

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**“CRIAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PROGRAMA
PROMOTOR DE SAÚDE MENTAL POSITIVA EM ADOLESCENTES”**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Sónia Patrícia Teixeira Da Silva Alves

PORTO, 2018

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**“CRIAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PROGRAMA
PROMOTOR DE SAÚDE MENTAL POSITIVA EM ADOLESCENTES”**

**"CREATION AND VALIDATION OF A PROGRAM:
PROMOTER OF POSITIVE MENTAL HEALTH IN ADOLESCENTS"**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação orientada pela Prof. Doutora Isilda Ribeiro
Coorientada pelo Prof. Doutor Carlos Alberto da Cruz Sequeira

Sónia Patrícia Teixeira Da Silva Alves

PORTO, 2018

“É proibido não encontrares a tua felicidade, não viveres a tua vida com uma atitude positiva, não pensares que podemos sempre ser melhores, não sentires que sem ti, este mundo não seria o Mesmo.”

Pablo Neruda

DEDICATÓRIA

Aos meus pais que são os meus anjos na terra,

Às minhas filhas pelo apoio, força e compreensão pelas minhas ausências,

À minha mana por ser quem é e nunca me deixar,

Ao meu companheiro pela energia positiva que me transmitiu,

Ao meu cunhado pela música inspiradora dos “Eskizofrénicos”.

Agradecimentos

Prof. Doutora Isilda Ribeiro pela energia, acompanhamento e força para não desistir,

Prof. Doutor Carlos Sequeira por me ter ouvido e compreendido o que queria investigar,

Ao agrupamento de escolas Infante D. Henrique, coordenadora PES Isabel Rodrigues e Diretora Edite Batista,

Aos agrupamentos de escolas Rodrigues de Freitas, coordenadora PES Alexandra Tabuaço e Diretora Maria José Ascensão,

Ao agrupamento de escolas Carolina Michaelis, coordenadora PES Conceição Campelo,

Aos alunos do 12º TGD, pelo empenho ao longo das sessões,

Aos alunos do 8ºA, por aceitarem e brilharem ao longo das sessões,

A todos os professores que facilitaram a minha presença nas suas aulas,

A todos os alunos do terceiro ciclo que sem eles não seria possível este programa.

Resumo

A OMS estima que cerca de 20% de crianças e adolescentes apresentem, pelo menos, uma perturbação mental antes de atingir os 18 anos de idade. (PNSE, 2015)

O conceito de Saúde Mental Positiva (SM+) surge como parte integrante da saúde global da pessoa. A terminologia 'positiva' pretende considerar a promoção de ações no sentido de reforçar e potenciar a saúde mental na sua generalidade. (Lluch, 2008)

Baseado nos estudos do Modelo Multifatorial de Teresa Lluch (1999), foi proposto para o presente trabalho a conceção e validação de um Programa Promotor de Saúde Mental Positiva no âmbito da enfermagem de saúde mental direcionado para adolescentes que frequentem o terceiro ciclo de estudos.

Foram elaborados os seguintes **objetivos** para este estudo:

- ✓ Elaborar um programa de enfermagem em Saúde Mental Positiva baseado no Modelo Multifatorial de Teresa Lluch;
- ✓ Implementar um programa de saúde mental positiva no âmbito da carteira de serviços dos cuidados de saúde primários, como resposta às diretrizes do programa nacional de saúde escolar (PNSE, 2015);
- ✓ Analisar a eficácia do programa de saúde mental positiva na promoção da saúde mental dos adolescentes em ambiente escolar;
- ✓ Avaliar os níveis de saúde mental positiva dos adolescentes em ambiente escolar.

Metodologia: Estudo misto, quase-experimental (através de um estudo piloto) e também observacional-descritivo transversal, centrado num Focus Group. A amostra foi constituída por 157 alunos com idades compreendidas entre os 12 e 16 anos, e como instrumento foi criado um questionário individual, em que englobava a escala de vulnerabilidade psicológica e o questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+). O primeiro Focus Group foi formado para análise do questionário individual e o Segundo Focus Group para discussão do programa promotor de saúde mental. Após recolha dos questionários e análise dos resultados do QSM+ nas diferentes turmas foi escolhida a turma-piloto.

Resultados: Na turma piloto a média do QSM+ pré-programa era de 94,35, no pós-programa teve uma diminuição, e situava-se nos 92,61. A escala de vulnerabilidade psicológica no pré-programa, a média era de 14,52 e no pós-programa de 14,26. Utilizou-se a triangulação dos dados para sua validação.

Conclusões: A implementação do programa melhorou a saúde mental positiva dos participantes. Sabendo que a saúde mental é trabalhada com base na continuidade, acredita-se que o fator tempo foi limitador neste estudo. Teria sido uma mais-valia realizar um follow-up no final do ano letivo.

Palavras-chaves: adolescentes; enfermagem saúde mental; saúde mental positiva; programa.

ABSTRACT

The WHO estimates that at least 20% of children and adolescents have at least one mental disorder before reaching the age of 18 years. (PNSE, 2015)

The concept of Positive Mental Health (SM +) emerges as an integral part of one's overall health. The term 'positive' intends to consider the promotion of actions in order to strengthen and enhance mental health in its generality. (Lluch, 2008)

Based on the studies of the Multifactorial Model of Teresa Lluch (1999), it was proposed for the present study the conception and validation of a positive mental health promotion program in the field of mental health nursing directed to adolescents who attend the 3rd cycle of studies.

The following objectives were elaborated for this study:

- ✓ Elaborate a positive mental health nursing program based on the Multifactorial Model of Teresa Lluch;
- ✓ Implement a positive mental health program within the framework of the primary health care services portfolio, in response to the guidelines of the national school health program (PNSE, 2015);
- ✓ To analyse the effectiveness of the positive mental health program in promoting adolescents' mental health in a school environment;
- ✓ To evaluate the positive mental health levels of adolescents in school settings.

Methodology: Mixed, quasi-experimental (through a pilot study) and also observational-descriptive cross-sectional study focused on a Focus Group was chosen. The sample consisted of 157 students aged between 12 and 16 years old, and as an instrument an individual questionnaire was created, which included the psychological vulnerability scale and the positive mental health questionnaire. The first Focus Group was formed to analyse the individual questionnaire and the Second Focus Group was formed to discuss the mental health promoter program. After collecting the questionnaires and analysing the QSM + results in the different classes, the pilot group was chosen.

Results: In the pilot group the mean QSM + pre-program was 94.35, post-program had a decrease, and was at 92.61. The pre-program psychological vulnerability scale was 14.52. After the program was 14.26. The triangulation of the data was used for its validation.

Conclusions: Program implementation improved participants' positive mental health. Knowing that mental health is worked on the basis of continuity, it is believed that the time factor was limiting in this study. It would have been an added value to carry out a follow-up at the end of the academic year to analyse QSM +.

Keywords: adolescents; nursing mental health; positive mental health; program;

INDICE

INTRODUÇÃO	21
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	25
1 ADOLESCÊNCIA.....	27
2 SAÚDE MENTAL POSITIVA	31
2.1 Modelo Multifatorial de Saúde Mental Positiva de Maria Teresa Lluh	33
2.2 Promoção da Saúde Mental Positiva nas escolas.....	36
PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	41
1 DESENHO DO ESTUDO.....	43
A - METODOLOGIA QUALITATIVA	47
1 Focus Group.....	47
2 Questões de investigação e objetivos	48
3 Participantes, procedimentos e suas considerações éticas	50
4 Análise da informação.....	53
B - METODOLOGIA QUANTITATIVA	57
1 Hipóteses e objetivos	57
2 Tipo de estudo	58
3 Variáveis.....	59
4 População e amostra	60
5 Instrumentos utilizados	61
5.1 Questionário individual de Saúde Mental Positiva em adolescentes do 3º ciclo	61
5.2 Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+)	63

5.3	Escala de vulnerabilidade psicológica.....	66
6	Procedimentos e considerações éticas	68
7	Tratamento de dados.....	69
8	Análise dos dados	82
9	Resultados e discussão	89
	PARTE III - PROGRAMA PROMOTOR DE SAUDE MENTAL POSITIVA EM	
	ADOLESCENTES	93
1	CONCEPÇÃO E ESTRUTURA DO PROGRAMA “O BRILHO DA MENTE”	95
2	CONTRIBUTO PARA EVOLUÇÃO DO CONHECIMENTO - IMPLEMENTAÇÃO DO	
	PROGRAMA PROMOTOR DE SAÚDE MENTAL POSITIVA.....	99
	CONCLUSÃO	105
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109
	ANEXOS.....	117
	ANEXO I - Questionário individual	118
	Anexo II - Programa Promotor de Saúde Mental Positiva.....	125
	Anexo III - Escala de vulnerabilidade psicológica (EVP)	171
	Anexo IV - Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+).....	173
	Anexo V - Autorização do QSM+	175
	Anexo V - Autorização da EVP	177
	Anexo VII - Autorização agrupamento escolar Rodrigues de Freitas.....	179
	Anexo VIII - Autorização de agrupamento escolar Infante D. Henrique.....	182
	Anexo IX- Autorização MEducação	185
	Anexo X - Consentimento informado pais	188
	ANEXO XI - Certificado de participação dos alunos	190

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Prática de exercício físico	71
Gráfico 2- Sono/horas	71
Gráfico 3- Alimentação e saúde mental	72
Gráfico 4 - Problemas de saúde	73
Gráfico 5 - Consumo tabaco/álcool	74
Gráfico 6 - Escala de vulnerabilidade psicológica	75
Gráfico 7 - Distribuição normal pré-programa	83
Gráfico 8 - Histograma pré-programa	87
Gráfico 9 - Histograma pós-programa	87
Gráfico 10 - Histograma comparativo do pré e pós programa	88

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Saúde Mental e Doença Mental: complete state model	33
Figura 2 - Modelo Multifatorial de Teresa LLuch (1999; Ortega, 2015).....	34
Figura 3 - O brilho da mente	97

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 -Base de dados/artigos científicos	44
Tabela 2- Desenho do estudo	46
Tabela 3 - Esquematização do <i>Focus Group</i>	50
Tabela 4 - Distribuição de questionários	60
Tabela 5 - Características da turma Pré-teste	62
Tabela 6 - Distribuição dos itens CSM+ segundo os fatores.....	64
Tabela 7- Diferenças entre CSM+ e QSM+	65
Tabela 8 - Pontuação das respostas nos itens positivos e negativos do QSM+	66
Tabela 9 - Frequências e percentagens das variáveis relativas à caracterização sociodemográfica.....	70
Tabela 10 - Desempenho escolar	70
Tabela 11 - Níveis de vulnerabilidade	74
Tabela 12- Média EVP turma e escola	75
Tabela 13 - Níveis de saúde mental/escola.....	76
Tabela 14 - Fatores Saúde Mental Positiva	77
Tabela 15 - Valores/aluno turma piloto da escala de vulnerabilidade psicológica	79
Tabela 16 - Estatística descritiva do QSM+ antes do programa	80
Tabela 17 - Níveis QSM+ na turma piloto.....	80
Tabela 18 - Fatores SMP na turma piloto.....	81
Tabela 19 - Valores comparativos da EVP no pré e pós- programa	83
Tabela 20- Teste T para amostras emparelhadas EVP	84
Tabela 21 - Comparação do pré e pós-programa - QSM+	84
Tabela 22 - Fatores SM+ comparativos	85
Tabela 23 - Comparação da estatística descritiva pré e pós-programa QSM+	86
Tabela 26- Teste T para QSM+	88

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano caracterizada por enormes transformações físicas, psicológicas e sociais. Inicia-se na puberdade e termina com a constituição do caráter que marca a fase adulta, sendo um período de transição em que o jovem procura a sua identidade e autonomia (Sampaio, 2010, pp.2). A puberdade é cada vez mais precoce, o que leva a adolescência a iniciar-se mais cedo, e também o prolongamento da escolarização, com a permanência mais estendida em casa dos pais, torna a sua conclusão mais tardia. Tudo isto torna a adolescência uma etapa fundamental no desenvolvimento, em que procuram definir a sua identidade pessoal, aprofundam as relações com os pares, intensificam os interesses intelectuais, e buscam um sentido de pertença social (Sampaio, 1993; Sampaio, 2002; Sampaio, 2010, pp.2).

“A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 20% de crianças e adolescentes apresentem, pelo menos, uma perturbação mental antes de atingirem os 18 anos de idade. Segundo a OMS Europa e a Academia Americana da Psiquiatria da Infância e Adolescência, uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas mentais e destas, cerca de metade tem uma perturbação psiquiátrica” (PNSE, 2015, pp.13).

Esta organização também indica um decréscimo da saúde mental e um aumento das doenças mentais, que afetam 11% da população europeia. Designadamente atingindo 10% a 20% dos jovens adultos, o que torna esta problemática um sério problema de Saúde Pública (Storrie, Ahern, & Tuckett, 2010; Nogueira, 2017).

Estudos demonstram que a maioria dos adolescentes e jovens não procuram nem recebem a ajuda ou o tratamento adequado, devido à baixa literacia em saúde mental. A identificação, a sensibilização para a saúde mental e o tratamento precoce de dificuldades emocionais em adolescentes e jovens são uma prioridade tanto para os profissionais de saúde como para os professores (Santor *et al.*, 2006; Pedreiro *et al.*, 2011).

Para a OMS, a saúde não é vista apenas como a ausência de doença, mas como um estado de completo bem-estar físico mental e social. Assim, definiu a saúde mental como *“um estado de bem-estar em que a pessoa pode desenvolver as suas próprias capacidades, pode enfrentar os stressores normais da vida, pode trabalhar produtivamente e com satisfação e é capaz de contribuir para a sociedade”* (OMS, 2001, pp.30).

A tarefa de definir a saúde mental de uma forma completa é quase impossível, pois diferentes culturas definem de forma diferente a saúde mental, mas no fundo, os conceitos

de saúde mental abrangem “(...) o bem-estar subjetivo, autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a independência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa” (OMS, 2001, pp.3).

Em 2004, a OMS realçou a necessidade de promover a saúde mental e definiu a Saúde Mental Positiva como um estado de bem-estar em que o indivíduo compreende as suas próprias habilidades, consegue lidar com o normal *stress* da vida, trabalha de forma produtiva e proveitosa, e é capaz de dar o seu contributo para a comunidade (OMS, 2005, pp.12; Keyes, 2010, pp.17-18).

O conceito de Saúde Mental Positiva foi referido pela primeira vez por Jahoda e descrevia este conceito em que o critério para a ter não era a ausência de doença e seria necessário ter em conta os padrões de comportamento normal para o tempo, cultura e expectativas sociais (Barbosa, 2013).

Lehtinen em 2004, definia a Saúde Mental Positiva como a capacidade de perceber, compreender, interpretar as circunstâncias que nos cercam para nos adaptarmos a elas e modificá-las em caso de necessidade (Lluch, 2018). O conceito de Saúde Mental Positiva tem evoluído desde a proposta inicial de Jahoda (1958) para outros termos e conceitos mais atuais. Para Lluch (2017) a Saúde Mental Positiva é um estado dinâmico, em que engloba comportamentos, pensamentos, sentimentos e emoções positivas e negativas.

Maria Teresa Lluch (1999), validou empiricamente a proposta feita por Jahoda (1958) e desenvolveu o Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+) onde avaliou 6 fatores ou características da saúde mental: satisfação pessoal, atitude pro-social, autocontrolo, autonomia, resolução de problemas e autorrealização e habilidades nas relações interpessoais. Estes fatores são necessários para a manutenção de uma Saúde Mental Positiva e permitem ao ser humano desenvolver capacidades para enfrentar a sua vida diária. Em 2014, Sequeira *et al.* traduziu e adaptou para a realidade portuguesa o CSM+, passando a designar-se de Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+).

Os cuidados especializados de enfermagem à pessoa na área da Saúde Mental e Psiquiatria consistem na incorporação de intervenções psicoterapêuticas ao longo do seu ciclo vital procurando promover e proteger a saúde mental, prevenir a doença mental, e tratar através da reabilitação psicossocial e da reinserção social (Ordem dos Enfermeiros, 2010; S. in Sequeira. & S., 2010; Barbosa, 2013, pp.26).

Assim, as intervenções de enfermagem em populações vulneráveis procuram dotá-las de recursos, melhorando a sua saúde e, reduzindo os fatores de risco. As Intervenções psicoterapêuticas procuram dotar os indivíduos mais vulneráveis de estratégias de *coping* eficazes e de capacidade de resiliência para responderem de forma positiva a um problema que os tornem mais vulneráveis mentalmente. (Barbosa, 2013, pp.26)

A Ordem dos Enfermeiros (2009) refere que uma das competências do enfermeiro especialista é assentar os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Este estudo enquadra-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), no ano letivo 2017/2018, e é baseado nos estudos do Modelo Multifatorial de Teresa Lluch. Foi proposto para o presente trabalho a conceção e validação de um Programa Promotor de Saúde Mental Positiva no âmbito de enfermagem de saúde mental direcionado para alunos do 3ºciclo. O trabalho integra-se no Projeto de Saúde Mental Positiva da CINTESIS/NursID do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde e da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Partimos da seguinte questão de partida: *“Poderá a saúde mental dos adolescentes que frequentam o 3º ciclo, melhorar com a implementação de um programa de Saúde Mental Positiva?”* e tendo em conta um dos objetivos gerais do Programa Nacional de Saúde Escolar (2015), que visa promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa e retirando um dos objetivos do Programa Nacional de Saúde Mental (2007) que pretende reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações, foram elaborados os seguintes objetivos para este estudo:

- ✓ Elaborar um programa de enfermagem em Saúde Mental Positiva para adolescentes baseado no Modelo Multifatorial de Teresa Lluch (1999);
- ✓ Implementar um Programa de Saúde Mental Positiva no âmbito da carteira de serviços dos cuidados de saúde primários, como resposta às diretrizes do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE, 2015);
- ✓ Analisar a eficácia do programa de Saúde Mental Positiva na promoção da saúde mental dos adolescentes em ambiente escolar;
- ✓ Avaliar os níveis de Saúde Mental Positiva dos adolescentes em ambiente escolar.

Será um estudo misto, quase experimental (através de um estudo piloto) e também observacional-descritivo, transversal, centrado num *Focus Group*.

A presente dissertação está dividida em três partes. Na primeira parte encontra-se o enquadramento teórico onde são abordados os conceitos mais pertinentes neste estudo, como a adolescência, a enfermagem de saúde mental, a Saúde Mental Positiva e a necessidade de um programa promotor nesta etapa da vida.

Na segunda parte temos o enquadramento metodológico, sendo um estudo misto, foi dividido nas duas diferentes metodologias. O capítulo A refere-se à metodologia qualitativa, onde são apresentados os resultados dos *Focus Group*. No capítulo B é abordada a

metodologia quantitativa, onde é feita a apreciação dos dados recolhidos com os instrumentos escolhidos e a sua análise inferencial.

Na terceira parte é dado a conhecer o Programa Promotor de Saúde Mental Positiva em adolescentes, e os ganhos em saúde que se adquiriram com este programa.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

“É na fase conceptual que “(...) o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma conceção clara do problema” (Fortin, 2009, p.49).

1 ADOLESCÊNCIA

Adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizada pelo desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços da pessoa em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive. A adolescência inicia-se com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o jovem consolida o seu crescimento e a sua personalidade, obtendo progressivamente a sua independência econômica, além da integração nos grupos sociais (Einstein, 2005).

De acordo com Pataki (2009) e Sampaio (2010) a adolescência também pode ser considerada como um período de desenvolvimento neurobiológico, em que o cérebro em evolução interage com estímulos sociais. O córtex pré-frontal sofre uma alteração significativa, com o aumento da capacidade para planejar e resolver problemas. A nível endócrino, a adolescência começa com a libertação de hormonas que desencadeiam diversas alterações e determinam o aumento do peso e estatura característico da puberdade.

As alterações pubertárias são mais visíveis pelos 12 anos, sendo habitualmente mais tardias nos rapazes. Atualmente, a puberdade é cada vez mais precoce, podendo estar relacionado, entre outros fatores, com as melhores condições nutricionais. A título de exemplo, a meio do século XIX a primeira menstruação surgia só pelos quinze anos (Sampaio, 2006; OMS, 1995; Sampaio, 2010).

Ao nível das diferenças biológicas, a maturação sexual das raparigas geralmente começa por volta dos 8 anos, com o primeiro estadio do desenvolvimento da mama. A menarca ocorre normalmente entre os 10,5 e 15,5 anos, com o salto pubertário entre os 9,5 e os 14,5 anos. Nos rapazes, verifica-se em relação à maturação sexual, que o crescimento dos testículos, ocorre entre os 10,5 e 13,5 anos e o salto pubertário um ano depois. O crescimento na adolescência é intenso, em ambos os sexos (OMS, 2000; Sampaio, 2010, pp.4).

A Organização Mundial de Saúde adota o critério cronológico para definir a adolescência, considerando dois períodos, a inicial, entre 10 e 14 anos, e a final, entre os 15 e os 19 anos (OMS, 1995; Sampaio, 2010).

Embora com distintas alterações individuais, é possível caracterizar três fases na adolescência:

1ª Fase - entre os 12 e os 14 anos: há mudanças visíveis a nível físico, nas atitudes e nos comportamentos, com menor empenhamento nas rotinas familiares e maior gosto em estar sozinho. Desenvolve-se uma sexualidade intimista, em que o adolescente vive as

mudanças corporais e aprende a lidar com as fantasias e os impulsos que até então eram desconhecidos. Em muitos casos, existe um certo grau de introversão, como se o adolescente procurasse compreender o que se passa consigo (Sampaio, 2006; Sampaio, 2010).

2ª Fase - entre os 14 e os 16 anos: nesta fase, na maior parte dos casos, completam-se as alterações corporais; une-se o raciocínio abstrato em desenvolvimento com a tomada mais realista de decisões; há uma tendência para a identificação com o grupo de pares, quer no mundo real, quer agora nas redes sociais da internet. Desejam ser mais autónomos, sendo as manifestações da sexualidade agora mais exteriorizadas. A autoestima e a autoimagem tornam-se decisivas face à possibilidade dos comportamentos de risco (Sampaio, 2006; Sampaio, 2010, pp.4).

3ª Fase - entre os 17 e os 19 anos: consolidação da exploração de objetivos académicos, interesses culturais e desportivos, bem como aumentam as tentativas de estabelecimento de laços afetivo-sexuais e sociais mais estáveis. Existe uma maior definição do self, com consolidação da pertença a grupos, ideais coletivos ou subculturas juvenis. Desenvolvem-se novas capacidades cognitivas, alteram-se as relações com os pais e amigos e o jovem caminha para uma progressiva autonomia (Pataki, 2009; Sampaio, 2010).

Tendo em conta estas fases, os enfermeiros têm de ter um conhecimento básico do desenvolvimento da personalidade humana para entenderem as respostas comportamentais mal adaptativas dos adolescentes. As teorias do desenvolvimento identificam comportamentos associados aos vários estádios pelos quais os indivíduos passam, especificando assim o que é apropriado ou não para cada nível de desenvolvimento (Townsend, 2011).

Os estádios sobrepõem-se, e um jovem pode estar a trabalhar ao mesmo tempo tarefas associadas a vários estádios. Quando se fixa num nível inferior de desenvolvimento, com comportamentos inadequados à idade focados nessas tarefas, uma psicopatologia torna-se evidente (Townsend, 2011).

Visto este estudo aplicar-se a adolescentes que frequentam o 3º ciclo, em que as idades variam entre os 12 e os 16 anos, iremos explorar as teorias do desenvolvimento centrando-as na 1ª e 2ª fase da adolescência.

De acordo com Sullivan (1953), a teoria interpessoal identificou 6 estádios do desenvolvimento da personalidade, entre os quais destacamos um dos estádios referentes às idades da população em estudo:

Adolescência inicial - 12 a 14 anos - a criança está a lutar com o desenvolvimento de um sentido de identidade que é separado e independente dos pais. A principal tarefa é a formação de relações satisfatórias com membros do sexo oposto. Também este autor refere a luxúria como resposta às alterações biológicas.

Kohlberg (1958) escreveu a teoria do desenvolvimento moral, repartindo-a em três níveis e cada um deles integra 2 estádios. Destaca-se o nível III (pós-convencional) em que engloba o estádio 5 - orientação legalista para o contrato social- a visão do mundo neste estádio é que existem pessoas de diferentes opiniões, direitos e valores. O correto é apoiar os direitos, valores e contratos jurídicos de uma sociedade, mesmo quando estão em conflito com as normas do grupo. Muitos dos atos de um governo democrático são baseados neste estádio. O estádio 6 - orientação para o princípio ético universal - o comportamento é motivado pelos princípios de honra, justiça e respeito pela dignidade humana. É guiado pela consciência, e quando falha ao cumprir os comportamentos esperados por si próprio, a consequência pessoal é a culpa intensa.

Na **teoria psico-analítica de Freud (1961)**, este identificou 5 estádios, dentro dos quais o estádio genital que vai dos 13-20 anos. Este estádio, tem como foco principal as relações com membros do sexo oposto e na preparação para seleção de um companheiro. As relações interpessoais são baseadas em prazer genuíno que deriva da interação e não das implicações das associações da infância mais voltadas para a autossatisfação.

Erikson (1963), estuda a teoria do desenvolvimento psicossocial e descreve 8 estádios do ciclo de vida onde o indivíduo luta com crises de desenvolvimento. Um dos quais a identidade Vs confusão de identidade que decorre entre os 12 e os 20 anos. A realização da tarefa resulta num sentido de confiança, estabilidade emocional, e uma visão do próprio como indivíduo único. A não realização da tarefa resulta num sentimento de autoconsciência, dúvida e confusão sobre o papel do indivíduo na vida. Os compromissos para com outros são inexistentes, superficiais e breves. A falta de confiança é muitas vezes expressa através de comportamento delinquente e rebelde.

Piaget (1969) desenvolveu a teoria do desenvolvimento cognitivo e dividiu em 4 estádios, dentro dos quais o estádio 4 - operações formais, em que o autor refere que o indivíduo consegue pensar e raciocinar em termos abstratos. Consegue criar e testar hipóteses utilizando a lógica e a resolução de problemas ordenada. São idealizadas situações em curso e reflexões sobre o futuro e regressa um certo grau de egocentrismo neste estádio. Pode haver alguma dificuldade em reconciliar esperanças idealistas com perspectivas mais racionais, mas permite que o indivíduo distinga o ideal do real.

Todas estas teorias do desenvolvimento abordam estádios em áreas diferentes, mas todas elas acabam por se complementar, forçando a ideia que a adolescência é uma etapa envolvida em mudanças físicas e psicológicas.

É no período da adolescência que se verifica o afastamento dos pais, a primeira tentativa de independência, os primeiros comportamentos de risco e a afirmação no grupo. A formação do grupo é de extrema importância na altura da adolescência, constituindo um espaço para formação da identidade pessoal e o local onde podem experimentar e exercer

novos papéis longe dos papéis e família. (Souza, *et al.*, 2004)

Pode-se afirmar que: *“O grupo é o habitat natural do adolescente e, nele, ele se organiza, com comunicação própria, inicialmente pela linguagem corporal e lúdica. A medida em que o grupo adolescente se vai desenvolvendo, adquire uma linguagem verbal e não verbal própria. A primeira, na maioria das vezes, de natureza contestatória e, a segunda expressa o modo como ele se coloca para o mundo”* (Souza, *et al.*, 2004, pp.20).

A linguagem e comportamento dos adolescentes dentro do grupo é diferente de quando eles se encontram sozinhos e distinta dos demais grupos sociais, pelo que é importante que os profissionais de saúde entendam essas características, de modo a conseguirem intervir e selecionar a melhor estratégia (Souza, *et al.*, 2004, pp.20).

Souza *et al.* (2004, pp.20) acerca da intervenção dos enfermeiros em grupos corroboram que *“(..) a utilização do grupo como estratégia para a abordagem dos adolescentes, independentemente da temática que se queira explorar, é fundamental na percepção de que cada adolescente tem uma estrutura própria definida por sua história de vida e pela influência da família nuclear, vivendo a contradição entre o seu desejo e a fantasia e o que é recomendado ou esperado dos pais.”*

Os profissionais de saúde que pretendam intervir no contexto grupal necessitam de melhorar os conhecimentos acerca do comportamento do adolescente em grupo e perceber que este nem sempre é harmonioso, podendo ter altos e baixos no humor. Além disso, é também necessário o conhecimento do movimento grupal e da sua dinâmica (Souza, *et al.*, 2004).

2 SAÚDE MENTAL POSITIVA

Ao longo dos tempos a definição de saúde mental foi sofrendo algumas alterações.

Nos Inícios do século XX, o termo higiene mental definia “*a saúde mental como algo mais que a ausência de doença mental.*” Em 1947, a saúde mental incluía os termos saúde e doença mental.

Em 1948, a OMS define saúde como estado completo de bem-estar possível a nível físico, mental e social e não somente a ausência de doença.

Em 1958, M. Jahoda publica pela primeira vez o termo Saúde Mental Positiva. A base do seu trabalho em relação à vertente positiva da saúde mental remonta à antiguidade. Destaca Aristóteles e o seu estudo sobre a Eudaimonia (felicidade) e a vida virtuosa (Calvo-Martinez, 2005; Reale, 2003; Ortega, 2015) e também a teoria humanista, fundamentada na fenomenologia e no existencialismo, postulando a conceção da pessoa na sua globalidade, a bondade do ser humano e a sua criatividade, e a importância do equilíbrio psicológico como elemento fundamental da saúde mental (Ortega, 2015).

Nesse mesmo ano, Jahoda ficou de preparar um estudo para o *Joint Commission on Mental Illness and Health* sobre o conceito de Saúde Mental Positiva e que serviria para ajudar os membros a terem uma perspetiva global da saúde mental do país. Assim, Jahoda estudou as ideias existentes sobre saúde mental e descartou as que eram incompatíveis com o termo positivo, e sintetizou em 6 indicadores os critérios e em 16 subfactores. Considerou a Saúde Mental Positiva como um comportamento individual, e não coletivo e estabeleceu que o ambiente social e cultural podia facilitar ou dificultar a saúde. A avaliação de um comportamento saudável está longe de ser fixo e objetivo, pois varia com o lugar, tempo, cultura e as expectativas de cada grupo social (Ortega, 2015).

Entre 1958 a 1998, existem poucas referências bibliográficas. Em 2001, a OMS escrevia que “*A saúde mental é tão importante como a saúde física para o bem-estar dos indivíduos, das sociedades e dos países. Não obstante, só uma pequena minoria dos 450 milhões de pessoas que apresentam perturbações mentais e comportamentais está a receber tratamento. Avanços na neurociência e na medicina do comportamento já mostraram que, como muitas doenças físicas, estas perturbações resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Embora ainda haja muito por aprender, já temos os conhecimentos e as capacidades necessários para reduzir o peso que as perturbações mentais e comportamentais representam em todo o mundo. (pp. 1)*

Assim, a saúde mental é entendida como algo que é oposto à doença mental, acreditando por isso que, um comportamento normal está presente quando a doença está

ausente (Sequeira & Sá 2010; Barbosa, 2013).

Também estes autores, defendem que a existência de um comportamento normal não é sinónimo de saúde, pois a mesma atitude em diferentes partes do mundo pode ser julgada de maneira diferente. Uma atitude normal numa determinada cultura pode assim ser vista por outra como uma atitude radical.

Em 2001, a OMS (pp.31-32) propunha os principais conceitos de saúde mental que abrangiam o *“bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa.”* Numa perspetiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa, mas de modo geral, concordamos de que a saúde mental é algo mais do que a ausência de transtornos mentais. É importante compreender a saúde mental, o funcionamento mental, pois aí está a base para compreendermos o desenvolvimento dos transtornos mentais e comportamentais.

Mais tarde, em 2005, a OMS (pp.1) reformulou a sua definição de saúde mental para *“um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe o seu próprio potencial, é capaz de lidar com o stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e de dar um contributo para a sua comunidade”*. As três componentes essenciais desta definição são (1) o bem-estar, (2) o funcionamento efetivo do indivíduo, e (3) o funcionamento efetivo na comunidade”.

Só nos finais do sec. XX e inícios do Sec. XXI surge a explosão do termo “positiva”. Assim em 1998, inicia-se uma nova área da psicologia: Psicologia Positiva ou *“Ciência da Felicidade”*. Este termo “Psicologia Positiva” tinha o objetivo de alterar o foco da psicologia para a construção do que é positivo, centrando-se no potencial dos indivíduos e naquilo que torna a vida digna de ser vivida e no que torna as pessoas e a comunidade *flourish* e não *languish* (Ferreira, 2015, pp.5).

Keyes (2005) refere que a saúde mental e a doença mental não são extremidades opostas de um conceito, sugerindo que a saúde mental deve ser vista como uma condição própria. Assim, a ausência de doença mental não é igual à presença de saúde mental, mas os ganhos em saúde mental diminuem a probabilidade de incidência de doença mental, e vice-versa (Keyes, Dhingra & Simões, 2010; Ferreira, 2015, pp.5)

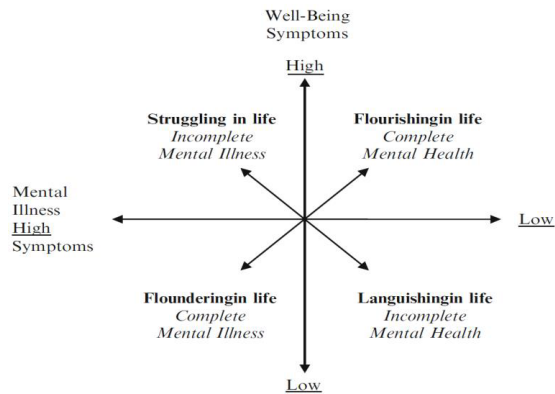


Figura 1 - Saúde Mental e Doença Mental: complete state model (adaptado de Vennin et al., 2013; retirado de Ferreira, 2015.p.6)

Segundo o modelo de Keyes (2002, pp.217) o diagnóstico de saúde mental é descrito como *flourishing* e a ausência de saúde mental é descrito como *languishing*, tendo este autor concluído que o risco de ter um episódio depressivo é duas vezes superior entre os adultos em *languishing* e adultos com saúde mental moderada; e seis vezes maior entre *languishing* do que adultos em *flourishing*.

Ter uma "saúde mental moderada" não é o mesmo que estar "saudável", em compensação o termo combina o saudável com a psicopatologia (OMS, 2005; Ferreira, 2015). Contudo, a Saúde Mental Positiva tanto pode constituir um preditor de doença mental como um fator de risco (Keyes, 2002; Keyes *et al.*, 2010 cit. Por Ferreira, 2015, pp.8).

2.1 Modelo Multifatorial de Saúde Mental Positiva de Maria Teresa Lluch

Maria Teresa Lluch retomou o trabalho iniciado por Marie Jahoda com a intenção de dar operacionalidade às abordagens conceituais e avaliar a Saúde Mental Positiva.

O trabalho de Jahoda está vinculado ao modelo comunitário de intervenção e pretende reivindicar a promoção da saúde mental e não apenas a mera prevenção da doença. Esta mesma autora articula o conceito de Saúde Mental Positiva desde uma perspectiva de múltiplos critérios e concretiza em seis critérios interrelacionados (Lluch,1999, pp.52).

De acordo com Lluch (2017) a Saúde Mental Positiva consiste em tentar estar e sentir-se o melhor possível dentro das circunstâncias específicas em que se encontra, interpretando e aceitando a normalidade de muitos dos nossos pensamentos, sentimentos e condutas.

É um estado dinâmico e engloba comportamentos, pensamentos, sentimentos e

emoções positivas e negativas. Ou seja, devemos promover e potenciar estados e pensamentos positivos e/ou de bem-estar (felicidade, alegria, satisfação) mas também tem de se dar espaço à nossa mente para que expresse a sua complexidade. Desta maneira, existem muitas ocasiões em que estar saudável é sentir-se triste, irritado, aborrecido e dececionado (Lluch, 2017).

De acordo com Lluch (2008), o conceito de Saúde Mental Positiva surge como parte integrante da saúde global da pessoa. A terminologia “positiva” considera a promoção de ações no sentido de reforçar e potenciar a saúde mental na sua generalidade (Leite, 2016).

Lluch (1999; 2018) parte dos seguintes princípios para definir a Saúde Mental Positiva:

- *Integração na promoção da saúde mental, com forte relação aos estudos de Seligman no quadro da psicologia positiva;*
- *Aceitação dos momentos de mal-estar (tristeza, decepção e doença) como normais na vida, uma vez que a mente precisa de expressar toda a sua complexidade no dinamismo que oscila entre o amor e a dor, a vida e a morte, a tristeza e a alegria;*
- *Aceitar todas as emoções (negativas e positivas) como essenciais à vida;*
- *Promover a resiliência como forma de adaptação a situações negativas, evitando que se prolonguem mais do que o estritamente necessário;*
- *Procurar levar a pessoa a estar e a sentir-se o melhor possível dentro das circunstâncias específicas em que se encontra (Leite, 2016, pp.38).*

Assim, Lluch define o constructo da Saúde Mental Positiva (SM+) a partir de seis fatores que configuram o Modelo Multifatorial de SM+, como se pode ver na figura n.º 2.

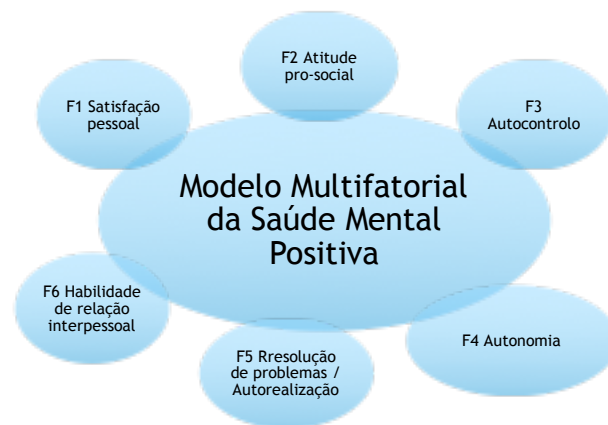


Figura 2 –Modelo Multifatorial de Teresa LLuch (1999; Ortega, 2015)

Para esta autora, a aplicação da Saúde Mental Positiva tem os seus limites. Ou seja, as abordagens de Lluch (2002) reforçam a ideia de que há que viver, sentir os momentos agindo conforme cada um, permitindo a expressão de sentimentos, canalizando-os e gerindo-os de forma coerente. Este ponto é importante, por exemplo numa situação de perda, em que chorar e acompanhar são aspetos positivos da vida porque correspondem àquela situação, aquele momento.

Não se pode confundir a atitude positiva com estar constantemente feliz. Não se pode pretender conseguir a felicidade a todo o custo, este é o perigo, e que supõe passar de uma atitude aberta, positiva que facilita uma gestão de recursos internos e o aproveitamento dos mesmos para enfrentar a vida, a uma atitude banal de limitar a expressividade emocional do ser humano a um reducionismo não saudável.

O âmbito da promoção da SM+ é manter, fortalecer, maximizar e incrementar o nível de bem-estar mental.

Assim, de acordo com Lluch (2002), para potenciar a SM+ é necessário:

- Adquirir atitude para a vida que consiste na resolução de problemas, pensamento crítico, comunicação, relações interpessoais, empatia;
- Aplicar métodos para enfrentar as emoções, considerando as técnicas de autocontrole e os métodos de relaxamento.

Teresa Lluch (1999) é autora do questionário pioneiro para avaliar a Saúde Mental Positiva: Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSM+), (Lluch, 1999; Ortega, 2015) que iremos abordar num subcapítulo mais à frente, e o Decálogo da Saúde Mental Positiva (Lluch, 2011; Ortega, 2015; Sequeira & Lluch, 2015; Leite, 2016). Este integra 10 estratégias que passamos a descrever:

- 1 - Valorizar positivamente as coisas boas que se tem na vida (a nível pessoal e profissional);
- 2 - Colocar “Carinho” nas nossas atividades de vida diária;
- 3 - Não ser muito duro consigo ou com os outros (a tolerância, a compreensão e a flexibilidade são bons para a saúde mental);
- 4 - Não deixar as emoções negativas bloquearem a vida pessoal;
- 5 - Ter consciência dos bons momentos que acontecem nas nossas vidas quando eles estão a acontecer;
- 6 - Deixar fluir as emoções e interpretar a normalidade de muitos sentimentos (não ter medo de chorar e de “sentir”);
- 7 - Pesquisar espaços e atividades para relaxar mentalmente;
- 8 - Tentar resolver os problemas quando eles surgem;
- 9 - Cuidar das relações interpessoais, tanto as da esfera pessoal e íntimas como as de trabalho (colegas);
- 10 - Não esquecer de colocar “humor” na sua vida.

2.2 Promoção da Saúde Mental Positiva nas escolas

A capacidade mental das populações é uma das bases da sua prosperidade. Assim, cuidar da saúde mental das mesmas tem de ser uma prioridade. Neste sentido, a prevenção de perturbações mentais e a promoção da saúde mental é uma precessão para os diferentes países, governos e instituições.

O Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) define:

“A saúde mental como o núcleo central de intervenção em toda a comunidade educativa na complementaridade à aprendizagem, no estabelecimento de relações interpessoais significativas, na gestão de emoções e na adoção de estilos de vida saudáveis. A importância da saúde mental como meio condutor na promoção das competências socioemocionais torna a escola mais desafiadora, envolvente e significativa, com climas favoráveis de aprendizagem, pertença, sucesso e diminuição de comportamentos de risco, traduzindo-se em ganhos para a saúde (DGS, 2015, pp.18)”.

Em 2010, verificou-se a maior carga de doença expressa em anos de vida perdidos ao nível das perturbações mentais e comportamentais. Nos grupos etários dos 5-14 e 15-19 anos, *“20% apresentam pelo menos uma perturbação mental, com repercussões a nível da aprendizagem, atenção e comportamento, manifestando-se em sofrimento emocional acentuado (DGS, 2015, pp.13).”* Relativamente à saúde de docentes e não docentes tem-se verificado que nas últimas décadas houve um aumento acentuado dos riscos psicossociais e problemas de saúde mental com consequências a nível do absentismo, produtividade e esgotamento emocional (DGS, 2015; Leite, 2016).

Seguindo a Carta de Ottawa (1986), em que a saúde teria de apostar na sua promoção, Portugal integra desde 1994, e na sequência das recomendações da OMS, a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde e Educação que conduziu à implementação da promoção e educação para a saúde num conceito de Escola Para Todos, centrada nos seguintes objetivos do PNSE (DGS, 2015, pp.20):

- “Promover estilos de vida saudável e elevar 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.”

A Saúde Escolar, ao promover as competências socioemocionais dos alunos, contribui para o desenvolvimento de autoconhecimento, autogestão, consciência social, relações interpessoais e tomada de decisão responsável.

A União Europeia demonstra cada vez mais interesse pela Saúde Mental, tendo em 2016 lançado as linhas de ação para a saúde mental. Estão a ser desenvolvidas várias iniciativas nesta área e em vários países, destacando-se o projeto “*Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A police for Europe*” que é aplicado em escolas por considerarem locais propícios para a promoção, uma vez que as crianças e adolescentes estão numa fase do ciclo vital onde a aprendizagem é mais fácil. Também em Espanha existem programas de promoção para a Saúde Mental Positiva direcionados para alunos, professores e encarregados de educação (Blanco *et al.*, 2010). Estes programas procuram divulgar estilos de vida saudáveis e fatores protetores da saúde mental (Barbosa, 2013, pp.27-28).

As intervenções no âmbito da promoção da saúde mental devem ser dirigidas a potenciar as capacidades positivas do ser humano (Lluch, 1999, pp. 76). Um dos instrumentos básicos que se podem utilizar para a promoção é a educação para a saúde positiva: transmitir conhecimentos fundamentados, que permitam que as pessoas adotem, por eles próprios, comportamentos e atitudes saudáveis e treinem habilidades pessoais específicas, como por exemplo habilidades sociais ou resolução de problemas (Lluch, 1999, pp.76).

A educação é dirigida fundamentalmente a potenciar atitudes que favoreçam a auto-direção, a competência e a autoconfiança. Neste sentido é necessário focalizar a atenção num modelo de promoção que fomente a Saúde Mental Positiva e o bem-estar (Norton, 1998; Lluch, 1999).

Outro conceito utilizado muito nos últimos tempos, e que está a entrar em alguns programas de promoção da saúde, é o empoderamento e que se define como um sentimento positivo de controlo da sua própria saúde que contribui para melhorar o bem-estar pessoal e fomenta a capacidade de decidir e atuar de forma autónoma (Angoyard y Renaud, 1998; Marquet, 1998; Lluch, 1999). O grau de empoderamento das pessoas e das comunidades pode considerar-se como um indicador importante para avaliar o resultado das medidas que se adotam para promover a saúde (Lluch, 1999, pp.78).

Seligman (2012) sugere “*a implementação dos princípios da SM+ em todas as escolas, com o objetivo de diminuir o humor depressivo, traduzindo-se em maior aproveitamento escolar, melhor aprendizagem, aumento da satisfação com a vida e produção de um pensamento mais criativo e holístico (Leite, 2016, pp.41)*”.

Importa relembrar que uma das competências do enfermeiro especialista é intervir, com base em padrões de conhecimento e deve-se assumir como facilitador nos processos de aprendizagem (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Nas competências específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica, evidenciamos dois pontos essenciais, que são uma das bases deste estudo e destacam a

importância do enfermeiro nesta área de especialização, na criação e implementação de programas de promoção da saúde:

- Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental:
 - Implementar na comunidade programas centrados na população que promovam o empoderamento, a saúde mental e previnam ou reduzam o risco de perturbações mentais, privilegiando estratégias de desenvolvimento comunitário participativo
 - Implementar programas de promoção da saúde mental em locais de trabalho, escolas entre outros sistemas, visando a redução de fatores de *stress*, a gestão de conflitos e comportamento abusivo como a violência, o assédio moral, álcool, drogas, bem como programas de intervenção precoce.
- Ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto:
 - Planear e desenvolver programas de treino de aptidões sociais e de desenvolvimentos socio-emocional, direcionados para áreas específicas que evitem a exposição e exclusão social, nomeadamente em situações de comportamentos aditivos, violência doméstica, negligência e maus tratos a crianças, jovens, idosos, sem abrigo e outras pessoas que vivam em situação desfavorecida, independentemente do contexto.
 - Conceber estratégias de empoderamento que permitam ao cliente conceber conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

As Linhas de Ação Estratégica para a Saúde Mental e o Bem-Estar na Europa, aprovadas, em Bruxelas em Janeiro de 2016, e combinando as conclusões da Joint Action, estabelecem como principais objetivos:

- *“i. Garantir a implementação eficaz e sustentável de políticas que contribuam para a promoção da saúde mental e para a prevenção e tratamento das doenças mentais;*
- *ii. Desenvolver a promoção da saúde mental e os programas de prevenção e intervenção precoce, através da integração da saúde mental em todas as políticas e de uma cooperação entre vários sectores;*
- *iii. Garantir a transição para um tratamento abrangente e para cuidados na comunidade de elevada qualidade, acessíveis a todos, com ênfase na disponibilização dos cuidados de saúde mental para todas as pessoas com doenças mentais, na coordenação dos cuidados de saúde e sociais para pessoas com doenças mentais mais graves, bem como em cuidados integrados para pessoas com doenças mentais e físicas;*
- *iv. Fortalecer o conhecimento baseado na evidência científica e a partilha de boas práticas na saúde mental;*
- *v. Criar parcerias para o progresso”* (DGS, 2017- Programa Nacional para a Saúde Mental, pp X).

Assim, e evidenciando o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) na promoção da Saúde Mental Positiva concordamos com Garcia (2016) que refere a necessidade de se desenvolver programas neste âmbito da SM+. Estes devem estar focados na aprendizagem e potencialização e não apenas no que deve ser evitado, rejeitado ou anulado. Devem ter como principal objetivo promover sentimentos positivos e de controlo sobre a própria pessoa (empoderamento).

Também esta autora refere a necessidade de programas de promoção de saúde mental nos jovens onde estes irão *“promover gerações saudáveis, reduzir os problemas de saúde mental na adolescência e vida adulta, assim como os comportamentos de risco, melhorar o bem-estar pessoal, promover o conhecimento e controlo pessoal, fomentar a capacidade de decidir e de atuar de forma autónoma, promover a importância do amor-próprio e diminuir o estigma relativo aos problemas relacionados com a mente”* (Garcia, 2016, pp.96).

Num capítulo posterior iremos abordar os diagnósticos de enfermagem que são essenciais para evidenciar o trabalho do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria pois com eles conseguimos demonstrar os ganhos para a saúde que obtemos com os Programas Promotores de Saúde Mental Positiva.

PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

“A fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação (...) o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses.” (Fortin, 2009, pp.53).

1 DESENHO DO ESTUDO

Concordamos com Nogueira (2017) que define a investigação científica como um processo de resolução de problemas através da aplicação sistemática de várias etapas que conduzem a uma solução que culmina na expansão do conhecimento científico. Também refere que as opções metodológicas permitem ao investigador atingir as suas metas ou objetivos, com base na seleção e aplicação de métodos e técnicas apropriadas que conferem validade científica ao estudo.

Para isso, o desenho de estudo é essencial e serve de guia para o planeamento, implementação e análise do estudo (Driessnack, 2007). Permite também responder às perguntas ou hipóteses da pesquisa, mas as respostas poderão ser diferentes o que implica diferentes tipos de metodologias.

A pesquisa em enfermagem é de extrema importância pois fornece conhecimento novo, melhora os cuidados ao utente e desafia a prática com novas ideias. A prática baseada na evidência, é adquirida pelo conhecimento e não apenas pela tradição ou por preferências, pois só assim podemos tomar a decisão clínica apropriada a cada situação.

A revisão da literatura sobre o tema da Saúde Mental Positiva auxiliou para formular a questão de investigação **“Poderá a saúde mental dos adolescentes que frequentam o 3º ciclo, melhorar com a implementação de um Programa de Saúde Mental Positiva?”**, tendo sido utilizado o método PICO (P- participantes/população; I- intervenção; C- contexto do estudo; O- resultados) para a sua elaboração (Leite, 2016; Paes, 2017).

A fim de se verificar a existência de programas de enfermagem de Saúde Mental Positiva, foi efetuada a pesquisa bibliográfica nas bases de dados existentes quer a nível nacional quer a nível internacional como a *PubMed*, *Scielo*, *Ebsco*, *Repositório Aberto da UP*, *Repositório científico de acesso aberto de Portugal*. Nesta pesquisa foram utilizados as seguintes palavras-chave e operadores booleanos: termos em inglês: (“mental health nursing”) AND (“program”) AND (“positive”) AND (“teenagers”); termos em português: (“enfermagem saúde mental”) E (“programa”) E (“positiva”) E (“adolescentes”).

Tabela 1 -Base de dados/artigos científicos

Base de dados	Artigos selecionados
PubMed	Com termo Teenagers - 0 Sem termo teenagers - 13
Scielo	0
Ebsco	0
Repositório UP	0
Repositório Nacional	3

Dos 13 artigos da **Pubmed**, em que não integrava o termo “Teenagers” foram retirados todos os que se referiam aos programas de ensino a estudantes de enfermagem, supervisão de alunos de enfermagem, artigos referentes a programas de saúde mental associados a internamento ou ambulatório de pessoas com doença mental grave, tais como esquizofrenia, transtorno de personalidade e transtorno maniaco-depressivo. As datas de publicação foram entre 2010-2018, não se tendo encontrado artigos sobre a questão de investigação.

Dos 3 artigos do **Repositório Nacional** destaca-se apenas:

- **Programa de intervenção em enfermagem ‘Melhorar competências com os outros’** (Loureiro, Santos & Frederico-Ferreira, 2015) em que analisa a importância da intervenção em saúde mental no sentido de melhorar as competências sociais, como o autocontrolo, a assertividade, a cooperação e a empatia, no aumento do autoconhecimento, das relações interpessoais, valorização pessoal, autoconceito positivo e autoestima.

A população-alvo é composta por adolescentes a frequentar o 12º ano de escolaridade.

A operacionalização é uma abordagem cognitivo-comportamental, com role-play, modelação, reforço e feedback. Tem uma duração de 12 sessões semanais de 55 minutos cada.

Como conclusão da revisão da bibliografia selecionada, verificou-se que não foi identificado um programa de enfermagem específico em Saúde Mental Positiva para adolescentes baseado no Modelo Multifatorial de Lluch com a utilização do Questionário Saúde Mental Positiva.

Assim, será um estudo misto, quasi-experimental (através de um estudo piloto), observacional- descritivo transversal, centrado num *Focus Group*.

Na enfermagem, encontramos cada vez mais estudos mistos. De acordo com Driessnack (2007), o método misto é o uso de duas ou mais estratégias, quantitativa e/ou qualitativa dentro de um único projeto de pesquisa. Ou seja, os métodos mistos referem-se a um único

estudo que utiliza estratégias múltiplas ou mistas para responder às questões de partida e/ou testar hipóteses. A combinação de duas metodologias é uma alternativa para a abordagem de problemas complexos.

A metodologia deste trabalho está dividida em 2 partes. Na parte A explorasse a metodologia qualitativa com o *Focus Group* e na parte B a metodologia quantitativa com a análise inferencial dos dados colhidos.

A finalidade deste estudo é contribuir para a promoção da saúde mental dos adolescentes em ambiente escolar.

Na tabela nº3 está esquematizado o desenho do estudo para uma melhor visualização das etapas deste trabalho.

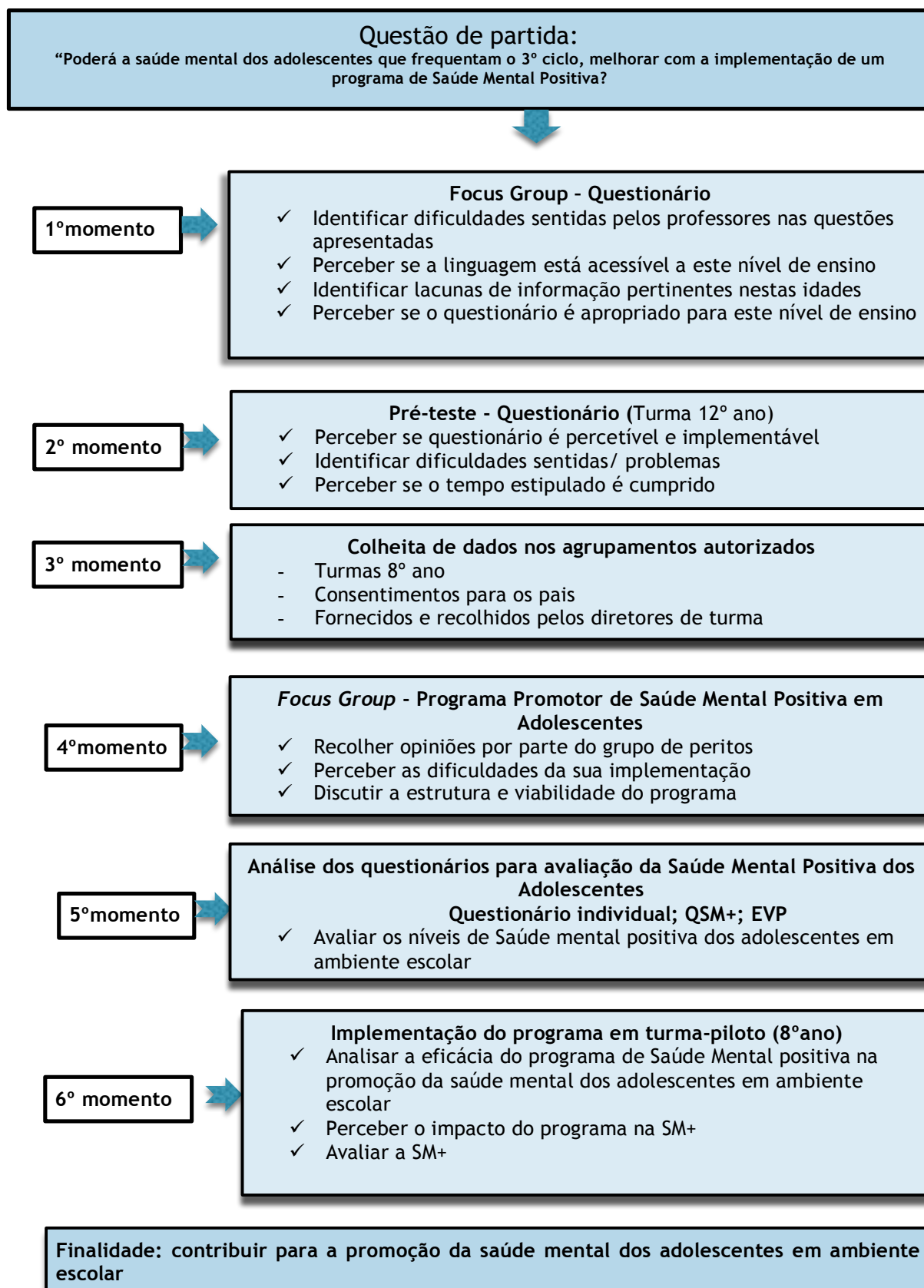


Tabela 2- Desenho do estudo

A - METODOLOGIA QUALITATIVA

“A investigação qualitativa compreende resultados sobre o que as pessoas pensam, e como se sentem ou dito de outra forma, o que é que elas dizem sobre o que pensam e como dizem o que pensam. Este tipo de informação é subjetivo. Envolve sentimentos e representações, mais do que números (Bellenger & Goldstucker, 2003; Abreu, 2017, pp.10)”.

“Os métodos qualitativos enfatizam a compreensão e o estudo em profundidade de pequenas unidades sociais. As operações são normalmente definidas em conformidade com as culturas locais, ou seja, a metodologia qualitativa permite aceder à complexidade e diversidade da realidade em estudo, de forma contextualizada e enriquecida pelos significados que lhe são atribuídos pelos participantes, o que lhe confere uma elevada validade interna, já que focalizam as especificidades dos grupos sociais estudados (Minayo & Sanches, Seabra, 2010, pp.145)”.

Assim, tendo por base a definição da metodologia qualitativa, optamos pela técnica *Focus Group* para se perceber a viabilidade do questionário individual (anexo I) elaborado para este estudo e como percecionavam e avaliavam o Programa Promotor de Saúde Mental Positiva (anexo II).

1 *Focus Group*

O *Focus Group* foi concebido originalmente como uma ferramenta de investigação na área do marketing, mas que acabou por se estender às ciências da saúde, principalmente na área da enfermagem, pois permite obter e explorar informação através de uma interação grupal, e que seria extremamente difícil colher de forma individual (Vieira, 2014).

O *Focus Group* é uma técnica qualitativa conduzida por entrevistas não diretivas e que implica o controlo da discussão de um grupo de pessoas. Privilegia a observação, o registo de experiências e reações dos participantes do grupo, que não seriam possíveis de obter por outros métodos, como por exemplo, a observação participante, as entrevistas individuais ou questionários (Morgan,1997; Ribeiro, 2013).

O *Focus Group* implica uma discussão objetiva conduzida ou moderada, que insere um tópico ao grupo e direciona a sua atenção sobre o tema, de uma forma não estruturada

e natural, sendo uma ferramenta que combina a entrevista, observação participante e a interação grupal. (Plummer-D'Amato, 2008).

Na pesquisa qualitativa os participantes são escolhidos pelas suas experiências em relação aos pontos de interesse do estudo, ao contrário da seleção ou amostragem aleatória da pesquisa quantitativa. O poder da pesquisa qualitativa está na riqueza da descrição e detalhes de experiências específicas, processos sociais, culturas e narrativas (Driessnack, 2007).

Os objetivos do *Focus Group* passam por explorar novas áreas de pesquisa, examinar questões de pesquisa bem conhecidas a partir da perspectiva dos participantes e também pode ser para esclarecer resultados de outros dados (Oliveira; Freitas, 1998).

De acordo com Ribeiro (2013) o *Focus Group* deve ser composto por 6 a 12 participantes. Acima de 12 pessoas diminuiu as possibilidades de participação de todos os participantes e grupos com menos de 8 pessoas tendem a ser menos dinâmicos, havendo a tendência para alguns participantes dominarem a reunião.

Uma aplicação possível de um *Focus Group* é no desenvolvimento de questionários, para verificar a percepção dos participantes quanto a aspetos do programa que precisam ou podem ser alterados e/ou melhorados (Borges & Santos, 2005; Pedreiro *et al*, 2011). A escolha deste método para avaliação e validação permite perceber quais as dificuldades no seu preenchimento, antes de ser submetido a um pré-teste.

Assim, esperamos que com o *Focus Group* haja uma exploração do conhecimento individual e experiência dos participantes, em que inclua não só as suas opiniões, mas também a forma como estes pensam e porque pensam daquela forma.

2 Questões de investigação e objetivos

Uma investigação científica parte sempre de uma situação ou problema a que, com os conhecimentos de que dispõe, o investigador não sabe, no momento, dar resposta cientificamente válida. A formulação de uma pergunta ou problema de partida é um dos passos mais exigentes do ponto de vista da criatividade em todo o processo de investigação (Santos, 2017).

Segundo Fortin (2009, pp.73), uma questão de investigação é “(...) *um enunciado claro e não equívoco que determina os conceitos a examinar, específica a população alvo e*

sugere uma investigação empírica.” Assim, foi formulada a seguinte questão:

- Poderá a saúde mental dos adolescentes que frequentam o 3º ciclo, melhorar com a implementação de um programa de Saúde Mental Positiva?

É uma questão factível pois tem um número adequado de sujeitos; é interessante pois é estimulante para o investigador, é original/ inovadora pois confirma, refuta ou expande resultados anteriores, é ética pois é passível de ter parecer positivo pela comissão de ética e é relevante para o conhecimento científico e para direcionamentos futuros de pesquisa.

Partindo da questão de partida foram criados dois *Focus Group* para discutirem e validarem dois pontos importantes deste estudo. Estes iremos explicar em subcapítulos mais à frente. De seguida esquematizamos os objetivos propostos para cada *Focus Group*:

Focus Group do Questionário

Partimos de um dos objetivos gerais “*Avaliar os níveis de Saúde Mental Positiva dos adolescentes em ambiente escolar*” para traçarmos os objetivos do painel de peritos que foi constituído para analisar o questionário individual.

Assim, surgiram quatro objetivos secundários que foram discutidos e analisados com o *Focus Group* tais como, identificar dificuldades sentidas pelos professores nas questões apresentadas; perceber se a linguagem está acessível a este nível de ensino; identificar lacunas de informação pertinentes nestas idades; perceber se o questionário é apropriado para este nível de ensino.

Focus Group do Programa Promotor de Saúde Mental Positiva

Também neste *Focus Group*, partimos de dois objetivos gerais “*Elaborar um programa de enfermagem em Saúde Mental Positiva baseado no Modelo Multifactorial de Teresa Lluch (1999)*” e “*Implementar um programa de Saúde Mental Positiva no âmbito da carteira de serviços dos cuidados de saúde primários, como resposta às diretrizes do Programa Nacional de Saúde Escolar (2015)*” para traçarmos o caminho com este novo painel de peritos. Assim surgiram três objetivos que foram discutidos e analisados por este grupo de peritos: discutir a estrutura e viabilidade do programa; recolher opiniões por parte do grupo de peritos; perceber as dificuldades da sua implementação.

3 Participantes, procedimentos e suas considerações éticas

De acordo com Doddy (2013), as características dos participantes são decididas conforme a finalidade da investigação e consistem em fatores biográficos como idade, sexo, fins educacionais, conhecimento ou experiência sobre o tema que está a ser investigado. É essencial que as pessoas selecionadas estejam habilitadas e capazes para contribuir com informação.

Relativamente ao tamanho do *Focus Group* não há um consenso para o número de participantes, mas tal como já referimos anteriormente este pode ir de 6 a 12 participantes (Ribeiro, 2013), conforme as necessidades do investigador e tem de se ter em atenção os participantes, a complexidade do tema e a experiência do moderador.

Grandes grupos tendem a trabalhar melhor os temas em que não se evocam grandes sentimentos e pequenos grupos têm mais vantagens quando é para trabalhar aspetos mais sensíveis (Krueger, 2006, cit por Doddy, 2013). Pequenos grupos só devem ser usados quando os participantes estão motivados e capazes para contribuir com uma discussão saudável e interativa entre todos. Em grandes grupos de participantes é recomendável usar um moderador experiente para liderar a discussão e preservar a disciplina (Doddy,2013).

Doddy (2013) refere que o moderador deve ter determinadas características como boa disposição, ser um bom ouvinte e dar respostas não verbais adequadas ao que está a ouvir.

Na tabela seguinte encontra-se esquematizado os passos realizados para a formação dos *Focus Group*.

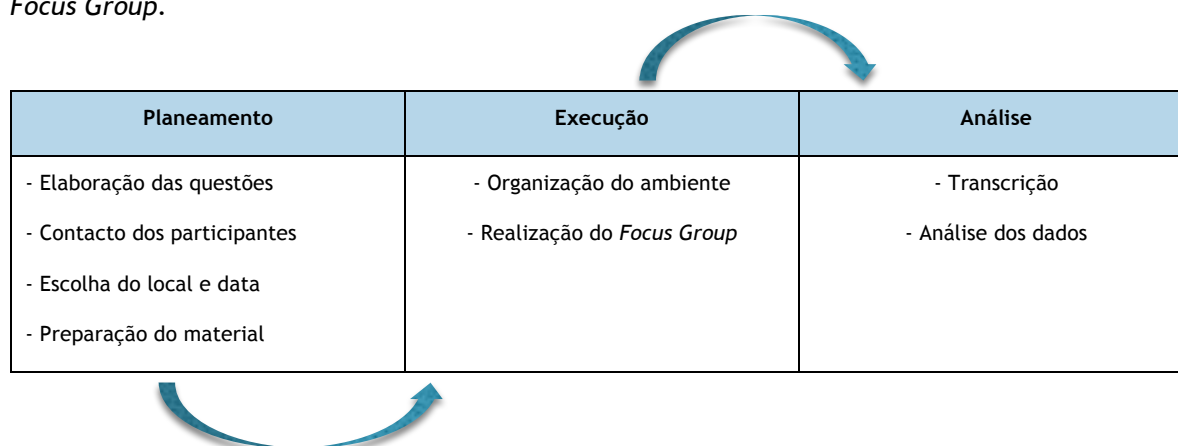


Tabela 3 - Esquematização do *Focus Group*

***Focus Group* do Questionário**

Foi constituído um painel de peritos para analisarem o questionário individual (anexo I) que foi criado para este estudo.

Os participantes que fizeram parte do *Focus Group* são todos da região do Porto, licenciados em diversas áreas, mas na vertente do ensino, e têm idades compreendidas entre os 45-50 anos. Neste grupo de peritos consta:

- Uma psicóloga clínica da vertente educacional, com mais de 20 anos de carreira no ensino com experiência de atendimento em gabinetes para jovens.
- Duas professoras da disciplina de ciências da natureza, com mais de 20 anos de experiência no terceiro ciclo e secundário.
- Um professor adjunto não pertencente á área da saúde da Universidade de Aveiro, com mais de 20 anos de docência.
- Uma enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria com 17 anos de experiência profissional e 12 anos na área da saúde mental.
- Uma professora da disciplina de ciências da natureza com 15 anos de docência no terceiro ciclo.

A escolha foi feita atendendo aos objetivos delineados para este *Focus Group*, ou seja, demos preferência a professores que trabalham no 3º ciclo de escolaridade e conhecem a população - alvo deste estudo. Achamos pertinente incluir um professor não pertencente a este nível de ensino, para que pudesse observar a estrutura e linguagem do questionário e a sua acessibilidade a outras áreas que não a saúde. Também se incluiu elementos da equipa de saúde escolar destes agrupamentos, para que nos dessem a visão da enfermagem e o contributo do enfermeiro especialista de saúde mental em ambiente escolar.

***Focus Group* do Programa Promotor de Saúde Mental Positiva**

Os participantes deste *Focus Group* integram o grupo de Saúde Mental Positiva e foi numa das reuniões deste grupo que se realizou a apresentação do Programa Promotor de Saúde Mental Positiva (anexo II) em adolescentes e decorreu na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

O grupo era composto por 24 profissionais de enfermagem (8 homens e 16 mulheres), especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria (15 com doutoramento, 2 doutorandos e 3 mestres), com idades a rondar os 40-50 anos e provenientes de vários pontos do país (Porto, Viseu, Leiria, Portalegre, Bragança, Açores), de várias instituições de ensino de enfermagem (ESEP- Escola Superior de Enfermagem do Porto, IPV - Instituto Politécnico de Viseu, IPP - Instituto Politécnico de Portalegre, ICS-UCP

- Instituto de Ciências da saúde da Universidade Católica portuguesa, Escola Superior de Leiria, Universidade Açores, ESS-IPB- Escola Superior de Saúde de Bragança), de várias instituições de saúde (Aces Pinhal Litoral, Centro Hospitalar de Leiria, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia) e da Secção Regional Norte da Ordem dos Enfermeiros.

Encontramos bibliografia que viabilizou um *Focus Group* com um número elevado de participantes (máximo 30 elementos) mas corremos o risco de não se ter a participação de todos os elementos e o domínio de alguns participantes. Para isso recorremos a um moderador experiente que conhecia o grupo e a temática, tendo auxiliado o investigador a manter alguma ordem na discussão e permitiu a participação de todos os elementos. Foi assim possível a recolha dos dados que facultaram posteriormente a sua análise.

Destacamos que foi possível observar ao longo da discussão, que por diversas vezes, quando um dos participantes estava a falar, os outros demonstravam concordância com o que estava a ser dito através da comunicação não verbal.

Foi uma oportunidade de ter os melhores especialistas da área da Saúde Mental Positiva juntos numa única reunião, fornecendo conhecimento e opiniões. Também por serem de locais geográficos diferentes permitiu avaliar a possibilidade da implementação deste programa noutras regiões. Não podemos esquecer, que os elementos da Ordem dos Enfermeiros foram fundamentais para relembrar a visão, pertinência e competências dos enfermeiros especialistas em saúde mental na criação e implementação de programas promotores da Saúde Mental Positiva, tal como já foi abordado num subcapítulo anterior.

De acordo com Landim *et al* (2000), a colheita de dados é efetuada por técnicas de observação, entrevista em profundidade e entrevista em grupo. Estas técnicas permitem registar, e não só, o comportamento não verbal dos participantes.

Assim, para os *Focus Group* criados optamos pela entrevista não estruturada, após a apresentação do questionário e do Programa Promotor de SM+, onde foram colocadas questões de acordo com os objetivos de cada *Focus Group*. Procedemos a notas de campo para registar os dados fornecidos pelos participantes e também observamos a comunicação não verbal dos participantes para posterior análise.

Na pesquisa qualitativa, os métodos de colheita de dados impedem o anonimato e podem resultar no desenvolvimento de relações próximas e íntimas entre os participantes e o investigador. Também, a apresentação dos resultados com descrições pormenorizadas e passagens dos dados podem comprometer a confidencialidade, pelo que devemos ter em conta todas estas dificuldades no decorrer do estudo para não se colocar em causa os princípios básicos da ética em investigação.

As linhas de orientação ética para a investigação qualitativa estão sempre a surgir e os investigadores devem vê-las de uma perspetiva diferente da investigação quantitativa.

4 Análise da informação

É nesta fase que o investigador explica com recurso à evidência científica os resultados que obteve propondo recomendações (Fortin, 2009). Após a apresentação dos dados torna-se fundamental interpretar e refletir sobre os mesmos de forma a reconhecer a sua importância com base no enquadramento teórico apresentado anteriormente.

Depois da concretização do *Focus Group* realizou-se a transcrição e posteriormente a análise dos dados. Esta análise é um dos pontos cruciais para a investigação, contudo não existe um consenso para a efetuar (Vieira, 2014). Assim, utilizou-se como metodologia a Análise de Conteúdo segundo Bardin (2016), que atualmente pode ser definida como um conjunto de instrumentos metodológicos, e que analisa diferentes fontes de conteúdos (verbais ou não-verbais). É uma técnica exigente que exige do investigador, disciplina, dedicação, paciência e tempo, um certo grau de intuição, imaginação e criatividade e nunca deve esquecer o rigor e as questões éticas que são fatores essenciais (Silva, Fossá, 2015).

Bardin cit. por Oliveira (2008) pressupõe algumas etapas na análise do conteúdo, como a pré-análise (processo de escolha de documentos); exploração do material ou codificação (os dados brutos são transformados e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo expresso no texto); as unidades de registo podem ser palavras, frases, temas, documento e o tratamento dos resultados - inferência e interpretação (colocar em relevo as informações fornecidas pela análise).

Tendo em conta a análise de conteúdo e a forma como é trabalhada, iremos analisar a informação fornecida pelos participantes de cada *Focus Group*.

***Focus Group* do Questionário individual**

O principal problema detetado foi a linguagem que teria de ser mais acessível, evidenciando-se assim mudanças que foram efetuadas, colocar entre parêntesis o significado das palavras dislexia, fobias, ansiolíticos, sedativos, anti-psicóticos; modificação da palavra vulnerável, ou acrescentar mais significados e transformar a frase sobre consumo de drogas “*Consumes drogas? N/S. se sim especifica*” e passou a ser “*18 - Consumes algum tipo de droga? N/ S. se respondeste sim à questão anterior específica: cannabis; cocaína; anfetaminas; outra*”

Quanto aos restantes objetivos deste *Focus Group* foram todos discutidos e atingidos. Ou seja, não sentiram dificuldades nas questões, na escala de vulnerabilidade psicológica e no QSM+ e perceberam a sua relevância.

Referiram também que a informação pedida no questionário era pertinente e adequada à faixa etária deste estudo e não faria sentido acrescentar mais questões. Após se efetuar as alterações sugeridas, não modificaram mais o questionário e acharam-no bastante acessível.

A validação deste questionário permitiu-nos atingir um dos objetivos gerais que é “*Avaliar os níveis de Saúde Mental Positiva dos Adolescentes em ambiente escolar*”, pois este instrumento permitiu colher a informação necessária para esta avaliação e posteriormente podermos escolher a turma piloto onde se aplicou o Programa Promotor de Saúde Mental Positiva.

Focus Group Programa Promotor de Saúde Mental Positiva

O programa foi apresentado ao grupo de participantes e consistia num estudo misto, descritivo, comparativo e longitudinal com *Focus Group*. A estratégia inicial da colheita de dados seria de seis turmas do 8º ano. Em três destas turmas aplicava-se o QSM+ e os questionários individuais e no final, nova aplicação do QSM+. Nas restantes 3 turmas, aplicava-se o QSM+, os questionários individuais, implementação do programa e no final, nova aplicação do QSM+, para assim termos a validação estatística do impacto do programa.

O grupo de peritos, colocou alguns **problemas** como a duração do programa (como são muitas sessões poderia não terminar a sua implementação em tempo útil) para o tempo disponível até ao final do ano letivo; disponibilidade das turmas e qual a disciplina onde poderia ser implementado o programa e necessidade de um questionário indicado para esta faixa etária.

Também fez algumas **propostas**, tais como ter uma linguagem comum nas sessões para se conseguir retirar os diagnósticos de enfermagem e posteriormente os indicadores; fundamentar a necessidade de ser o enfermeiro de saúde mental a implementar o programa e não os próprios professores e ser um projeto piloto em que a implementação seria apenas numa turma.

Tendo em conta o estado de arte, que referia a não existência de programas promotores SM+ e os problemas e as propostas do *Focus Group*, este estudo passou a ser misto, quase-experimental (através de um estudo piloto) e também observacional - descritivo transversal, centrado num *Focus Group*. O estudo piloto seria realizado numa das turmas de 8ºano, o Programa Promotor de Saúde Mental Positiva seria aplicado na disciplina de cidadania, pois esta teria mais abertura e menos conflito com o programa escolar.

O *Focus Group* teve uma duração de duas horas, que vai ao encontro da literatura pesquisada, em que a duração pode variar entre uma hora e meia a duas horas e meia (Stewart, Shamdasani & Rook, 2007), de forma a não criar cansaço entre os participantes e manter o foco da discussão (Vieira, 2014).

Quanto aos objetivos propostos para este *Focus Group*, foram atingidos, pois recolhemos as opiniões dos peritos nesta área e percebemos as dificuldades que iríamos ter ao longo do estudo. A estrutura e viabilidade do Programa Promotor de SM+ teve consenso geral por parte dos participantes, pois acharam adequado, com um número acertado de sessões, com sequência e lógica na sua estrutura.

B - METODOLOGIA QUANTITATIVA

Segundo Fortin (2009), a investigação quantitativa está orientada para os resultados e para a sua generalização, podendo ser caracterizada como descritiva, correlacional ou experimental, segundo o objeto de investigação e do seu fim.

A metodologia quantitativa assenta no paradigma positivista e caracteriza-se pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos. Procura explicar, predizer e estabelecer relações de causa-efeito, através de medidas aplicadas às variáveis e pela análise de dados numéricos (Martins, 2017).

1 Hipóteses e objetivos

“A hipótese de investigação é a resposta temporária, provisória, que o investigador propõe perante uma interrogação formulada a partir de um problema de investigação” (Huot, 2002, cit. Por Morais, 2005).

As decisões, acerca das especificidades da população, baseiam-se em hipóteses que, de um modo geral, são afirmações suportadas pelas distribuições dos dados relativas às características da amostra que se pretendem testar. (Morais, 2005, pp.21)

Para cada característica a provar definem-se duas hipóteses. A hipótese nula (H0), consiste em admitir que a ação experimental realizada com a amostra não provocou alterações nas suas características. A hipótese alternativa (H1), consiste numa afirmação relativa às alterações que se espera que ocorram nas características da amostra em função da ação experimental realizada, cuja aceitação depende dos resultados da aplicação do teste estatístico e do nível de significância adotados (Morais, 2000; Morais, 2005, pp.21).

Assim, consideramos que a Hipótese nula (H0) não há melhorias da Saúde Mental Positiva com o programa promotor e consideramos que a hipótese 1 (H1) diz-nos que há melhorias da Saúde Mental Positiva com o programa promotor.

Formulada uma hipótese acerca do comportamento da população, considera-se que um teste de hipóteses é uma regra de decisão que permite aceitar ou rejeitar essa hipótese, com base na informação obtida na amostra (Morais, 2005, pp.21).

De acordo com Fortin (2009, pp.160) o “(...) objetivo de investigação deve indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue.”

Tendo em conta a definição foram traçados os seguintes objetivos gerais:

- ✓ Analisar a eficácia do programa de Saúde Mental Positiva na promoção da saúde mental dos adolescentes em ambiente escolar;
- ✓ Avaliar os níveis de Saúde Mental Positiva dos adolescentes em ambiente escolar.

2 Tipo de estudo

A investigação quantitativa envolve análise de números para se obter uma resposta à pergunta ou hipótese de partida. Baseia-se numa estratégia sistemática, objetiva e rigorosa para gerar ou refinar o conhecimento (Driessnack, 2007).

De acordo com Fortin (2009) cit por Fonseca (2010, pp.32), o tipo de estudo permite descrever variáveis ou grupos de indivíduos, estudar relações de associação entre variáveis ou prever relações de causalidade entre variáveis independentes e dependentes.

Tal como já referimos anteriormente, o estudo será misto, quasi-experimental (através de um estudo piloto), observacional - descritivo transversal.

Um estudo observacional - descritivo limita-se à definição, sem intervenção do investigador, das características de uma população ou fenómeno sobre o qual existe pouca ou nenhuma informação. Um estudo transversal foca geralmente um único grupo representativo da população em estudo, e os dados são recolhidos num único momento (Ribeiro, 2010).

Os estudos experimentais são caracterizados por distribuímos aleatoriamente a população em dois grupos e manipularmos as variáveis num grupo (Pina, 2005). Visto não termos um grupo controle o estudo passa a ser quase - experimental. Os estudos quase experimentais, são uma variação de estudos verdadeiramente experimentais em que o controlo é menor. A Variável independente é controlada, assim como muitos outros aspetos da investigação, mas os participantes não são distribuídos de modo aleatório pelos grupos (Ribeiro, 2010).

Este estudo tem como finalidade contribuir para a promoção da saúde mental dos adolescentes em ambiente escolar.

3 Variáveis

De acordo com Fortin (2009, pp. 171), variável “*são qualidades ou características às quais se atribuem valores.*”

Neste trabalho são estudadas 24 variáveis. De acordo com Pocinho (2009, pp.22-23), teremos:

- **Variáveis qualitativas nominais** (a escola, agregado familiar, desempenho escolar, frequência do exercício físico, especificidade dos problemas de saúde, experiências negativas de vida, refeições habituais, sono e repouso, substâncias psicoativas, tipo de medicação, tipo de drogas, percepção de vulnerabilidade)
- **Variável quantitativa contínua** (idade);
- **Variável qualitativa nominal dicotômica** (sexo, problemas de saúde, importância da alimentação na saúde mental, refeições em família, prática de exercício físico, sono suficiente para as necessidades, medicação, consumos de substâncias).

A escala de vulnerabilidade psicológica é uma **variável quantitativa contínua**, pois o seu resultado é mediante o somatório dos valores obtidos nos 6 itens que a compõem.

No QSM+, as variáveis em estudo (**quantitativas contínuas**) correspondem com os fatores da SMP, operacionalizados mediante os itens que compõem o QSM+ e as suas respetivas respostas (Lluch, 1999, 2003; Sequeira *et al.*, 2014).

Por último a variável principal deste trabalho, a SM+, trata-se de uma variável **quantitativa métrica contínua**, a qual é operacionalizada mediante o somatório dos valores obtidos em cada um dos itens que compõem o QSM+, ou mediante o somatório dos valores atingidos em cada um dos seus fatores.

4 População e amostra

População é o conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição. “*Esses elementos têm, obviamente, uma ou mais características comuns a todos eles, características que os diferenciam de outros conjuntos de elementos*” (Carmo & Ferreira, 1998, pp.191; Ribeiro, 2013).

A população alvo compreende todos os adolescentes portugueses com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos e que frequentem o 3º ciclo de escolaridade. No entanto devido à impossibilidade de aceder a todos estes elementos, a população disponível, ou seja, a nossa amostra, é composta por todos os adolescentes que se encontrem a frequentar o 8º ano de dois agrupamentos de escolas inseridas no Programa de Saúde Escolar de uma Unidade de Cuidados na Comunidade de um Agrupamento de Centros de Saúde do Porto.

A amostra é “(...) a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo.” (Fortin, 2009, p.312), e deve ser representativa da população.

A seleção da amostra foi através de uma amostragem não probabilística intencional. Assim, a amostragem intencional permite escolher os indivíduos que correspondem aos critérios do estudo e estão no local certo no momento certo (Fortin, 2009). A amostra é constituída por aqueles adolescentes que, no dia e no momento da entrega dos questionários, se encontravam na aula de Ciências da Natureza e na turma de 8º ano e que aceitaram participar no estudo. O número inicial de alunos a participar neste estudo era de 182 alunos (7 turmas).

Tabela 4 - Distribuição de questionários

Total de alunos 8ºano	182
Não consentidos	13
Alunos com falta naquele dia	12
Questionários preenchidos	157

Assim, e consoante os não consentidos, os alunos em falta naquele dia, a amostra a ser trabalhada na análise dos dados será de 157 questionários, conforme podemos observar na tabela n.º 4.

5 Instrumentos utilizados

Para se dar resposta às questões ou problemas colocados, teremos de recorrer a instrumentos de recolhas de dados. De acordo com Fortin (2009), a seleção do método é feita de acordo com as variáveis que se intentam analisar e a estratégia de análise estatística (Garcia, 2016).

De seguida, iremos explicar os instrumentos utilizados neste estudo e o pré-teste realizado para validação do questionário de autopreenchimento.

5.1 Questionário individual de Saúde Mental Positiva em adolescentes do 3º ciclo

Tendo em conta o tipo de estudo e a temática, o instrumento escolhido para a recolha de dados foi um questionário de autopreenchimento, denominado “**Questionário individual de Saúde Mental Positiva em adolescentes do 3º ciclo**” (Anexo I).

O questionário é um instrumento que serve para transformar em dados a informação comunicada diretamente por uma pessoa. *“São destinados a aceder a dimensões internas de uma pessoa, como informação ou conhecimento que possui, os seus valores, preferências, atitudes ou crenças ou ainda as suas experiências passadas ou atuais”* (Seabra, 2010, pp.151).

De acordo com Fortin (2009), o questionário confere anonimato, logo uma maior liberdade de resposta e uniformidade na sua apresentação, ou seja, as questões são apresentadas pela mesma ordem, com as mesmas instruções, o que vai assegurar a fidelidade e facilita a comparação entre os sujeitos. Tem como impedimento que as questões não se adequem ao sujeito, ao contexto e ao decorrer do discurso.

Tendo em conta as forças e fraquezas do questionário, desenhamos um questionário que nos permitiu atingir a amostra que se pretendia, com um custo comportável.

Este encontra-se estruturado da seguinte maneira:

- **Texto introdutório** onde é indicada a finalidade do estudo, o seu caráter confidencial, assim como a importância de darem respostas sinceras, honestas e não deixar nada em branco para não comprometer o estudo.
- **Parte I** - questões gerais, com 16 perguntas fechadas de escolha múltipla. Pretende-se recolher informações sobre o desempenho escolar, agregado familiar, exercício físico, sono

e repouso, alimentação e saúde mental, problemas de saúde e sua vigilância, medicação, experiências negativas de vida, consumos de substâncias psicoativas, percepção da vulnerabilidade. Na questão 16 integra-se a escala de vulnerabilidade psicológica (Sinclair & Wallston, 1999, que foi adaptada para a realidade portuguesa por Nogueira, 2014) para se avaliar a vulnerabilidade psicológica dos adolescentes (Anexo III).

- **Parte II** - questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+) (Sequeira *et al*, 2014) - o qual visa recolher informação sobre a Saúde Mental Positiva dos Adolescentes que integram o 3º ciclo de estudos (Anexo IV).

Pré-Teste do questionário

Após a revisão com o painel de peritos do questionário, segundo Fortin (2009) é necessário realizar o pré-teste do mesmo, no sentido de avaliar o seu valor junto da população alvo em estudo, utilizando uma amostra reduzida. Esta etapa permitiu identificar problemas ou perguntas que justificaram a modificação/alteração do questionário.

Foi aplicado o pré-teste numa turma de 12º ano da área profissional, em que o percurso escolar da turma demonstrava várias faltas disciplinares, dificuldades nos estudos, más notas, *bullying*, violência para com os professores, gravidez na adolescência, famílias desestruturadas.

Tabela 5 - Características da turma Pré-teste

SEXO	M- 16 F-3	VIGILÂNCIA DA SAUDE	Sim-8 Não-11 Consultas USF- 2 Consultas particulares- 1 Consultas de saúde mental- 4
IDADES	16 anos- 1 17 anos- 6 18 anos-12	CONSUMO DE SUBSTANCIAS	Não-19 Álcool- 12 Álcool e tabaco- 4
AGREGADO FAMILIAR	Mãe e pai-14 Mãe- 4 Avós-1	VULNERABILIDADE	Nível 1 (6-12) - 9 Nível 2 (12-18) - 8 Nível 3 (18-24)- 2
EXPERIENCIAS NEGATIVAS DE VIDA	Agressão - 5 Bullying - 4 Morte de um familiar- 11 Separação dos pais- 5	QSM+	88-1 89-2 90-3 91-2 93-2 94-1 96-2 98-1 99-1 102-1 105-1 Média QSM+= 83,9 (nível intermédio)
PROBLEMAS DE SAUDE	Sim-3 Outras doenças não especificadas		

Como se pode observar pela tabela nº5, verifica-se que a maioria dos alunos é maior de idade. As experiências negativas de vida giram à volta do *bullying* e agressões. Confessam consumos de álcool e tabaco. Quanto à escala vulnerabilidade psicológica, a maioria encontra-se nos níveis mais baixos (6-12) e o questionário de Saúde Mental Positiva

(QSM+) está no nível intermédio, com apenas dois alunos a ultrapassarem a fasquia dos 100 valores.

A turma apontou como problema a idade e o sexo pois podia identifica-los e no QSM+ tiveram muitas dificuldades em perceber a pergunta 29 (*as alterações que ocorrem habitualmente no meu quotidiano estimulam-me*) e a pergunta 35 (*sou capaz de dizer não quando o quero dizer*). Após explicação compreenderam as questões e responderam ao questionário na sua totalidade. O tempo de resposta ao questionário foi de apenas 20 minutos e avaliaram como acessível, apesar de não gostarem muito de escrever e responderem sobre o que sentem.

Após o pré-teste foi retirada a idade e o sexo por uma questão de anonimato e não ser possível a sua identificação.

Foi aplicado o Programa Promotor de Saúde Mental Positiva a esta turma, com atividades apropriadas a esta faixa etária, visto ter sido pedido pela escola um projeto específico de saúde mental. Os resultados não entraram neste estudo, pois apenas se destinou aos adolescentes do 3º ciclo. Mas foram sessões muito produtivas, que causaram impacto no comportamento e na comunicação da turma. Houve uma diminuição das faltas disciplinares, a turma ficou mais coesa, respeitando os professores e vários alunos tiveram necessidade de partilhar as suas angústias e tristezas no gabinete da saúde e num ambiente mais individualizado.

5.2 Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+)

Maria Teresa Lluch, é pioneira na criação de uma escala para medir a Saúde Mental Positiva, e é autora do Cuestionário de Saúde Mental Positiva (CSM+). Este questionário é o instrumento que avalia o Modelo Multifactorial de Saúde Mental Positiva e procura avaliar a eficácia de programas de promoção de saúde mental com o sentido de potenciar os recursos da pessoa, podendo também ser utilizado como instrumento de *screening* (teste de rastreio) valorizando o nível de Saúde Mental Positiva na população em geral (Lluch, 1999).

O CSM+ é composto por 39 itens, distribuídos de forma desigual entre os seis fatores que definem o constructo SM+ e que configuram o Modelo Multifactorial de SM+ descrito anteriormente.

Tabela 6 - Distribuição dos itens CSM+ segundo os fatores

	Modelo Lluch (1999) definição	Nº itens	Limite superior/inferior
F1: Satisfação pessoal	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Autoconceito ➤ Autoestima ➤ Satisfação com a própria vida ➤ Perspetiva otimista de futuro 	4,6,7,12,14,31,38,39	8/32
F2: Atitude pro-social	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacidade de ajudar e apoiar os outros ➤ Capacidade para aceitar os outros e os diferentes factos sociais ➤ Predisposição ativa para o social/para a sociedade 	1,3,23,25,37	5/20
F3: Autocontrolo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Equilíbrio emocional/ controlo emocional ➤ Capacidade de lidar/ gerir o stress ➤ Capacidade para enfrentar/gerir as situações conflituosas ➤ Tolerância à frustração, ansiedade, ao stress 	2,5,21,22,26	5/20
F4: Autonomia	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorregulação da própria conduta ➤ Independência ➤ Capacidade para desenvolver critérios próprios ➤ Segurança pessoal/confiança em si mesmo 	10,13,19,33,34	5/20
F5: Resolução de problemas/ realização pessoal	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacidade de análise ➤ Habilidade para tomada de decisões ➤ Capacidade para adaptar-se às mudanças/ flexibilidade ➤ Atitude de crescimento pessoal contínua 	15,16,17,27,28,29,32,35,36	9/36
F6: Habilidade de relação interpessoal	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Habilidades para estabelecer/manter relações interpessoais harmoniosas ➤ Habilidades para estabelecer/manter relações interpessoais íntimas ➤ Habilidades para comunicar de forma respeitosa ➤ Habilidades para expressar sentimentos 	8,9,11,18,20,24,30	7/28
	Pontuação global CSM+ (limite superior/inferior)		39/156

A distribuição dos itens segundo os fatores está na tabela n.º 6. Os itens estão formulados como afirmações (positivas e negativas) e a resposta a cada item é avaliada por uma escala de 1 a 4 pontos de acordo com o grau de frequência: sempre ou quase sempre (4), com bastante frequência (3), algumas vezes (2), nunca ou quase nunca (1). As pontuações permitem obter um valor de Saúde Mental Positiva como medida única e também valores específicos para cada fator. Os valores máximos e mínimos tanto do questionário global como dos fatores estão compreendidos entre os valores de 39 a 156.

Contudo, o questionário utilizado neste trabalho de investigação é aquele que foi

traduzido e adaptado para a população portuguesa por Sequeira *et al.*, (2014) o qual obteve resultados que fornecem evidência para a fidelidade, validade de conteúdo e validade de critério quando utilizado em amostras de população adulta portuguesa (Garcia, 2016). Assim, neste processo de avaliação psicométrica do CSM+ na população portuguesa, a estrutura fatorial proposta por Lluch (1999,2002, 2003) sofreu modificações dando lugar à estrutura final do QSM+ (versão portuguesa). As diferenças entre a estrutura final do CSM+ (Lluch, 1999, 2002, 2003) e a do QSM+ (Sequeira *et al.*, 2014) são apresentadas na seguinte tabela (Sequeira *et al.*, 2014; Garcia, 2016):

Tabela 7- Diferenças entre CSM+ e QSM+

Fatores	CSM+	QSM+	
		Itens	Limite superior/inferior
F1: Satisfação pessoal	4,6,7,12,14,31,38,39	4,6,7,12,14,31,38,39	8/32
F2: Atitude pro-social	1,3,23*,25*,37*	1,3,24*	3/12
F3: Autocontrolo	2,5,21,22,26	2,5,21,22,26	5/20
F4: Autonomia	10,13,19,33,34	10,13,19,33,34, 35*	6/24
F5: Resolução de problemas/ realização pessoal	15,16,17,27,28, 29,32,35*,36	11*,15,16,17,23*,25*,27, 28,29,32,36,37*	12/48
F6: Habilidade de relação interpessoal	8,9,11*,18,20,24*,30	8,9,18,20,30	5/20
	Saúde mental positiva		39/156

Legenda: * itens que sofreram alterações

A estrutura final do QSM+ ficou esboçada como se observa na tabela n.º 7, sendo que os únicos fatores que não sofreram modificações na adaptação do CSM+ à população portuguesa foram a satisfação pessoal e o autocontrolo. A versão usada para explicar os fatores da SMP neste trabalho de investigação será a estrutura do QSM+.

Os itens que constituem o QSM+ tratam-se de afirmações que dizem respeito à forma de pensar, sentir e agir que podem ser frequentes na pessoa e que estão relacionadas com os seis fatores que integram a SMP: satisfação pessoal, atitude pró-social, autocontrolo, autonomia, resolução de problemas e auto atualização e habilidades de relacionamento interpessoal (Lluch, 1999, 2003; Sequeira *et al.*, 2014; Garcia, 2016).

As respostas a cada item são apresentadas numa escala de Likert que corresponde à frequência com que cada afirmação ocorre na vida do indivíduo. Assim, o inquirido deverá responder segundo a frequência que melhor caracteriza o seu caso: “Sempre ou quase sempre”, “Na maioria das vezes”, “Algumas vezes” e “Raramente ou nunca”.

Estes 39 itens aparecem formulados de forma positiva (19) ou de forma negativa

(20). Os itens enunciados positivamente são: 4, 5, 11, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 35, 36, 37. Assim, segundo o item for negativo ou positivo, as respostas apresentadas na escala de Likert terão pontuações ou valores diferentes (Lluch 1999, 2003; Sequeira *et al.* 2014), tal como descrito na tabela n.º 8.

Tabela 8 - Pontuação das respostas nos itens positivos e negativos do QSM+

RESPOSTAS	ITENS POSITIVOS	ITENS NEGATIVOS
“sempre ou quase sempre”	1	4
“na maioria das vezes”	2	3
“algumas vezes”	3	2
“raramente ou nunca”	4	1

Assim, a obtenção de valores inferiores no total global do QSM+ irá estar relacionada com níveis superiores de SMP (limite superior é 39) ou com estados de *flourishing*, enquanto a obtenção de valores superiores traduz-se em níveis inferiores de SMP (limite inferior é 156) ou em estados de *languising*. O mesmo acontece com a pontuação relativa a cada um dos fatores que constituem este constructo. Assim, interpretamos que a pontuação obtida no somatório do QSM+ é inversamente proporcional à SMP.

Foi efetuado o pedido de utilização do QSM+ no presente estudo ao Professor Doutor Carlos Sequeira, responsável pela sua validação na população Portuguesa tendo sido aceite (Anexo V).

Tendo em conta que o QSM+ é o resultado da validação do CSM+ na população adulta portuguesa e que a população em estudo é maioritariamente composta por jovens menores de idade, foi realizada a validação conceitual do instrumento - questionário - por um grupo de peritos/*Focus Group* e a realização de um pré-teste nos elementos mais jovens da população alvo.

5.3 Escala de vulnerabilidade psicológica

“O conceito de vulnerabilidade psicológica mostra cognições ou crenças adversas e atributos disfuncionais, ou seja, esquemas cognitivos negativos da forma como cada um se vê a si próprio, na reação ao stress e na capacidade de atingir objetivos, que mostra a dependência de fontes externas de aprovação. Estes esquemas negativos tornam os indivíduos mais suscetíveis ao stress” (Nogueira, 2017, pp. 102).

O conceito de vulnerabilidade, na saúde mental, evoluiu de uma visão epidemiológica inicial até uma conceção mais compreensiva, defendida pela enfermagem,

que lhe acrescentou a noção de perceção e experiência individual e única de “sentir-se ou não vulnerável” (Spiers, 2000; Nogueira, 2017, pp.105).

Na verdade, cada pessoa possui um limiar de vulnerabilidade, que ultrapassado origina desequilíbrio. Razão pela qual é difícil quantificar a justa medida em que a vulnerabilidade se transforma em problema ou perturbação, isto é, o momento em que conscientemente a pessoa constata que deixou de possuir capacidade para acomodar as exigências a que se encontra exposto (Chesnay, 2005; Nogueira, 2017, pp.106).

Avaliar a perceção de vulnerabilidade permite identificar défices na saúde mental e possibilita aos profissionais de saúde agir precocemente (Nogueira, 2017).

Tendo em conta a definição, achamos pertinente avaliar a perceção de vulnerabilidade (Nogueira, 2017), em que se elaborou uma única pergunta que possibilitasse ao jovem expressar em que medida se sente vulnerável em menor ou maior grau. Ou seja, se está consciente de se encontrar numa circunstância passível de ser magoado física ou emocionalmente (Spiers, 2000; Nogueira, 2017).

Esta informação foi recolhida numa escala de Likert com cinco possibilidades de resposta, que variam entre 1= «nada vulnerável» até 5= «extremamente vulnerável» (Nogueira, 2017).

Foi também utilizada a escala de vulnerabilidade psicológica de SinClair & Wallston, 1999, que foi adaptada para a realidade portuguesa por Nogueira (2014) designada em Português de *Escala de Vulnerabilidade Psicológica* (EVP). Trata-se de uma medida válida, fiável e estável para medir vulnerabilidade psicológica ($\alpha=,73$; Spearman-Brown= $,72$).

Foi efetuado o pedido de utilização da escala de vulnerabilidade psicológica (EVP) à professora Doutora Maria José Nogueira, responsável pela sua tradução e validação na população portuguesa, tendo sido aceite (Anexo VI).

A EVP tem seis itens de autopreenchimento e cota numa escala de *Likert* com cinco possibilidades de resposta, que variam entre 1 «não me descreve nada» até 5 «descreve-me muito bem». O score total é o somatório de todos os itens. Quanto mais elevado o score maior a vulnerabilidade. A autora considera a escala, um instrumento fiável para investigação e eficiente na identificação de pessoas em risco de depressão (Nogueira, 2017).

6 Procedimentos e considerações éticas

Relativamente ao procedimento de colheita de dados, este teve como base o questionário individual que engloba a escala de vulnerabilidade psicológica e o QSM+. Os dados relativos ao sexo, idade, número de turmas foram fornecidos pela equipa de saúde escolar.

Os consentimentos para os pais foram distribuídos pelos diretores de turma, e apenas 13 pais não consentiram o questionário. Após a recolha dos consentimentos, os questionários individuais foram entregues aos diretores de turma, em envelope fechado e recolhidos após uma semana da sua entrega.

Na aplicação dos questionários, os professores que os distribuíram não colocaram dificuldades, o tempo foi o inicialmente previsto e nenhuma questão ficou por responder.

A investigação é de extrema importância na profissão de enfermagem, cujo fim é fornecer conhecimento novo elevando a qualidade do cuidado e da prática dos enfermeiros. Na prática profissional de enfermagem, deparamo-nos com situações que exigem tomadas de decisão éticas e morais.

Este estudo pautou-se pelos princípios da Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial de 1964, tais como:

- **Princípio da não maleficência**, em que os participantes não devem ser prejudicados
- **Princípio da autonomia**, em que se deve obter o consentimento informado e a participação do pesquisado, sendo esta voluntária
- **Princípio da beneficência e justiça**, em que se deve assegurar e respeitar a confidencialidade e anonimato e que todos os participantes serão tratados com dignidade e respeito.

Procurou-se garantir e respeitar sempre estes princípios desde a conceção, recolha, análise de dados e divulgação dos resultados nomeadamente:

- Obter autorizações dos autores de todos os instrumentos usados no presente estudo (Anexo V e VI);
- Obter autorização dos agrupamentos escolares (Anexo VII e VIII);
- Obter autorização do Ministério da Educação (Anexo IX);
- Consentimento informado dos pais - informando acerca da natureza, objetivos, procedimentos da investigação e dos seus direitos (Anexo X);

- Confidencialidade e anonimato sobre a informação revelada;
- Clarificação sobre o direito de não participar ou a desistir em qualquer momento.

7 Tratamento de dados

Neste capítulo são expostos os resultados obtidos através da colheita de dados sobre a informação recolhida no questionário individual: a caracterização sociodemográfica, desempenho escolar, agregado familiar, exercício físico, sono e repouso, alimentação, problemas de saúde, vigilância da saúde, medicação, experiências de vida negativas, consumo de substâncias, e percepção da vulnerabilidade e por fim, a caracterização dos dados relativos à escala de vulnerabilidade psicológica e o QSM+.

Foi criada uma ferramenta em formato Excel® para análise estatística dos dados. O Excel® é um aplicativo Windows® que “*fornece ferramentas para organizar, analisar e interpretar dados*” (Silva; Bernal, 2012). Este fornece um conjunto de ferramentas estatísticas para análise de dados com limite de 1.6 milhões observações (Silva; Bernal, 2012). A discussão do tratamento dos dados será descrita no capítulo 8.

Segundo Fortin (2009), a análise descritiva tem como objetivo resumir os dados por meio de medidas de tendência central e de dispersão. Assim, nesta secção é realizada a caracterização sociodemográfica da população, de acordo com as variáveis idade, sexo, escola, desempenho escolar, agregado familiar, exercício físico, sono e repouso, alimentação.

A amostra em estudo foi constituída por alunos com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos (Amplitude (A)= 4 anos), sendo a idade média 13,5 anos (N=157).

Na tabela seguinte são apresentados os dados referentes às frequências (N) e percentagens (%) das variáveis relativas à caracterização sociodemográfica:

Tabela 9 - Frequências e percentagens das variáveis relativas à caracterização sociodemográfica

Caracterização	sociodemográfica	N	%
Sexo	Feminino	76	48,4%
	Masculino	81	51,5%
	Total	157	100%
Idade	12	1	0,63%
	13	96	61,14%
	14	43	27,38%
	15	13	8,28%
	16	4	2,55%
	Total	157	100%
Escola	Escola 2	102	64,96%
	Escola 3	45	28,66%
	Escola 4	10	6,37%
	Total	157	100%

Como se pode observar, a proporção de adolescentes do sexo masculino (N =81, 51,5%) é superior à do sexo feminino (N=76, 48,4%), a idade prevalente é os 13 anos (61,14%). Todos os alunos frequentam o 8º ano de escolaridade. Estes dados, tal como já foi explicado anteriormente provém da equipa de saúde escolar que apoia estes agrupamentos escolares.

Desempenho escolar

Quanto ao desempenho escolar, podemos verificar pela tabela nº10, que a maioria dos alunos (40,13% - 63 alunos) considera o seu desempenho suficiente e apenas 0,64% ou 1 aluno considera o seu desempenho escolar excelente.

Tabela 10 - Desempenho escolar

ESCOLAS	DESEMPENHO	TOTAL	
Escola 2	Medíocre	9	
	Suficiente	40	
	Bom	39	
	Muito bom	14	
Escola 3	Medíocre	3	
	Suficiente	18	
	Bom	16	
	Muito bom	7	
	Excelente	1	
Escola 4	Suficiente	5	
	Bom	5	
Geral escolas	Medíocre	12	7,64%
	Suficiente	63	40,13%
	Bom	60	38,2%
	Muito bom	21	13,37%
	excelente	1	0,64%
	Total=157		

Agregado familiar

Ao analisarmos os dados verificamos que 91 alunos moram com mãe e pai; 55 alunos moram com a mãe; 62 alunos são filhos únicos; 15 alunos moram com os pais e avós e 11 alunos vivem apenas com os avós.

Exercício físico

Verificamos pelo gráfico n.º 1, que a maioria dos alunos praticam exercício físico (113 alunos - 72%), tanto na escola 2 e 3. A escola 4 é a exceção pois a maioria não pratica exercício físico.

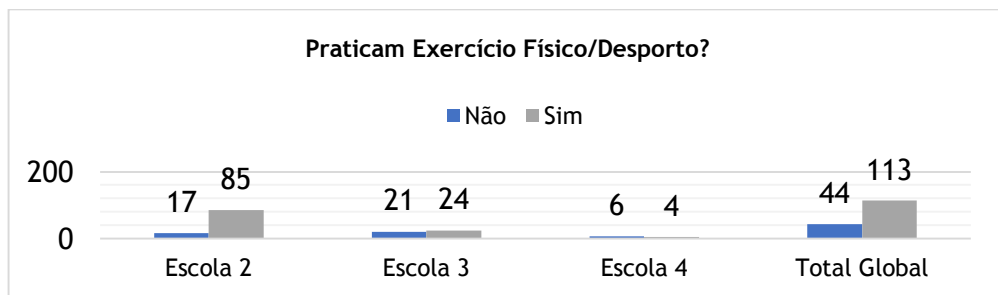


Gráfico 1- Prática de exercício físico

Quanto á frequência do exercício físico, verificamos que a maioria dos alunos pratica exercício físico 2/3x por semana (63 alunos - 40,12%).

Sono e repouso

No gráfico n.º 2 estão representados os dados relativamente à questão “se consideras que dormes as horas suficientes para as tuas necessidades?”

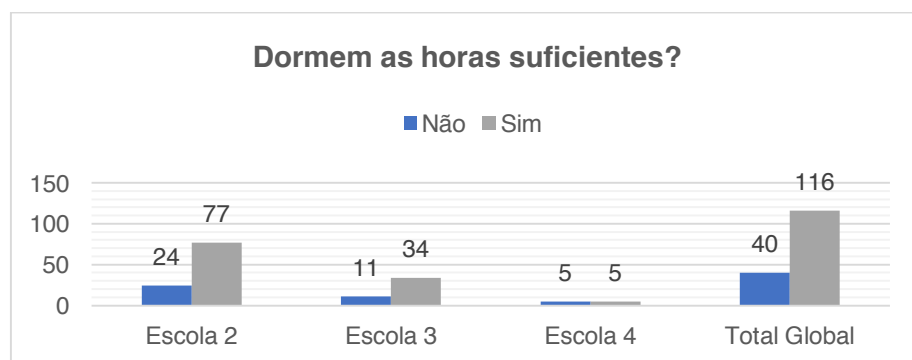


Gráfico 2- Sono/horas

Verificamos que 116 alunos (73,88%) considera que dorme o suficiente para as suas necessidades. Quanto à média de horas que dormem, podemos verificar que a maioria dos

alunos (37,58%) dorme mais de 8h ou mais e apenas 4 alunos (0,64%) apenas dorme menos de 5h.

Alimentação e saúde mental

Ao se colocar a questão “*Consideras que a alimentação é importante para a saúde mental?*” verificamos pelo gráfico n.º 3 que 150 alunos - 95,54%, consideram essencial para a saúde mental e apenas 7 alunos - 4,46% é que não considera a alimentação importante para saúde mental.

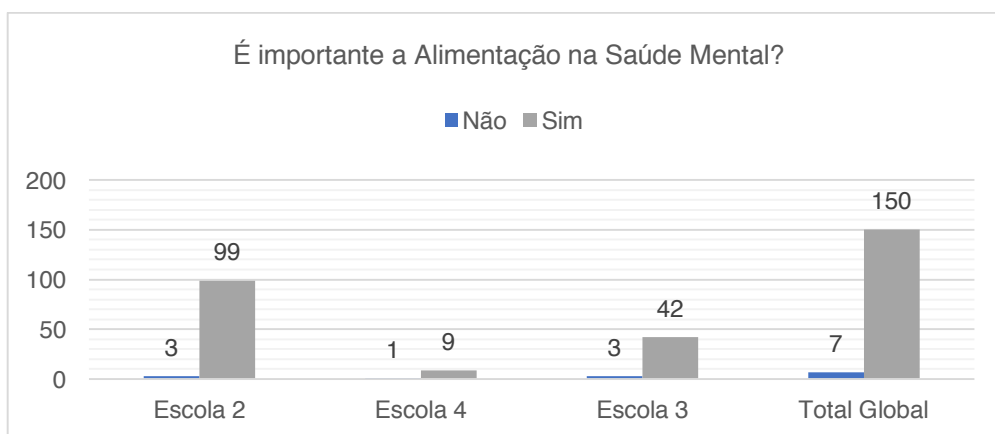


Gráfico 3- Alimentação e saúde mental

Quanto às refeições diárias, verificamos que a maioria (91,08%) apenas faz 3 tipos de refeições (pequeno-almoço, almoço e jantar) e que 9 alunos (5,73%) apenas faz duas refeições diárias. Nenhum aluno refere as 5/6 refeições necessárias para uma alimentação saudável.

Em relação às refeições em família, 125 alunos (79,62%) têm pelo menos uma refeição em família. Percebemos que a refeição que partilham com a família é o jantar. Evidenciamos que apenas 13 alunos (8,28%) fazem as três refeições em família.

Problemas de saúde

Relativamente à questão “*Tens diagnosticado algum problema de saúde?*”, a maioria dos alunos (106 alunos - 67,52%) respondeu que não tinha nenhum diagnóstico. Dos 51 alunos que referiram que sim, podemos observar pelo gráfico n.º 4, que os problemas de saúde mais evidentes e explícitos são as fobias (12 alunos - 7,64%) e ansiedades (8 alunos - 5,1%). Em relação à maioria dos Outros problemas de saúde foram descritos problemas como asma (10 alunos), epilepsia (1 aluno), cardíacos (2 alunos), e artrite juvenil (1 aluno). Quatro alunos responderam múltiplos problemas em que apresentavam fobias e ansiedade associada.

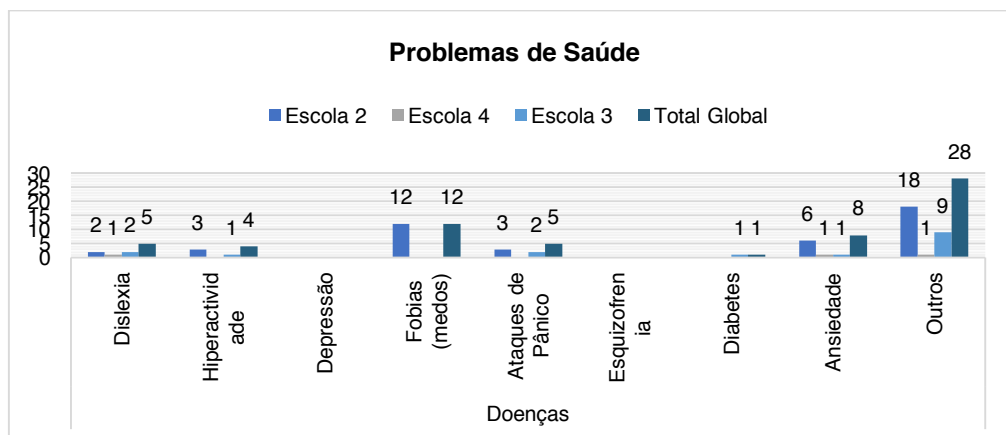


Gráfico 4 - Problemas de saúde

Vigilância da saúde

Quanto à questão “Fazes alguma vigilância a nível da saúde?”, verificamos que apenas 94 alunos - 59,87% faz alguma vigilância.

Quanto ao tipo de vigilância, podemos verificar que a maioria (67 alunos - 71,28%) frequenta as consultas no centro de saúde/USF e que 15 alunos - 15,95%, frequentam consultas de saúde mental. Temos 14 alunos que fazem a sua vigilância em várias consultas.

Nos outros, os 5 alunos acrescentaram consulta no dentista (1), consulta hospitalar (1), nutricionista (1) e 2 alunos não especificam a especialidade.

Medicação

Relativamente à pergunta “Fazes alguma medicação?”, 28 alunos - 17,83% responderam que faziam alguma medicação. Destacamos 6 alunos fazem ansiolíticos, sedativos e hipnóticos; 2 alunos analgésicos; 1 aluno com antidepressivos (mas não assinalou depressão nos problemas de saúde); 1 aluno com hipertensivos (está institucionalizado); 10 alunos medicados para a asma; 1 aluno medicado para epilepsia; 2 alunos não especificam; 3 alunos medicados com ritalina; 1 aluno medicado para artrite juvenil; 1 aluno com medicação cardíaca; 1 aluno com insulina.

Experiências negativas de vida

Ao analisarmos os dados, observamos que 18 alunos já vivenciaram agressão ou violência na família; 45 alunos viram *bullying* na escola ou fora; 87 alunos já se depararam com a morte de um familiar; 65 alunos vivenciaram a separação dos pais; 35 alunos não descreveram nenhuma situação negativa e 6 jovens descreveram outras experiências

negativas de vida tais como depressão, os pais voltaram a viver juntos, institucionalização com retirada dos pais, separação do pai da mãe da meia-irmã, prisão do pai e tentativa de suicídio.

Consumos de substâncias psicoativas

Relativamente à questão “*consumes algum tipo de droga?*”, 153 alunos - 97,45% assinalaram o não. Os alunos que assinalaram que consumiam drogas, 1 aluno não especificou o que consumia e 3 alunos assinalaram cannabis.

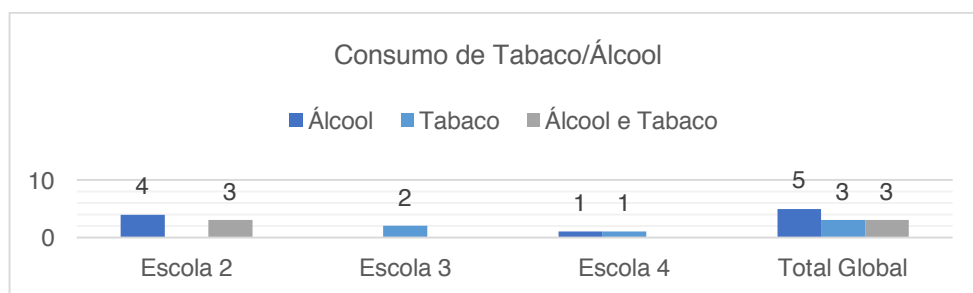


Gráfico 5 - Consumo tabaco/álcool

Quanto ao consumo de álcool/tabaco, tal como demonstrado no gráfico n.º 5, verificamos que apenas 5 alunos assumem consumo de álcool; 3 alunos consumo de tabaco e 3 alunos assumem consumir ambas as substâncias.

Perceção da Vulnerabilidade

Relativamente à pergunta “*Consideras-te uma pessoa frágil, fraco ou vulnerável, do ponto de vista da saúde mental?*”, 76 alunos (48,4%) não se consideram nada vulnerável; 44 alunos (28%) pouco vulneráveis; 26 alunos (16,6%) moderadamente vulneráveis; 8 alunos (5,1%) muito vulneráveis e 3 alunos (1,9%) consideram-se extremamente vulneráveis.

Escala de vulnerabilidade psicológica

Quanto à escala de vulnerabilidade psicológica, os valores foram divididos em níveis para uma melhor análise estatística dos valores:

Tabela 11 - Níveis de vulnerabilidade

VALORES	ANÁLISE
6-12	Vulnerabilidade - Nível 1 (Mínima)
12- 18	Vulnerabilidade - Nível 2
18-24	Vulnerabilidade - Nível 3
24-30	Vulnerabilidade - Nível 4
30	Vulnerabilidade - Nível 5 (Máxima)

Podemos verificar pela análise do gráfico n.º 6 que 80 alunos (51%) a vulnerabilidade psicológica situa-se entre os 6-12 valores e apenas 1 aluno está no limite máximo de vulnerabilidade com 30 valores.

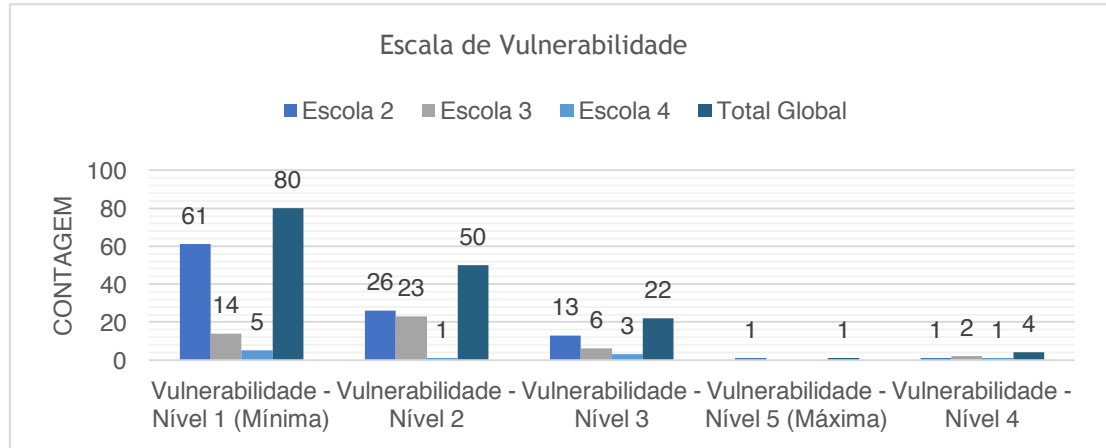


Gráfico 6 - Escala de vulnerabilidade psicológica

Na tabela n.º12 estão representadas as médias da Escala de Vulnerabilidade Psicológica para cada turma participante.

Tabela 12- Média EVP turma e escola

ESCOLA	Média EVP/turma	Média EVP/escola
Escola 2	Turma A - 10,25	11,56
	Turma B - 11,65	
	Turma C- 12,28	
	Turma D- 12,25	
	Turma E- 11,35	
Escola 3	Turma A - 14,52	13,78
	Turma B - 13,04	
Escola 4	Turma A - 14,3	14,3
TOTAL		13,2

Pode-se observar que a escola 2 tem a média mais baixa de EVP, enquanto na escola 3, a turma A tem a média mais alta de vulnerabilidade psicológica.

Questionário Saúde Mental Positiva (QSM+)

No sentido de categorizar os resultados da SM+, isto é, de atribuir significado qualitativo aos valores obtidos, procedeu-se à criação de intervalos tendo em conta o conceito de saúde mental proposto por Keyes (2002, 2007, 2010). Este autor, tal como já

foi referido no enquadramento teórico, defende a saúde mental como um continuum, isto é, um processo no qual a pessoa ao longo da sua vida oscila entre estados completos de saúde mental, *flourishing*, estados intermédios e estados incompletos ou de *languishing*. Assim, optou-se pela criação dos seguintes intervalos (Garcia, 2016):

- Valores compreendidos entre 39 e 78: *flourishing*;
- Valores compreendidos entre 79-117: intermédio;
- Valores compreendidos entre 118-156: *languishing*.

Analisando os dados apresentados na tabela 13 verificamos que é na Escola 2 que se encontra a turma com um QSM+ mais elevado (96) e a turma com QSM+ mais baixo (90,1). Também na Escola 3, temos uma turma com um elevado QSM+ (94,3). A média de QSM+ em todas as escolas é de 93.

Tabela 13 - Níveis de saúde mental/escola

ESCOLA	NÍVEIS	Média QSM+/turma	Média QSM+/escola
Escola 2	<i>Flourishing</i> - 4 alunos Intermédio- 98	Turma A - 91 Turma B - 90,1 Turma C- 94,4 Turma D- 96 Turma E - 93,1	92,9
Escola 3	<i>Flourishing</i> - 4 Intermédio - 41	Turma A - 94,3 Turma B - 91,6	93
Escola 4	<i>Flourishing</i> - 2 Intermédio- 8	Turma A - 93,1	93,1
TOTAL	<i>Flourishing</i> - 10 alunos Intermédio - 147 alunos		93

Também se verificou que apenas um aluno evidenciou um valor elevado no QSM+ (116), e nenhum aluno se situou no *languishing*, ou seja, nos valores entre 118-156.

Fatores de Saúde Mental Positiva

Para a análise dos fatores que integram a SM+ procedeu-se à identificação das medidas de tendência central de cada fator.

Relativamente à interpretação dos valores obtidos em cada um dos seis fatores (média e score médio), esta é realizada da mesma forma que com a variável SM+, isto é, quanto mais elevado for o valor obtido, mais baixo será o nível do respetivo fator e vice-versa (Garcia, 2016).

Tabela 14 - Fatores Saúde Mental Positiva

Fatores saúde mental positiva	Limite superior/inferior	X - média	Score médio	Mínimo	Máximo
F1: SATISFAÇÃO PESSOAL	32/8	Escola 2-14 Escola 3-15 Escola 4-15	12 13 14	10 10 12	26 27 25
F2: ATITUDE PRÓ-SOCIAL	12/3	Escola 2-4 Escola 3- 5 Escola 4- 6	4 4 6	4 4 4	11 9 9
F3: AUTOCONTROLO	20/5	Escola 2-13 Escola 3-13 Escola 4-12	14 14 10	7 8 8	19 17 17
F4: AUTONOMIA	24/6	Escola 2-12 Escola 3-13 Escola 4-15	11 11 10	6 7 9	21 18 21
F5: RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS E REALIZAÇÃO PESSOAL	48/12	Escola 2-38 Escola 3- 36 Escola 4- 34	39 37 37	18 24 18	48 45 41
F6: HABILIDADES DE RELAÇÃO INTERPESSOAL	20/5	Escola 2-11 Escola 3-11 Escola 4-11	10 10 10	6 8 8	15 15 14

Na tabela n.º 14 e analisando os scores médios obtidos de cada um dos fatores (realizada da mesma forma que com os resultados da SM+, quanto mais alto o valor obtido menor será o nível do fator e vice-versa), pode-se afirmar que o fator que apresenta níveis superiores de SM+ é o F2: atitude pró-social (score médio - 4) e aquele com níveis inferiores é o F3: autocontrolo (score médio -14).

Apenas na escola 2 foi atingido o limite máximo do fator F4: Autonomia e foi atingido o limite mínimo no F5: Resolução de problemas e realização pessoal.

TRATAMENTO DE DADOS DA TURMA-PILOTO

Após o tratamento dos dados gerais e sua análise, procedemos á escolha da turma em que iria ser implementado o programa promotor de SM+. Assim, foi escolhida a Turma A da escola 3, pelo facto de:

- ✓ Todos os Pais consentiram o questionário;
- ✓ Abertura por parte dos professores para implementação do programa, dando disponibilidade de horário para o realizar;
- ✓ Abertura por parte dos alunos para se trabalhar esta área tão especifica;
- ✓ A média do QSM+ ser uma das mais elevadas, depreendendo desde logo que a Saúde Mental Positiva é baixa, logo o risco de desenvolver perturbações mentais é mais elevado;

- ✓ A média da escala de vulnerabilidade psicológica foi a mais alta de todas as turmas, tendo sido a única a ter 4 alunos com valores entre os 24-30.

Segue-se uma breve caracterização do perfil da turma:

Trata-se de uma turma constituída por 23 alunos (M-10; F-13) com uma média de idades de 13,8 anos.

Dos 23 alunos, 1 aluno assume o seu **desempenho escolar** como medíocre; 8 alunos assumem o suficiente; 9 alunos consideram-se bons alunos e 5 alunos estão no muito bom.

Ao analisarmos os dados sobre o **agregado familiar** podemos afirmar que 12 alunos moram com o pai e a mãe; 9 alunos apenas com a mãe; 8 alunos são filhos únicos e 1 aluno mora com os avós.

Relativamente à questão da **prática do exercício físico**, 8 alunos (34,78%) afirmam que não praticam exercício físico. Verificamos que 10 alunos praticam 2-3x por semana exercício físico.

De acordo com os dados sobre o **Sono e repouso**, 5 alunos (21,7%) consideram que não dormem as horas suficientes. Verificamos que a maioria dos alunos dorme 8h ou mais.

Em resposta à questão “consideras *que a alimentação é importante para a saúde mental?*”, apenas 1 aluno (4,35%) não considera a sua importância.

Quanto às refeições diárias, podemos constatar que 21 alunos fazem as três refeições. Também em resposta às refeições em família, 18 alunos afirmaram que as realizavam em família. Verificamos que a **refeição em família** que mais predomina é o jantar e que apenas 2 alunos têm as três refeições em família.

Quanto à pergunta “*tens diagnosticado algum problema de saúde?*”, 9 alunos (39,13%) afirmaram que sim. Destes 9 alunos, os problemas que evidenciaram foram a depressão (no questionário inicial não colocou por não ter ainda diagnóstico - 1 aluno); ataques de pânico (1 aluno); ansiedade (2 alunos) e outros problemas como cardiologia, artrite, asma (6 alunos).

Relativamente à **vigilância de saúde**, dos 23 alunos, apenas 12 fazem algum tipo de vigilância da sua saúde. Quanto ao local onde fazem a sua vigilância, 7 alunos frequentam o centro de saúde/USF, 5 alunos andam também em consultas particulares e 5 alunos frequentam consultas de saúde mental.

Quanto à **medicação**, 5 alunos assumem que fazem medicação. Destes alunos 2 tomam ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, 1 aluno toma analgésicos para problema cardíaco e 2 alunos fazem medicação para a asma.

Quanto às **experiências negativas de vida**, podemos verificar que 13 alunos já vivenciaram a morte de um familiar e 9 alunos a separação dos pais.

Relativamente ao consumo de substâncias psicotrópicas nenhum aluno assumiu o consumo de drogas e apenas 1 aluno assumiu o consumo de tabaco.

Quanto á pergunta “*consideras-te uma pessoa frágil, fraco ou vulnerável, do ponto de vista da saúde mental?*” temos como resultados 3 alunos - nada vulneráveis; 13 alunos - pouco vulneráveis; 6 alunos - moderadamente vulneráveis e apenas 1 aluno que se considera muito vulnerável.

Na escala de vulnerabilidade psicológica e tal como na análise dos dados gerais, os valores foram divididos em níveis. Na tabela n.º 15 está a relação do número de alunos com os valores obtidos na escala de vulnerabilidade:

Tabela 15 - Valores/aluno turma piloto da escala de vulnerabilidade psicológica

VALORES	Nº ALUNOS	VALORES/ ALUNO
Nível 1 (6-12)	6	7/ 1 aluno 8 / 1 aluno 9/ 2 alunos 10/ 1 aluno 11/ 1 aluno
Nível 2 (12-18)	12	12/4 alunos 13/2 alunos 14/2 alunos 15/1 aluno 16/2 alunos 17/1 aluno
Nível 3 (18- 24)	3	19/ 1 aluno 20/ 1 aluno 22/ 1 aluno
Nível 4 (24-30)	2	25/1 aluno 28/ 1 aluno
Média		14,52

Assim, podemos verificar que um aluno se situa no valor mínimo de 7 e um aluno no valor máximo de 28. A maioria dos alunos situa-se entre os valores de 12-18, o que deu uma média de 14,52 antes do programa.

Relativamente ao QSM+ e utilizando a estatística descritiva, verificamos que:

Tabela 16 - Estatística descritiva do QSM+ antes do programa

Soma (Antes)	
Média	94,3
Erro Padrão	1,6
Mediana	95,0
Mode	95,0
Desvio Padrão	7,5
Variância da Amostra	56,8
Kurtosis	1,3
Skewness	-0,3
Intervalo	36,0
Mínimo	75,0
Máximo	111,0
Soma	2170,0
Contagem	23
Intervalo de Confiança (95,0%)	3,3

A média ronda os 94,3, a variância é de 56,8 e o intervalo de valores vai de 75 a 111.

Na tabela seguinte e para uma melhor visualização, estão expressos os valores que cada aluno obteve no QSM+ antes da implementação do programa:

Tabela 17 - Níveis QSM+ na turma piloto

NÍVEIS	VALORES/ ALUNO
Flourishing	75/ 1aluno
Intermedio	86/ 1 aluno 87/2 alunos
	88/2 alunos 90/1 aluno
	92/1 aluno 95/4 alunos
	96/1 aluno 98/2 alunos
	99/ 1 aluno 100/2 alunos
	101/ 1 aluno 106/1 aluno
	111/ 1 aluno
Languising	-
Média QSM+	94,35

De acordo com a análise temos um aluno em *flourishing* com um valor de 75 no QSM+ e os restantes em nível intermédio, sendo o mais alto valor de 111, nenhum aluno evidenciou estar em *languishing*.

Tabela 18 - Fatores SMP na turma piloto

Fatores Saúde Mental Positiva	Limite superior/ inferior	X/Média	Score médio	Mínimo	Máximo
F1: SATISFAÇÃO PESSOAL	32/8	16	18	11	26
F2: ATITUDE PRÓ-SOCIAL	12/3	5	4	3	9
F3: AUTOCONTROLO	20/5	12	10	6	18
F4: AUTONOMIA	24/6	12	11	9	20
F5: RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS E REALIZAÇÃO PESSOAL	48/12	36	38	22	45
F6: HABILIDADES DE RELAÇÃO INTERPESSOAL	20/5	11	10	8	16

Na tabela n.º18, observa-se que os valores da média dos fatores em estudo estão mais próximos do limite superior do que do limite inferior, o qual indica resultados positivos a nível da saúde mental.

Analisando os scores médios obtidos de cada um dos fatores (realizada da mesma forma que com os resultados da SM+, quanto mais alto o valor obtido menor será o nível do fator e vice-versa) pode-se afirmar que o fator que apresenta níveis superiores de SM+ é o F2: atitude pró-social (score médio - 4) e aquele com níveis inferiores é o F5: resolução de problemas e realização pessoal (score médio - 38), o que difere dos resultados gerais das escolas, em que o fator com níveis inferiores é o F3: autocontrolo.

Não foi atingido o limite máximo em nenhum dos fatores e foi atingido o limite mínimo no F2: atitude pró-social, resultados diferentes dos dados gerais das turmas.

8 Análise dos dados

“O uso de mais de um método oferece o potencial de entendimento mais profundo dos problemas complexos da saúde frequentemente enfrentados pela disciplina de enfermagem. Atualmente, os enfermeiros precisam expandir seu entendimento sobre todos os métodos e todas as combinações de métodos de modo que estejam preparados a responder às perguntas que emergem de situações complexas no cuidado à saúde com as quais são confrontados” (Driessnack, 2007, pp.4).

Tal como referido anteriormente, foi criada uma base de dados em formato Excel®. Com os dados inseridos do questionário individual, QSM+ e escala de vulnerabilidade psicológica, foram criadas tabelas dinâmicas. Estas permitem o cruzamento entre as variáveis para obter medidas de resumo, como exemplo: total, média, desvio padrão e outras. O resultado é apresentado em forma de tabela e gráficos.

A análise inferencial é aquela que mediante a utilização de testes paramétricos ou não paramétricos permite estabelecer relações e associações entre variáveis estudadas na amostra, de forma a serem generalizados para a população geral (Fortin, 2009).

Para a utilização dos testes denominados paramétricos devem ser cumpridas as seguintes premissas: a variável dependente ser intervalar, a amostra em estudo ter mais de trinta participantes ($N > 30$) e a distribuição da variável dependente ser normal (Teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov (KS) com significância igual ou superior à 0,05 ($p \geq 0,05$)). Desta forma, se as variáveis em estudo não apresentar estas características devem ser utilizados os testes não paramétricos como alternativa (Martins, 2017).

Os testes T aplicam-se tanto a amostras independentes como a amostras emparelhadas. Servem para testar hipóteses sobre médias de uma variável quantitativa numa dicotómica.

Quando as amostras têm dimensão inferior a 30 os testes T exigem que o(s) grupo(s) em análise tenha(m) distribuição Normal.

O Teste T para amostras emparelhadas permite inferir sobre a igualdade de médias de duas amostras emparelhadas. Frequentemente cada caso é analisado duas vezes, antes e depois de um tratamento ou intervenção, formando pares de observações, cujas diferenças são testadas para ver se o resultado é ou não zero.

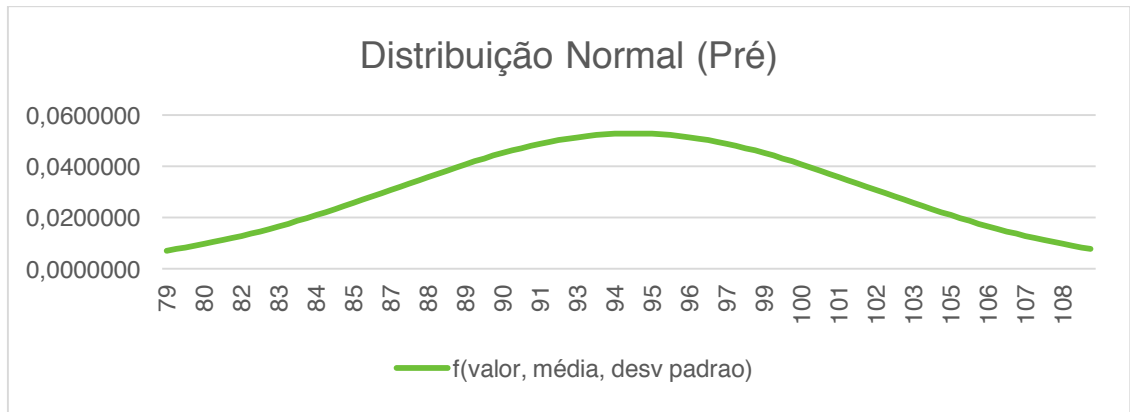


Gráfico 7 - Distribuição normal pré-programa

Trata-se de uma distribuição normal, tal como se observa no gráfico n.º 7 e assim, optou-se pelo teste paramétrico teste T para amostras emparelhadas, onde se comparam os mesmos sujeitos em dois momentos distintos, testa se a média de dois grupos é significativamente diferente. Apesar de o $N < 30$ e as variâncias diferentes podemos aplicar o teste paramétrico T para amostras emparelhadas.

Consideramos que a Hipótese 0 ($p > 0,05$) não há melhorias da Saúde Mental Positiva com o programa promotor e que a hipótese 1 ($p < 0,05$) diz-nos que há melhorias da Saúde Mental Positiva com o programa promotor.

Escala de Vulnerabilidade psicológica

Na tabela seguinte podemos comparar as alterações dos valores verificados antes e após o programa:

Tabela 19 - Valores comparativos da EVP no pré e pós- programa

VALORES	Nº ALUNOS PRÉ-PROGRAMA	Nº ALUNOS PÓS-PROGRAMA	VALORES/ ALUNO PRÉ-PROGRAMA	VALORES/ ALUNO PÓS-PROGRAMA
Nível 1 (6-12)	6	8	7/ 1 aluno 8 / 1 aluno 9/ 2 alunos 10/ 1 aluno 11/ 1 aluno	8 / 4 aluno 10/ 2 aluno 11/ 2 aluno
Nível 2 (12-18)	12	8	12/4 alunos 13/2 alunos 14/2 alunos 15/1 aluno 16/2 alunos 17/1 aluno	12/1 alunos 13/3 alunos 14/2 alunos 15/2 aluno
Nível 3 (18- 24)	3	5	19/ 1 aluno 20/ 1 aluno 22/ 1 aluno	18/ 2 aluno 19/ 3 aluno
Nível 4 (24-30)	2	2	25/1 aluno 28/ 1 aluno	24/1 aluno 28/ 1 aluno
Média			14,52	14,26

Analisando os valores do pré e pós programa verificamos que a média da escala de vulnerabilidade psicológica diminuiu, e os valores por aluno também diminuíram na sua generalidade. Temos um aumento do numero de alunos nos valores mais baixos e apenas 1 aluno manteve o valor mais alto da escala.

Aplicando o teste T para amostras emparelhadas e considerando $p < 0,05$, verificamos que apesar da ligeira diminuição na média da EVP, o p é igual a 0,44, logo não podemos afirmar estatisticamente que houve melhorias na vulnerabilidade psicológica com a implementação do programa.

Tabela 20 - Teste T para amostras emparelhadas EVP

	<i>Pós</i>	<i>Pré</i>
Mean	14,26086957	14,52173913
Variance	27,4743083	28,71541502
Observations	23	23
Pearson Correlation	-0,030958594	
Hypothesized Mean Difference	0	
df	22	
t Stat	-0,164376551	
P(T<=t) one-tail	0,435467809	
t Critical one-tail	1,717144374	
P(T<=t) two-tail	0,870935618	
t Critical two-tail	2,073873068	

t-Test: Paired Two Sample for Means

Questionário Saúde Mental Positiva (QSM+)

Tal como apresentado na tabela nº21, podemos comparar os valores do pré e pós programa relativamente ao QSM+ :

Tabela 21 - Comparação do pré e pós-programa- QSM+

NÍVEIS	VALORES/ ALUNO PRÉ-PROGRAMA	VALORES/ ALUNO PÓS-PROGRAMA
<i>Flourishing</i>	75/ 1aluno	71/ 1aluno
Intermédio	86/ 1 aluno 87/2 alunos 88/2 alunos 90/1 aluno 92/1 aluno 95/4 alunos 96/1 aluno 98/2 alunos 99/ 1 aluno 100/2 alunos 101/ 1 aluno 106/1 aluno 111/ 1 aluno	80/ 1 aluno 85/2 alunos 87/1 alunos 88/4 aluno 89/1 aluno 90/1 alunos 91/2 aluno 94/1 alunos 95/ 1 aluno 96/1 alunos 97/ 1 aluno 98/1 aluno 100/ 1 aluno 102/1 aluno 106/ 1 aluno
<i>Languising</i>	-	122/ 1aluno
Média QSM+	94,35	92,61

Analisando os valores da tabela comparativa, verificamos que praticamente todos os alunos tiveram uma diminuição dos valores no pós-programa. Verificamos que um aluno aumentou o seu QSM+, o que significa que o risco para uma doença mental aumentou. Presumimos que seja o aluno que foi diagnosticado depressão a meio do programa, pelo que será necessário outro tipo de intervenções mais individualizadas para este aluno.

Tabela 22 - Fatores SM+ comparativos

Fatores saúde mental positiva	Limite superior/ inferior	Média /antes	Média/ após	Score médio	Score médio após	Mínimo	Mínimo/ após	Máximo	Máximo/ após
F1: SATISFAÇÃO PESSOAL	32/8	15	16	13	18	10	11	27	26
F2: ATITUDE PRÓ-SOCIAL	12/3	4	5	4	4	3	3	7	9
F3: AUTOCONTROLO	20/5	13	12	18	10	9	6	17	18
F4: AUTONOMIA	24/6	13	12	12	11	9	9	20	20
F5: RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS E REALIZAÇÃO PESSOAL	48/12	37	36	38	38	24	22	46	45
F6: HABILIDADES DE RELAÇÃO INTERPESSOAL	20/5	12	11	10	10	9	8	15	16

Analisando a tabela n.º 22, em que se compara os valores obtidos nos fatores de Saúde Mental Positiva, observamos que:

- Em todos os fatores houve alterações;
- O F2 que no pré-programa apresentava níveis superiores de SM+, registou o maior aumento no limite superior e na média, o que revela uma diminuição nos níveis de Saúde Mental Positiva. Estes valores contrariam a expressão verbal dos alunos;
- O único fator que não alterou os seus limites foi o F4 relativamente à autonomia;
- O F5: resolução de problemas e realização pessoal foi o fator onde o limite mínimo desceu em 2 pontos e houve melhorias na Saúde Mental Positiva.

Tabela 23 - Comparação da estatística descritiva pré e pós-programa QSM+

<i>Soma (Antes)</i>		<i>Soma (Pós-Programa)</i>	
Média	94,3	Média	92,6
Erro Padrão	1,6	Erro Padrão	2,0
Mediana	95,0	Mediana	91,0
Mode	95,0	Mode	88,0
Desvio Padrão	7,5	Desvio Padrão	9,7
Variância da Amostra	56,8	Variância da Amostra	94,5
Kurtosis	1,3	Kurtosis	3,5
Skewness	-0,3	Skewness	0,9
Intervalo	36,0	Intervalo	51,0
Mínimo	75,0	Mínimo	71,0
Máximo	111,0	Máximo	122,0
Soma	2170,0	Soma	2130,0
Contagem	23	Contagem	23
Intervalo de Confiança (95,0%)	3,3	Intervalo de Confiança (95,0%)	4,2

Analisando a estatística descritiva do pré e pós programa verificamos que houve, embora ligeira, uma diminuição da média do QSM+ e também a mediana diminuiu, o que significa que houve melhorias na Saúde Mental Positiva.

A análise da variância compara a média de diferentes populações para verificar se essas mesmas populações possuem média iguais ou diferentes. Uma variância heterogênea diz-nos que as médias são diferentes nessa população, a qual se pode observar na tabela n.º 23. Quanto mais alta a variância, maior é a dispersão dos valores relativamente á media, e isso verifica-se no pós-programa, em que a variância passa de 56,8 para 94,5.

Também o intervalo de confiança confirma esta dispersão, pois este aumentou no pós-programa, passando de 3,3 para 4,2.

Com esta análise descritiva do pré e pós programa podemos afirmar que rejeitamos a Hipótese 0 e aceitamos a Hipótese 1, que nos afirma que houve melhorias na saúde mental positiva da turma piloto.

Observando as frequências e a sua cumulação, obtemos um histograma do pré-programa, tal como exposto no gráfico seguinte:

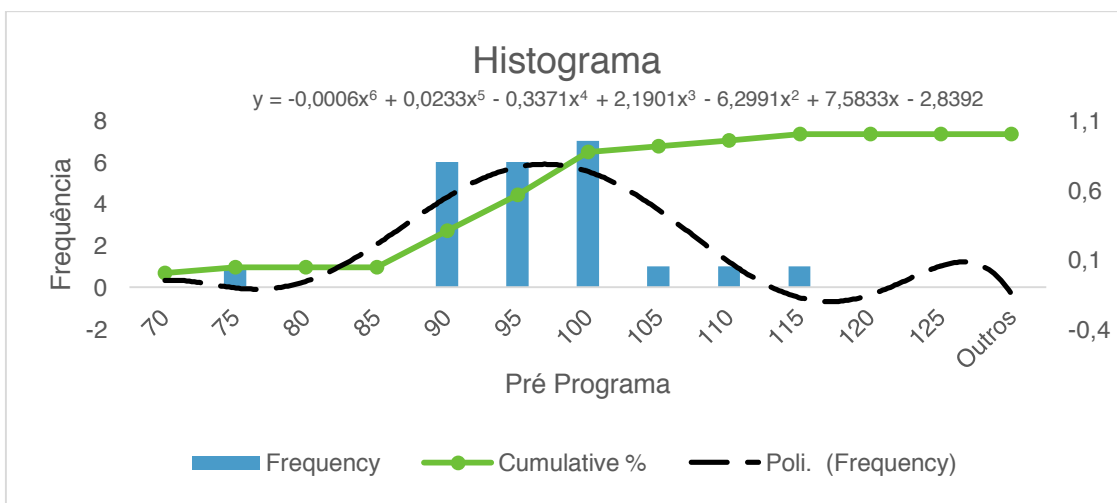


Gráfico 8 - Histograma pré-programa

Os limites do histograma estão entre os valores 75 e 115, a curva é uma distribuição normal.

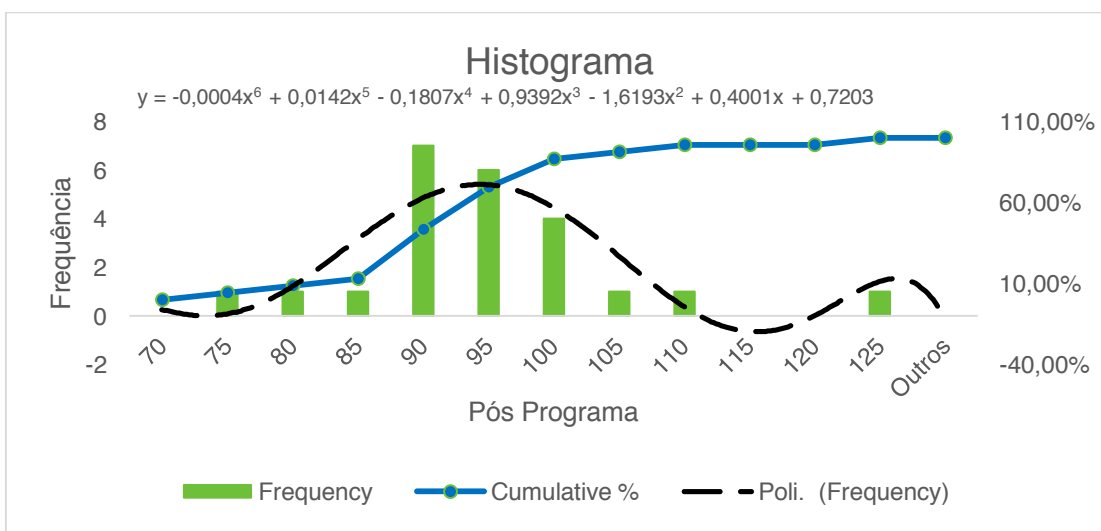


Gráfico 9 - Histograma pós-programa

Relativamente ao histograma do pós-programa, podemos observar que os limites variam entre os 71 e os 125, havendo uma maior dispersão destes.

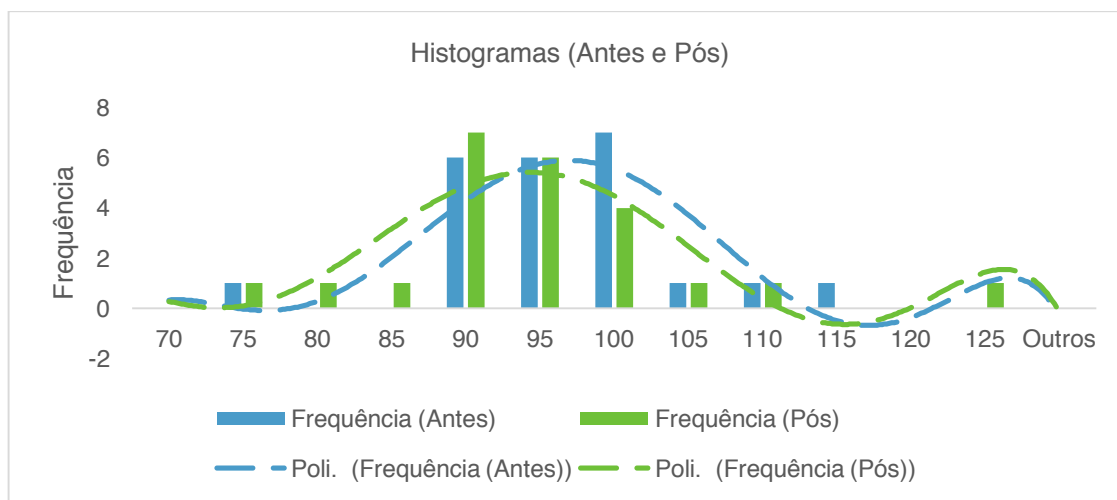


Gráfico 10 - Histograma comparativo do pré e pós programa

No histograma comparativo é evidente a curva da tendência a deslocar-se para a esquerda, o que demonstra uma melhoria dos valores do QSM+. Assim, também aqui podemos rejeitar a Hipótese nula e aceitar a Hipótese 1 em que a Saúde Mental Positiva melhorou após o programa.

Tabela 24 - Teste T para QSM+

	<i>Após</i>	<i>Antes</i>
média	92,60869565	94,34782609
variância	94,52173913	56,7826087
Observations	23	23
correlação de Pearson	0,061505055	
hipótese da diferença de média	0	
gl	22	
t Stat	-0,699205899	
P(T<=t) one-tail	0,24587515	
t Critical one-tail	1,717144374	
P(T<=t) two-tail	0,4917503	
t Critical two-tail	2,073873068	

Analisando o teste T para amostras emparelhadas, verificamos que o $p > 0,05$ ($p = 0,24$), logo teria de aceitar a Hipótese 0, mas analisando os valores, observa-se alterações nas médias, embora ligeiras, mas que nos permite considerar que houve melhorias na Saúde Mental positiva após a aplicação do programa promotor de saúde mental.

Foi feita pesquisa relativamente ao facto de aceitarmos a H1 mesmo com resultados para a rejeitarmos e encontrou-se um autor, Himmelblau (1978) que observa que a rejeição da hipótese não implica um resultado definitivo, mas indica que os dados e o procedimento

experimental devem ser submetidos a um exame cauteloso para averiguar se ocorreu alguma coisa errada com a colheita de medidas ou com a instrumentação.

Podem-se distinguir dois tipos de erros ao testar uma hipótese:

- i) Erro Tipo I, que é o risco de declarar falsa uma hipótese verdadeira;
- ii) Erro Tipo II, que é o risco de não rejeitar uma hipótese, quando ela é falsa.

Certamente, o erro do Tipo I existe porque α é selecionado para ser um valor não-zero. Quando a hipótese é verdadeira e $\alpha = 0,05$, por exemplo, em 5 % dos testes a hipótese será rejeitada, o que é uma decisão errada.

Himmelblau (1978) relata que, pela descrição dos dois tipos de erros, pode-se observar que a tentativa de diminuir um tipo de erro resulta em um aumento no outro tipo de erro. O único modo de diminuir os dois tipos de erro, simultaneamente, é aumentar o tamanho da amostra, o que pode ser caro, na prática. Observa que talvez um tipo de erro tenha consequências menos sérias do que o outro e, neste caso, há alguma decisão adequada referente à seleção de valores de α e ao número de observações a ser feito.

9 Resultados e discussão

Após a apresentação dos dados torna-se fundamental interpretar e refletir sobre os mesmos de forma a reconhecer a sua importância com base no enquadramento teórico apresentado anteriormente. Neste ponto, irá ser feita uma reflexão e discussão sistematizada dos resultados seguindo os objetivos gerais deste trabalho de investigação.

Analisar a eficácia do Programa de Saúde Mental Positiva na promoção da saúde mental dos adolescentes em ambiente escolar

De acordo com a análise antes da implementação do programa na turma piloto, tinha-se um pesquisado em *flourishing* com um valor de 75 no QSM+ e os restantes em nível intermédio, sendo o mais alto valor de 111, não tendo nenhum aluno evidenciado estar em *languishing*. A média do QSM + era de **94,35**.

No pós-programa, continuou-se a ter um aluno em *flourishing*, mas com um valor inferior (71), o que significa melhorias na Saúde Mental Positiva, 20 alunos no nível intermédio e 1 aluno em *languishing* com o valor de 122 no QSM+. Este valor terá a ver com

o diagnóstico de depressão, que comunicou no final das sessões. A média do QSM+ após programa teve uma diminuição ligeira, e situa-se nos **92,61**.

Quanto aos fatores de SM+ antes do programa o fator que apresentava níveis superiores de SM+ era o F2: atitude pró-social (score médio - 4) e aquele com níveis inferiores é o F5: resolução de problemas e realização pessoal (score médio - 38), o que diferia dos resultados gerais das escolas, em que o fator com níveis inferiores é o F3: autocontrolo. Assim, estes dados revelavam que esta turma tinha uma atitude de ajuda-apoio para com os outros e uma predisposição para o social/ sociedade, mas com muitas dificuldades na análise, na habilidade de tomar decisões e na atitude de crescimento e desenvolvimento pessoal.

Após a implementação do programa o F2: atitude pró-social ainda aumentou mais no limite superior e na média o que revela uma diminuição na capacidade de ajudar os outros. Estes valores contrariam a expressão verbal dos alunos ao longo das sessões. De destacar o F5: resolução de problemas e realização pessoal em que os valores diminuíram e revelou uma melhoria da habilidade para tomar decisões e a flexibilidade em adaptar-se a mudanças.

Quanto à perceção da vulnerabilidade, a turma piloto difere da generalidade dos resultados pois a maioria dos alunos considera-se pouco vulnerável e é nesta turma que se encontra um dos três alunos extremamente vulneráveis.

Na escala de vulnerabilidade psicológica a média era de **14,52** antes do programa. Após o programa verificou-se uma diminuição dos valores e a média rondou os **14,26**.

Além da análise das médias, trabalhou-se estatisticamente os valores obtidos no pré e pós-programa para se poder inferir se houve melhorias na Saúde Mental Positiva após o programa.

Analisou-se a estatística descritiva do pré e pós programa e verificou-se que houve, embora ligeira, uma diminuição da média e mediana do QSM+. Também a análise à variância que deu valores heterógenos, revela que as médias são diferentes nessa população. Quanto mais alta a variância, maior é a dispersão dos valores relativamente à media, e isso verificou-se no pós-programa, em que a variância passa de 56,8 para 94,5. Também o intervalo de confiança confirma esta dispersão, pois este aumentou no pós-programa, passando de 3,3 para 4,2.

Com esta análise descritiva do pré e pós programa podemos afirmar que houve melhorias na Saúde Mental Positiva da turma piloto.

Também foram criados e analisados histogramas para se perceber as alterações dos valores no pré e pós-programa e no histograma comparativo é evidente a curva da tendência a deslocar-se para a esquerda, o que demonstra uma melhoria dos valores do QSM+.

Foi realizado o teste de hipótese (Teste T amostras emparelhadas) que obteve um $p > 0,05$ mas analisando os valores obtidos, podemos aceitar a Hipótese 1, em que há melhorias da Saúde Mental Positiva, embora ligeiras, correndo o risco de se ter um erro tipo I. Seria pertinente aplicar este programa a uma amostra maior para evitar este tipo de erro.

Avaliar os níveis de Saúde Mental Positiva dos adolescentes em ambiente escolar

Verifica-se que a SM+ dos inquiridos apresenta níveis favoráveis (SMP total=93). Assim, quanto ao QSM+, os resultados obtidos colocam a maioria dos alunos, ou seja, 147 alunos no nível intermédio e os restantes 10 alunos estão no nível de *flourishing* (Keyes, 2002, 2007).

Estes resultados são considerados muito positivos e contrários ao que inicialmente era esperado tendo em conta as mudanças físicas, psicológicas e sociais que são vivenciadas nesta etapa de crescimento. Estes vão ao encontro dos dados recolhidos em 2016, no distrito do Porto, em que a média da SM+ dos adolescentes era de 70,7 (94%) dos alunos estavam no nível intermédio e 6% em *flourishing* (Garcia, 2016). A SM+ teve um valor mais baixo, logo menor probabilidade de perturbações mentais, visto nesses agrupamentos terem projetos de saúde mental implementados em todos os ciclos de escolaridade. Algo que não se verifica nestes agrupamentos em estudo, em que só têm projetos de saúde mental no primeiro ciclo.

Relativamente aos fatores de SM+, o que apresenta níveis superiores de SM+ é o F2: atitude pró-social (score médio - 4) e aquele com níveis inferiores é o F3: autocontrolo (score médio -14). Na escola 2 foi atingido o limite máximo do fator F4: Autonomia e foi atingido o limite mínimo no F5: resolução de problemas e realização pessoal, o que significa que nesta escola os participantes terão mais dificuldades em resolver os problemas, mas são mais autónomos.

Quanto aos restantes dados do questionário individual, foram analisados 157 questionários de 7 turmas do 8º ano de escolaridade, de 2 agrupamentos de escolas diferentes, mas de áreas geográficas iguais.

A maioria dos inquiridos eram do **sexo** masculino, 81 alunos (51,6%), com **idade** média de 13, 5 anos.

A maior parte dos alunos considera o seu **desempenho escolar** suficiente, 63 alunos (40%) e apenas 0,64% considera o seu desempenho excelente.

Quanto ao **agregado familiar**, apenas 58% (91 alunos) dos alunos vivem com os pais e 7% (11 alunos) vivem com os avós.

A grande maioria pratica **exercício físico**, 113 alunos (72%) e destes, temos 40% de alunos que praticam 2/3 vezes por semana o exercício físico.

É evidente que 73,9% (116 alunos) dorme o suficiente para as suas necessidades e 25% dos alunos refere dormir 8h ou mais por noite.

Dos 157 alunos inquiridos, 95,54% consideram importante a **alimentação para a saúde mental**. De acordo com os dados recolhidos, os 91% dos inquiridos só realizam 3 **refeições diárias** (pequeno-almoço, almoço e jantar), apenas 74 alunos (47%) fazem o jantar em família e só 13 alunos (8%) realizam as três refeições com a família.

Relativamente aos **problemas de saúde**, 67,5% (106 alunos) não têm diagnosticado nenhum problema de saúde. Dos restantes 51 alunos (7,64%) tem fobias, 5,1% apresentam ansiedade.

Quanto à **vigilância da saúde**, 59,9% dos inquiridos (94 alunos) fazem vigilância. Destes, 71,3% (67 alunos) recorrem ao centro de saúde e destacam-se 15 alunos (16%) que frequentam consultas de saúde mental, psicologia, psiquiatria.

Em relação à **medicação** que realizam, apenas 28 alunos (18%) referem tomar medicação. Importa realçar que 6 alunos (21%) fazem ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, 1 aluno refere a toma de antidepressivos (não tendo assinalado depressão) e 10 alunos (36%) com asma.

No ponto sobre as **experiências negativas de vida**, vivenciaram agressões ou violência na família (18 alunos - 11%); 87 alunos (55%) já tiveram de lidar com a morte de um familiar; 65 alunos (41%) assistiram à separação dos pais e 6 alunos (4%) assinalaram outras experiências negativas de vidas tais como depressão, pais que após divórcio voltaram a viver juntos, institucionalização e tentativas de suicídio.

Quanto ao consumo de **substâncias psicoativas**, a grande maioria dos alunos, 97,5% assinalaram que não consomem substâncias. Os 2,5% que declararam o sim, consomem Cannabis. Em relação ao tabaco /álcool, os alunos que confessaram o seu consumo, foram de apenas 3% (5 alunos) para o consumo de álcool, 2% (3 alunos) o consumo de Tabaco e apenas 2% (3 alunos) responderam que consomem ambas as substâncias.

Relativamente ao ponto sobre a **perceção da vulnerabilidade psicológica**, 76 alunos (48,4%) consideram-se nada vulneráveis; 74 alunos (28%) pouco vulneráveis; 26 alunos (16,6%) moderadamente vulneráveis; 8 alunos (5,1%) muito vulneráveis e 3 alunos (2%) acham-se extremamente vulneráveis.

Em relação à **escala de vulnerabilidade psicológica**, a maioria dos alunos situa-se entre os 6-12 valores (nível mais baixo) e apenas 1 aluno se encontra no máximo da escala com 30 valores, com médias da EVP nas diferentes escolas, que variam entre os 11,56 e os 14,3.

**PARTE III - PROGRAMA PROMOTOR DE SAUDE MENTAL POSITIVA EM
ADOLESCENTES**

1 CONCEPÇÃO E ESTRUTURA DO PROGRAMA “O BRILHO DA MENTE”

Quando se olha para o significado do termo “saúde” damos conta de que é tão importante a ausência de qualquer tipo de doença e a sensação de completo bem-estar físico, mental e social. E é essa sensação de completo bem-estar mental que este programa se quer inserir.

Quando se fala de prevenção de doenças ou transtornos mentais, normalmente refere-se aos diferentes fatores de risco que podem potencialmente causar o aparecimento de um transtorno mental. E é verdade que estes, fatores de risco, influenciam ou provocam o aparecimento de transtornos mentais. Mas, não podemos esquecer que a incidência destes fatores de risco numa pessoa também será determinada pela sua interação com os fatores de proteção, ou seja, os fatores que favorecem uma Saúde Mental Positiva.

Assim surge o Programa Promotor de Saúde Mental Positiva em adolescentes - **O Brilho da Mente** (anexo II). O objetivo principal deste programa é a promoção no âmbito escolar de uma Saúde Mental Positiva. Foi baseado no “*Programa de Promocion de la salud mental positiva y prevencion de la Enfermedad mental em el âmbito escolar de la comunidad autónoma de Extremadura*” (Blanco; Munoz, 2010) e sofreu alterações para ser possível a sua implementação na realidade portuguesa e acrescentou-se sessões e atividades apropriadas à faixa etária deste estudo.

De acordo com Blanco; Munoz (2010) as escolas converteram-se num dos ambientes mais importantes para a promoção da saúde e intervenções preventivas entre crianças e jovens. A evidência demonstra que os programas realizados nas escolas podem influenciar e fornecer uma visão mais positiva da saúde mental, reduzindo os fatores de risco e os problemas emocionais e de conduta através da aprendizagem socioemocional.

Os resultados incluem um melhor rendimento académico, um aumento das habilidades sociais e de resolução de problemas, assim como uma redução de alterações da conduta tais como sintomas depressivos, ansiedade, uso de substâncias e conduta agressiva e delinquente.

Este programa pretende dotar e potenciar os adolescentes destes fatores protetores que facilitarão a que não apareçam transtornos psicológicos, ou pelo menos, que o aparecimento destes seja menos provável.

Quando se fala de fatores de proteção engloba-se os fatores pessoais, familiares e claro, os ambientais. Ao fomentar os mesmos, estamos a promover uma saúde mental reforçada e consolidada pelo que se pode reduzir o impacto de surgir uma perturbação psicológica.

Os **fatores pessoais** a desenvolver são: a promoção da autoestima, o autoconceito e a autoeficácia, potenciação da autonomia, a responsabilidade, resolução de conflitos, competências sociais e desenvolvimento da assertividade. (Blanco; Munoz, 2010)

Quanto aos **fatores familiares** seriam: uma boa comunicação e afetividade familiar, coesão entre os seus membros, desenvolvimento de hábitos saudáveis, educação em valores e fixação de limites enquanto se favorece a autonomia. (Blanco; Munoz, 2010)

Os **Fatores socio-ambientais** são as redes de apoio, amigos, modelos saudáveis, identificação e estratégias de controlo da pressão ambiental para condutas pouco saudáveis e integração e êxito escolar. (Blanco; Munoz, 2010)

O programa procura divulgar hábitos de vida saudáveis e fatores de proteção da saúde mental, dando-se prioridade às intervenções que melhorem o *coping* do *stress* , a aprendizagem de técnicas de solução de problemas, a autoestima e as habilidades socio emocionais.

PORQUÊ O TÍTULO DO PROGRAMA - O BRILHO DA MENTE?

Procurou-se algumas definições que se integravam no programa promotor de SM+, tais como:

- **Brilho** - luz difundida por um corpo (www.infopedia.pt).
- **Luz**- saber, ciência, instrução e conhecimentos (www.infopedia.pt).
- **Mente humana** - Do latim *mens*, o conceito de mente diz respeito a uma dimensão ou a um fenómeno complexo que se associa ao pensamento. Pode definir-se a mente como a potência intelectual da alma. Pode-se dizer que a mente é *“responsável pela criação de pensamentos, pelo raciocínio, pelo entendimento, pela memória, pela emoção e pela imaginação”* (www.conceito.de). Todas as habilidades cognitivas de uma pessoa surgem dos seus processos mentais (www.conceito.de).
- **Cor violeta** - é uma cor muito utilizada, uma vez que ajuda no tratamento de perturbações nervosas e mentais. Além disso, ajuda a ultrapassar problemas de insónias e visão. É a cor da dignidade, do respeito próprio e da nobreza. *“É também a cor dos sonhos, do místico e do encantamento. Pessoas sensíveis tem uma atração natural pela cor. Favorece o relaxamento mental e a conexão com estados mais elevados de consciência”* (www.terapiareiki.com.br). Os Frutos Roxos (violeta) - ajudam a relaxar, a meditar e a purificar o corpo. As Roupas Roxas (violeta) - significam imaginação, inspiração, espiritualidade (www.terapiareiki.com.br).



Figura 3 - O brilho da mente

O desenho foi criado especificamente para este programa e pretende representar a mente com todas as suas engrenagens. Estas estimulam, criam e desenvolvem informação e capacitação. O brilho é entrada do conhecimento, da capacitação, uma mente que não brilha, não está capaz de evoluir, conhecer e desenvolver-se.

As raízes é o que nos prende à terra, uma alusão à árvore da vida, em que nascemos, evoluímos, capacitamos, brilhamos e voamos.

As SESSÕES

O Programa está dividido em 8 sessões a desenvolver preferencialmente em horário escolar. Em cada sessão estão indicados os objetivos que se pretendem atingir, o tempo estimado para o desenvolvimento, o conteúdo que se deve transmitir aos alunos e uma atividade de trabalho.

A primeira sessão vai permitir estabelecer o ponto inicial (QSM+), o nível de autoconceito e competências sociais do aluno.

Posteriormente, nas sessões 2 a 7, a promoção da Saúde Mental Positiva e os fatores protetores da saúde mental como por exemplo o autoconceito, a autoestima, a escuta ativa e empática e a comunicação assertiva, entre outros.

Para finalizar, na sessão 8 realizar-se-á novamente o questionário Saúde Mental Positiva (QSM+) para comprovar se as diversas sessões geraram mudanças na população-alvo.

Sessão 1 - Apresentação do programa de promoção da Saúde Mental Positiva e prevenção da doença mental- conceitos.

Sessão 2 - Autoconceito: conceito e estratégias para o desenvolvimento de um autoconceito positivo.

Sessão 3 - Autoestima: conceito e estratégias para favorece-la.

Sessão 4 - Comunicação assertiva, escuta ativa e empática.

Sessão 5 - Resolução de conflitos e tomada de decisões.

Sessão 6 - Tolerância e diversidade.

Sessão 7 - Expressão de sentimentos e diminuição do *stress*.

Sessão 8 - Finalização do Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva.

2 CONTRIBUTO PARA EVOLUÇÃO DO CONHECIMENTO - IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA PROMOTOR DE SAÚDE MENTAL POSITIVA

A triangulação dos dados é um termo utilizado para descrever o processo de combinação de diferentes métodos com a objetivo de compreender uma realidade particular (Cresswell, 2003; Abreu, 2017).

É a tentativa de inferir ou explicar de forma mais consistente a riqueza e a complexidade do comportamento humano, estudando-o a partir de diferentes pontos de observação. (Cohen & Manion, 1986; Abreu, 2017)

De acordo com Neves (1996, pp. 2) a triangulação *“pode estabelecer ligações entre descobertas obtidas por diferentes fontes, ilustrá-las e torna-las mais compreensíveis; pode também conduzir a paradoxos, dando uma nova direção aos problemas a serem pesquisados.”*

Os benefícios da triangulação são o acesso a diferentes dimensões do objeto de estudo; não minimiza a exigência face aos métodos; não confirma informação, mas pode gerar novos focos de questionário e pode proporcionar mais consistência em estudos cujo objetivo seja gerar definições operatórias (Abreu, 2017).

Embora os modelos quase experimentais sejam úteis para testar a efetividade de uma intervenção sejam considerados os que mais se aproximam de cenários naturais, esses desenhos de pesquisa são expostos a um grande número de ameaças às validades tanto interna como externa, o que pode diminuir confiança e causar generalização dos resultados do estudo.

Iremos utilizar a triangulação dos dados, que é a forma de se obter dados diferentes e complementares sobre um mesmo tema para se perceber melhor a questão de partida. A intenção é juntar os diferentes pontos fortes e as fraquezas dos métodos quantitativos (grande amostra, tendências e generalização) com os pontos dos métodos qualitativos (pequena amostra, detalhes e profundidade). É utilizado quando o investigador quer comparar os resultados estatísticos quantitativos com as descobertas qualitativas ou validar/expandir resultados quantitativos com os dados qualitativos.

A implementação do programa (anexo II) decorreu nas aulas de Ciências da Natureza e nas aulas de apoio de português. Todos os 23 alunos estiveram presentes nas sessões realizadas, tendo sido bastante enriquecedor a forma como trabalharam os temas. Destacaram-se alguns problemas expressos pelos próprios jovens e que interferiam com a sua saúde mental:

- Três jovens do sexo feminino com problemas de autoestima;
- Um jovem do sexo masculino que sofre *bullying* por assumir uma orientação sexual diferente dos restantes;
- Uma jovem do sexo feminino que sofre de *bullying* por se vestir de forma diferente;
- Um jovem do sexo masculino que não consegue comunicar com os outros, não revela autoconceito e não aceita a diferença.

Ao longo das sessões foram sempre expostos os seus problemas, principalmente na comunicação e na autoestima. Nesta sessão, as três jovens que manifestaram falta de autoestima, quiseram ler a atividade que levaram para casa e os colegas acabaram por chorar ao ouvir as colegas. Foi um momento de união na turma e que fez ver as colegas de outra forma.

Na comunicação foi dada a escolha de exporem um problema comunicacional da turma, e como o poderiam resolver, o que levou a uma discussão saudável, pedidos de desculpa e analisaram a forma como comunicam. De acordo com os professores, ainda utilizam esta técnica para conseguirem resolver alguns conflitos pontuais.

No final das sessões foi dado um certificado (anexo XI), e questionados sobre a importância do programa em que toda a turma referiu ter sido gratificante, emocionante e alguns acrescentaram que foi uma aprendizagem.

Nas semanas seguintes ao término das sessões, os professores notaram diferenças a nível da comunicação, da defesa dos colegas (uma das jovens que manifestou falta de autoestima, sofreu um ato racial, o que fez com que a turma fosse pedir justificações a quem cometeu esse ato e alertaram a direção da escola). Também pediram para as sessões continuarem no próximo ano letivo, pois despertou-os para a forma como se veem e como veem os outros.

Todas estas mudanças comportamentais, a observação dos professores e interação dos alunos demonstram-nos que houve ganhos para a saúde destes jovens com a implementação deste programa.

Para termos algo concreto e que valide estatisticamente as exposições verbais que fizeram, foi efetuada a análise estatística comparativa do Pré e Pós programa do QSM+ e da escala de vulnerabilidade psicológica.

Por ser um projeto piloto teve as suas condicionantes, e uma delas foi mesmo a pequena amostra em estudo. Não nos permitiu obter resultados mais concisos e com alterações evidentes a nível estatístico. Mas, tal como já fundamentamos, apesar de o Teste T para amostras emparelhadas não nos demonstrar evidência da mudança de SM+, com a análise descritiva do pré e pós programa podemos afirmar que houve melhorias na Saúde Mental Positiva da turma piloto.

O *Focus Group* criado para o programa evidenciou acima de tudo a linguagem comum e a pertinência de ser o enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria (EESMP) a implementar o programa. Tendo isso em conta, temos a destacar as competências do enfermeiro especialista nesta área, e também, a sua astúcia para a observação de comportamentos, o à-vontade para fazer pequenas adaptações ao programa consoante as necessidades da turma e conseguir direcionar a promoção da saúde conforme as características de cada jovem que se encontra à frente, fazem com que o nosso papel enquanto EESMP se distinga e destaque perante outros profissionais quer da saúde quer da área educacional.

Também os objetivos propostos foram atingidos e realçamos os seguintes:

- ✓ **Elaborar um programa de enfermagem em Saúde Mental Positiva baseado no Modelo Multifactorial de Teresa Lluch (1999)**

O objetivo principal deste trabalho de investigação, foi alcançado com a elaboração de um programa de enfermagem em Saúde Mental Positiva, que se encontra dividido em várias sessões práticas, direcionadas para a faixa etária proposta.

O programa “O Brilho da Mente” teve na sua base um Programa de Saúde Mental Positiva espanhol, já com evidências científicas, e implementado na comunidade escolar espanhola. Mas com adaptações e criações para a realidade portuguesa no âmbito escolar.

Todo o programa foi baseado nos seis fatores de Saúde Mental Positiva que Teresa Lluch aborda no seu modelo multifatorial. Estas sessões permitem que os adolescentes adotem comportamentos e atitudes saudáveis e treinem habilidades pessoais específicas (resolução de problemas, comunicação entre pares, etc) para ultrapassarem as dificuldades que enfrentam no seu dia-a-dia e prejudicam a sua saúde mental.

- ✓ **Implementar um programa de Saúde Mental Positiva no âmbito da carteira de serviços dos cuidados de saúde primários, como resposta às diretrizes do programa nacional de saúde escolar (PNSE, 2015)**

A promoção da saúde, em particular da saúde mental, constitui o núcleo central das intervenções da Saúde Escolar, apoiadas por métodos ativos e trabalho por projeto, que valorizem a promoção de competências sociais e emocionais. Na Escola, a aquisição de competências para a saúde (*empowerment*) passa por valorizar os fatores pessoais

protetores que favoreçam a saúde (salutogénese), num equilíbrio dinâmico entre alunos/as e o contexto escolar, a gestão de emoções, o estabelecimento de relações gratificantes e a compreensão das implicações das suas escolhas individuais (PNSE, 2015).

“O conceito ‘positivo’ tem obtido cada vez maior destaque no léxico da sociedade atual e ganha maior importância quando aplicado em contexto de saúde mental, na medida em que cada vez mais estudos e organizações defendem um modelo de saúde através do empowerment das emoções mais positivas, melhorando a capacidade de enfrentamento da adversidade e no prolongamento da esperança média de vida” (Leite, 2016, p.11).

De acordo com Garcia (2016) se o jovem durante a adolescência tiver um desenvolvimento positivo e bem-sucedido, este irá desenvolver uma autonomia psicológica (identidade e sentido de si mesmo, capacidade de tomar decisões e de assumir funções e responsabilidades) e independência física (capacidade de se distanciar da vida familiar e ser autossuficiente) no início da sua vida adulta.

Com a implementação do programa de SM+ foram atingidos os objetivos principais do Programa Nacional de Saúde Escolar (2015):

- Promover estilos de vida saudável e elevar 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.

Assim, tendo em conta os objetivos gerais do estudo, os resultados do *Focus Group* e as análises estatísticas efetuadas na turma piloto, podemos afirmar que tivemos ganhos para a saúde com este Programa Promotor de Saúde Mental Positiva.

A OMS (2001 in DGS, 2012, pp. 10) refere que a *“A saúde mental das comunidades deve ser monitorizada, mediante a inclusão de indicadores de saúde mental nos sistemas de informação e de notificação de saúde.”*

Os indicadores devem incluir o número de pessoas com problemas mentais e também a qualidade dos cuidados que recebem. *“A monitorização é necessária para verificar a eficácia dos programas de prevenção e tratamento de saúde mental e, além disso, fortalecer os argumentos a favor da dotação adequada de recursos. São necessários novos indicadores para a saúde mental das comunidades”* (OMS, 2001 in DGS, 2012, pp. 10).

Em Portugal, apesar de já haver estudos que identificaram as intervenções NIC de âmbito psicoterapêutico, as mesmas não foram ainda transformadas em linguagem CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). Desse modo, torna-se inviável a sua parametrização nos sistemas de informação de Enfermagem e, conseqüentemente, não é possível proceder à documentação do planeamento e execução das mesmas por parte

dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Sampaio, 2017).

O autor supracitado chegou à conclusão que *“estas parecem ser as intervenções que, de forma mais consensual, poderão vir a ser parametrizadas nos sistemas de informação de Enfermagem (em particular no SClínico) e, como tal, que poderão vir a ser documentadas pelos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na sua prática clínica:*

- ❖ *Treinar o Comportamento Assertivo”;*
- ❖ *“Promover a Autoestima”*
- ❖ *“Treinar o Autocontrolo Impulso”*
- ❖ *“Promover o Autocontrolo do Comportamento”,*
- ❖ *“Executar Terapia de Grupo”*
- ❖ *“Facilitar a Capacidade para Desempenhar um Papel”* (Sampaio, 2017, pp.11-18).

Além destas intervenções, acrescentava-se com base neste programa os seguintes diagnósticos, ainda sem intervenções parametrizadas, a vulnerabilidade psicológica; os comportamentos saudáveis; tomada de decisão; expressão de sentimentos e diminuição do *stress*.

Ainda não existem indicadores na área da Saúde Mental Positiva, pelo que é de extrema importância, em futuros estudos, trabalhá-los, tal como, os diagnósticos e intervenções nesta área. Só assim, será possível documentar e analisar as nossas intervenções nos sistemas de informação de enfermagem e conseguirmos evidenciar o trabalho, os ganhos em saúde que temos com as intervenções de enfermagem na área da saúde mental.

CONCLUSÃO

Neste capítulo estão expostas as principais conclusões obtidas da pesquisa e da análise aos dados obtidos, bem como os diversos obstáculos ou limitações que ocorreram ao longo do estudo. Elaborou-se sugestões possíveis para futuros trabalhos e por último as perspectivas futuras.

Como em todos os estudos relacionados com a saúde, a eficácia do Programa Promotor de Saúde Mental Positiva, só poderá ser comprovada após a sua aplicabilidade prática. Apesar de não conseguirmos comprovar a eficácia estatística do programa a nível de Saúde Mental Positiva, podemos afirmar que este programa teve influência na saúde mental, pois houve mudanças a nível comportamental, as médias do QSM+ e escala de vulnerabilidade psicológica sofreram alterações.

A escala de vulnerabilidade psicológica que permite identificar défices na saúde mental e assim se conseguir detetar precocemente doenças mentais teve uma diminuição com a implementação do programa. Esta diminuição como foi ligeira não teve impacto a nível estatístico, mas a nível comportamental teve expressão, tal como foi relatado pelos professores e alunos. A sessão da comunicação teve impacto na perceção da vulnerabilidade que os alunos têm, ou seja, ouviram pela voz dos colegas que atitudes e palavras magoam, ferem e mexem na saúde mental de cada um.

O QSM+ também teve uma ligeira diminuição estatística, o que evidência uma melhoria a nível de Saúde Mental Positiva.

Seria necessário um follow-up após 3 meses do término do programa para dar tempo ao aluno de interiorizar o que apreendeu. A saúde mental deve ter um *continuum* e o tempo usado para elaborar esta tese não é o suficiente para se poder avaliar as mudanças na saúde mental de jovens que lidam com as mudanças típicas da adolescência.

Todos os objetivos propostos no início do estudo foram atingidos, houve ganhos para a saúde na turma piloto e destacou-se a importância do enfermeiro especialista em saúde mental psiquiátrica na criação e implementação de programas promotores de saúde mental.

Dificuldades

- ✓ O tempo disponível entre autorizações ministeriais e a implementação do programa, o que implicou não se ter feito um follow-up pós-programa.

- ✓ Entrave nas turmas mais problemáticas (QSM+ mais elevado) pelos pais que não aceitaram o programa de saúde mental pois associavam a saúde mental à doença mental. Também não queriam que os filhos transmitissem as problemáticas familiares (como violência, fome, consumo de drogas ilícitas).
- ✓ Horários disponibilizados pelos professores que não permitiram sessões seguidas.
- ✓ Os alunos darem respostas genuínas.
- ✓ Estava previsto fazer uma nova avaliação do QSM+ a todos os alunos envolvidos, mas não foi possível pois a amostra alterou-se ao longo do tempo. Por exemplo numa turma houve 4 saídas de alunos por processos disciplinares.

Sugestões

- A sessão 4 - comunicação assertiva, escuta ativa e empática deverá ser dividida em duas ou três sessões (consoante os problemas da turma), pois uma só sessão para trabalhar a comunicação não é suficiente.
- Seria de extrema importância no próximo ano letivo voltar a avaliar esta turma e dar continuidade com o programa, pois só assim se consegue prevenir doença mental e promover Saúde Mental positiva.
- O programa deveria de ser implementado ao longo do ano letivo para uma maior interiorização das temáticas e uma melhor avaliação.
- Análise das intervenções de enfermagem para futura parametrização nos sistemas informáticos

Perspetivas futuras

Nos últimos anos, relevantes alterações na forma de encarar a saúde e a doença mental vieram chamar a atenção para a importância de rever as medidas a implementar nos seguintes âmbitos: na prevenção e tratamento da doença mental, na proteção e promoção da saúde mental. Sendo a chave para o alcance do desenvolvimento ótimo, os aspetos referidos devem ser considerados como distintos e complementares.

“Assim, nos últimos 20 anos têm-se acumulado as provas de que a promoção de saúde mental é possível. Existem hoje relevantes provas de que programas que desenvolvem a resiliência e outros recursos pessoais e/ou atuam em diversos determinantes sociais promovem de forma efetiva a saúde mental das populações. Neste campo, têm-se revelado particularmente eficazes programas de apoio às relações parentais na primeira fase da vida, programas de desenvolvimento da resiliência e autoestima nas escolas e programas de prevenção nos locais de trabalho” (Caldas de Almeida, 2018, pp.36).

Para melhorar significativamente a saúde mental das nossas populações, será necessário, por um lado, incluir, de uma forma sustentada, a saúde mental entre as prioridades de saúde pública do nosso país, e, por outro lado, articular cada vez mais a política nacional de saúde mental com as outras políticas públicas (Caldas de Almeida, 2018).

Para futuros estudos é de extrema importância o tempo, a continuidade e o acompanhamento dos alunos. Só assim se terá evidência científica do trabalho de campo já realizado.

É pertinente trabalhar a saúde mental em idades menores, como crianças do 1º e 2º ciclo, visto que são nestas idades que a mente se encontra mais aberta e desperta para mudanças. A criação de programas de Saúde Mental Positiva a partir do nascimento ou em grávidas seria um investimento a longo prazo, onde mais tarde, teríamos jovens adultos e idosos com melhor saúde mental, mais assertivos, melhores comunicadores e tolerantes. Tudo isto levaria a uma redução da doença mental, conseqüentemente de fármacos associados ou detecção precoce de perturbações mentais e promovia-se acima de tudo a Saúde Mental Positiva.

Reforço a ideia de se investir nos indicadores e intervenções de enfermagem para a Saúde Mental Positiva, pois só assim conseguimos evidenciar o trabalho do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria.

Este trabalho é feito diariamente, com intensidade, planeado para cada ser humano, longo, intenso, moroso e sempre respeitando a dignidade de cada ser, pondo em evidência o que de melhor tem a pessoa, mas tudo isto não se evidencia nem em estatística e nem em indicadores, pondo em causa o trabalho do EESMP.

Como repetidamente tem sido defendido pela OMS, sem saúde mental não pode haver verdadeira saúde (OMS, 2005).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, J. *Como tornar-se Doente Mental*. Alfragide: Publicações Dom Quixote, 2006.
- Abreu, Wilson. *Investigação Qualitativa In: Mestrado em enfermagem, escola Superior de Enfermagem do porto*, 2017.
- Alarcon, Maria Esther & Barradas, Josué *et al.. Factores de salud mental positiva en estudiantes de psicología universidad veracruzana*; Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo ISSN 2007 - 7467; Vol. 1,2011, Núm. 2 Enero - Junio.
- Almeida, Jorge. *A saúde mental global, a depressão, a ansiedade e os comportamentos de risco nos estudantes do ensino superior: estudo de prevalência e correlação*; Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 2014. Tese de Doutoramento em Ciências da Vida; especialidade em saúde mental
- Almeida, Tânia. *Literacia em Saúde Mental: Conhecimentos, Estigma e Preconceito numa Amostra de Adolescentes da Região Centro de Portugal*. Instituto Politécnico de Viseu: Escola Superior de Educação de Viseu, 2015. Tese de Mestrado de intervenção psicossocial com crianças e jovens em risco
- ARIA - Associação de Reabilitação e Integração Ajuda. *Promove-te; saúde mental de crianças e jovens - a recuperação em contexto escolar*; 2017.
- Barbosa, Elsa. *Contributos para a validação da escala de vulnerabilidade mental para a população portuguesa*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2013. Dissertação de Mestrado
- Bardin, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Almedina: Brasil, 2016.
- Bernal, Regina & Silva Nilza. *O uso do excel para análises estatísticas*. Março, 2012. [consult. 20 fevereiro 2018] Disponível em: http://www.fsp.usp.br/nilza/Apostila_curso_excel_V4.pdf
- Bjørnsen *et al.. Positive mental health literacy: development and validation of a measure among norwegian adolescents*. BMC Public Health, 2017, 17:717 DOI 10.1186/s12889-017-4733-6.
- Blanco, C. & MUÑOZ, M. *Programa de Promoción de La Salud Mental Positiva y Prevención de de la Enfermedad Mental en el ámbito escolar de la comunidade*

Autónoma. Salud Mental de Extremadura. Servicio Extremeño de Salud; Fundación Igualdad Ciudadana, 2010.

- Brás, Manuel. *A sexualidade do adolescente: a perspetiva do profissional de enfermagem dos cuidados de saúde primários*. Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar; Universidade do Porto, 2008. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.
- Caldas de Almeida. *A Saúde mental dos portugueses*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa, 2018.
- Caldeira, Ermelinda. *Promoção da saúde e desenvolvimento dos adolescentes: a educação sexual em contexto escolar*. Universidade de Lisboa, 2015. Tese de Doutoramento em Enfermagem.
- Canut, Maria Teresa LLuch. *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*; Universidad de Barcelona, División de Ciencias de la Salud. Facultad de Psicología. Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, 1999. Programa de Doctorado: Evaluación en Ciencias del Comportamiento: Metodología y Aplicaciones.
- Carvalho *et al.*; *Saúde mental e desenvolvimento pessoal positivo*; International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología, 2012, N.º 1-Vol. 4. ISSN: 0214-9877. pp.135-144.
- Conselho Internacional de Enfermeiras. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Tabelas CIPE*. Versão 2013. Disponível em <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Downloads/Paginas/default.aspx>, .
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo*; Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, P.56, 2008.
- Cordeiro, Raúl. *Felicidade, solidão, tristeza, medo, raiva e outros conceitos na doença mental: desconstruir a psicopatologia refletindo com os estudantes. Ideias para estratégias inovadoras de apropriação de conceitos em saúde mental*. In NursID. Cintesis-ESEP, Porto, 2017. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Direção geral da Saúde. *Manual para a promoção de competências socio emocionais em meio escolar*. Lisboa, 2016
- Direção Geral de Saúde, *Saúde Mental em Números*. Lisboa, 2016.
- Direção Geral de Saúde. *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa, 2015.
- Direção Geral de saúde. *Programa nacional para a saúde mental*, Lisboa, 2017.
- Doddy, Owen *et al.* *Focus Group interviews in nursing research: part1*. British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing). January, 2013. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/234088866_Focus_group_interviews_in_nursing_research_Part_1

- Doddy, Owen *et al.* *Focus Group interviews. Part3: analysis*, British Journal of Nursing. Vol. 22, N.º 5, 2013. Disponível em: <https://www.magonlineibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2013.22.5.266>
- Doddy, Owen *et al.* *Preparing for and conducting focus group in nursing research: part2*. British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing) · February, 2013. Disponível em: <https://www.magonlineibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2013.22.3.170>
- Driessnack M, Sousa V.D. & Mendes I.A.C.. *Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a enfermagem: parte 2: desenhos de pesquisa qualitativa*. Rev Latino-am Enfermagem, 2007, julho-agosto; 15(4).
- Driessnack M, Sousa V.D. & Mendes IAC. *Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a enfermagem: parte1: desenhos de pesquisa quantitativa*. Rev Latino-am Enfermagem, 2007, maio-junho; 15(3).
- Driessnack M, Sousa V.D. & Mendes IAC. *Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 3: métodos mistos e múltiplos*. Rev Latino-am Enfermagem, 2007, Setembro-outubro; 15(5).
- Eisenstein, Evelyn. *Adolescência: definições, conceitos e critérios*. Revista Adolescência e saúde, 2005, Vol. 2, n.º 2, junho.
- Elias, Maria. *As Técnicas de Relaxamento como Instrumento Terapêutico de Enfermagem em Pessoas com Sofrimento Mental*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2014. Tese de Mestrado em enfermagem saúde mental e psiquiatria.
- Estrada, Marcela. *La psicología positiva: su relación con la salud y el bienestar; Desbordes* Revista de investigaciones, Escuela de Ciencias Sociales, artes y humanidades – unad, 2011, Vol.2, pp. 39-47.
- Ferreira, Cristiana. *Caraterização da Saúde Mental numa população jovem do concelho da Póvoa de Varzim: da psicopatologia ao bem-estar*, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2015. Tese de Mestrado em Psicologia, ramo Psicologia Clínica e da Saúde.
- Ferreira, Manuela; Nelas, Paula. *Adolescências...Adolescentes*; Educação, Ciência e Tecnologia, 2006, pp.141-162.
- Fonte, Carla; Ferreira, Cristiana & Alves, Sónia. *Estudo da saúde mental positiva em jovens adultos: relações entre psicopatologia e bem-estar*. Psique, 2017. ISSN 1647-2284. Volume XIII, Janeiro-Dezembro, pp. 57-74.
- Fortin, M. F. *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.
- Garcia, Irene. *Saúde mental positiva em adolescentes*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2016. Dissertação de Mestrado.

- Goleman, D. *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates, 2010.
- Keyes, Corey. *The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life*; Journal of Health and Social Behavior. Selecting Outcomes for the Sociology of Mental Health: Issues of Measurement and Dimensionality, 2002, Jun, Vol. 43, N.º. 2, pp. 207- 222.
- Keyes, Corey. *The Next Steps in the Promotion and Protection of Positive Mental Health*; McGill University School of Nursing. CJNR, 2010, Vol. 42 N.º 3, pp.17-28.
- Lanchipa, A. & López, L. *Factores personales asociados a la salud mental positiva en una muestra de estudiantes de formación pedagógica universitaria*. Revista de Psicología, 2016,18(1), pp. 35-43.
- Landim, Fátima et al. *Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativo*; RBPS, 2006, 19(1), pp. 53-58.
- Leite, Artur. *Conceção de um Programa de Saúde Mental Positiva para docentes do Ensino Básico*; Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2016. Dissertação de Mestrado.
- Lluch et al. *Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status*; BMC Public Health, 2013, 13:928, pp.1-11.
- Lluch-Canut, M.T. *Estratégias Individuais de Promoção da Saúde Mental Positiva*. Conferência. In V.º Congresso Internacional da SPESM - Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Braga, 2014. Disponível em : <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/2>, 2014.
- Lluch, M. *Construcción de una Escala para Evaluar la Salud Mental Positiva*. Universidad de Barcelona, División de Ciências de la salud, Facultad de Psicología, Departamento de Metodología de las Ciencias del comportamiento, 1999. Tese de doutoramento.
- Lluch, Maria. *Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva*; Salud mental,2002, vol. 25, n.º 4, agosto.
- López, Joaquín. *Salud Mental Positiva em estudantes de Psicología*. Universidad De Antioquia, Medellín, 2016. Trabajo de grado para optar al título de psicólogo.
- Loureiro, C., Santos, M. R., & Frederico-Ferreira, M. *Conceção do programa de intervenção em enfermagem ‘Melhorar competências com os outros’*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2015, (2), pp. 27-32.
- Loureiro, L., Pedreiro, A., Correia, S. & Mendes, A. *Reconhecimento da depressão e crenças sobre procura de ajuda em jovens portugueses*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental,2012, 7,pp. 13-17.

- Mantas Jiménez, S., Juvinyà i Canal, D., Bertran i Noguer, C., Roldán Merino, J., Sequeira, C., & Lluch Canut, M. *Evaluation of positive mental health and sense of coherence in mental health professionals*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2015, (13), pp. 34-42.
- Martins, Mónica. *À Descoberta... Um programa de promoção de competências sociais e emocionais*. Universidade dos Açores - Psicologia da Educação Especialidade em Contextos Educativos, Ponta Delgada, 2012. Dissertação de Mestrado.
- Martins, Teresa. *Investigação Quantitativa In: Mestrado em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2017.*
- Monteiro, Pedro. *Psicologia e Psiquiatria da infância e adolescência*. Lisboa, edições técnicas Lidel, 2014.
- Morais, Carlos. *Descrição, análise e interpretação de informação quantitativa*. Instituto Politécnico de Bragança. Escola superior de Educação, 2005, pp. 8-27.
- Muñoz CO, Restrepo D & Cardona D. *Construcción del concepto de salud mental positiva*. Revisión sistemática. Rev Panam Salud Publica, 2016, 39(3), pp.166-73.
- Neves, José Luis. *Pesquisa qualitativa - características, usos e possibilidades*. Caderno de pesquisas em administração, São Paulo, 1996, V.º 1, n.º 3, 2.º sem.
- Nogueira, Maria José. *Saúde mental em estudantes do ensino superior: fatores protetores e fatores de vulnerabilidade*. Universidade de Lisboa, 2017. Tese de Doutoramento em Enfermagem.
- Oliveira, Denize. *Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização*. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008, out/dez; 16(4), pp. 569-76.
- Oliveira, M; Freitas, H. *Focus Group, Pesquisa Qualitativa: resgatando a teoria, instrumentalizando o seu planejamento*. RAVSP, 1998, V.33, nº3, pag.83-91.
- Ordem dos enfermeiros. *Caderno temático, Modelo de desenvolvimento profissional; sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem, perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista*. Dezembro, 2009.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). *Relatório Mundial da Saúde, Saúde Mental nova concepção, nova esperança*. OMS, 2001.
- Ortega, Maria. *Efectividad de un programa de intervención psicossocial enfermera para potenciar la agencia de autocuidado y la salud mental positiva en personas com problemas crónicos de salud*; Universidade de Barcelona, 2015. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.
- Pedreiro, Ana Teresa *et al.*. *Tradução, adaptação e validação por focus group de um questionário de avaliação da literacia em saúde mental (Qualismental) para*

- adolescentes e jovens*. In III congresso SPESM “Informação e saúde mental”. Silves, 2011.
- Pina, António. *Investigação e Estatística: Gabinete de Investigação e estatística, Delegação Regional do Algarve do Instituto da Droga e Toxicodependência*, 2005.
 - Plummer - D'Amato, P. *Focus group methodology Part 2: Considerations for analysis*. International Journal of Therapy and Rehabilitation, 2008. 15(3), pp. 123-129. DOI: 10.12968/ijtr.2008.15.3.28727.
 - Pocinho, Margarida. *Estatística - Volume I Teoria e exercícios passo-a-passo*, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, 2009.
 - Ramis, Margalida. *El estrés y la salud mental positiva en estudiantes de enfermería de la Universidad Rovira i Virgili*; Universitat Rovira I Virgili; Tarragona, 2016. Grado de Infermeria.
 - Ribeiro, Isilda. *Aprendizagem de valores profissionais no curso de licenciatura em enfermagem*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2013. Tese apresentada para a obtenção do Grau de Doutor em Educação.
 - Ribeiro, J. L. *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Placebo, 2010.
 - Ribeiro, J.L. *Inventário de saúde mental*. Lisboa: Placebo, Editora LDA, 2011.
 - Ribeiro, José Luís Pais. *Metodologias de Investigação em Psicologia e saúde*. Lisboa: Legis Editora, 2010.
 - Ribeiro, José Luís. *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Placebo editora, 2.ª edição, 2010.
 - Rodriguez, Cecília. *Saúde Mental Positiva Ocupacional: proposta de modelo teórico para abordagem positiva da saúde mental no trabalho*; Saúde Soc. São Paulo, 2017, vol. 26, n.º 2, pp.584-595.
 - SÁ, L. *Saúde Mental versus doença mental in Sequeira & SÁ. Do Diagnóstico à intervenção em Saúde Mental*. II Congresso Internacional da SPESM Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2010, Vol. 12, n.º 1, Outubro. ISBN: 978-989-96144-2-0.
 - Sampaio, Daniel. *Imagem corporal e excesso de peso em adolescentes*. Universidade de Lisboa, Faculdade de Ciências Departamento de Biologia Animal, 2010. Tese Mestrado em Biologia Humana e Ambiente.
 - Sampaio, F. M. C. *Intervenções de enfermagem NIC de âmbito psicoterapêutico: Conversão em linguagem classificada CIPE® versão 2*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2017, (18), pp. 15-21. doi: 10.19131/rpesm.0187.
 - Sampaio, F. M. C., Sequeira, C., & Lluch Canut, M. T.. *Intervenções psicoterapêuticas de enfermagem NIC na prática clínica em Portugal: Um estudo descritivo*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2016, (16), pp. 11-18.

- Santos, Cristina; Pimenta, Cibelle & Nobre, Moacyr. *A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências*. Rev Latino-am Enfermagem, 2007, maio-junho; 15(3).
- Saxe, Alicia. *Educação Positiva: a influência do pensar positivamente na sala de aula no bem-estar de alunos do 1.º Ciclo do Ensino Básico no Algarve*; Universidade do Algarve - Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 2012. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação.
- Seabra, Filipa. *Ensino Básico: Repercussões da Organização Curricular por Competências na Estruturação das Aprendizagens Escolares e nas Políticas Curriculares de Avaliação*. Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, 2010. Tese de doutoramento.
- Sequeira, C. & Carvalho, J.C. *Tradução para a População Portuguesa do Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+)*. Saúde e Qualidade de Vida em análise, 2009, pp. 303-314.
- Sequeira, C. & Lluch, T. *Saúde Mental Positiva*. In: Conferência apresentada no Dia Mundial da Saúde Mental na Escola Superior de Saúde de Viseu, 2015.
- Sequeira, C., Carvalho, J. C., Sampaio F., Sá L., Lluch-Canut T. & Roldán-Merino, J. *Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em Estudantes Portugueses do Ensino Superior*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2014, (11), pp. 45-53.
- Sequeira, C., Sá, L., Carvalho, J. C., Borges, E. & Sousa, C. *Avaliação da saúde mental positiva em estudantes do ensino superior*. Referência III Série, 150, 2012.
- Sequeira, Carlos. *“Comunicação clínica e relação de ajuda”*, Lisboa, Lidel - edições técnicas, 2016.
- Sequeira, Carlos. *“Estado da arte em enfermagem de saúde mental- Prática clínica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica”*. In: Conference paper, DOI: 10.13140/2.1.2284.3206, 2012.
- Silva, Andressa & Fossá, Maria. *Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos*. Qualit@s Revista Eletrônica, 2015, Vol.17. N.º 1.
- Silva, Maria. *Educar nas virtudes, programa de intervenção para alunos do 1.º ciclo do ensino básico*. Universidade de Lisboa - Faculdade de Psicologia, 2013. Tese de Doutoramento em Psicologia.
- Souza, Karine; *A saúde mental positiva do docente do ensino superior de enfermagem*; Universidade Federal Fluminense. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa; Niterói, 2016. Grau de Enfermagem.

- Souza, Márcia M [et al.] - *A abordagem de adolescentes em grupos: o contexto da educação em saúde e prevenção de DST. J Bras Doenças Sex Transm*, 2004, vol. 16, Sup. 2, pp. 18-22.
- Townsend, Mary.” *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica- conceitos de cuidado na prática baseada na evidencia.*” 6.ª edição, Lusociência, Loures, 2011.
- Turato, Egberto Ribeiro. *Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa.* Saúde Pública, 2005; 39(3), pp.507-514.
- Turrioni, João; Mello, Carlos. *Metodologia de pesquisa: estratégias, métodos e técnicas para pesquisa científica em engenharia de produção*; Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Itajubá - UNIFEI,2012, 192-204.
- Vieira, Joana. *Identificação de indicadores de qualidade do exercício profissional: contributo para um programa de supervisão clínica em enfermagem.* Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014. Tese de Mestrado.
- World Health Organization. *Mental Health Action Plan 2013-2020*, 2013. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/.

<http://conceito.de/mente>

<http://www.estgv.ipv.pt/PaginasPessoais/malva/EstudosMercadol/aulasMinhas/capitulo-%20Testes%20t.pdf>

http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/015_2015_AGO.2015.pdf

<http://www.terapiareiki.com.br/cor-violeta/>

http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf

<https://pt.slideshare.net/rosariocacao/testes-parametricos-e-nao-parametricos-3396639>

<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/brilho>

<https://www.magonlinelibrary.com/doi/pdf/10.12968/ijtr.2008.15.2.28189>

<https://www.portaldasaudemental.pt/artigos/saude-mental-conceito-psicologia-positiva/>

<https://www.publico.pt/2018/02/05/sociedade/noticia/estudo-destaca-importancia-dos-enfermeiros-em-saude-mental-1802005>

<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/.../0/principios%20de%20estatística.pdf>

ANEXOS

ANEXO I - Questionário individual

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO



QUESTIONÁRIO DE SAÚDE MENTAL POSITIVA EM ADOLESCENTES DO 3º CICLO

DISSERTAÇÃO: CRIAÇÃO E VALIDAÇÃO DE PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL POSITIVA EM ADOLESCENTES DO 3º CICLO

Caro estudante,

Nos próximos minutos pedimos-te que completes as duas partes que constituem este questionário.

A tua participação é importante neste estudo, pois é único no país!

Asseguramos absoluta confidencialidade dos dados em todo o momento. Os dados recolhidos têm apenas utilidade estatística, isto quer dizer que não existem respostas corretas ou incorretas e não serás identificado. O que nos interessa é que respondas com total sinceridade e honestidade.

Por favor evita deixar questões em branco para não comprometer os dados globais do estudo.

Muito obrigada pela tua colaboração

Patricia.tsalves@gmail.com

PARTE I - QUESTÕES GERAIS

1 - Como classificas o seu desempenho na escola?

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medíocre | <input type="checkbox"/> Muito Bom |
| <input type="checkbox"/> Suficiente | <input type="checkbox"/> Excelente |
| <input type="checkbox"/> Bom | |

2- Marca com X aquelas pessoas com quem moras atualmente:

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mãe | <input type="checkbox"/> Avós |
| <input type="checkbox"/> Pai | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Irmãos | |

3 - Praticas exercício físico/desporto?

- Não
- Sim

3.1- Se respondeste sim, com que frequência? (assinala com um X)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> 1 vez por mês |
| <input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana | <input type="checkbox"/> Raramente/Nunca |
| <input type="checkbox"/> 1 vez por semana | |

4 - Em tempo de aulas, em média, quantas horas dormes?

- 8h ou mais
- entre 6 e 5h
- entre 7h e 8h
- menos de 5h
- entre 6h e 7h

5 - Consideras que dormes as horas suficientes para as tuas necessidades?

- Não
- Sim

6 - Consideras que a alimentação é importante para a Saúde Mental?

- Não
- Sim

7 - Refere quais as refeições que fazes habitualmente?

- Pequeno-almoço
- jantar
- Almoço
- ceia
- lanche

8 - Costumas realizar refeições em família durante a semana?

- Não
- Sim - especificar a refeição _____

9- Tens diagnosticado algum problema de saúde?

- Não
- Sim

9.1- Se respondeste sim na questão anterior, especifica:

- Dislexia
- Esquizofrenia
- Hiperatividade
- Diabetes
- Depressão
- Ansiedade
- Fobias (medos)
- Outro: _____
- Ataques de pânico

10- Fazes alguma vigilância a nível da saúde?

- Não
- Sim

10.1 - Se respondeste sim á questão anterior especifica:

- Consulta no centro de saúde/USF
- Consulta particular
- Consultas de saúde mental (psicólogo, psiquiatra, enfermeiro especialista de saúde mental)
- Terapia de grupo
- Internamento em psiquiatria
- Outro:_____

11- Fazes alguma medicação?

- Não
- Sim

11.1- Se respondeste sim á questão anterior, especifica:

- Ansiolíticos(ansiedade), sedativos(calmantes) e hipnóticos (para dormir)
- Antidepressivos
- analgésico
- anti psicóticos
- outros:_____

12 -Já viveste, pelo menos uma vez na tua vida, alguma das seguintes situações?

- Agressão ou violência (física ou verbal) na tua família
- Bullying* na escola ou fora da escola
- Morte de um familiar
- Separação dos pais
- Nenhuma
- Outros:_____

13 - Consomes algum tipo de droga?

- Não
- Sim

13.1 - Se respondeste sim á questão anterior especifica:

- Ilícitas:
- cannabis
 - cocaína
 - anfetaminas
 - alucinogénio
 - outros:_____

14- Consomes tabaco ou álcool?

- Álcool
- tabaco

15 - Consideras-te uma pessoa frágil, fraco ou vulnerável, do ponto de vista da Saúde Mental?

- Nada vulnerável
- Um pouco vulnerável
- Moderadamente vulnerável
- Muito vulnerável
- Extremamente vulnerável

16 - Escala de vulnerabilidade psicológica

(Sinclair & Wallston, 1999, adaptação portuguesa Nogueira, Maria José, 2014)

Apresentamos-te abaixo um conjunto de 6 frases que dizem respeito como te vês a ti mesmo. Para cada item, assinala com uma cruz X, de forma espontânea, o número que melhor te descreve.

1- Não me descreve nada 5 - descreve-me muito bem

	Itens	1	2	3	4	5
1	Quando não consigo atingir os meus objetivos, sinto-me um fracasso como pessoa					
2	Sinto que mereço melhor tratamento do que aquele que normalmente recebo dos outros					
3	Tenho plena consciência de me sentir frequentemente inferior aos outros					
4	Preciso da aprovação dos outros para me sentir bem comigo mesmo					
5	Tenho tendência para definir metas demasiado elevadas e depois a sentir-me frustrado ao tentar alcançá-las					
6	Sinto-me frequentemente ressentido quando outros se aproveitam de mim					

Parte II - Questionário de Saúde mental Positiva - QSM+ (Sequeira *et.al.*, 2014)

Este questionário contém uma serie de afirmações, sobre a tua forma de pensar, sentir e agir que são mais ou menos frequentes em cada um de nós. Para responder, lê cada frase e responde de acordo com a frequência que melhor caracteriza o teu caso, de acordo com as seguintes possibilidades de resposta:

Nº	Questões	Sempre ou quase sempre	Na maioria das vezes	Algumas vezes	Raramente ou nunca
1	Para mim, é difícil aceitar os outros quando tem atitudes diferentes das minhas				
2	Os problemas bloqueiam-me facilmente				
3	Para mim é difícil escutar os problemas das pessoas				
4	Gosto de mim como sou				
5	Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas				
6	Sinto-me capaz de explodir				
7	Para mim a vida é aborrecida e monótona				
8	Para mim é difícil dar apoio emocional				
9	Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas				
10	Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim				
11	Acredito que tenho muita capacidade para colocar-me no lugar dos outros e compreender as suas respostas				
12	Vejo o meu futuro com pessimismo				
13	As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar as minhas decisões				
14	Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam				
15	Sou capaz de tomar as decisões por mim mesmo				
16	Procuo retirar os aspetos positivos das coisas "más" que me acontecem				
17	Procuo melhorar como pessoa				
18	Considero-me um (a) bom/boa conselheiro(a)				
19	Preocupa-me que as pessoas me critiquem				
20	Considero-me uma pessoa sociável				
21	Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos				
22	Sou capaz de manter um bom autocontrolo nas situações de conflito que surgem na minha vida				
23	Penso que sou uma pessoa digna de confiança				
24	Para mim é difícil entender os sentimentos dos outros				
25	Penso nas necessidades dos outros				
26	Na presença de pressões desfavoráveis do exterior sou capaz de manter o meu equilíbrio pessoal,				
27	Quando surgem alterações na minha vida procuro adaptar-me				
28	Perante um problema sou capaz de solicitar informação				
29	As alterações que ocorrem habitualmente no meu quotidiano estimulam-me				
30	Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores/chefes				
31	Penso que sou um(a) inútil e que não sirvo para nada				
32	Procuo desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes				
33	Tenho dificuldades em ter opiniões pessoais				
34	Quando tenho que tomar decisões importantes sinto-me muito inseguro(a)				
35	Sou capaz de dizer não quando o quero dizer				

CRIAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PROGRAMA PROMOTOR DE SAÚDE MENTAL POSITIVA EM ADOLESCENTES

36	Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis				
37	Gosto de ajudar os outros				
38	Sinto-me insatisfeito(a) comigo mesmo(a)				
39	Sinto-me insatisfeito(a) com o meu aspeto físico				

Anexo II - Programa Promotor de Saúde Mental Positiva

PROGRAMA PROMOTOR DE SAÚDE MENTAL POSITIVA



Patrícia Alves
2017

Baseado: *“Programa de Promocion de la salud mental positiva y prevencion de la Enfermedad mental em el âmbito escolar de la comunidad autónoma de Extremadura”* (Blanco; Munoz, 2010).

Adaptado: Patrícia Alves.

Orientação e Revisão: Prof. Dra. Isilda Ribeiro e Prof. Dr. Carlos Sequeira

Desenho criado: Patrícia Alves

ÍNDICE:

INTRODUÇÃO	pág. 3
SESSÕES	pág. 6
Sessão 1 - Apresentação	
Sessão 2 - Autoconceito: conceito e estratégias para desenvolver um autoconceito positivo.	
Sessão 3 - Autoestima.	
Sessão 4 - Comunicação assertiva, escuta ativa e empática	
Sessão 5- Resolução de conflitos e tomada de decisão	
Sessão 6- Tolerância e diversidade	
Sessão 7- Expressão de sentimentos e diminuição do stress	
Sessão 8 - Finalização do Programa de Promoção da Saúde Mental Positiva e prevenção da doença mental	
BIBLIOGRAFIA	pág. 31
ANEXO I - PowerPoint de apoio às sessões	pág. 34

INTRODUÇÃO

Quando se olha para o significado do termo “saúde” damos conta de que é tão importante a ausência de qualquer tipo de doença e a sensação de completo bem-estar físico, mental e social. E é essa sensação de completo bem-estar mental que este programa se quer inserir.

Quando se fala de prevenção de doenças ou transtornos mentais, normalmente refere-se aos diferentes fatores de risco que podem potencialmente causar o aparecimento de um transtorno mental. E é verdade que estes, fatores de risco, influenciam ou provocam o aparecimento de transtornos mentais. Mas, não podemos esquecer que a incidência destes fatores de risco numa pessoa também será determinada pela sua interação com os fatores de proteção, ou seja, os fatores que favorecem uma Saúde Mental Positiva.

Assim surge o Programa Promotor de Saúde Mental Positiva em adolescentes - ***O Brilho da Mente***.

O objetivo principal deste programa é a promoção no âmbito escolar de uma Saúde Mental Positiva.

Foi baseado no “*Programa de Promocion de la salud mental positiva y prevencion de la Enfermedad mental em el âmbito escolar de la comunidad autónoma de Extremadura*” (Blanco; Munoz, 2010) e sofreu alterações para ser possível a sua implementação na realidade portuguesa e acrescentou-se sessões e atividades apropriadas à faixa etária dos adolescentes que frequentam o terceiro ciclo de ensino.

De acordo com Blanco; Munoz (2010) as escolas converteram-se num dos ambientes mais importantes para a promoção da saúde e intervenções preventivas entre crianças e jovens. A evidência demonstra que os programas realizados nas escolas podem influenciar e fornecer uma visão mais positiva da saúde mental, reduzindo os fatores de risco e os problemas emocionais e de conduta através da aprendizagem socio emocional. Os resultados incluem um melhor rendimento académico, um aumento das habilidades sociais e de resolução de problemas, assim como uma redução de alterações da conduta tais como sintomas depressivos, ansiedade, uso de substâncias e conduta agressiva e delinquente.

Este programa pretende dotar e potenciar os adolescentes destes fatores protetores que facilitarão a que não apareçam transtornos psicológicos, ou pelo menos, que o aparecimento destes seja menos provável.

Quando se fala de fatores de proteção engloba-se os fatores pessoais, familiares e claro, os ambientais. Ao fomentar os mesmos, estamos a promover uma saúde mental

reforçada e consolidada pelo que se pode reduzir o impacto de surgir uma perturbação psicológica.

Os **fatores pessoais** a desenvolver são: a promoção da autoestima, o autoconceito e a autoeficácia, potenciação da autonomia, a responsabilidade, resolução de conflitos, competências sociais e desenvolvimento da assertividade. (Blanco; Munoz, 2010)

Quanto aos **fatores familiares** seriam: uma boa comunicação e afetividade familiar, coesão entre os seus membros, desenvolvimento de hábitos saudáveis, educação em valores e fixação de limites enquanto se favorece a autonomia. (Blanco; Munoz, 2010)

Os **Fatores socio-ambientais** são as redes de apoio, amigos, modelos saudáveis, identificação e estratégias de controlo da pressão ambiental para condutas pouco saudáveis e integração e êxito escolar. (Blanco; Munoz, 2010)

O programa procura divulgar hábitos de vida saudáveis e fatores de proteção da saúde mental, dando-se prioridade às intervenções que melhorem o *coping* do *stress* , a aprendizagem de técnicas de solução de problemas, a autoestima e as habilidades socio emocionais.

PORQUÊ O TÍTULO DO PROGRAMA - O BRILHO DA MENTE?

Procurou-se algumas definições que se integravam no programa promotor de SM+, tais como:

- **Brilho** - luz difundida por um corpo (www.infopedia.pt).
- **Luz**- saber, ciência, instrução e conhecimentos (www.infopedia.pt).
- **Mente humana** - Do latim *mens*, o conceito de mente diz respeito a uma dimensão ou a um fenómeno complexo que se associa ao pensamento. Pode definir-se a mente como a potência intelectual da alma. Pode-se dizer que a mente é responsável pela criação de pensamentos, pelo raciocínio, pelo entendimento, pela memória, pela emoção e pela imaginação. Todas as habilidades cognitivas de uma pessoa surgem dos seus processos mentais. (www.conceito.de).
- **Cor violeta** - é uma cor muito utilizada, uma vez que ajuda no tratamento de perturbações nervosas e mentais. Além disso, ajuda a ultrapassar problemas de insónias e visão. É a cor da dignidade, do respeito próprio e da nobreza. É também a cor dos sonhos, do místico e do encantamento. Pessoas sensíveis tem uma atração natural pela cor. Favorece o relaxamento mental e a conexão com estados mais elevados de consciência. Limpa e purifica os pensamentos. Tem o poder de transmutar a energia negativa em positiva. Os Frutos Roxos (violeta) - ajudam a relaxar, a meditar e a purificar o corpo. As Roupas Roxas (violeta) - significam imaginação, inspiração, espiritualidade. (www.terapiareiki.com.br)



Figura 4 - O brilho da mente

O desenho foi criado especificamente para este programa e pretende representar a mente com todas as suas engrenagens. Estas estimulam, criam e desenvolvem informação e capacitação. O brilho é entrada do conhecimento, da capacitação, uma mente que não brilha, não está capaz de evoluir, conhecer e desenvolver-se.

As raízes é o que nos prende à terra, uma alusão à árvore da vida, em que nascemos, evoluímos, capacitamos, brilhamos e voamos.

As SESSÕES

O Programa está dividido em 8 sessões a desenvolver preferencialmente em horário escolar. Em cada sessão estão indicados os objetivos que se pretendem atingir, o tempo estimado para o desenvolvimento, o conteúdo que se deve transmitir aos alunos e uma atividade de trabalho.

A primeira sessão vai permitir estabelecer o ponto inicial (QSM+), o nível de autoconceito e competências sociais do aluno.

Posteriormente, nas sessões 2 a 7, a promoção da Saúde Mental Positiva e os fatores protetores da saúde mental como por exemplo o autoconceito, a autoestima, a escuta ativa e empática e a comunicação assertiva, entre outros.

Para finalizar, na sessão 8 realizar-se-á novamente o questionário Saúde Mental Positiva (QSM+) para comprovar se as diversas sessões geraram mudanças na população-alvo.

Sessão 1 - Apresentação do programa de promoção da Saúde Mental Positiva e prevenção da doença mental- conceitos.

Sessão 2 - Autoconceito: conceito e estratégias para o desenvolvimento de um autoconceito positivo.

Sessão 3 - Autoestima: conceito e estratégias para favorece-la.

Sessão 4 - Comunicação assertiva, escuta ativa e empática.

Sessão 5 - Resolução de conflitos e tomada de decisões.

Sessão 6 - Tolerância e diversidade.

Sessão 7 - Expressão de sentimentos e diminuição do *stress*.

Sessão 8 - Finalização do Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva.

Em anexo irá um PowerPoint de apoio às sessões, para servir de base á parte teórica. O programa tem atividades práticas apropriadas à faixa etária dos alunos que frequentam o terceiro ciclo de ensino. Caso se queira aplicar o programa noutras idades, aconselhamos a utilizar outras atividades práticas e adaptar a linguagem a cada faixa etária.

SESSÃO 1 - APRESENTAÇÃO



- Apresentação do Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva- **O Brilho da Mente** - 5 min.
- Definição de alguns conceitos - 10 minutos
- Atividade - 10 minutos
- QSM+ - 20 minutos

Duração: 45 minutos

Objetivos:

- Apresentar as linhas gerais do programa
- Adquirir conceitos básicos de saúde e bem-estar.
- Determinar o que são e em que consistem os fatores protetores e os fatores de risco que podem influenciar a saúde mental.
- Aplicar o QSM+

Esta sessão serve para apresentar o programa ao aluno. Devem ser transmitidos os objetivos e linhas gerais do programa.

Nesta sessão aborda-se os seguintes conceitos básicos: (Blanco; Munoz,2010)

Saúde: *“a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de condições ou doenças (OMS,1946)*

Bem-estar: *“valorização subjetiva do estado ou situação de uma pessoa, que está relacionada com sentimentos de autoestima e a sensação de pertença a uma comunidade ou grupo, do que com o próprio funcionamento biológico. O bem-estar tem muito a ver com o desenvolvimento pessoal, ou seja, do potencial humano a nível físico, psíquico e social.” (OMS,1985)*

Fatores de risco: são aqueles agentes que podem determinar ou influenciar o aparecimento das diversas doenças ou distúrbios mentais. Ao surgirem, influencia por sua vez a interação entre os fatores individuais e os fatores ambientais. Alguns fatores de risco são: fracasso

escolar, relações escassas e/ou deficitárias com os pares, consumos de determinadas substâncias.

Fatores de proteção: são aqueles agentes que favorecem e promovem uma saúde mental positiva. Dentro dos fatores protetores englobamos os fatores pessoais (promoção da autoestima, autoconceito, resolução de conflitos...) fatores familiares (boa comunicação e afetividade familiar, coesão entre os seus membros, desenvolvimento de hábitos saudáveis...) e fatores socio-ambientais (redes de apoio, amizades e modelos saudáveis...)

Atividade: (adaptado do Guia de la salud mental positiva, 2010)

- 1 - O que é uma doença mental?
- 2- Quais é que conheces e em que consistem?
- 3- Sabes dizer-me uma atitude ou comportamento que favoreça o aparecimento de uma doença mental? E uma atitude que favoreça a saúde mental?
- 4 - Que opinião tens de uma pessoa com doença mental?
- 5 - As doenças mentais são todas crónicas?
- 6- Em geral, parecem-te mais agressivas as pessoas com doença mental do que aquelas que não têm?
- 7 - As pessoas com doença mental têm os mesmos direitos do que as pessoas que não tem?
- 8 - Em geral podemos ajudar as pessoas com doença mental?
Se sim, como podes ajudar?
Se não, porquê?

Atividade: QSM+ (Sequeira *et al.*, 2014)

SESSÃO 2 - AUTOCONCEITO: CONCEITO E ESTRATÉGIAS PARA DESENVOLVER UM AUTOCONCEITO POSITIVO.



- Definição de alguns conceitos - 15 minutos
- Atividade - 30 minutos

Duração: 45 minutos

Objetivos:

- Adquirir conhecimento sobre o que é o autoconceito
- Conhecer os elementos intervêm na sua formação
- Favorecer o autoconceito
- Adquirir as chaves para alcançá-lo.

Ao nível da identidade jogam-se os alicerces do edifício humano. Sermos pessoas únicas, com um corpo sexuado, uma mente própria, uma história que transporta as heranças de um passado e onde cabem as esperanças do futuro, é a aquisição básica da consciência que nos coloca no cenário social. (Blanco; Munoz,2010)

Entende-se por autoconceito os conhecimentos e atitudes que cada um/a tem de si mesmo. O autoconceito consiste em que cada pessoa tome consciência de si mesmo/a, ou seja, consiste em olhar para dentro de nós e aprender como somos. Identificar os nossos sentimentos, valores, opiniões, interesses, necessidades... Para saber quem somos, como nos comportamos e a razão porque agimos desta forma.

Não obstante, a formação do autoconceito é um processo dinâmico, e que se vai constituindo ao longo de todo o ciclo vital da pessoa.

As atitudes que podemos adotar na hora de enfrentarmos o autoconhecimento determinará o grau deste, desta forma, podemos observar pessoas que:

- Estão dispostas a conhecer-se e a aceitar-se, mesmo sabendo que às vezes é difícil e duro

- Tendem a autorrejeitarem-se e continuamente reprimem os seus sentimentos ao considera-los como inadequados ou impróprios
- Não estão dispostas a conhecer-se ou a enfrentar-se a si mesmo/a

Chaves que podem favorecer o autoconhecimento: (Blanco; Munoz,2010)

- Fixar a nossa atenção nos sentimentos, pensamentos e comportamentos que nos suscita ou gera um tema em concreto ou uma situação que nos interesse. Por exemplo, a amizade, o trabalho, a sexualidade, pessoas desfavorecidas
- Tentar deduzir qual ou quais são os aspetos relevantes de este tema ou situação que nos provoca esses sentimentos, opiniões e comportamento. Por exemplo, dos temas expostos no paragrafo anterior qual é que eu considero de maior interesse.
- Por ultimo, descrever os sentimentos, os argumentos que sustentam essas opiniões e o porque de esses comportamentos

ATIVIDADE B: TEIA

Todos/as se sentam em cadeiras, em círculo. O/A enfermeiro, também sentado/a, tem um novelo de lã na mão e diz “Eu sou o (nome) e gosto de...” e de seguida atira o novelo para um dos jovens, ficando a segurar a ponta do novelo. Esse aluno/a prende no seu dedo o fio do novelo e volta a repetir “Eu sou o (nome) e gosto de...” e atira novamente o novelo para outro/a, não largando também o fio do novelo. Repete-se esta ação até chegar ao/à último/a. Neste ponto, a teia está montada. O enfermeiro reflete com todos/as a importância de serem parte integrante da malha formada e no que pode acontecer se algum/a largar o seu fio, se o puxar, etc...

A fase seguinte será a de desmanchar a teia, fazendo todos os movimentos no sentido contrario, em que a ação a repetir será “Eu não gosto de... e agora passo para o” (nome de quem a seguir tem o fio na mão, permitindo desmanchar a teia).

Reflexão: com as respostas percebemos que todos temos gostos que podem ser comuns uns aos outros ou descobriremos gostos mais particulares. Com isto percebemos que a nossa identidade é única.

SESSÃO 3 - AUTOESTIMA.



- Definição de alguns conceitos - 20 minutos
- Atividade - 25 minutos

Duração: 45 minutos

Objetivos:

- Adquirir conhecimentos sobre o que é a autoestima, como se forma, quais são as consequências de ter uma baixa ou alta autoestima,
- Conhecer algumas das ideias erradas acerca da autoestima
- Fornecer estratégias para melhorar a autoestima.

Previamente trabalhou-se o autoconceito que é a base da autoestima. A autoestima pode definir-se como “a valorização que o sujeito faz de si mesmo”, como “os sentimentos positivos ou negativos que um indivíduo tem de si” ou “o grau que cada pessoa valoriza a auto-percepção da sua própria imagem”. Podemos observar como em todas as definições existe intrinsecamente uma componente afetiva associada a uma valorização de si mesmo. (Blanco; Munoz,2010)

A formação da autoestima é um processo dinâmico pelo qual os indivíduos assimilam, valorizam e interiorizam tanto as opiniões pessoais como as provenientes das pessoas socialmente relevantes. Essas pessoas influenciarão em determinado grau, o ciclo vital em que se encontra a pessoa. Assim, em primeiro lugar, o maior peso recai no ambiente familiar e posteriormente nas pessoas significativas do ambiente (professores, amigos, companheiros e outras figuras relevantes). (Blanco; Munoz,2010)

Não podemos esquecer que estas opiniões estarão mediatizadas pela cultura, sociedade e meios de comunicação social.

O facto de ter uma baixa ou alta autoestima pode levar a uma série de consequências.

Consequências de uma autoestima alta

- Favorece o enfrentar das dificuldades pessoais e garante a proteção futura da pessoa
- Facilita a aprendizagem e a responsabilidade
- Estimula a autonomia pessoal
- Otimiza as interações interpessoais

Consequências de uma baixa de autoestima

- Tendência a mostrar os mecanismos de defesa face às distintas adversidades, como adotar “máscaras” ou “capas” que nos protegem dos sentimentos negativos
- Adoção de condutas submissas e engrandecimento do “outro”
- Facilita a criação de um mundo fantasioso onde pode fugir da frustração e o sofrimento
- Gera comportamentos agressivos para responder aos sentimentos de falta de sorte

Algumas ideias inadequadas e errôneas sobre a autoestima são: (Blanco; Munoz,2010)

- A autoestima será mais alta quanto mais aspetos positivos, e de forma contínua, se digam a uma pessoa
- A autoestima favorece-se e desenvolve-se sempre que se evitam as frustrações
- A autoestima será alta sempre que formos bons em algo
- A autoestima resulta do cuidado e comportamento recebido pelos cuidadores primários
- A autoestima é uma consequência direta dos êxitos pessoais alcançados nas distintas áreas vitais. Estas são: profissional/ académico, familiar, interpessoal...

Atividade: Como melhorar a autoestima: (adaptado Blanco; Munoz,2010)

- Não exijas de ti mais do que realmente podes fazer com as tuas capacidades e aprende a conceder-te permissões. Não podemos alcançar um 20 em tudo e ser perfeito em tudo
- Não idealizes as outras pessoas e trata de não te comparares a elas
- Não busques a aprovação continua das outras pessoas
- Todos cometemos erros, tenta aprender com eles. Tolera as tuas imperfeições e positiva as situações ou coisas que correm mal´
- Enfrenta os problemas de frente, sem adiamentos e sem encargos. Trata de encontrar novas soluções ou comportamentos
- Procura ser autónomo/a e tenta controlar a tua vida
- Presta atenção e cuidados ás tuas próprias necessidades reais: físicas, de tempo, de ócio, intelectuais, psicológicas.

Ao mesmo tempo que se lê estas afirmações, os alunos devem responder ás seguintes questões:

1 - O que te parecem estas afirmações? Quais achas que são as mais importantes? Justifica a tua resposta

2- Crês que é possível levá-las a cabo? Quais são as afirmações mais uteis e necessária para ti e porque?

O trabalho para casa serve para reflexão individual, em que se possam expressar livremente e também permite interiorizar o que foi abordado ao longo da sessão.

Trabalho Para Casa - As minhas esperanças

- O que me torna diferente e única/o?
- Quem são os meus exemplos de comportamento? Porquê?
- Quem são os meus melhores amigos? Porquê?
- O que quero ser no futuro?
- Que capacidades quero desenvolver?
- Algo que eu gostaria de explorar ou ser:
- Para fazê-lo eu poderia:
- Um passo que posso dar agora é:
- O que me faz sentir forte:
- O que me faz sentir desconfortável:
- Às vezes não me sinto bem comigo mesma/o porque:
- Às vezes sinto-me bem comigo mesma/o porque:

SESSÃO 4 - COMUNICAÇÃO ASSERTIVA, ESCUTA ATIVA E EMPÁTICA



- Definição de alguns conceitos - 20 minutos
- Atividade - 25 minutos

Duração: 45 minutos

Objetivos:

- Conhecer o significado de comunicar,
- Conhecer os diferentes estilos de comunicação
- Adquirir conhecimento sobre a comunicação assertiva
- Conhecer em que consiste a escuta ativa e empática, que passos se seguem para realizá-lo
- Conhecer os efeitos positivos e os erros na escuta
- Adquirir as estratégias para melhorar a empatia

A comunicação é um processo básico e próprio do ser humano. Constitui um elemento essencial para a realização pessoal e para desenvolvermos os nossos meios. A comunicação interpessoal supõe o intercâmbio de opiniões, sentimentos, atitudes e outro tipo de informação entre um/a emissor/a e um recetor/a; ou seja, é um processo em que se transmite informação de uma entidade a outra.

Na hora de comunicarmos podemos adotar estilos diferentes: (Blanco; Munoz,2010)

- ✓ **Estilo passivo** - este estilo de comunicação trata de evitar expressar o que se pensa na realidade, algumas das causas porque isto acontece é por se ter medo de expressar o que se pensa, insegurança e não confiar em si mesmo. “Tendemos a dizer sim, quando realmente queremos dizer não”.
- ✓ **Estilo agressivo** - sob esta forma as pessoas, em oposição ao estilo anterior, comunicam o que pensam, pois, as opiniões ou ideias expressam-se sob uma postura agressiva. A agressividade verbal está acima da mensagem. “Tende-se a dizer sempre não”.

- ✓ **Estilo assertivo** - a comunicação assertiva é uma forma de comunicar, em que se defendem os direitos e interesses próprios enquanto se tem em conta os direitos dos outros, supões um respeito integral de todos os membros da conversa, ou seja, a pessoa respeita-se tanto a si próprio como ao outro. É uma comunicação clara, sensata e não ofensiva.

O ato de respeitar o outro, de escutar empática e ativamente, de ser uma comunicação respeitosa não implica que não podem surgir conflitos entre as pessoas. A ausência de conflitos com frequência é impossível. O que facilita a comunicação assertiva nestes casos é um melhor e mais cedo encontro entre as distintas posturas das pessoas. Entre as consequências de utilizar um estilo assertivo está a capacidade de manter as relações pessoais mais profundas, estáveis, solidas e duradoiras. além de que implica ter um maior respeito face a si mesmo e face ao outro, o que facilita uma maior autoestima e segurança juntamente com uma melhor adaptação social. Desta maneira, favorecemos uma saúde mental positiva, na qual se dota as pessoas de ferramentas que lhe permitirão integrar-se no seu meio de forma saudável e possibilita perceber o ambiente de uma forma mais segura e confiante.

Técnicas verbais da comunicação assertiva: (Blanco; Munoz,2010)

1 - Disco riscado - consiste em repetir uma ideia expressada com serenidade e tranquilidade, durante o tempo suficiente para que o interlocutor adote uma postura de respeito e compreensão. *“sim, eu sei, mas o meu ponto de vista é....*

estou de acordo, mas....”

2 - Aferição assertiva- refere-se em atrasar a discussão e ignorar o motivo de raiva do interlocutor, se percebermos que o mesmo se encontra agitado ou muito alterado.

“percebi agora mesmo que estás muito alterado, falaremos disto mais tarde...”

3 - Ironia- ao receber uma critica ou juízo de valor, dar como resposta uma afirmação positiva. *“és um autentico déspota...obrigada!!”*

4 - Rutura do processo - é outra maneira de nos comportarmos ao recebermos uma critica. Neste caso, respondemos simplesmente com uma única ou muito poucas palavras que rompam com a cadeia. *“és um mal-educado...sim ..não..talvez”*

5 - Pergunta assertiva - solicitar explicações das nossas condutas/ comportamentos repreensíveis através de perguntas. *“Entendo que estás irritado pelo que aconteceu no*

outro dia, mas o que é que te irritou em concreto? O que foi que te disse para ficares incomodado?”

6 - Mudança de processo - argumentar sobre o sucedido centrando-nos no presente e nos factos concretos. *“Nós estamos a desviar-nos do assunto... nós estamos a fugir á questão...”*

7 - Claudicação simulada - consiste em ceder terreno aparentemente, mas sem o fazer na realidade. Aparentar estar de acordo com a outra pessoa, mas sem mudar de postura. *“Talvez não deveria mostrar-me dessa forma mas....”*

Alguns conceitos a serem trabalhados: (Blanco; Munoz,2010)

Empatia - significa *“Sentir em”* ou *“sentir desde dentro de”*. Trata-se de colocar-se no lugar do outro, para sentir como essa pessoa e procurar compreender melhor enquanto se é um mesmo. Sem uma compreensão empática é difícil ajudar alguém. Quem não escuta bem provavelmente não responde adequadamente.

Podemos considerar a empatia como uma habilidade cognitiva para reconhecer e interpretar os sentimentos, pensamentos e pontos de vistas dos outros. A esta habilidade cognitiva soma-se uma componente afetiva (ser capaz de sentir como...) e uma componente motivacional (estar disposto a...)

Escuta ativa- supõe uma habilidade cognitiva, afetiva e motivacional em que se demonstra á pessoa que o que nos está dizendo, a estamos a compreender tal como ela o sente. A escuta ativa é um fator chave para as relações pessoais e favorece o fortalecimento nas relações e o aparecimento da amizade.

Para alcançar a escuta ativa e empática podemos dar os **seguintes passos**:

- Pôr-se no lugar da outra pessoa e tratar de conhecer o seu próprio ponto de vista, sem cair na tentação de pensar como nós nos teríamos sentido, expressado ou comportado na sua situação
- Recolher a mensagem completa prestando especial atenção ao sentimento e estado de animo, além do processamento da mensagem verbal.
- Dar feedback, ou seja, devolver informação sobre a compreensão da mensagem e sobre o seu estado de animo e sentimentos. Em caso de ter duvidas solicitar abertamente que repita.

O facto de escutar de uma forma ativa vai permitir que se deem uma serie de efeitos positivos, tanto na pessoa que escuta como naquela que se sente escutada.

Para a pessoa que se sente escutada:

- De ajuda, ao ser mais consciente da sua realidade, porque quem a escuta, devolve-lhe a informação obtida com o fim de assegurar que o está a compreender.
- Contribui para o seu crescimento pessoal

Para a pessoa que escuta:

- Recebe mais informação que com qualquer outro instrumento, em que consegue conhecer melhor a pessoa
- Favorece a modificação positiva de atitudes, adquirindo maior sensibilidade, tolerância e flexibilidade

Vejamos agora os muitos erros que cometemos na hora de escutar, só se os conhecermos é que podemos modifica-los. Estes são: (Blanco; Munoz,2010)

- Escutar não é esperar que a outra pessoa termine de falar, mas sim, implica o esforço de rececionar a mensagem completa, entende-la, tratar de pôr-se no lugar do outro e não interromper
- Escutar não é o mesmo que ouvir. Uma das grandes diferenças é que não existe controlo voluntário sobre ouvir. No entanto, escutar supõe um exercício voluntário e consciente.
- Escutar é mais do que entender o significado da língua ou entender o que a pessoa fala. Supõe uma compreensão das mensagens explícitas como implícitas e uma observação das expressões corporais.

As consequências que se dão numa pessoa que não se sente escutada, podem ser em grande parte os seguintes comportamentos:

- A fuga - consiste em fechar-se em si, em assumir um papel passivo
- O ataque - manifesta-se em todos aqueles comportamentos que directa ou indirectamente expressam uma carga agressiva.

Existem uma serie de **estratégias** para melhorar a escuta empática:

- Dar tempo para pensar - ou seja, darmos tempo para processar adequadamente a mensagem e não incorrer no risco de nos precipitarmos
- Responder com respostas curtas e assim evitar dar mensagens pouco claras e difusas, desviarmos o tema e acumular a conversa
- Mostrar congruência entre o que dizemos verbalmente e os nossos gestos, olhares, posturas (comunicação não verbal)
- Utilizar linguagem adequada á pessoa com quem estamos a conversar para facilitar a compreensão e a comunicação
- Evitar as generalizações - termos como “sempre e nunca” raramente são corretos e tendem a etiquetar. Resulta melhor expressões do tipo “ em ocasiões, algumas

vezes, frequentemente...” estás permitindo ao outro sentir-se corretamente valorizado.

Atividade:

Dar oportunidade aos alunos para exporem a forma como comunicam, como poderiam melhorar a comunicação e a escuta.

Usar os casos que apresentam para modificar os comportamentos.

Caso queiram, proporcionar a oportunidade de partilhar sobre o TPC- as minhas esperanças, o que sentiram, as dificuldades em escrever o que sentem.

Poderá ser necessário dividir esta sessão em duas, depende da própria turma, das dificuldades que sentem e os casos apresentados.

SESSÃO 5 - RESOLUÇÃO DE CONFLITOS E TOMADA DE DECISAO



- Definição de alguns conceitos - 20 minutos
- Atividade - 25 minutos

Duração:45 minutos

Objetivos:

- Adquirir o conhecimento sobre o significado de conflito,
- Conhecer as abordagens para os resolver e um método eficaz para enfrentar os problemas ou tomadas de decisão

Um conflito entre duas pessoas pode ser causado quando alguém sente que a conquista dos seus objetivos pode ser impedida ou dificultada pelo comportamento, necessidades ou objetivos da outra pessoa.

Por sua vez, o conflito é uma experiencia subjetiva que não tem porque ter uma base real ou objetiva. Os conflitos não são nem bons nem maus. Conforme os resolvemos, pode levar a uma situação de crescimento ou uma fonte de frustração, ansiedade ou mal-estar pessoal. Na hora de resolver um conflito podemos adotar diferentes abordagens, mas nem todos são igualmente eficazes, vejamos primeiro aqueles que não são eficazes na sua resolução.

Não resolvem problemas: (Blanco; Munoz,2010)

- **Abordagem na vitória** - o objetivo principal da pessoa neste foco é demonstrar ao outro que um tem razão. A finalidade é demonstrar que se está certo e as outras pessoas estão equivocadas.

Inconveniente:

- Exerce poder através de uma postura intimidatória e destrutiva
- A relação entre as pessoas é de subordinação
- Limita toda a opção sensata de resolver os conflitos
- **Abordagem na evasão** - a evasão como resposta perante o conflito, consiste na tendência a pensar que mudanças apropriadas surgirão fingindo que não existem

conflitos. Estas pessoas evitam as situações conflituosas, mas também aquelas pessoas que são diferentes em diversos aspetos (valores, crenças, estilos de vida).

Inconvenientes:

- A evasão com frequência piora o problema, não o resolve, simplesmente adiada no tempo
 - Favorece o aparecimento de atribuições erradas e o aparecimento de distorções cognitivas
 - Impede a pessoa de crescer pessoalmente e aprender estratégias de coping adaptativas
- **Abordagem na solução mais rápida** - para muitas pessoas é muito desagradável o conflito que tratam logo de encontrar uma solução rápida mesmo que não seja a mais adequada.

Inconveniente:

- Gera expectativas de êxito quando o conflito na realidade não se solucionou
 - Impede de aprender estratégias ou soluções efectivas que podem colocar em marcha situações similares futuras
- dificulta o crescimento pessoal e as relações com os demais.

Resolve os problemas:

- Método de concertação ou método **“Ninguém perde”** - consiste no método que encontra soluções em que os diferentes partes de um conflito satisfazem as suas necessidades. É um método que geralmente colocamos em pratica em ausência de conflitos (consenso com os amigos, casal e aulas...) mas que nos esquecemos de utilizar nas situações de conflito.

FASES PARA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS: (Blanco; Munoz,2010)

1 - Identificar e definir o conflito

- Eleger um momento adequado e tranquilo para não ter interrupções ou desconforto
- Expressar o desejo de encontrar uma solução comum e aceitável para todos, onde ninguém sai perdendo e as necessidades são satisfeitas
- Criar um clima relaxado e facilitador onde se diga com clareza que existe um problema que deve ser resolvido para o bem de todos.
- Definir com precisão e garantir que esta definição é assumida por todos
- Evitar mensagens de culpa e juízos de valor.

2 - Busca de alternativas para a solução

- Mediante a técnica “*brainstorm*”, obter todas as soluções possíveis e aceitá-las mesmo que sejam extravagantes ou inalcançáveis
- Não julgar nem menosprezar qualquer solução oferecida. Haverá tempo noutra fase. Temos que aceitar todas as ideias como possíveis soluções. E não etiquetar ninguém como boa para não interpretar as outras como más.
- Deve sugerir alternativas com benefícios para todos

3 - Avaliar e definir alternativas

- Neste momento avaliar as soluções distintas. Há que manter uma atitude aberta às distintas razões que a outra pessoa dá e se necessário responder assertivamente perante a pressão ou ameaça, as atitudes que não devemos adotar.
- Raciocinar e argumentar sobre as distintas alternativas, expressando em forma de mensagens “EU”. É importante encorajar aquelas pessoas que não se manifestaram até aquele momento e não partir para o pressuposto “*quem cala consente*”.
- Por sua vez, é interessante e muito oportuno desenvolver critérios objetivos para a eleição

4 - Tomada de decisões

- É muito importante não votar. Nas votações ou se ganha ou se perde a não ser que a decisão seja unânime. Deve chegar-se a um consenso.
- Não se pode valorizar uma decisão escolhida como a única possível e válida, de forma a que seja imutável
- Se a decisão consta de diversos pontos, é aconselhável escrever para não serem esquecidos

5 - Cumprimento da decisão

- Determinar quem fará, como se vai levar a cabo e quando se realizará

6 - Avaliar o cumprimento das decisões

Toda a decisão deve ser valorizada para comprovar se é efetiva ou não, é com frequência que tomávamos decisões que se tornam difíceis de levar a cabo.

ATIVIDADE - PASSEIO DA FAMA (DGS, 2016)

Pretende-se que todas as crianças ou todos/as os/as alunos/as obtenham dos/das colegas o maior número possível de autógrafos numa folha, durante um determinado tempo (sugestão 1 minuto). Todos os autógrafos deverão ser legíveis e recolhidos em folhas espalhadas no centro da sala. Ao sinal, todos/as terão que colecionar autógrafos. Com o fim do tempo, o enfermeiro reúne o grupo todo e pergunta quantos autógrafos conseguiu cada aluno/a. Abre-se um pequeno espaço para que partilhem como foi; o que sentiram e como conseguiram os autógrafos. Identificado aquele/a que conseguiu o maior número de autógrafos (por exemplo 12), o enfermeiro pergunta se o grupo pretende ter uma nova oportunidade de recolha. O enfermeiro sinaliza o começo de novo tempo (igual ao anterior). De acordo com o resultado, o jogo é encerrado com a satisfação de todos/as. Se o enfermeiro sentir necessidade de dar mais uma oportunidade, isso é possível e recomendado. O fim da atividade está relacionado com uma tomada de consciência da possibilidade ou da necessidade de cooperar para concluir a tarefa.

Reflexão:. Explorar como cumpriram o desafio e a transformação das estratégias no decorrer do mesmo. Pretende-se que todas as crianças ou todos/as os/as alunos/as percebam que juntos/as e organizados/as podem conseguir muito mais, do que cada um/a por si.

SESSÃO 6 - TOLERÂNCIA E DIVERSIDADE



- Definição de alguns conceitos - 10 minutos
- Atividade - 35 minutos

Duração: 45 minutos

Objetivos:

- Conhecer os conceitos de diversidade, tolerância, solidariedade e discriminação.
- Conhecer os conceitos e as características tanto dos estereótipos e preconceitos.

Alguns conceitos a serem trabalhados: (Blanco; Munoz,2010)

Diversidade - faz referencia á variedade, á dissimilaridade e á diferença. Esta variedade ou diferença pode fazer referencia ás diferenças individuais, culturais, de género, de ideologias...

Tolerância: a tolerância supõe um respeito a outras ideias, crenças ou práticas quando são diferentes ou contrárias a nós mesmo. Dito de outra forma, é respeitar a diversidade de opinião, social, étnica, cultural e religiosa e implica aprofundar as semelhanças e diferenças, aceitando em todo o caso que existem indivíduos e sociedades diferentes. E que todos, tenham os seus motivos e razões para ser e comportar-se como fazem.

Solidariedade: entendida como uma atitude consciente que implica o propósito de colaborar activamente com as culturas, sociedades ou pessoas que o necessitem. Portanto, ser consciente da diversidade e a interdependência entre pessoas, povos e culturas.

Discriminação: supõe tratar de forma diferente ou inferior uma pessoa ou pessoas por motivos raciais, sociais, religiosos, políticos, orientação sexual, identidade,

incapacidade, etc. representa a não aceitação por parte de um indivíduo ou grupo de outras pessoas ou grupos por possuírem características diferentes das suas.

ALGUNS TIPO DE DISCRIMINAÇÃO:

Homofobia: é a discriminação e a rejeição que sofrem homens e mulheres pela sua orientação sexual

Racismo: supõe a discriminação de uma pessoa ou grupo por motivos raciais, cor de pele, além da crença de ser superior.

Sexismo: é a discriminação dos indivíduos de um sexo por ser considerado inferior ao outro. Normalmente associa-se este termo ao sexismo contra a mulher, pois foi a primeira forma de discriminação neste sentido identificada (misoginia), mas também existe sexismo contra o homem (misandria) e contra a transexualidade ou intersexualidade.

Xenofobia: consiste na discriminação face a pessoas de outros países.

Outros: discriminação face a pessoas com incapacidade ou doenças, como os distúrbios mentais.

Estereótipos: Um estereótipo é um conceito relativo a um grupo de pessoas que entre eles compartilham uma serie de qualidades ou características. Normalmente este estereotipo é aceite, geralmente, pela sociedade e tem um caracter imutável. O uso do termo costuma ter um sentido negativo, uma vez que os estereótipos são crenças ilógicas sobre esse grupo de pessoas.

Os estereótipos são baseados no subjetivo e não no objetivo. Exemplo: as ruivas são tontas, os homens não são capazes de fazer duas coisas ao mesmo tempo ou as doenças mentais só afetam determinadas pessoas”.

O estereotipo serve para justificar o nosso comportamento em relação á categoria ou grupo que representa, ou seja, serve par justificar a nossa aceitação ou rejeição de um grupo.

Preconceitos:. Os preconceitos são opiniões previas e tenazes, geralmente desfavoráveis, acerca de algo que se conhece mal, ou seja, é a elaboração de uma opinião ou ideia sobre uma situação ou pessoa sem ter os elementos suficientes de juízo prévios. Reside em ajuizar positiva ou negativamente (geralmente é este ultimo sentido) a uma pessoa ou circunstancia de forma antecipada.

Características dos preconceitos:

- O preconceito é considerado como uma atitude, ou seja, a pessoa está predisposta a responder de uma forma concreta face a uma situação ou uma pessoa que desconhece.
- Os preconceitos, na maioria das ocasiões, têm uma conotação negativa, supõe uma rejeição e falta de aceitação do diferente, expressando esta rejeição ou desacordo de múltiplas formas ou maneiras.

- Esta atitude negativa ou preconceito face ao diferente é aprendida pelo ser humano em função das experiências individuais das pessoas. Aprendizagens que se doam na família, grupos de iguais, pessoas de referencia, meios de comunicação....
- Os preconceitos podem levar a consequências negativas e apresentam resistência á mudança e ainda mais á sua eliminação, que para a pessoa são assumidos como verdadeiros.

Assim, existem uma serie de recursos para conhecer melhor os outros e não cair no estereótipo:

- o Ser empático, capacidade de se colocar no lugar do outro
- o Saber escutar de forma ativa
- o Aprender a observar e tomar as nossas próprias conclusões
- o Formular perguntas para poder obter informação e não cair nos preconceitos ou estereótipos

E é esse o facto de compreender melhor os outros, implica conhecer melhor a maneira como pensam, sentem, comportam ou quais são os seus valores e crenças. Para chegar a este ponto é necessário partir de uma atitude aberta e respeitosa, supõe aceitar a outra pessoa tal como é, com as suas virtudes e defeitos tanto físicos como de forma de ser. Sem esta premissa será praticamente impossível conhecer os outros.

ATIVIDADE

A atividade que se propõe a seguir tem como objetivo que o aluno debata sobre o grau de preferência ou simpatia que corresponde a cada uma das personagens da historia.

Historia de Clara

Certo dia, uma rapariga chamada clara decide visitar o Pedro, que vive do outro lado do rio. Ao chegar ao rio, clara pede a um barqueiro que a passe para o outro lado. O barqueiro disse que ele se dedica a isso, que é a sua forma de vida e o pão de cada dia, e que portanto, tem de pagar por isso. Clara não tem dinheiro e explica ao barqueiro a sua situação, o seu grande desejo de ver o Pedro, pede-lhe encarecidamente e por favor que a passe para o outro lado. O barqueiro aceita se ela passar a noite com ele. Clara duvida e decide ir consultar um eremita que vivia por ali. Ela conta tudo e pede o seu conselho. O eremita diz-lhe que a compreende muito bem, mas que não lhe podia dar nenhum conselho, nem sequer dialogar com ela sobre o assunto, convida-a a tomar a decisão por ela.

Clara volta ao rio, aceita o pedido do barqueiro, atravessa o rio, vai a casa do Pedro e passa com ele 3 dias muito felizes.

Na manha do 4º dia, Pedro recebe um telegrama com uma oferta de trabalho, muito bem renumerado e no estrangeiro: era o que ele mais ansiava na vida. Dá a noticia á Clara e abandona-a naquele momento.

Clara cai numa profunda tristeza e decide dar um passeio. Encontra Paulo, um antigo namorado e conta-lhe a razão da sua tristeza. Ao fim de algum tempo, clara diz a Paulo:” *recordas-te que há uns tempos atras, disseste que querias casar comigo e eu recusei porque não estava apaixonada por ti? Pois agora penso que estou apaixonada e quero casar contigo.*” Paulo responde: “ *é demasiado tarde. Já não me interessas mais. Não quero ser o segundo prato de ninguém.*

Agora responde ás seguintes questões:

- Enumera as personagens em função da simpatia que produzem
- Que te parece ser uma mulher a personagem principal da historia?
- Se no lugar da clara tivesse sido uma personagem masculina e tivesse aceite ter relações sexuais para passar o rio, pensarias o mesmo?
- Eticamente que te parece os comportamentos de pedro, do barqueiro e do eremita?

SESSÃO 7- EXPRESSÃO DE SENTIMENTOS E DIMINUIÇÃO DO STRESS



- Definição de alguns conceitos - 10 minutos
- Atividade - 35 minutos

Duração: 45 minutos

OBJETIVOS

- Desenvolver o autoconhecimento na sua dimensão emocional.
- Adquirir literacia emocional.

As emoções referem-se ao aspeto subjetivo não racional da nossa existência enquanto pessoas, relativo à experiência de agradável ou desagradável. Não se opondo, porém, à razão, sabe-se o quão determinante é o equilíbrio que decorre da qualidade das experiências emocionais na construção do ser. Fala-se em inteligência emocional, pois o (re)conhecimento do que se sente confere autenticidade e, quando comunicado e compreendido, promove o crescimento pessoal e abre espaço à criatividade e à simbolização. (DGS,2016, pp. 42)

ATIVIDADE - SMS do afeto - ELOGIO

Todo o grupo se coloca em círculo. São-lhe distribuídas folhas/cartolinas em formato A4 e fita-cola, para que as respetivas folhas sejam coladas nas costas de todos os elementos. De seguida, é-lhes dada a instrução para que, ao circularem, interajam e escrevam coisas boas, nas costas de cada um. Deve ser reforçada a importância de escolherem palavras ou frases que, em consciência, deixarão agradados/as os/as colegas. Nem todos os elementos têm que escrever “coisas boas” nas costas de todos, mas é fundamental que todos tenham coisas escritas nas suas costas antes de dar a atividade por concluída.

Reflexão: Todos os elementos do grupo voltam ao círculo e, retirando o seu papel das costas, leem o que escreveram de si. Comentam se gostaram de identificar coisas boas dos/as colegas/ as e o que sentiram ao poder expressá-lo. O que gostaram mais de escrever e o que gostaram mais de descobrir na sua folha. Questionar acerca da importância de expressar sentimentos positivos e de como pode influenciar a postura de cada um/a. Levar a pensar se é coisa que fazemos no dia a dia e porque o fazemos ou não.

SESSÃO 8 - FINALIZAÇÃO DO PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL POSITIVA E PREVENÇÃO DA DOENÇA MENTAL



- Discussão sobre o programa - 20 minutos
- Atividade - 20 minutos
- Entrega de certificado - 5 minutos

Duração - 45 minutos

Objetivos:

- Realizar o re-teste mediante escalas e questionário.
- Encerrar o programa e agradecer a participação
- Entregar o certificado de participação

Esta sessão serve para contrastar o grau do conhecimento e dos efeitos nos adolescentes. É uma sessão que serve para esclarecimento de dúvidas, partilha de ideias e expressão de sentimentos.

Caso haja tempo disponível aconselha-se uma pequena sessão de relaxamento, com música adequada.

Atividade

QSM+

Os testes serão comparados com os realizados na sessão 1 para ver se houve ganhos na saúde.

BIBLIOGRAFIA

- BLANCO, C.; MUÑOZ, M.; Positiva, *Programa de Promoción de La Salud Mental Positiva y Prevención de de la Enfermedad Mental en el ámbito escolar de la comunidade Autónoma*. Salud Mental de Extremadura. Servicio Extremeño de Salud; Fundación Igualdad Ciudadana,2010.
- Brás, Manuel; *A sexualidade do adolescente: a perspectiva do profissional de enfermagem dos cuidados de saúde primários*; Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar; Universidade do Porto, 2008. dissertação de doutoramento em ciências de enfermagem;
- Caldas de Almeida ;“*A Saúde mental dos portugueses*”; Fundação Francisco Manuel dos Santos, Lisboa, 2018
- Caldeira, Ermelinda; *Promoção da saúde e desenvolvimento dos adolescentes: a educação sexual em contexto escolar*; Universidade de Lisboa, 2015. Tese de doutoramento em enfermagem;
- Canut, Maria Teresa LLuch; *Construccion de una escala para evaluar la salud mental positiva*; UNIVERSIDAD DE BARCELONA División de Ciencias de la Salud.Facultad de Psicología. Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, 1999. Programa de Doctorado: Evaluación en Ciencias del Comportamiento: Metodología y Aplicaciones;
- Carvalho et al; *Saúde mental e desenvolvimento pessoal positivo*; International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología, Nº1-Vol.4, 2012. ISSN: 0214-9877. pp: 135-144
- Conselho Internacional de Enfermeiras (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Tabelas CIPE*. Versão 2013. Acedido em <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Downloads/Paginas/default.aspx>
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental; *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo*; Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008 - 56 p.
- Direção Geral de Saúde. *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa,2015
- Direção Geral de Saúde, *Saúde Mental em Números - 2015*. Lisboa, 2016
- Direção Geral de saúde. *Programa nacional para a saúde mental*, Lisboa, 2017.
- Direcção geral da Saúde; *Manual para a promoção de competências socioemocionais em meio escolar*. Lisboa, 2016
- Goleman, D. *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.2010
- Monteiro, Pedro; *Psicologia e Psiquiatria da infância e adolescência*”, Lisboa, edições técnicas Lidel, 2014

- Sequeira, C. & Carvalho, J.C.. *Tradução para a População Portuguesa do Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+)*. Saúde e Qualidade de Vida em análise, 2009, 303-314.
- Sequeira, C., Carvalho, J. C., Sampaio F., Sá L., Lluch-Canut T. & Roldán-Merino, J. *Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em Estudantes Portugueses do Ensino Superior*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental 2014 (11), 45-53.
- Sequeira, C., Sá, L., Carvalho, J. C., Borges, E. & Sousa, C. *Avaliação da saúde mental positiva em estudantes do ensino superior*. 2012. Referência III Série, 150
- Sequeira, C.; Lluch, T. *Saúde Mental Positiva - Conferência apresentada no Dia Mundial da Saúde Mental na Escola Superior de Saúde de Viseu*. 2015
- Sequeira, Carlos” *Comunicação clínica e relação de ajuda*”, Lisboa, Lidel-edições técnicas. 2016
- Sequeira, Carlos; “*Estado da arte em enfermagem de saúde mental- Prática clínica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*”; Conferance paper,2012 DOI: 10.13140/2.1.2284.3206
- Townsend, Mary.” *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica- conceitos de cuidado na prática baseada na evidencia*”6ªedição, Lusociência, Loures.2011

ANEXO I - PowerPoint de apoio às sessões

Programa de Saúde Mental Positiva



O Brilho da Mente

Patrícia Alves

1ª SESSÃO- Conceitos



O Brilho da Mente

SAÚDE: "a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de condições ou doenças (OMS,1946)

Saúde mental- saúde mental significa não só a ausência de doença, mas também a presença de características psicossociais positivas no indivíduo que o protejam ante as adversidades da vida.



FATORES DE RISCO: fracasso escolar, relações escassas e/ou deficitárias com os pares, consumos de determinadas substancias....

FATORES DE PROTEÇÃO: são aqueles agentes que favorecem e promovem uma saúde mental positiva

- fatores pessoais
- fatores familiares
- fatores socio-ambientais



- 1 – O que é uma doença mental?
 - 2- Quais é que conheces e em que consistem?
 - 3- Sabes dizer-me uma atitude ou comportamento que favoreça o aparecimento de uma doença mental? E uma atitude que favoreça a saúde mental?
 - 4 – Que opinião tens de uma pessoa com doença mental?
 - 5 – As doenças mentais são todas crónicas?
 - 6- Em geral, parecem-te mais agressivas as pessoas com doença mental do que aquelas que não têm?
 - 7 – As pessoas com doença mental têm os mesmos direitos do que as pessoas que não tem?
 - 8 – Em geral podemos ajudar as pessoas com doença mental?
- Se sim, como podes ajudar? Se não, porquê?

2ª Sessão - Autoconceito



O autoconceito consiste em que cada pessoa tome consciência de si mesmo/a, ou seja, consiste em olhar para dentro de nós e aprender como somos. Identificar nossos sentimentos, valores, opiniões, interesses, necessidades... Para saber quem somos, como nos comportamos e a razão porque agimos desta forma.

ACTIVIDADE B: [TEIA](#)

3ª sessão - Autoestima

A autoestima pode definir-se como “a valorização que o sujeito faz de si mesmo”, como “os sentimentos positivos ou negativos que um indivíduo tem de si” ou “o grau que cada pessoa valoriza a auto-percepção da sua própria imagem”.



A formação da auto-estima é um processo dinâmico pelo qual os indivíduos assimilam, valorizam e interiorizam tanto as opiniões pessoais como as provenientes das pessoas socialmente relevantes

• **Consequências de uma auto-estima alta**

- Favorece o enfrentar das dificuldades pessoais e garante a proteção futura da pessoa
- Facilita a aprendizagem e a responsabilidade
- Estimula a autonomia pessoal
- Otimiza as interações interpessoais



• **Consequências de uma baixa de auto-estima**

- Tendência a adotar “máscaras” ou “capas” que nos protegem dos sentimentos negativos
- Adoção de condutas submissas e engrandecimento do “outro”
- Facilita a criação de um mundo fantasioso onde pode fugir da frustração e o sofrimento
- Gera comportamentos agressivos para responder aos sentimentos de falta de sorte

- Não exijas de ti mais do que realmente podes fazer com as tuas capacidades e aprende a conceder-te permissões.
- Não podemos alcançar um 20 a tudo e ser perfeito em tudo
- Não idealizes as outras pessoas e trata de não te comparares a elas
- Não busques a aprovação contínua das outras pessoas
- Todos cometemos erros, tenta aprender com eles.
- Toleras as tuas imperfeições e positiva as situações ou coisas que correm mal
- Enfrenta os problemas de frente, sem adiamentos e sem encargos.
- Trata de encontrar novas soluções ou comportamentos
- Procura ser autónomo/a e tenta controlar a tua vida
- Presta atenção e cuidados às tuas próprias necessidades reais: físicas, de tempo, de ócio, intelectuais, psicológicas..

4ª SESSÃO- COMUNICAÇÃO ASSERTIVA, ESCUA ACTIVA E EMPÁTICA



- **Estilo passivo** – “Tendemos a dizer sim, quando realmente queremos dizer não”.
- **Estilo agressivo** –A agressividade verbal está acima da mensagem. “Tende-se a dizer sempre não”.
- **Estilo assertivo** – forma de comunicar, em que se defendem os direitos e interesses próprios enquanto se tem em conta os direitos dos outros, supõe um respeito integral de todos os membros da conversa, ou seja, a pessoa respeita-se tanto a si próprio como ao outro. É uma comunicação clara, sensata e não ofensiva.

Empatia – significa “*Sentir em*” ou “*sentir desde dentro de*”. Trata-se de colocar-se no lugar do outro, para sentir como essa pessoa e procurar compreender melhor enquanto se é um mesmo. Sem uma compreensão empática é difícil ajudar alguém. Quem não escuta bem provavelmente não responde adequadamente.



Escuta ativa- demonstramos á pessoa que o que nos está dizendo, a estamos a compreender tal como ela o sente. A escuta activa é um fator chave para as relações pessoais e favorece o fortalecimento nas relações e o aparecimento da amizade.

Para alcançar a escuta ativa e empática podemos dar os seguintes passos:



- Pôr-se no lugar da outra pessoa e tratar de conhecer o seu próprio ponto de vista, sem cair na tentação de pensar como nós nos teríamos sentido, expressado ou comportado na sua situação
- Recolher a mensagem completa prestando especial atenção ao sentimento e estado de animo, além do processamento da mensagem verbal.
- Dar feedback, ou seja, devolver informação sobre a compreensão da mensagem e sobre o seu estado de animo e sentimentos. Em caso de ter duvidas solicitar abertamente que repita.

• **ACTIVIDADE**

5ª Sessão
RESOLUÇÃO DE CONFLITOS E
TOMADA DE DECISAO



Um conflito entre duas pessoas pode ser causado quando alguém sente que a conquista dos seus objectivos pode ser impedida ou dificultada pelo comportamento, necessidades ou objectivos da outra pessoa.

NÃO RESOLVEM PROBLEMAS:

- **Abordagem na vitória** – estamos sempre certos e os outros errados

- **Abordagem na evasão** – evitamos as situações conflituosas, mas também aquelas pessoas que são diferentes em diversos aspectos (valores, crenças, estilos de vida)

- **Abordagem na solução mais rápida**

RESOLVE OS PROBLEMAS:

- Método de concertação ou método “*Ninguém perde*” - consiste no método que encontra soluções em que os diferentes partes de um conflito satisfazem as suas necessidades.



- 1 – Identificar e definir o conflito
- 2 – Busca de alternativas para a solução
- 3 – Avaliar e definir alternativas
- 4 – Tomada de decisões
- 5 – Cumprimento da decisão
- 6 – Avaliar o cumprimento das decisões

Actividade :

- Situação de conflito na turma, como devemos comunicar correctamente
- Passeio da fama



6ª sessão- Tolerância e Diversidade



Diversidade – faz referência à variedade, à dissimilaridade e à diferença. Esta variedade ou diferença pode fazer referência às diferenças individuais, culturais, de género, de ideologias...

Tolerância: a tolerância supõe um respeito a outras ideias, crenças ou práticas quando são diferentes ou contrárias a nós mesmos. Dito de outra forma, é respeitar a diversidade de opinião, social, étnica, cultural e religiosa e implica aprofundar as semelhanças e diferenças, aceitando em todo o caso que existem indivíduos e sociedades diferentes. E que todos, tenham os seus motivos e razões para ser e comportar-se como fazem.



Preconceitos: Os preconceitos são opiniões prévias e tenazes, geralmente desfavoráveis, acerca de algo que se conhece mal, ou seja, é a elaboração de uma opinião ou ideia sobre uma situação ou pessoa sem ter os elementos suficientes de juízo prévios. Reside em ajuizar positiva ou negativamente (geralmente é este último sentido) a uma pessoa ou circunstância de forma antecipada.

- empático, capacidade de se colocar no lugar do outro
- Saber escutar de forma activa
- Aprender a observar e tomar as nossas próprias conclusões
- Formular perguntas para poder obter informação e não cair nos preconceitos ou estereótipos
- compreender melhor os outros,
- implica conhecer melhor a maneira como pensam, sentem, comportam ou quais são os seus valores e crenças.
- partir de uma atitude aberta e respeitosa, supõe aceitar a outra pessoa tal como é, com as suas virtudes e defeitos tanto físicos como de forma de ser. Sem esta premissa será praticamente impossível conhecer os outros.



Atividade: Historia de Clara

Certo dia, uma rapariga chamada Clara decide visitar o Pedro, que vive do outro lado do rio. Ao chegar ao rio, Clara pede a um barqueiro que a passe para o outro lado. O barqueiro disse que ele se dedica a isso, que é a sua forma de vida e o pão de cada dia, e que portanto, tem de pagar por isso. Clara não tem dinheiro e explica ao barqueiro a sua situação, o seu grande desejo de ver o Pedro, pede-lhe encarecidamente e por favor que a passe para o outro lado. O barqueiro aceita se ela passar a noite com ele. Clara duvida e decide ir consultar um eremita que vivia por ali. Ela conta tudo e pede o seu conselho. O eremita diz-lhe que a compreende muito bem, mas que não lhe podia dar nenhum conselho, nem sequer dialogar com ela sobre o assunto, convida-a a tomar a decisão por ela. Clara volta ao rio, aceita o pedido do barqueiro, atravessa o rio, vai a casa do Pedro e passa com ele 3 dias muito felizes. Na manhã do 4º dia, Pedro recebe um telegrama com uma oferta de trabalho, muito bem renumerado e no estrangeiro: era o que ele mais ansiava na vida. Dá a noticia á Clara e abandona-a naquele momento. Clara cai numa profunda tristeza e decide dar um passeio. Encontra Paulo, um antigo namorado e conta-lhe a razão da sua tristeza. Ao fim de algum tempo, clara diz a Paulo: " *recordas-te que há uns tempos atras, disseste que querias casar comigo e eu recusei porque não estava apaixonada por ti? Pois agora penso que estou apaixonada e quero casar contigo.*" Paulo responde: " *é demasiado tarde. Já não me interessas mais. Não quero ser o segundo prato de ninguém.*"

**7ª sessão- EXPRESSÃO DE
SENTIMENTOS E DIMINUIÇÃO
DO STRESS**



O que são as emoções?

Actividade: Elogio nas Costas



Patricia Alves
2017

Anexo III - Escala de vulnerabilidade psicológica (EVP)

Escala de vulnerabilidade psicológica

(Sinclair & wallston, 1999, adaptação portuguesa Nogueira, Maria José, 2014)

Apresentamos-te abaixo um conjunto de 6 frases que dizem respeito como te vês a ti mesmo. Para cada item, assinala com uma cruz X, de forma espontânea, o numero que melhor te descreve.

1- Não me descreve nada 5 – descreve-me muito bem

	Itens	1	2	3	4	5
1	Quando não consigo atingir os meus objetivos, sinto-me um fracasso como pessoa					
2	Sinto que mereço melhor tratamento do que aquele que normalmente recebo dos outros					
3	Tenho plena consciência de me sentir frequentemente inferior aos outros					
4	Preciso da aprovação dos outros para me sentir bem comigo mesmo					
5	Tenho tendência para definir metas demasiado elevadas e depois a sentir-me frustrado ao tentar alcança-las					
6	Sinto-me frequentemente ressentido quando outros se aproveitam de mim					

Anexo IV - Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+)

CRIAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PROGRAMA PROMOTOR DE SAÚDE MENTAL POSITIVA EM ADOLESCENTES

Nº	Questões	Sempre ou quase sempre	Na maioria das vezes	Algumas vezes	Raramente ou nunca
1	Para mim, é difícil aceitar os outros quando tem atitudes diferentes das minhas				
2	Os problemas bloqueiam-me facilmente				
3	Para mim é difícil escutar os problemas das pessoas				
4	Gosto de mim como sou				
5	Sou capaz de controlar-me quando tenho emoções negativas				
6	Sinto-me capaz de explodir				
7	Para mim a vida é aborrecida e monótona				
8	Para mim é difícil dar apoio emocional				
9	Tenho dificuldades em estabelecer relações interpessoais satisfatórias com algumas pessoas				
10	Preocupa-me muito o que as pessoas pensam de mim				
11	Acredito que tenho muita capacidade para colocar-me no lugar dos outros e compreender as suas respostas				
12	Vejo o meu futuro com pessimismo				
13	As opiniões dos outros influenciam-me muito na hora de tomar as minhas decisões				
14	Considero-me uma pessoa menos importante do que as outras pessoas que me rodeiam				
15	Sou capaz de tomar as decisões por mim mesmo				
16	Procuro retirar os aspetos positivos das coisas "más" que me acontecem				
17	Procuro melhorar como pessoa				
18	Considero-me um (a) bom/boa conselheiro(a)				
19	Preocupa-me que as pessoas me critiquem				
20	Considero-me uma pessoa sociável				
21	Sou capaz de controlar-me quando tenho pensamentos negativos				
22	Sou capaz de manter um bom autocontrolo nas situações de conflito que surgem na minha vida				
23	Penso que sou uma pessoa digna de confiança				
24	Para mim é difícil entender os sentimentos dos outros				
25	Penso nas necessidades dos outros				
26	Na presença de pressões desfavoráveis do exterior sou capaz de manter o meu equilíbrio pessoal,				
27	Quando surgem alterações na minha vida procura adaptar-me				
28	Perante um problema sou capaz de solicitar informação				
29	As alterações que ocorrem habitualmente no meu quotidiano estimulam-me				
30	Tenho dificuldades em relacionar-me abertamente com os meus professores/chefes				
31	Penso que sou um(a) inútil e que não sirvo para nada				
32	Procuro desenvolver e potenciar as minhas boas atitudes				
33	Tenho dificuldades em ter opiniões pessoais				
34	Quando tenho que tomar decisões importantes sinto-me muito inseguro(a)				
35	Sou capaz de dizer não quando o quero dizer				
36	Quando tenho um problema procuro arranjar soluções possíveis				
37	Gosto de ajudar os outros				
38	Sinto-me insatisfeito(a) comigo mesmo(a)				
39	Sinto-me insatisfeito(a) com o meu aspeto físico				

Anexo V - Autorização do QSM+

Pedido de utilização do Questionário de Saúde Mental Positiva

Carlos Sequeira <carlossequeira@esenf.pt>

2 de janeiro de 2018 às 19:01

Para: patricia alves <patricia.tsalves@gmail.com>

Cc: Isilda Ribeiro <isilda.ribeiro@esenf.pt>

Exma. Patricia Alves,

Informa-se que está autorizada a utilizar o Questionário de Saúde Mental Positiva no seu trabalho de mestrado – intitulado “**Criação e Validação de um Programa Promotor de Saúde Mental Positiva em Adolescentes**”.

O instrumento deve ser utilizado na íntegra e não pode ser adulterado.

Se existir alguma dúvida estarei ao dispor,

Com os melhores cumprimentos e votos de um excelente trabalho de investigação.

Carlos Sequeira

Carlos Sequeira, PhD, MSc, RN

Prof. Coordenador - Escola Superior de Enfermagem do Porto

Coordenador do Grupo de Investigação - NurID: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem –

cintesis - center for health technology and services research - FMUP

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Sequeira2

De: patricia alves [mailto:patricia.tsalves@gmail.com]

Enviada: 2 de janeiro de 2018 18:33

Para: Carlos Sequeira <carlossequeira@esenf.pt>

Cc: Isilda Ribeiro <isilda.ribeiro@esenf.pt>

Assunto: Pedido de utilização do Questionário de Saúde Mental Positiva

Exmo. Professor Doutor Carlos Sequeira

No âmbito do Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem do Porto, e estando a realizar a dissertação subordinada ao tema “**Criação e Validação de um Programa Promotor de Saúde Mental Positiva em Adolescentes**”, no qual o Professor é co-orientador, gostaria de avaliar a saúde mental positiva dos adolescentes utilizando o questionário de saúde mental positiva.

Assim, solicito a sua autorização para utilizar o Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+) (Carlos Sequeira, 2009).

Agradeço desde já atenção dispensada

Com os melhores cumprimentos

Patricia Alves

Anexo V - Autorização da EVP

Pedido de utilização da escala de vulnerabilidade psicológica (SinClair & Wallston, 1999, adaptação portuguesa Nogueira, Maria José 2014)

Maria Nogueira <nogueira.mjc@gmail.com>

3 de janeiro de 2018 às
19:26

Para: patricia alves <patricia.tsalves@gmail.com>

Cara *Patrícia Alves*

Boa tarde

Pode usar utilizar escala de vulnerabilidade psicológica (SinClair & Wallston, 1999, adaptação portuguesa Nogueira, Maria José 2014).

Desejo sucesso para o seu trabalho.

Aproveito para desejar também um Bom Ano de 2018

Cumprimentos

Maria José Nogueira

Maria José Nogueira, PhD, MSc, RN
Professor Adjunto ESSATLA, Portugal
Tel. [+351 915689883](tel:+351915689883)
Email: mjnogueira@uatlantica.pt

No dia 3 de janeiro de 2018 às 08:45, patricia alves <patricia.tsalves@gmail.com> escreveu:
Exmo. Professora Doutora Maria José Nogueira,

No âmbito do Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem do Porto, e estando a realizar a dissertação subordinada ao tema "**Criação e Validação de um Programa Promotor de Saúde Mental Positiva em Adolescentes**", gostaria de avaliar a vulnerabilidade psicológica dos adolescentes em meio escolar, utilizando a escala de vulnerabilidade psicológica. Assim, solicito a sua autorização para utilizar escala de vulnerabilidade psicológica (SinClair & Wallston, 1999, adaptação portuguesa Nogueira, Maria José 2014).

Agradeço desde já atenção dispensada
Com os melhores cumprimentos

Patrícia Alves
Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

Anexo VII - Autorização agrupamento escolar Rodrigues de Freitas

Pedido de autorização de colheita de dados para a realização de uma dissertação de mestrado

patricia alves <patricia.tsalves@gmail.com>

23 de novembro de 2017 às
12:48

Para: Diretora AE Rodrigues de Freitas <diretora@aerfreitas.pt>

Cc: Alexandra Tabuaço <at.esrf@gmail.com>

Exma. Sra. Diretora,

do Agrupamento de Escolas Rodrigues de Freitas

Assunto: Pedido de autorização de colheita de dados para a realização de uma dissertação de mestrado

Sónia Patrícia Teixeira da Silva Alves, enfermeira da Saúde Escolar da UCC da Boavista, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretendo desenvolver um trabalho de investigação com o tema: “Criação e Validação de um Programa Promotor de Saúde Mental Positiva em Adolescentes do 3.º Ciclo”, cujos objetivos são: elaborar um Programa de Enfermagem de Saúde Mental Positiva baseado no Modelo Multifatorial de Teresa Lluch, implementar, analisar a sua eficácia e avaliar os níveis de Saúde Mental Positiva dos adolescentes em ambiente escolar.

A finalidade deste estudo será contribuir para a promoção da saúde mental dos adolescentes em ambiente escolar.

Trata-se de um estudo misto, quase experimental (através de um estudo piloto) e também observacional-descritivo, transversal, centrado num *focus group*, os participantes serão todos os adolescentes portugueses com idades compreendidas entre os doze e quinze anos e que frequentam o 3.º ciclo de escolaridade: 8.º ano de de todas as turmas da Escola EB2,3 Miragaia, Escola 2,3 e Escola Secundária Rodrigues de Freitas, que Vossa Excelência superiormente coordena.

O estudo tem como orientadora a prof. Dra. Isilda Ribeiro e como co-orientador o Prof. Dr. Carlos Sequeira da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Desde já assumo sob compromisso de honra, salvaguardar os princípios éticos inerentes à realização deste estudo de investigação e comprometo-me a enviar cópia do relatório de pesquisa.

Assim, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para a colheita de dados, que se pretende realizar nos meses de Janeiro a Abril do ano 2018.

Sem outro assunto de momento, aguarda deferimento

Porto, 23 de Novembro de 2017

Exma. Senhora
Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria
Patrícia Alves

Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar, registado na DGE com o nº 0626200001, sob a designação "Criação e Validação de um Programa Promotor de Saúde Mental Positiva em Adolescentes do 3.º Ciclo", será autorizado neste agrupamento de escolas desde que seja aprovado pela DGE.

Deve considerar-se o disposto na Lei nº 67/98, de 26 de outubro, em matéria de garantia de anonimato dos sujeitos, confidencialidade, proteção e segurança dos dados (não identificar ou tornar identificável), sendo necessário solicitar o consentimento informado e esclarecido do titular dos dados, resultando obrigações que o responsável tem de cumprir de acordo com determinação legal. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham na recolha e tratamento de dados pessoais.

Tratando-se de recolha de dados junto de alunos menores (menos de 18 anos), as autorizações assinadas devem ficar em poder da Escola/Agrupamento.

Porto, 5 de fevereiro de 2018

A Diretora,



Anexo VIII - Autorização de agrupamento escolar Infante D. Henrique

Pedido de autorização para colheita de dados

Dir. Edite Batista <diretora@infante.pt>

11 de dezembro de 2017 às
00:57

Para: Isabel Rodrigues <isabelazevedorodrigues@gmail.com>, patricia.tsalves@gmail.com

Cara Patrícia Alves,

Após análise do pedido enviado ainda em novembro, relativo a colheita de dados para realização de dissertação de mestrado, venho por este meio deferir a realização do mesmo, devendo no entanto salvaguardar a eventual não autorização por parte de algum encarregado de educação.

Sem mais, uma boa semana e Boas Festas!

Edite Batista

Diretora do AE Infante D. Henrique |
Código 152171

No dia 29 de novembro de 2017 às 13:19, Isabel Rodrigues <isabelazevedorodrigues@gmail.com> escreveu:

Enviado do meu iPhone

Início da mensagem reencaminhada:

De: patricia alves <patricia.tsalves@gmail.com>

Data: 24 de novembro de 2017, 09:44:50 WET

Para: Isabel Rodrigues <isabelazevedorodrigues@gmail.com>

Assunto: **Pedido de autorização para colheita de dados**

Exma. Sra. Diretora,

do Agrupamento de Escolas Infante D. Henrique

Assunto: Pedido de autorização de colheita de dados para a realização de uma dissertação de mestrado

Sónia Patrícia Teixeira da Silva Alves, enfermeira da Saúde Escolar da UCC da Boavista, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende desenvolver um trabalho de investigação com o tema: “Criação e Validação de um Programa Promotor de Saúde Mental Positiva em Adolescentes do 3.º Ciclo”, cujos objetivos são: elaborar um Programa de Enfermagem de Saúde Mental Positiva baseado no Modelo Multifatorial

de Teresa Lluch, implementar, analisar a sua eficácia e avaliar os níveis de Saúde Mental Positiva dos adolescentes em ambiente escolar.

A finalidade deste estudo será contribuir para a promoção da saúde mental dos adolescentes em ambiente escolar.

Trata-se de um estudo misto, quase experimental (através de um estudo piloto) e também observacional-descritivo, transversal, centrado num *focus group*, os participantes serão todos os adolescentes portugueses com idades compreendidas entre os doze e quinze anos e que frequentam o 3.º ciclo de escolaridade: 8.º ano de de todas as turmas da Escola Gomes Teixeira que Vossa Excelência superiormente coordena.

O estudo tem como orientadora a prof. Dra. Isilda Ribeiro e como co-orientador o Prof. Dr. Carlos Sequeira da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Desde já assume sob compromisso de honra, salvaguardar os princípios éticos inerentes à realização deste estudo de investigação e compromete-se a enviar cópia do relatório de pesquisa.

Assim, vem por este meio solicitar a Vossa Excelência autorização para a colheita de dados, que se pretende realizar nos meses de janeiro a abril do ano 2018.

Sem outro assunto de momento, aguarda deferimento

Porto, 24 de Novembro de 2017

Patrícia Alves
Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

Anexo IX- Autorização MEducação

Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Registo de inquérito.

mime-noreply@gepe.min-edu.pt <mime-noreply@gepe.min-edu.pt> 5 de fevereiro de 2018 às 18:22

Para: patricia.tsalves@gmail.com

Exmo(a)s. Sr(a)s.

Foi registado no sistema de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (<http://mime.gepe.min-edu.pt>) um pedido de autorização de inquérito com os seguintes dados:

- Número de registo: 0626200001
- Nome da Entidade: Sónia Patricia Teixeira Da Silva Alves
- Nome do Interlocutor: sónia patricia teixeira da silva alves
- Designação do inquérito: criação e validação de um programa promotor de saude mental positiva em adolescentes

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

Este pedido vai ser analisado pela Direção-Geral da Educação (DGE) do Ministério da Educação e Ciência, e a decisão tomada será comunicada via e-mail.

Desde já agradecemos a sua colaboração, e brevemente entraremos em contacto consigo.

Dados adicionais

Avaliação:

Exmo(a) Senhor(a) Sónia Patricia Teixeira Da Silva Alves

Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.

Com os melhores cumprimentos

José Vitor Pedroso

Diretor-Geral

DGE

Observações:

a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas do ensino público a contactar para a realização do estudo. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, porque revelam sensibilidade e são onerosos, devendo fazer-se em estreita articulação com as Direções dos Agrupamentos.

b) Deve considerar-se o disposto na Lei nº 67/98 em matéria de garantia de anonimato dos sujeitos, confidencialidade, proteção e segurança dos dados (não identificar ou tornar identificável), sendo necessário solicitar o consentimento informado e esclarecido do titular dos dados. No caso presente de inquirição de alunos menores (menos de 18 anos) este deverá

ser atestado pelos seus representantes legais. As autorizações assinadas pelos Encarregados de Educação devem ficar em poder da Escola/Agrupamento ao qual pertencem os alunos. Não deve haver cruzamento ou associação de dados entre os que são recolhidos pelos instrumentos de inquirição e os constantes das declarações de consentimento informado.

c) Informa-se ainda que a DGE não é competente para autorizar a realização de estudos/aplicação de inquéritos ou outros instrumentos em estabelecimentos de ensino privados e para realizar intervenções educativas/desenvolvimento de projetos e atividades/programas de intervenção/formação em meio escolar dado ser competência da Escola/Agrupamento.

Outras observações:

| [Voltar](#) | [Versão 1](#) | [Versão 2](#) | [Versão 3](#) |

Anexo X - Consentimento informado pais

ANEXO XI - Certificado de participação dos alunos

