL, e as competências específicas do EEESMP assentes nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, como instrumento essencial para a atuação do EEESMP e evidenciará intervenções do âmbito psicoeducacional e socioterapêutico, almejando a promoção da saúde.

De ressaltar que no decorrer da intervenção, poderão surgir situações que necessitem de abordagem individual, ou seja, de intervenções indicadas com planeamento de cuidados de enfermagem especializada estruturado, em parceria com a família ou cuidador de referência, promovendo a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a adaptação e a inclusão social com redução do estigma.

Esta proposta de programa enfatiza assim uma resposta primária à violência na escola, ao invés de uma resposta secundária ou terciária.

Considerando a população alvo, os jovens adolescentes dos 5º e 6ºs anos, serão definidas *intervenções seletivas*, ou seja, serão utilizadas estratégias dirigidas a um grupo da população geral de adolescentes, com uma característica específica identificada como de risco para o *bullying* como a idade, mas não considerando o risco individual de cada um, focando estratégias proativas e preventivas.

Importa aqui referir, que numa abordagem universal estaria ainda implicado o envolvimento de toda a comunidade escolar, como o corpo docente, as assistentes operacionais, valorizando obviamente a família, como o primeiro pilar e a importância desta em todo o processo de educação e sensibilização. No entanto, a exequibilidade desta proposta de programa terá alguns obstáculos, como o facto da existência de apenas um

EEESMP no exercício de funções na UCC, pelo que não se pretende projetar um programa de natureza megalómana, mas sim, concretizável e possível.

4.5 – Operacionalização/ Estrutura do Programa

A estrutura da proposta de programa foi realizada tendo por base a revisão da literatura realizada, mais concretamente nos estudos de Avşar & Ayaz Alkaya (2017); Macedo et al. (2014) e; da Silva Alencastro, et al. (2018), e visa dar resposta aos objetivos propostos.

Integrando também os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2015), onde se afirma que na procura pela excelência no exercício profissional, o EEESMP ajuda as pessoas a alcançarem o seu máximo potencial de saúde através da identificação e fortalecimento dos fatores de proteção/resiliência e de vulnerabilidade/risco para a saúde mental das pessoas; através da promoção de competências emocionais e sociais; o aumento da literacia em saúde mental que capacite as pessoas e promovam a alteração para estilos e condições de vida saudáveis e, neste caso, na literacia em saúde para questões de violência na escola e tudo o que a envolve.

No reconhecimento dos diferentes aspetos relacionados com as implicações para a saúde mental, e promovendo o desenvolvimento de competências pessoais e comunicacionais, surge o conceito de *empowerment*, que em saúde, define o processo através do qual as pessoas adquirem maior controlo sobre as suas decisões e vida pessoal, capacitando-as para agirem sobre a sua saúde (OE, 2015).

Após dar conhecimento aos órgãos responsáveis da escola sobre o programa e sobre os objetivos do mesmo, a implementação incidirá sobre a população alvo definida.

Impõe-se na implementação de um programa desta natureza a garantia de alguns princípios, tais como uma conduta, por parte dos envolvidos, que garanta a confiança de todos na participação no programa, o desenvolvimento de atitudes de respeito, compreensão e de princípios éticos como a responsabilidade, a confidencialidade, o relacionamento profissional e, o compromisso por parte do enfermeiro de fornecer a informação no final do programa, caso seja solicitado pelos participantes (Loureiro, Reis Santos, & Frederico-Ferreira, 2015).

A intervenção do/s professor/es, após conhecimento do programa, será fundamental, procurando fomentar uma aprendizagem proativa, proporcionando experiências de êxito, motivando os alunos e na transmissão de expectativas positivas relativamente às suas capacidades, usar o elogio e fazê-los crer no seu potencial (Mesquita et al., 2011). Em cada sessão preconiza-se a presença do docente da respetiva aula e a participação na dinamização das sessões após conhecimento dos conteúdos e dos objetivos do programa.

Para cada sessão do programa foram delineados objetivos, conteúdos e dinâmicas pertinentes face à população alvo e ao tema que se pretende abordar.

Quanto à duração de cada sessão, é reconhecida a possibilidade de alguma margem de erro na previsão, atribuível a fatores relacionados com a natureza das dinâmicas e atividades planificadas, bem como as características das turmas e da relação pedagógica.

Quadro nº 1. Estrutura do programa

1º Sessão	Apresentação do programa Exposição do tema “ <i>Bullying</i> ”
2ª Sessão	Assertividade
3ª Sessão	Capacidade de se expressar
4ª Sessão	Respeito pelo outro/valores

5ª Sessão	Gestão de conflitos
6ª Sessão	Espírito de grupo
7ª Sessão	Autoestima/ Avaliação Final
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar o <i>bullying</i> existente; - Sensibilizar a população alvo para o fenómeno; - Aumentar a literacia da população alvo; - Promover a capacitação de competências dos envolvidos; - Diminuir o <i>bullying</i> e os efeitos negativos.
População Alvo	Alunos do 5º e 6º ano
Duração	7 sessões, 1 por semana, com duração de 45 a 90 minutos
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> -Aplicação da escala de avaliação “<i>Peer Victimization Scale</i>” (ANEXO I) -Observação direta de mudança de comportamentos, mudança de conhecimentos, mudança de atitudes, aprendizagem de novas competências sociais e emocionais; - Avaliação ao final de 1 mês de implementação do programa.

Quadro nº 2. Plano de sessão nº 1 “Apresentação”

<p>Sessão 1</p> <p>“Apresentação”</p>	
<p>Duração: 90 minutos</p> <p>Metodologia: expositiva, participativa e interativa</p> <p>Recursos: Sala de aula, computador e retroprojektor</p>	
Conteúdos	Objetivos
-Apresentação do Programa	<ul style="list-style-type: none"> -Apresentar o elemento dinamizador (EEESMP); -Informar sobre os objetivos do programa; -Informar sobre duração do programa e sessões que se preveem realizar; - Caracterizar o <i>bullying</i> existente.

<p>-Aplicação da escala de avaliação “<i>Peer Victimization Scale</i>”</p>	
<p>-Exposição do tema “<i>Bullying</i>”:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dinâmica da folha de papel branca; -Identificação dos tipos, participantes e sinais de <i>bullying</i>; -Identificação das consequências do <i>bullying</i>; -Identificação de estratégias de combate ao <i>bullying</i>; <p>-Dinamizar uma sessão de <i>role-play</i> de uma situação fictícia proposta pelo enfermeiro; solicitando participação e alternância de papéis;</p> <p>-Discussão do <i>role-play</i>, partilha de ideias e sentimentos, escrever sugestões de resolução da situação/reflexão em papel para discussão na próxima sessão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Sensibilizar os alunos para a problemática do <i>bullying</i> e de como pode afetar o bem-estar e a saúde mental; -Identificar violência dirigida aos outros; -Identificar violência dirigida ao próprio -Motivar para uma postura de tolerância e de respeito; -Explorar os sentimentos vividos na interpretação dos vários papéis no <i>role-play</i>.
<p>Desenvolvimento das dinâmicas:</p> <p>“Folha de papel”, é solicitado aos alunos que amachuquem uma folha em branco A4 e descarreguem toda a “raiva” nela. De seguida é-lhes pedido que a coloquem como lhes foi entregue, sem nenhum sinal de violência, lisa e integra. Nesta dinâmica, a folha de papel simboliza um aluno que sofre de <i>bullying</i>, sendo as marcas na folha que não conseguirão desaparecer, as marcas que ficam na pessoa após sofrer agressões de qualquer tipo. De seguida será pedida a opinião dos alunos e o que sentiram quando amachucaram a folha.</p> <p>“Role-play”, pedir participação de 5 voluntários para situação simulada: num intervalo das aulas, no recreio, um aluno (X) está a falar ao telemóvel e aparecem-lhe outros dois alunos (Y e Z), que lhe pedem o telemóvel. O “X”, assustado, não responde e desliga a chamada. Nesse momento o “Y” tira-lhe o telemóvel da mão e dá-lhe um empurrão e dá o telemóvel a “Z”. Enquanto decorre a cena, outros dois alunos assistem à cena no recreio (Mesquita et al., 2011). Posteriormente pede-se para alternarem papéis, ou caso surjam outras sugestões de representação, poderão ser simuladas em <i>role-play</i>.</p> <p><i>Ideias chave a transmitir</i>: existem vários intervenientes numa situação de <i>bullying</i> e é importante a perceção de estar em cada um dos papéis para promover a empatia por quem vivencia essas situações. Quem é vítima viverá momentos menos positivos e poderá ter consequências na sua saúde mental, mas quem agride também terá situações de algum sofrimento psicológico possivelmente devido a inúmeros fatores pessoais e</p>	

familiares, etc. A procura de ajuda junto dos pais, professores, assistentes operacionais ou outro adulto de referência, facilitará a denúncia e a cessação do *bullying*.

Quadro nº 3. Plano de sessão nº 2 “Assertividade”

Sessão 2	
“Assertividade”	
Duração: 90 minutos	
Metodologia: expositiva, participativa e interativa	
Recursos: Sala de aula com cadeiras dispostas em semicírculo, computador e retroprojektor	
Conteúdos	Objetivos
<ul style="list-style-type: none">- Solicitação aos alunos para partilha, voluntária, dos principais aspetos das reflexões da sessão anterior;- Definição de assertividade e apresentação de estilos de comunicação e/ou comportamento assertivo, distinguindo os comportamentos assertivos, não assertivos ou passivos e os comportamentos agressivos;- Dinâmica “Comunicar através do corpo”- Dinâmica “Na fila do supermercado”- Verbalização de sentimentos na experiência e da importância de cada tipo de comunicação;- Resumo da sessão.	<ul style="list-style-type: none">- Sensibilizar para o tema;- Definir tema;- Promover interação dos alunos;- Promover comportamentos mais assertivos;- Sensibilizar para uma comunicação assertiva;- Sensibilizar para a importância da comunicação não verbal.
Desenvolvimento das dinâmicas:	
<p>“Comunicar através do corpo” (Manes, 2011): antes do início do jogo é explicada a importância de utilizar o corpo como meio de comunicação, evitando discrepâncias ou ambiguidades na transmissão das mensagens. A cada aluno é entregue uma das seguintes situações para representar e exprimir: pedir atenção, comunicar o próprio cansaço, manifestar afeto, exprimir raiva, comunicar impaciência e, exprimir esperteza. É depois pedido a cada aluno a expressão de determinada necessidade através do uso total do corpo, com mímica facial e o olhar. O resto do grupo tem como tarefa reconhecer a mensagem e identificar discrepâncias na comunicação não verbal. Caso</p>	

algum aluno tenha dificuldades em se expressar, é pedido a outro que o exemplifique e a pessoa que tem dificuldades tentará repetir.

“Na fila do supermercado”: estando o enfermeiro a simular que está na fila do supermercado, é solicitado a um aluno que simule que passa à frente na fila. O enfermeiro simulará uma resposta passiva, uma resposta agressiva e uma resposta assertiva à situação. Será pedido aos alunos que identifiquem os tipos de comportamento e qual a mais adequada.

Ideias chave a transmitir: uma pessoa assertiva expressa o mais diretamente possível o que pensa e o que deseja, demonstrando um conjunto de atitudes adequadas para cada situação, de acordo com o local e o momento, evidenciando uma comunicação verbal congruente com a comunicação não verbal e expressão corporal. A assertividade permite a comunicação direta e um comportamento que permite a pessoa a agir no seu interesse, a defender-se sem ansiedade exagerada e a expressar o que sente de forma adequada e honesta, sem prejudicar os outros. A assertividade é uma forma de comunicar, que significa o que cada um quer, sente e pensa, respeitando os outros (Jardim & Pereira, 2006).

Quadro nº 4. Plano de sessão nº 3 “Capacidade de se Expressar”

Sessão 3	
“Capacidade de se Expressar”	
Duração: 90 minutos	
Metodologia: expositiva, participativa e interativa	
Recursos: Sala de aula com espaço amplo livre de mesas ou cadeiras	
Conteúdos	Objetivos
-Rever os conteúdos da sessão anterior e esclarecer alguns pontos que tenham suscitado dúvidas ou interesse; -Dinâmica “Jogo dos Conjuntos” -Compreensão da expressão verbal, congruente com a expressão não-verbal; -Verbalização de sentimentos na experiência e da importância da expressão livre e adequada;	-Fomentar a coesão do grupo; -Facilitar a expressão de estados de espírito; -Tomar consciência das próprias atitudes na reação às situações; -Facilitar a compreensão da expressão própria nas relações com os outros.

<p>-Na discussão final, o EEESMP procurará identificar e ativar sentimentos e emoções, projeções de comportamentos, pensamento, atitudes e dinâmicas familiares de cada um dos membros;</p> <p>-Resumo da atividade e reflexão.</p>	
<p>Desenvolvimento das dinâmicas:</p> <p>“Jogo dos Conjuntos” (Manes, 2011): os alunos são convidados a andarem livremente na sala, mas sem contacto físico. Ao sinal “stop”, os alunos param e seguem as seguintes instruções:</p> <ul style="list-style-type: none">- Formação de dois grupos: os bons para um lado, ou seja, os que “se sentem” bons, e os maus para o outro. Os bons são convidados a explicar porque se sentem bons e os maus igualmente; <p><i>Ideias chave a transmitir:</i> não existem pessoas boas nem pessoas más; ao longo da vida todos têm momentos em que se sentem mal por determinadas decisões ou atos, sendo o mais importante, a capacidade de ultrapassar a fase menos boa e reter a aprendizagem dos erros. Realçar a importância dos amigos, pais, professores, etc. e a importância de pedir ajuda a alguém significativo e partilhar os problemas e sentimentos.</p> <ul style="list-style-type: none">- Convidam-se novamente os alunos a caminharem livremente na sala e, ao novo “stop”, dividem-se para um lado os que se sentem felizes e para o outro, os que se sentem tristes. De seguida verbalizam o porquê da escolha; <p><i>Ideias chave a transmitir:</i> ninguém está sempre feliz ou contente, todos têm momentos menos bons face a problemas do dia a dia, sendo muito importante desenvolver estratégias para ultrapassar as fases menos boas, como por exemplo, os amigos, ouvir música, conversar, fazer exercício físico. Muito importante a procura de alguém para partilhar as tristezas e pedir ajuda se necessário.</p> <ul style="list-style-type: none">- Novamente, após caminharem livremente na sala, ao sinal “stop”, dividem-se para um lado os que se sentem orgulhosos e confiantes e, para o outro lado, os que não se sentem orgulhosos nem confiantes. Cada um explicará o porquê da sua escolha. <p><i>Ideias chave a transmitir:</i> é normal em determinados momentos da vida o sentimento de menor confiança e menor orgulho em nós próprios, face a determinados problemas ou desafios do dia a dia. É fundamental a procura de estratégias que minimizem esses sentimentos e promovam o aumento da autoestima e orgulho. Os amigos, pais e professores são muito importantes e podem ajudar.</p>	

Quadro nº 5. Plano de sessão nº 4 “Respeito pelo outro/valores”

Sessão 4

“Respeito pelo outro/valores”

Duração: 90 minutos

Metodologia: participativa e interativa

Recursos: Sala de aula livre de cadeiras ou mesas

Conteúdos	Objetivos
<ul style="list-style-type: none">- Rever os conteúdos da sessão anterior e esclarecer alguns pontos que tenham suscitado dúvidas ou interesse;- Pedir aos alunos a expressão do que entendem por “valores” e a importância do “respeito pelo outro”;- Dinâmica “Igual ou diferente”- Dinâmica “Barómetro”- Reflexão acerca da aprendizagem da sessão, explorar o respeito pela opinião dos outros, fatores que ajudam a mudar de opinião e, o que faz mudar de opinião e se é positivo ou negativo;- Resumo da atividade e reflexão sobre a sessão.	<ul style="list-style-type: none">-Promover a perceção da existência de características comuns e diferentes entre os vários elementos da turma;-Promover o respeito pelas diferenças;-Facilitar a expressão de opiniões;-Explorar o sentimento quando sujeitos a opiniões diferentes das próprias.

Desenvolvimento das dinâmicas:

“Igual ou diferente”: no espaço amplo da sala de aula pedir aos alunos que se agrupem conforme as respostas a algumas questões (pelo mês de aniversário, pela cor dos olhos, pelo sítio onde moram, se têm irmãos, se têm animais de estimação, pelo desporto preferido, pela disciplina preferida).

Ideias chave a transmitir: Discutir com os alunos as semelhanças e diferenças entre eles. Na comparação das várias características, iguais ou diferentes, os alunos são estimulados a interagir, a fomentar a consciência de grupo e promover um melhor conhecimento dos colegas e perceberem que todos compartilham algumas semelhanças, mas também existem diferenças e essas deverão ser respeitadas.

“Barómetro”: inicialmente são identificados dois locais na sala de aula para se agruparem: um sítio onde se colocam os que concordam com as afirmações que serão feitas e outro local onde se colocam os que não concordam. A dinâmica começa com todos no centro da sala e, à medida que serão feitas as afirmações, os alunos posicionam-se conforme a sua opinião seja de acordo ou desacordo. Posteriormente todos serão convidados a justificar as suas escolhas e poderão mudar de opinião e trocar de posição se forem convencidos pela argumentação dos colegas (DGS, 2016).

Ideias chave a transmitir: os valores de cada um são uma marca de identidade e vão-se ganhando e solidificando à medida que a personalidade se vai formando. É através das vivências e da educação pelos pais, escola e sociedade que se vão formando, necessitando de reflexão sobre o mundo que nos rodeia. Cada pessoa tem a sua personalidade e valores e não têm que pensar todos de maneira semelhante, nem gostar das mesmas coisas. Viver em sociedade exige o respeito pela opinião dos outros e pelas características de cada um.

Quadro nº 6. Plano de sessão nº 5 “Gestão de conflitos”

Sessão 5	
“Gestão de conflitos”	
Duração: 90 minutos	
Metodologia: participativa e interativa	
Recursos: Sala de aula com espaço amplo, quadro de parede e marcadores	
Conteúdos	Objetivos
<ul style="list-style-type: none">- Discussão de ideias sobre o que é um conflito e registar no quadro;- Expor no quadro as palavras “Conflito ≠ Problema”, sendo que num “Conflito” existem partes em desacordo e confronto e existe atitude de hostilidade, afetando de forma negativa a pessoa ou grupo. “Problema” cinge-se a uma questão a que é necessário dar uma resposta (Santos et al., 2019);- Expor uma situação de conflito real que tenha ocorrido na turma ou no ambiente escolar ou uma situação hipotética e dinamizar o “Círculo”;- Dinâmica: “Bloquear as invasões do outro”- Resumo das atividades e reflexão sobre as sessões.	<ul style="list-style-type: none">-Promover a aquisição de estratégias de resolução de conflitos;-Permitir a expressão de sentimentos;-Estimular a compreensão e o respeito da opinião dos outros
Desenvolvimento das dinâmicas:	
“O Círculo”: solicitar a seis ou sete alunos, que se voluntariem, para formar um círculo e os restantes alunos formarão um círculo maior em redor do outro. Após o enfermeiro	

expor a situação (por exemplo, uma situação de *bullying*, uma situação em que se é aliciado para faltar às aulas para ir jogar, uma resposta desadequada a um adulto), os pertencentes ao círculo menor discutirão o problema. Quando terminado os restantes colegas também poderão expressar as suas opiniões sobre o mesmo assunto. Após todos exporem as suas ideias, será explorada as motivações pelas quais os que se voluntariaram o fizeram e como todos se sentiram quando as opiniões divergiram, analisando se os diferentes pontos de vista foram ou não respeitados.

Ideias chave a transmitir: é importante ter várias estratégias para resolver problemas que surjam no dia a dia e ter uma atitude ativa e positiva face aos problemas, em vez de uma atitude passiva ou agressiva. Deve-se sempre delimitar e definir o problema, compreender o mesmo e definir prioridades, resolvendo o que é mais importante. Podem existir várias formas de ver um problema e de o solucionar. Quando necessário, devemos pedir ajuda, como por exemplo aos pais, professores, amigos ou profissionais de saúde, caso o problema seja complexo ou de difícil resolução.

“Bloquear as invasões do outro”: (Manes, 2011) o enfermeiro convida os alunos a pensarem em algo que vão pedir ou exigir a outro aluno utilizando um comportamento invasor e atormentador. Após escolherem o seu par, cada participante, à vez, assume o papel da pessoa que invade e atormenta o colega, enquanto este deverá encontrar todos os modos possíveis para bloquear a invasão. Depois trocam-se os papéis. No fim, pede-se que verbalizem como se sentiram no papel da pessoa que invade e no papel da pessoa invadida. Em relação ao papel da pessoa invadida, os alunos são questionados sobre as estratégias que usaram para bloquear ou resolver o conflito ou, se gostariam de ter feito mais e diferente.

Ideias chave a transmitir: nem sempre se percebe e compreende quando alguém invade o nosso espaço. É importante compreender e distinguir quando alguém tem um pedido ou quando é uma invasão e arranjar estratégias para bloquear a invasão.

Quadro nº 7. Plano de sessão nº 6 “Espírito de grupo”

Sessão 6	
“Espírito de Grupo”	
Duração: 45 minutos	
Metodologia: participativa e interativa	
Recursos: Sala de aula com espaço amplo	
Conteúdos	Objetivos
- Discussão de ideias sobre a importância da coesão num grupo; -Dinâmica “A roda sentada”	-Favorecer a coesão do grupo;

- Observar eventuais dificuldades dos alunos em estabelecerem contacto físico uns com os outros e em manter homogéneo o ritmo de caminhada do grupo; - Resumo da atividade e reflexão sobre a sessão.	-Estimular para relações sociais mais satisfatórias; -Promover a autoestima e o bem-estar psicológico; -Desenvolver competências sociais.
--	---

Desenvolvimento da dinâmica:

“A roda sentada”: (Brandes & Phillips, 2006) **1º** - O grupo coloca-se em pé num círculo apertado, em forma de fila, com o ombro direito voltado para o centro do círculo; **2º** - O círculo fecha-se de forma a que todos estejam a tocar na pessoa à sua frente e atrás de si; **3º** - os participantes seguram na cintura da pessoa que está à sua frente; **4º** - Todos dobram os joelhos até que cada um sinta uma base de apoio nos joelhos do parceiro de trás; **5º** - Ao conseguir-se este movimento, o grupo deve apoiar-se a si próprio, sentando-se cada um nos joelhos da pessoa de trás. O êxito é conseguido se se mantiver a forma circular. **6º** - depois de todos estarem numa posição segura, podem tentar se inclinar todos ligeiramente para o centro e levantam a perna esquerda e estendem os braços ao mesmo tempo.

Ideias chave a transmitir: a cooperação e a coesão funcionam em conjunto com vista a um fim comum. Uma aprendizagem cooperativa pode beneficiar os resultados na escola, se todos trabalharem para o mesmo fim e se os que têm menos dificuldades apoiarem os que têm mais dificuldades, em vez de trabalharem de modo individualista e competitivo. A ajuda mútua e cooperação promovem o bem-estar e aumenta a autoestima. Quanto mais os alunos se esforçam para trabalhar em conjunto, mais se estimam e mais se esforçam para aprender; quanto mais trabalham juntos, maior será a sua competência social e a sua saúde mental, desenvolvendo relações mais satisfatórias (Jardim & Pereira, 2006).

Quadro nº 8. Plano de sessão nº 7 “Autoestima/Avaliação final”

Sessão 7	
“Autoestima/Avaliação final”	
Duração: 90 minutos	
Metodologia: expositiva, participativa e interativa	
Recursos: Sala de aula com espaço livre, computador e retroprojetor, caixa tipo de sapatos, com espelho no interior.	
Conteúdos	Objetivos

<ul style="list-style-type: none">- Discussão de ideias sobre a autoestima e a sua importância na saúde mental;- Exposição em PowerPoint dos termos: amor-próprio (capacidade de se apreciar apesar dos limites e defeitos), visão de si mesmo (avaliação das qualidades e defeitos próprios) e autoconfiança (ser capaz de agir de maneira adequada nas situações importantes, consequência do amor próprio e da visão de si mesmo);- Promoção da autoestima e a importância dos elogios na mesma;- Importância da autoestima na saúde mental;- Dinâmica “O espelho”;- Observação pelo enfermeiro das reações de cada aluno e explora o que cada um sentiu ao se observarem a eles próprios como importantes;- Reflexão sobre a sessão	<ul style="list-style-type: none">- Definir autoestima;- Promover a valorização pessoal e a aceitação de si próprio;- Reconhecer a importância da autoestima na saúde mental e bem-estar.
<ul style="list-style-type: none">- Avaliação final- Resumo das atividades desenvolvidas;- Reflexão acerca dos conteúdos apreendidos;- Reflexão sobre o modo como as sessões proporcionaram ou podem proporcionar mudanças de comportamentos e ajudam a lidar com situações como o <i>bullying</i>.	<ul style="list-style-type: none">- Realizar a avaliação final- Estimular a reflexão sobre o percurso;- Estimular reflexão sobre os benefícios das sessões e as estratégias necessárias para prevenir e enfrentar o <i>bullying</i>.
<p>Desenvolvimento da dinâmica:</p> <p>“O espelho”: os alunos deverão estar sentados em círculo. Num canto da sala é colocada uma caixa tipo de sapatos, com um espelho no interior e é dito aos alunos que dentro da caixa está o retrato de uma pessoa muito importante. É solicitado a cada aluno para um de cada vez se dirigir à caixa, abrir a mesma e observe a pessoa tão importante que se disse existir numa imagem, não devendo revelar aos colegas que imagem viram.</p> <p><i>Ideias chave a transmitir:</i> a autoestima depende das relações que se estabelecem com os outros, da maneira como nos aceitamos e nos valorizamos, da forma como os outros nos aceitam e nos valorizam e depende das experiências de vida e de como as encaramos. É fundamental não ter pensamentos negativos sobre os próprios, considerar</p>	

os erros como oportunidades de aprendizagem e não ambicionar a perfeição, pois ela não existe.

4.6– Avaliação

É considerada uma fase integrante do processo e é aqui que a valorização da intervenção passa pela demonstração da sua funcionalidade, da sua eficácia e da sua eficiência. É através da avaliação que é possível tomar decisões e emitir juízos de valor sobre o programa (Jardim & Pereira, 2006).

A avaliação da eficácia da intervenção que se preconiza com a implementação do programa deverá constituir-se em dois momentos, denominados de pré-teste e o pós-teste, considerando os contributos dos estudos integrados na RIL.

Estipulamos a aplicação da escala de avaliação “*Peer Victimization Scale*”, como instrumento utilizado com o objetivo de diagnosticar e caracterizar a ocorrência de *bullying*, de modo a intervir estruturadamente e adequar a intervenção psicoeducacional.

A “*Peer Victimization Scale*”, criada por Mynard & Joseph (2000, citado por Veiga, 2011), trata-se de um questionário com respostas de auto-relato, numa escala tipo Likert, com três opções de resposta relativas a comportamentos específicos de vitimização (0 = nunca, 1 = uma vez, 2 = duas ou mais vezes). É uma escala validada para a população portuguesa (Veiga, 2008, citado por Veiga, 2011) e onde são identificados quatro fatores ou dimensões da vitimização: vitimização física, vitimização social, vitimização verbal e vitimização relativa à propriedade.

Tendo em consideração os objetivos inicialmente propostos, considera-se o objetivo geral concretizado, no sentido em que foi elaborada uma proposta de programa de intervenção do EEESMP para a prevenção do *bullying* nas escolas, com recurso a evidência científica e literatura existente sobre a temática.

Quanto aos objetivos específicos foram programadas sessões para sensibilização, de carácter psicoeducativo e socioterapêutico, que promovam a capacitação e aquisição de competências socioemocionais dos envolvidos. A avaliação dos efeitos do programa na diminuição do *bullying* será feita através da observação dos comportamentos diretos dos jovens, em colaboração efetiva com os docentes que são quem contacta diretamente com os alunos e observam mais facilmente os comportamentos desajustados. Os docentes também poderão solicitar intervenção mais específica por parte do EEESMP, com integração dos encarregados de educação em situações de maior complexidade.

Salientamos que o programa não foi aplicado a nível de contexto de estágio com a estrutura aqui delineada, devido ao limite temporal do estágio, tendo sido construído com o intuito de ser integrado nos projetos de educação para a saúde, em contexto de saúde escolar no âmbito da atuação do EEESMP e após apresentação e aceitação do mesmo pelo agrupamento escolar. A aplicação e avaliação da eficácia do mesmo ficará assim a cargo do EEESMP em parceria com os docentes.

4.7 – Divulgação dos Resultados

Para divulgação dos resultados concorrem o presente relatório de Mestrado em Enfermagem, redigido e estruturado com base na Metodologia de Projeto, e que será alvo de prova pública perante um júri, bem como a RIL onde é abordada a intervenção do EEESMP na prevenção do fenómeno *bullying* em contexto escolar, para publicação como artigo, em revista de cariz científico a definir. Desta forma pretendemos acrescentar conhecimento à comunidade científica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório retrata o percurso efetuado ao longo da frequência do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e evidencia a concretização dos objetivos inicialmente propostos.

No sentido de permitir uma compreensão abrangente da temática em estudo considerou-se pertinente a abordagem teórica da fase da adolescência, sendo a intervenção junto da população jovem, uma prioridade em questões de promoção da saúde e prevenção da doença mental. Surgiu então a necessidade de exposição de vários conceitos inerentes ao *bullying* e das inúmeras envolvências e determinantes que o mesmo engloba.

Considerando a fase da adolescência uma fase sensível do desenvolvimento humano, de profundas alterações, a Teoria das Transições de Meleis foi o enquadramento concetual utilizado neste trabalho, no sentido que defende o enfermeiro como agente facilitador nos processos de mudança dos indivíduos, englobando uma abordagem humanista, com visão holística do *outro*, permitindo colocar em prática estratégias de promoção, prevenção e intervenção terapêutica.

Quanto à Metodologia de Projeto foram abordadas as várias etapas do processo e demonstrado o raciocínio efetuado no sentido de responder a uma questão e procura de resolução de um problema. Sustentada na RIL, foi elaborada uma proposta de programa de intervenção na prevenção do *bullying*, no âmbito das intervenções especializadas do EEESMP, de cariz psicoeducativo e psicoterapêutico e socioterapêutico que almejamos que possa ser implementado em contexto escolar após aprovação dos órgãos superiores.

Embora na RIL não tenha sido possível destacar artigos que contemplem intervenções decorrentes da intervenção dos EEESMP, foi possível reunir evidência científica de abordagens promotoras da saúde mental dos jovens e prevenção de comportamentos desajustados como é o caso do *bullying*. A escola surge assim como um

local privilegiado de atuação e promoção da literacia com vista aos ganhos em saúde, sendo a atuação do EEESMP fulcral em questões de saúde mental.

O EEESMP é um profissional com um papel ativo e capacitado para conceber e implementar na comunidade, programas que promovam a capacitação, a saúde mental e previnam ou reduzam o risco de perturbações mentais.

Também neste relatório procuramos demonstrar a capacidade de reflexão crítica sobre as competências comuns e específicas do EEESMP e de Mestre, evidenciando os momentos de aprendizagem e de perceção do caminho efetuado nos contextos da prática clínica e de como foram cruciais numa tomada de decisão clínica fundamentada, estruturada e apoiada em evidência científica, garantindo a segurança, a qualidade e consequente promoção do bem-estar e saúde mental dos envolvidos.

Durante este percurso foram vivenciadas algumas dificuldades, nomeadamente a pouca evidência científica disponível relativa à intervenção do EEESMP em contexto escolar na prevenção do *bullying*, e consequentemente a dificuldade na estruturação/planeamento de um programa sustentado nessa mesma evidência. Também o fator temporal relativo ao término do estágio não possibilitou a implementação do programa. Contrabalançando as dificuldades, a existência de fatores facilitadores permitem fazer uma avaliação positiva e produtiva deste percurso. Destacamos a orientação e motivação das enfermeiras orientadoras e o estímulo para a aprendizagem que impulsionaram o crescimento profissional, pessoal, a procura de mais conhecimento e a superação das dificuldades.

Face ao exposto consideramos que os objetivos inicialmente propostos foram atingidos. Terminamos este percurso com o sentimento de satisfação pessoal e profissional decorrente da superação dos obstáculos, dúvidas, incertezas, desafios e consolidação e aproveitamento das oportunidades para aprendizagem e crescimento pessoal e profissional.

A prática de Enfermagem demonstra assim a aptidão na abordagem de situações complexas, prevendo consequências, apoiada numa prática baseada na evidência e assegurando princípios éticos e centrados na pessoa. Revela-se num saber e experiência

que moldam a prática abraçando o pensamento e a ação, no desenvolvimento de competências e maturidade e na autenticidade da intervenção do enfermeiro.

BIBLIOGRAFIA

- APAV. (2011). *Manual Crianças e Jovens Vítimas de Violência: compreender, intervir e prevenir*. Lisboa, Portugal: APAV
- APAV. (2019). Relatório Anual de Estatísticas da APAV - 2018, 1–24. Retrieved from https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2018.pdf
- APAV. (2020). Relatório Anual de Estatísticas da APAV - 2019, 1-20.
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Aventura Social. (2016). Promoção da saúde mental nas escolas relatório ES ' COOL I, (Etapa I).
- Avşar, F., & Ayaz Alkaya, S. (2017). The effectiveness of assertiveness training for school-aged children on bullying and assertiveness level. *Journal of Pediatric Nursing, 36*, 186–190. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.06.020>
- Babor, T. F. & Higgins-Biddle, J C. (2001). *Intervenções Breves para o Consumo de Risco e Nocivo de Bebidas Alcoólicas, Manual para utilização nos Cuidados Primários de Saúde*. Organização Mundial de Saúde.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance abuse. *Journal of Early Adolescence*.11(1), 56-95.
- Barnekow, V., Jensen, B. B., Currie, C., Dyson, A., Eisenstadt, N., & Melhuish, E. (2013). Improving the lives of children and young people : case studies from Europe Improving the lives of children and young people : case studies from Europe Volume 3 . School, 3, 134.
- Birkeland, M., Breivik, K., & Wold, B. (2014). Peer Acceptance Protects Global Self-esteem from Negative Effects of Low Closeness to Parents During Adolescence and

- Early Adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*. 43(1): 70–80
- Blackborow, M., Tuck, C., Lambert, P., Disney, J., Porter, J., & Jordan, A. (2014). Mental health of students: position statement. *NASN School Nurse (Print)*, 29(6), 323–326. <https://doi.org/10.1177/1942602X14551329>
- Boterf, G. Le. (2006). Três dimensões a explorar. *Pessoal*, 60–63. Retrieved from [http://www.guyleboterf-conseil.com/Article evaluation version directe Pessoal.pdf](http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf)
- Brandes, D. & Phillips, H. (2010). *Manual de jogos educativos – 140 jogos para professores e animadores de grupos*. (1ª edição). Lisboa, Portugal: Padrões Culturais Editora.
- Candeias, A., Esteves, A., Sá, L. (2016). Cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiatria no início do século XX. *Revista Servir*. 59 (1), 47-54.
- Cantante, A. P. da S. R., Fernandes, H. I. V. M., Teixeira, M. J., Frota, M. A., Rolim, K. M. C., & Albuquerque, F. H. S. (2019). Health systems and nursing skills in Portugal. *Ciencia e Saude Coletiva*, 25(1), 261–272. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019>
- Carvalho, A., Matos, C., Minderico, C., Tavares de Almeida, C., Abrantes, E., Mota, E., ... Lima, R. (junho, 2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. Portugal: Ministério da Educação - Direção Geral da Educação & Direção Geral da Saúde.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - Os Fundamentos Existencial-Humanistas da Relação de Ajuda*. Volume 1. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2012). *Dia Internacional do Enfermeiro 12 de maio de 2012*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-português_vfinal_correto.pdf
- Conselho Nacional de Saúde. (2018). Gerações mais saudáveis.
- Costa, L. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*. 15(3):137-45

Cowie H & Colliety P. (2016). Who cares about the bullies? *Pastoral Care in Education*.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/02643944.2015.1119880>

da Silva Alencastro, L. C., da Silva, J. L., Vilela Komatsu, A., Falleiros Braga, I., Carlos,

D. M., & Iossi Silva, M. A. (2018). O Teatro do Oprimido como estratégia de intervenção na redução do bullying escolar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(19), 91–98. <https://doi.org/10.12707/RIV18052>

Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto. Diário da República, 1ª série nº 157. Artigo 15º.

Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/116068879>

Direção Geral de Saúde. (2011). Prevenção de comportamentos dos doentes que põem

em causa a sua segurança ou da sua envolvente -Orientação da Direção -Geral da Saúde 021/2011. *Direção-Geral Da Saúde*, 1–4. Retrieved from <https://www.dgs.pt>

Direção Geral de Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. Direção-Geral da Saúde*.

Direção Geral de Saúde. (2016). *Saúde Mental em Saúde Escolar: manual para a*

promoção de competências socioemocionais em meio escolar. Saúde Mental. Retrieved from <https://sposg.files.wordpress.com/2014/09/dgs-manual-v4.pdf>

Dolle, J. (2005) *Para compreender Jean Piaget* (2ª edição) Lisboa: Instituto Piaget.

Franzoi, M., Lemos, K., Jesus, C., Pinho, D., Kamada, I. & Reis, P.(2016). *Teoria das relações interpessoais de Peplau: Uma avaliação baseada nos critérios de Fawcett*.

Revista de Enfermagem UFPE On-line. DOI:10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201617.

Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a

elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371–375. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692003000300016>

- Guerreiro, A., Pagou, D., Ramalho, I., Ferrão, J., Rocha, J. & Gailly, M. (2017). *Relatório Final*. (Relatório desenvolvido no âmbito da unidade curricular de Atelier de Investigação Aplicado à Publicidade). Escola Superior de Comunicação Social. Lisboa, Portugal.
- Guimarães, M. & Silva, L. (2016) Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. Rio de Janeiro, Brasil. Acesso em 24 de maio de 2020. Disponível em: <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>.
- Goldschmidt, T., Marques, C. & Xavier, M. (2018). Rede de Referenciação Hospitalar - Psiquiatria da Infância e da Adolescência.
- Gonzalez, E., Marques, S. & Tavares, S. (2009, outubro-dezembro). Exclusão Social: Bullying na Infância e Adolescência. *Percursos*. 14: 3-7.
- Guterres, J., Gonçalves, G., Afonso, A., Domingues, F. & Carvalho, G. (2013, novembro). Gestor de Casos - Expertise Clínica. *Revista Investigação em Enfermagem*. 5 (II), 41-47.
- Hansenne, M. (2004). *Psicologia da personalidade* (1ª edição) Lisboa: Climepsi Editores.
- Haraldstad K, Kvarme L, Christophersen K, & Helseth S. (2019). Associations between self-efficacy, bullying and health-related quality of life in a school sample of adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health* [revista en Internet] 2019 [acceso 20 de junio de 2019]; 19(1): 1-9., 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7115-4>
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Lisboa, Portugal: Escola Nacional de Saúde Pública. Obras Avulsas.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos – Região Centro*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. ISBN 978-989-25-0184-0. ISSN 0872-6493. Consultado em 5 de junho de 2020)

- International Council of Nurses (2016). *CIPE Versão 2015- Classificação Internacional Para A Prática De Enfermagem*. Genebra: International Council of Nurses
- Jardim, J. & Pereira, A. (2006). *Competências pessoais e sociais. Guia prático para a mudança positiva*. (1ª edição). Porto, Portugal: ASA Editores.
- Joanna Briggs Institute. (2013). JBI Levels of Evidence FAME. *JBI Approach*, (October), 2–6. Retrieved from <http://www.joannabriggs.edu.au>
- Joanna Briggs Institute. (2013) Grades of Recommendation. *JBI Approach*, (October). Disponível em: <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Grades-of-Recommendation>
- Keltner, N. & Schwecke, L. & Bostrom, C. (2007). *Psychiatric Nursing* (5th ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Kvarme, L. G., Aabø, L. S., & Sæteren, B. (2016). From Victim to Taking Control: Support Group for Bullied Schoolchildren. *Journal of School Nursing*, 32(2), 112–119. <https://doi.org/10.1177/1059840515590608>
- Landim, I., & Borsa, J. C. (2017). Revisão sistemática sobre programas de intervenção para redução de comportamentos agressivos infantis. *Contextos Clínicos*, 10(1), 110–129. <https://doi.org/10.4013/ctc.2017.101.09>
- Lehtinen, V. (2008). *Building up good mental health. Guidelines based on existing knowledge: Monitoring Mental Health Environments, STAKES*.
- Leite, E., Malpique, M. & Ribeiro dos Santos, M. (2001). *Trabalho de Projeto I: Aprender por projetos centrados em problemas*. (3ª edição). Porto, Portugal: Edições Afrontamento.
- Leite, E. & Santos, M. (s.d.). Metodologia do Trabalho de Projecto. *Nos Trilhos Da Área de Projecto*, 1–7.
- Lopes, M. J. (2018). Forming and Maintaining Interpersonal Relationships. In J. Santos & J. Cutcliffe (Eds.), *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Cen-*

tury. Principles of Specialty Nursing (Under the auspices of the European Specialist Nurses Organisations (ESNO)) (pp. 247–257). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_19

Loureiro, C. (2013). Treino de Competências Sociais – Uma estratégia em Saúde Mental: Técnicas e Procedimentos para a Intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (9), 41-47. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n9/n9a07.pdf>

Loureiro, C., Reis Santos, M., & Frederico-Ferreira, M. (2015). Conceção do programa de intervenção em enfermagem ‘Melhorar competências com os outros.’ *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, 2(Spe. 2), 27–32. <https://doi.org/10.19131/jpmhn.0005>

Macedo, E., Martins, F., Cainé, J., Macedo, J., & Novais, R. (2014). Bullying escolar e avaliação de um programa de intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 1(spe1), 15–20.

Manes, S. (2011). *83 Jogos psicológicos para a dinâmica de grupos* (10ª edição). Lisboa, Portugal: PAULUS Editora.

Mateus, M. N. E. (2011). Metodologia de trabalho de projecto: Nova relação entre os saberes escolares e os saberes sociais. *EDUSER: revista de educação*, Vol 3(2), 2011 *Prática pedagógica*, 3(2), 3–16.

Matos, M., Simões, C., Gaspar, T., Negreiros, J. & Batista, M. (2010). *Violência em contexto escolar*. Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular

Matos, M., Gaspar, T., Ferreira, M & Equipa Aventura Social. (2013). *Aventura Social no CED: Intervenção numa Comunidade Educativa* (1ª edição). Lisboa, Portugal: Aventura Social.

Matos, M., & Equipa Aventura Social. (2018). A Saúde Dos Adolescentes Portugueses Após a Recessão. *Health Behaviour in School - Aged Children*, 62. Retrieved from <https://tinyurl.com/y39yhxqd>

- Matos, M., Simões, C., Gaspar, T., Ferreira, M., Tomé, G., Gonçalves, S., ... Camacho, I. (2009). Violência entre pares no contexto escolar em Portugal, nos últimos 10 anos. *Interacções*, 5(13), 98–124. <https://doi.org/10.25755/int.399>
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2000) Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Meleis, A. (2005). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 5ª Edição, 2012. 0-7817-5767-3.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: development and progress*. (5th edition). Pennsylvania, United States of America: Lippincott Williams & Wilkins.
- Melim F. (2011). *Na escola, tu és feliz? Estudo sobre as manifestações e implicações do bullying escolar*. (Tese de Doutoramento em Estudos da Criança, especialização em Educação Física, Lazer e Recreação). Instituto de Educação da Universidade do Minho. Minho, Portugal.
- Mendes, C. (2012). *Intervenções Psicoterapêuticas de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria: Caso Particular da Biblioterapia*. (Relatório de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Saúde Mental e Psiquiatria). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Mendes, S. M., & Ribeiro, E. J. (2015). Bullying : Conhecer Para Prevenir Bullying : Know To Prevent. *Millenium*, 49 (Jun/Dez)., 49(Bullying), 77–89.
- Mesquita, A., Paulino, C., Galante, C. & Alves, S. (2011 abril-junho). Comunicação assertiva: uma aprendizagem efetiva e salutar na relação com os pares. *Percursos*. 20, 2 - 15.
- Ministério da Ciência, T. e E. S. (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018. *Diário Da República*, 1.ª Série — N.º 157, 4147–4182. Retrieved from <https://dre.pt/home/-/dre/116068879/details/maximized>.

Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde, (2014). *Saúde Mental em Números 2014. Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde
Disponível em: www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2014.aspx.

Ministério da Saúde. (2013). Decreto-lei nº 137/2013. *Diário Da República, 1.ª Série - n.º 193 (07-10-2013)*, 6050–6061.

Ministério da Saúde - DGS. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.

Ministério da Saúde - DGS. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.

Moreira, P. & Melo, A. (2005). *Saúde Mental, do tratamento à prevenção*. (1ª edição). Porto, Portugal: Porto Editora.

Neto, A. (2005). Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. *Jornal de Pediatria*, 81(5), 164–172. <https://doi.org/10.1590/s0021-75572005000700006>

Nunes, L. (2018). *Para uma Epistemologia de Enfermagem*. (2ª edição). Loures, Portugal: Lusodidacta - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Oliveira, M. F. V. & Carraro, T. E. (2011, março-abril). Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 64 (2), 376-380.

Olweus, D. (1991). Victimization Among School Children. *Targets of Violence and Aggression*, 45–102.

Organización Mundial de la Salud. (1965). Problemas de salud de la adolescência. *Série de Informes técnicos n.º 308*, Geneva: OMS.

Ordem dos Enfermeiros. (n.d.). Pronúncia OE - Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Regulamento n.º 356/2015. *Regulamento dos Padrões*

de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário Da República, 2.ª Série - N.º 122 - 25 Junho de 2015, 17034–17041. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_o_356_2015_PadrosQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros* e REPE. Lisboa, Portugal: 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 – N.º 151, 2142721430.*

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019, *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário Da República, 2ª Série, n.º 26, 4744–4750.*

Organizacion Mundial de Salud. (1965). Problemas de la salud de la adolescência. Informe de un comité de expertos de la OMS. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38485/1/WHO_TRS_308_spa.pdf

Payne, R. A. (2003). *Técnicas de Relaxamento - Um guia prático para profissionais de saúde. (2ª edição). Loures, Portugal: Lusodidacta - Edições Técnicas e Científicas, Lda.*

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.*

Piaget, J. (1977) *Seis estudos de psicologia (6ª edição). Lisboa, Portugal: Publicações Dom Quixote.*

Piaget, J. (1986) *O nascimento da inteligência na criança (1ª edição) Lisboa: Publicações Dom Quixote.*

Portugal. (1998). Lei n.º. 36/98 de 24 de Julho de 1998. *Diário Da República, (169), 3544–3550.*

- Pratta, E. & Santos, M. (2007). Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em estudo*, 12(2), 247-256.
- Rabello, E., & Passos, J. S. (2009). Erikson e a teoria psicossocial do desenvolvimento. *Http://Www.Josesilveira.Com*, 16, 8–13. Retrieved from <https://josesilveira.com/wp-content/uploads/2018/07/Erikson-e-a-teoria-psicossocial-do-desenvolvimento.pdf>
- Ramos de Almeida, J. (1987). *Adolescência e maternidade*. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian
- Decreto-lei, E. (1996). Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. *Servir*. Lisboa, Portugal, 44(5), 267–270.
- Ribeiro, L. (2012). Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no Hospital dos SAMS: Implementação do Processo de Melhoria Contínua da Qualidade no Departamento de Cirurgia. (Tese de Mestrado em Enfermagem na Especialização de Gestão em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal.
- Rogers, C. (1985). *Tornar-se Pessoa*. (7ª edição). Psicologia e Pedagogia, Lisboa: Portugal: Moraes editores,
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, (15), 1–38. Retrieved from http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.
- Rodrigues, W. P., Martins, F. L., Carvalho, F. L. O. de, Costa, D. de M., Fraga, F. V., Paris, L. R. P., ... David, M. L. (2019). A importância do enfermeiro gestor nas instituições de saúde. *Revista Saúde Em Foco*, s/v(11), 382–395.
- Sprinthall, N & Collins, W. (2003). *Psicologia do adolescente uma abordagem desenvolvimentista* (3ª edição) Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Salmeron, P. A., & Christian, B. J. (2016). Evaluation of an Educational Program

- Perceptions of Bullying In Pinellas County, Florida. *Pediatric Nursing*, 42(6), 283–292.
- Sampaio, J. (2015). Bullying no contexto escolar: avaliação de um programa de intervenção.
- Santos, J., Façanha, J., Quaresma, M., Matos, M., Nabais, A., Coruche, I., ... Loureiro, C. (2019). *Mais contigo – Tela de emoções: promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários no ensino artístico*. Coimbra, Portugal: Associação Honorífica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Schumacher, K. & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of nursing scholarship*, 26(2), 119-127.
- Silva, A. (2004) *Desenvolvimento de competências sociais nos adolescentes* (1ª edição) Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Silva, C. (2015). Criação e Implementação de um Programa de Prevenção do Bullying numa Escola de Jardim de Infância e 1º Ciclo Portuguesa. (Trabalho de Projeto). Escola das Ciências Sociais e Humanas - Departamento de Psicologia Social e das Organizações (Mestrado em Psicologia Social e das Organizações). Lisboa, Portugal.
- Silva, M. (2017). *Método de trabalho de enfermeiro responsável - Melhoria da qualidade* [tese de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem]. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal.
- Soares, A. I. M. (2017). *Conceções dos Enfermeiros Especialistas - Contributos para a Qualidade* (Dissertação de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal.
- Stengard, E., & Appelqvist-Schmidlechner, K. (2010). Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future. *Who*, 1–10.
- Thornicroft, G. (1991). The concept of case management for long-term mental illness. *International Review of Psychiatry*, 3(1), 125–132. doi:10.3109/09540269109067527

- Townsend, M. RN, MN, CS. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. (6ª Edição). Loures: Editora Lusociência.
- Trzepacz, P. T. & Baker, R. W. (2001). Exame psiquiátrico do estado mental. (1ªedição). Lisboa, Portugal: CLIMEPSI EDITORES.
- UNESCO. (2019a). *Behind the numbers: Ending school violence and bullying. Sustainable Development Goals: Education 2030*. Retrieved from <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000366483>
- UNESCO. (2019b). *Violência escolar e bullying: relatório sobre a situação mundial*.
- Veiga, F. (2011). Avaliação do bullying e da disrupção escolar: escalas em estudos portugueses com adolescentes. *Actas Do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação/Evaluación Psicológica, XV Conferencia Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 1467–1479. Retrieved from <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/5329>
- Xavier, M., Paixão, I., Mateus, P., Goldschmidt, T., Pires, P., Narigão, M., ... Leuschner, A. (2017). Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020. *Inês Pestana António Pires Preto*, 1–32. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>
- Vaz, C., Rosário, E., Silva, I. & Nunes, L.(2011). PARECERES - REFLECTIR O AGIR Análise complexa de um caso. *Percursos*, 2–43. Retrieved from <http://proxy.library.vcu.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,url,cookie,uid&db=a9h&AN=85961244&site=ehost-live&scope=site>
- Violante, C. D. F. (2012). *Programas de Reabilitação Psicossocial em Pessoas com Doença Mental Crónica*. (Dissertação de Mestrado em Gestãp das Organizações, Ramo de Unidades de Saúde). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal.

- Whaley, L. & Wong, D. (1999). *Enfermagem pediátrica, elementos essenciais à intervenção efectiva*. (5ª edição). Rio de Janeiro, Brasil: Editora Guanabara Koogan.
- Weiner, I. (1955). *Perturbações psicológica na adolescência*. (2ª edição) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Williford, A., Fite, P., DePaolis, K., Cooley, J., Hawley P. & Isen D. (2019). A Comprehensive Training Initiative for Educators to Develop and Implement Effective Anti-Bullying Policies in K–12 Schools. *J Appl Sch Psychol* [Internet]. 35(2):146–75. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15377903.2018.1528489>
- World Health Organization. (2086). *Young people's health - a challenge for society*. (Report of a WHO Study Group on Young People and "Health for All by the Year 2000). Geneva: World Health Organization
- World Health Organization. (2001). *Strengthening mental health promotion*. Geneva,CH: World Health Organization
- World Health Organization. (2005). *Child and adolescent mental health policies and plans*. (Mental Health Policy and Service Guidance Package). Geneva: World Health Organization
- World Health Organization. (September 2014). *Investing in children : the European child and adolescent health strategy*. Copenhagen: Denmark, 15–18.
- World Health Organization - Regional Office for Europe. (2015). The European Mental Health Action Plan 2013-2020. *World Health Organization*, 19. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE I

Resumo da análise dos artigos seleccionados

Quadro nº9. Resumo da análise dos artigos selecionados

Identificação do estudo	The effectiveness of assertiveness training for school-aged children on bullying and assertiveness (Avşar & Ayaz Alkaya, 2017)	<i>Bullying</i> escolar e Avaliação de um programa de intervenção. (Macedo et al. 2014)	O Teatro do Oprimido como estratégia de intervenção na redução do <i>bullying</i> escolar. (da Silva Alencastro, et al., 2018)	From victim to taking control: support group for bullied schoolchildren. (Kvarme, Aabø, & Sæteren, 2015)
Objetivos do estudo	Determinar a eficácia de um treino de assertividade para crianças em idade escolar sobre o assédio moral e a assertividade.	Caracterizar o <i>bullying</i> num programa de alunos que estudem num Agrupamento Vertical de Escolas do Norte de Portugal e avaliar um programa de intervenção, englobando toda a comunidade educativa.	Avaliar os efeitos duma intervenção, baseada no Teatro do Oprimido (TO), na redução do <i>bullying</i> escolar, 6 meses após a sua implementação.	Investigar se os grupos de apoio são capazes de ajudar as vítimas de <i>bullying</i> a superar o estatuto de vítima e explorar o significado de ser membro de um grupo de apoio.
Número e tipo de participantes	Alunos do 5º e 6º ano; Grupo de intervenção (GI) composto por 47 alunos e grupo de controlo (GC) com 72 alunos; Escolhidos alunos vítimas de <i>bullying</i> e alunos agressores, aleatoriamente, para ambos os grupos. Implementação em dois meses.	Na avaliação inicial foi obtida uma amostra de 313 estudantes de turmas do 2º e 3º ciclos do ensino básico. Na segunda avaliação foram incluídos 298 estudantes. Foram ainda incluídos numa oficina de formação, 20 docentes que representavam as turmas incluídas na amostra. Duração de cerca de 7 meses.	231 estudantes do 1º ano do ensino secundário. 133 constituíram o GI e, 98 o GC. Implementação em três meses.	Amostra de 19 estudantes, com idades entre os 12 e 13 anos, 3 dos quais foram vítimas de <i>bullying</i> .

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental na Prevenção do *Bullying* em Contexto Escolar

<p>Intervenções ou fenómenos de interesse</p>	<p>Foi aplicado um questionário demográfico, o Peer Escala de Vitimização e escala de Assertividade antes e após o programa.</p> <p>O programa de treino de assertividade compreendeu 8 sessões com diferentes temas.</p>	<p>Feita inicialmente a avaliação do fenómeno <i>bullying</i> utilizando o questionário “Diagnóstico do <i>Bullying</i> na Escola” da DGS – Ministério da Saúde.</p> <p>Posteriormente elaborado um programa de intervenção, “Nós e os Outros”, e foi colocado em prática.</p> <p>O programa engloba 3 dimensões: dimensão 1) Formação a pais/encarregados de educação e assistentes operacionais, 2) intervenção no espaço físico da escola e espaços exteriores à escola; dimensão 3) Intervenção com os estudantes.</p>	<p>Realizada avaliação pré-intervenção.</p> <p>A intervenção educativa “O Teatro do Oprimido” foi realizada em dois momentos.</p> <p>Primeiro existiu uma aproximação dos adolescentes à investigadora e à sua sensibilização relativamente ao teatro e ao tema <i>Bullying</i>. No segundo momento ocorreu a organização e encenação de Teatro Fórum, técnica pertencente à metodologia do TO. Antes e depois da intervenção foi utilizada Escala de Agressão e Vitimização entre Pares para avaliar o envolvimento em situações bullying.</p>	<p>Foram realizadas entrevistas individuais e de grupos focais. Realizadas 6 entrevistas individuais com 3 crianças intimidadas: um após o apoio das sessões de grupo e a segunda 3 meses após.</p> <p>As entrevistas aos 3 grupos focais, realizadas aos pares foram realizadas após o término das sessões de grupo de apoio.</p> <p>Foi usada a combinação de fenomenologia e a hermenêutica tradicional para a interpretação de textos no sentido de explorar experiências, preocupações e opiniões, enfatizando as experiências dos participantes.</p>
---	---	--	---	--

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental na Prevenção do *Bullying* em Contexto Escolar

<p>Resultados</p>	<p>A pontuação do pós-teste para a dimensão da vítima PVS no GI, diminuiu significativamente relativamente ao pré-teste, mas para o GC não houve mudança significativa.</p> <p>As pontuações pós-teste para a dimensão <i>bully</i> PVS diminuiu em comparação com o pré-teste, mas com diferença estatisticamente não significativa.</p> <p>No GI apresentaram pontuações pós-teste significativamente mais altas na Escala de Assertividade. No GC as pontuações no pós-teste na Escala de assertividade diminuíram, mas não foram estatisticamente significativos.</p>	<p>14,6% dos estudantes referiram já ter sido vítimas de <i>bullying</i> nos últimos 2 meses, na primeira avaliação e, 10,7% na segunda avaliação.</p> <p>Os que se assumem como agressores em algum momento nos últimos 2 meses, 4,7% fizeram <i>bullying</i> sexual e 23,4% para <i>bullying</i> verbal.</p> <p>O <i>bullying</i> verbal é a dimensão do fenómeno com maior prevalência.</p> <p>Quanto aos <i>bully</i>-povocadores, existem diferenças na intensidade do fenómeno, evidenciando uma diminuição dos comportamentos de agressividade verbal entre os dois momentos.</p>	<p>O GI apresentou redução significativa na vitimização e agressão direta, após 6 meses do final da intervenção educativa.</p> <p>O GC apresentou aumento significativo em todas as formas de vitimização e agressão por <i>bullying</i>.</p>	<p>As vítimas sentem-se sozinhas, medo e insegurança.</p> <p>A agressão verbal cessou após as vítimas receberem ajuda dos seus grupos de apoio e não se repetiram durante os 3 meses seguintes.</p> <p>Os principais temas resultantes das entrevistas individuais foram a mudança da falta de controlo para o assumir controlo e, a importância da amizade.</p> <p>Os sentimentos experienciados pelos membros do grupo de apoio foram alegria e o desafio de ajudar, o que lhes permitiu sentirem-se importantes.</p>
<p>Conclusões</p>	<p>Um programa de treino de assertividade aumenta o nível de assertividade e reduz o a condição de se tornar vítima, mas não reduz a condição de se tornar agressor.</p>	<p>O <i>bullying</i> tem características variáveis, tendo a Escola o dever de o monitorizar no sentido de se modificarem comportamentos e para tal deve ser envolvida toda a comunidade escolar.</p>	<p>A intervenção foi eficiente na redução significativa do <i>bullying</i> direto e na manutenção desse resultado ao longo do tempo.</p>	<p>Os grupos de apoio contribuem para a cessação do <i>bullying</i> e os benefícios permanecem até 3 meses depois.</p> <p>É relevante para que os enfermeiros e os professores acompanhem as crianças</p>

A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental na Prevenção do *Bullying* em Contexto Escolar

	Os enfermeiros podem desenvolver e implementar estes programas.	O programa implementado teve implicações importantes para as práticas pedagógicas que promovem a saúde mental dos alunos.	O TO pode ser incorporado em ações de promoção de saúde nas escolas. Esta estratégia pode ser incorporada na prática dos enfermeiros em atuação multiprofissional, promovendo a qualidade de vida dos jovens.	vitimizadas, juntamente com os pais, no sentido que as ajudar a ultrapassar o sentimento e vivência de vítima.
--	---	---	---	--

APÊNDICE II

Resumo artigo científico

Prevenção do Bullying na Escola – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, Revisão Integrativa

Prevenção do *Bullying* na Escola – Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, Revisão Integrativa

RESUMO

Objetivos: realçar os ganhos da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) na implementação de um programa de prevenção do *bullying* através da identificação de programas que foram ou possam ser implementados pelo EEESMP.

Métodos: foi realizada uma revisão integrativa da literatura, através da pesquisa nas plataformas B-ON® e EBSCO®, com as bases de dados disponíveis, orientada pela questão de partida “Qual a intervenção do EEESMP na implementação de um programa de prevenção do *bullying* entre adolescentes?”.

Resultados: os artigos seleccionados indicam a intervenção possível de enfermagem no treino de assertividade, de técnicas de comunicação, de relações interpessoais, no desenvolvimento de competências sociais, na utilização de dramatização e interpretação de papéis e, na gestão e implementação de grupos de apoio a vítimas de *bullying*.

Conclusão: a utilização de técnicas psicoeducativas é uma das competências do EEESMP. Estas estratégias promovem a saúde mental dos jovens, diminuindo a ocorrência de *bullying* e minimizando as consequências negativas, sendo necessário investir em mais investigação nesta área para reforçar o papel do EEESMP nesta área.

Descritores: Enfermagem; saúde Mental; adolescentes; *bullying*, programas.

ANEXOS

ANEXO I

“Peer Victimization Scale”

(Veiga, 2011, p.1479)

“Peer Victimization Scale”

No questionário que se segue, todas as frases têm a ver com possíveis maus-tratos de que tu tenhas sido vítima, que os teus colegas da escola te tenham feito, durante o último mês de aulas. Atende ao seguinte critério:

Nunca	Uma vez	Duas ou mais vezes
0	1	2

-
- ①①②_ 01. Deram-me um murro
- ①①②_ 02. Tentaram meter-me em sarilhos com os meus amigos
- ①①②_ 03. Chamaram-me nomes
- ①①②_ 04. Levaram as minhas coisas sem autorização
- ①①②_ 05. Deram-me pontapés
- ①①②_ 06. Tentaram pôr os meus amigos contra mim
- ①①②_ 07. Gozaram comigo por causa da minha aparência
- ①①②_ 08. Tentaram estragar algumas das minhas coisas
- ①①②_ 09. Feriram-me fisicamente
- ①①②_ 10. Recusaram-se a falar comigo
- ①①②_ 11. Fizeram pouco de mim sem razão
- ①①②_ 12. Roubaram-me alguma coisa
- ①①②_ 13. Espancaram-me
- ①①②_ 14. Fizeram com que as outras pessoas deixassem de me falar
- ①①②_ 15. Insultaram-me com palavrões
- ①①②_ 16. Estragaram as minhas coisas de propósito

Fatores: Vitimização física (itens: 1, 5, 9, 13); Vitimização social (itens: 2, 6, 10, 14); Vitimização verbal (itens: 3, 7, 11, 15) e Ataque à propriedade (itens: 4, 8, 12, 16).