

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica no Cuidado ao Adolescente

The role of the Mental Health and Psychiatric Nurse Specialist in
Adolescent Care

Autor

Ana Filipa Fernandes Soares

Oliveira de Azeméis, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Papel do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica no
Cuidado ao Adolescente

The role of the Mental Health and Psychiatric
Nurse Specialist in Adolescent Care

Orientador(es)

Catarina Cláudia Santos Nogueira

Autor

Ana Filipa Fernandes Soares

Oliveira de Azeméis, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

"Foi o tempo que passaste com a tua rosa que a fez tão importante."

O Príncipezinho, Antoine de Saint-Exupéry

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu filho, Lourenço, cujo amor, força e inspiração, me impulsionam a superar desafios e a alcançar os meus objetivos a cada dia.

AGRADECIMENTO

À Professora Especialista Catarina Nogueira, orientadora deste percurso, pela orientação exigente e cuidadosa, pela constante disponibilidade, dedicação e incentivo contínuo, que foram fundamentais para a concretização deste trabalho académico.

À coordenadora do Mestrado, Professora Doutora, Joana Coelho.

A todos os outros Professores por todo este processo de aprendizagem e evolução.

Aos enfermeiros tutores, pela partilha de conhecimentos.

Ao meu eterno namorado, que me apoiou nesta decisão: pela compreensão durante todo este processo.

Ao meu filho, Lourenço, pelo Amor que me faz sentir e pelo sentido que dá à minha vida.

À minha irmã e amiga maior, pela motivação, encorajamento e apoio incondicional.

Aos meus pais que durante toda esta fase me apoiaram ajudaram nas responsabilidades parentais.

A todos aqueles que partilharam o Mestrado comigo.

Muito Obrigado!

RESUMO

O presente relatório reporta-se ao estágio de natureza profissional desenvolvido em dois contextos distintos, num Serviço de Psiquiatria da Primeira Infância e Adolescência (contexto de respostas diferenciadas) e uma Unidade de Cuidados na Comunidade (contexto comunitário).

Tem como principal objetivo apresentar uma análise crítica e reflexiva sobre as competências desenvolvidas em contexto de estágio e sobre o processo de tomada de decisão no desenvolvimento do processo de enfermagem, com foco na população adolescente. A Teoria das Transições, de Afaf Meleis, surge como referencial teórico central, reconhecendo a adolescência enquanto período de múltiplas mudanças que influenciam o bem-estar mental. A elaboração do documento seguiu uma metodologia descritiva e reflexiva, permitindo analisar de forma crítica as vivências obtidas ao longo do percurso formativo, tendo o seu desenvolvimento sido feito com recurso à plataforma E4nursing.

Os resultados apontam para a consolidação das competências comuns do Enfermeiro Especialista, bem como das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, evidenciadas na capacidade de estabelecer relações terapêuticas empáticas, definir diagnósticos de enfermagem, planejar intervenções baseadas em evidência e fortalecer redes de apoio social. O estágio constituiu, assim, um momento de aprofundamento da prática reflexiva e de desenvolvimento profissional contínuo, demonstrando que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica pode ser um agente crucial na promoção de saúde mental dos adolescentes.

Palavras-chave: *Adolescência; Enfermagem de Saúde Mental; Competências do Enfermeiro Especialista; Prática Avançada; Teoria das Transições.*

ABSTRACT

This report refers to the professional internship carried out in two different contexts: an Early Childhood and Adolescence Psychiatry Service (differentiated response context) and a Community Care Unit (community context).

Its main objective is to present a critical and reflective analysis of the skills developed in the internship context and the decision-making process in the development of the nursing process, with a focus on the adolescent population. The Theory of Transitions, by Afaf Meleis, emerges as the central theoretical reference, recognizing adolescence as a period of multiple changes that influence mental well-being. The document was drawn up using a descriptive and reflective methodology, allowing for a critical analysis of the experiences gained during the training course, and was developed using the E4nursing platform.

The results point to the consolidation of the common competencies of the Specialist Nurse, as well as the specific competencies of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing, evidenced in the ability to establish empathetic therapeutic relationships, define nursing diagnoses, plan evidence-based interventions and strengthen social support networks. The internship was thus a time to deepen reflective practice and continuous professional development, demonstrating that the Specialist Mental Health and Psychiatric Nurse can be a crucial agent in promoting adolescents' mental health.

Keywords: Adolescence; Mental Health Nursing; Specialist Nurse Competencies; Advanced Practice; Transitions Theory.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro.

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem (Brasil).

CPCJ-- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens.

DGS – Direção-Geral da Saúde.

EE – Enfermeiro Especialista.

EM -Entrevista Motivacional

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

GAE-Gabinete de Apoio ao Estudante.

GAM – Grupos de Ajuda Mútua.

HEADSS – Home, Education/Employment, Activities, Drugs, Sexuality, Suicide/Depression.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar.

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental.

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (Análise SWOT).

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental.

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade.

ULS – Unidade Local de Saúde.

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
DEDICATÓRIA	5
AGRADECIMENTO	7
RESUMO	9
ABSTRACT	11
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	13
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	17
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	19
3. CASO CLINICO I	23
3.1. Enquadramento teórico	23
3.2. Clientes	31
3.3. Medicação	32
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	32
3.4. Domínios	33
3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	33
3.5. Conceção de Cuidados	38
3.6. Especificação das intervenções	41
3.7. Síntese relativa ao caso	43
4. CASO CLINICO II	47
4.1. Enquadramento teórico	47
4.2. Clientes	50
4.3. Domínios	51
4.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	51
4.4. Conceção de Cuidados	52
4.5. Especificação das intervenções	54
4.6. Síntese relativa ao caso	55
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	59
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	87
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXOS	113

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento humano que ocorre entre a infância e a idade adulta, geralmente compreendida entre os 10 e os 19 anos, e marcada por mudanças físicas, psicológicas e sociais. É neste período que se desencadeia a puberdade, trazendo transformações corporais, ao mesmo tempo que se inicia o processo de construção de uma identidade pessoal e social (Dara & Arora, 2023; Santrock, 2018).

Como tal, a adolescência pode definir-se como uma fase de desenvolvimento e maturação caracterizada por alterações fisiológicas e psicossociais expressivas, fortemente influenciadas pela interação do adolescente com os seus contextos. Isto evidencia a singularidade de cada jovem e, consequentemente, a heterogeneidade desta etapa do ciclo de vida, impossibilitando a definição de um padrão comum e universal (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Na perspetiva de Erikson (1968), ocorre nesta fase do desenvolvimento, tipicamente entre os 13 e os 21 anos, o conflito central Identidade vs. Difusão de Identidade, que exige do adolescente a exploração de diferentes papéis, crenças e valores. É também um período caracterizado por maior autonomia em relação à família e por um aumento da permeabilidade nas relações com os pares (Sampaio, 2011). Quando bem resolvido, este processo gera um sentido sólido de identidade; em contrapartida, a sua resolução menos positiva conduz a confusão de papéis, traduzindo-se em sentimentos de incerteza quanto ao futuro e ao lugar na sociedade (Klimstra et al., 2010).

Naturalmente, a multiplicidade de desafios que emergem na adolescência faz deste um período de especial vulnerabilidade para alterações da saúde mental. Estudos recentes salientam a crescente prevalência de perturbações de humor e ansiedade entre adolescentes, demonstrando a necessidade de programas integrados de promoção de competências sociais e emocionais (Mossini, 2024; Ghazal, 2022).

Estima-se que um em cada sete jovens, entre os 10 e os 19 anos, apresente uma perturbação mental, representando 15% da carga global de doença neste grupo etário (OMS, 2024). Metade destas perturbações inicia-se por volta dos 14 anos, mas a maior parte não recebe avaliação e acompanhamento adequados, apesar da sua potencial tratabilidade (UNICEF, 2020). Para além disso, o surgimento de sintomas clinicamente significativos na adolescência aumenta o risco de problemas de saúde mental na idade adulta (Bellis et al., 2014).

A saúde mental e o bem-estar dos adolescentes podem ser influenciados por diversos fatores, nomeadamente acontecimentos de vida negativos, relacionamento com os pares e com a família, consumo de substâncias, perturbações mentais ou ainda a falta de competências

personais e sociais (Lin & Guo, 2024). Em particular, os adolescentes com problemas de saúde mental revelam maior suscetibilidade à exclusão social, ao estigma, a dificuldades educativas, a comportamentos de risco, a problemas de saúde física e a violações dos direitos humanos (OMS, 2024). É, pois, essencial reconhecer a promoção da saúde mental dos mais jovens como uma prioridade política e social, na qual os sistemas de saúde, a educação e a proteção social devem atuar de forma coordenada (Plano Nacional de Saúde Mental [PNSM], Ministério da Saúde, 2021).

Neste contexto, o EEESMP desempenha um papel de relevo, ao implementar uma abordagem centrada no cliente que inclui as experiências e perspetivas individuais (Regulamento n.º 515/2018). Este tipo de intervenção, para além de incidir sobre sintomas e comportamentos, direciona-se também para as causas subjacentes, sejam elas de índole emocional, psicológica ou social. De facto, os EEESMP podem influenciar decisivamente a promoção do bem-estar, o desenvolvimento saudável e a saúde mental dos adolescentes (Regulamento n.º 515/2018).

Com base nestes pressupostos, o presente relatório tem como principal objetivo apresentar uma análise crítica e reflexiva sobre as competências desenvolvidas em contexto de estágio e sobre o processo de tomada de decisão no desenvolvimento do processo de enfermagem, constituindo-se como um requisito para a obtenção do grau de mestre e título de EEESMP atribuído pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 515/2018).

A elaboração do documento seguiu uma metodologia descritiva e reflexiva, permitindo analisar de forma crítica as vivências obtidas ao longo do percurso formativo. O presente relatório foi desenvolvido com recurso à plataforma E4nursing e encontra-se estruturado em três capítulos, que se seguem à presente Introdução. O primeiro capítulo inclui a apresentação e caracterização dos locais de estágio. No segundo capítulo são apresentados 2 estudos de caso, ficcionados, desenvolvidos em 2 contextos distintos, pontuando a pertinência de uma teorização fundamentada — com destaque para a Teoria das Transições de Afaf Meleis — na formação de um EEESMP capaz de responder aos desafios complexos que a adolescência comporta. O terceiro capítulo consiste numa reflexão crítica sobre as competências desenvolvidas, nomeadamente as competências comuns e específicas do EEESMP.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

No presente capítulo procede-se à apresentação e caracterização dos contextos de estágio a que o presente relatório diz respeito. Este decorreu em dois contextos distintos: num Serviço de Psiquiatria da Primeira Infância e Adolescência, que se constitui enquanto resposta diferenciada para esta população, e numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), representando o contexto comunitário.

A caracterização de ambos os serviços, é essencial para compreender as competências desenvolvidas e o percurso realizado, permitindo situar as atividades e o processo reflexivo subjacentes à formação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O estágio teve a duração de 384 horas de contacto na tipologia de estágio, 20 horas na tipologia de seminário e 24 horas na tipologia de orientação tutorial, repartidas pelos dois cenários supracitados.

Contexto de Respostas Diferenciadas - Serviço de Psiquiatria da Primeira Infância e Adolescência

A Rede de Referência Hospitalar da Psiquiatria da Infância e Adolescência contempla estruturas clínicas que apresentam uma carteira de serviços definida consoante a sua tipologia, clarificando que tipo de cuidados devem ser prestados em cada nível. Neste enquadramento, desenvolveu-se o estágio num serviço de Hospital de Dia de Pedopsiquiatria, sediado em duas unidades distintas e integrado num Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência pertencente a uma Unidade Local de Saúde (ULS).

Atualmente, este serviço acompanha cerca de 60 crianças/adolescentes, referenciados pelos Pedopsiquiatras assistentes. A população-alvo integra indivíduos desde o nascimento até aos 18 anos de idade, sendo estratificada em subgrupos conforme as etapas do desenvolvimento psicossocial e biológico: primeira infância (do nascimento aos cinco anos); idade escolar (dos seis aos 12 anos); adolescência (dos 13 aos 18 anos); e, em determinadas situações, inclui-se ainda o jovem adulto, particularmente quando a transição para os Serviços de Psiquiatria de Adultos não está formalmente estabelecida ou garantida. Os cuidados à criança / adolescente são desenvolvidos por uma equipa multidisciplinar (pedopsiquiatras, EEESMP, psicólogos e assistente social), que inclui profissionais com formação específica em Psicoterapia. Além das consultas multidisciplinares dirigidas à criança na primeira infância, o serviço disponibiliza

acompanhamento psicoterapêutico individual e sessões terapêuticas em regime de Hospital de Dia para crianças em idade escolar e adolescentes. As consultas de seguimento são planificadas semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente, em função da necessidade de intervenção psicoterapêutica de cada caso. Existe ainda uma intervenção em grupo orientada para adolescentes e jovens adultos, sob a forma de sessões de Psicodrama, coordenada e desenvolvida pela EEESMP do serviço. A referenciação para este grupo terapêutico é efetuada pelo Pedopsiquiatra, sendo depois realizada uma entrevista ao adolescente/jovem adulto pela EEESMP, a fim de confirmar o cumprimento de critérios de inclusão, a ausência de critérios de exclusão; e a definição de um plano de intervenção adequado.

No decurso deste primeiro momento de estágio, foi fundamental desenvolver atividades que possibilitassem identificar, avaliar e intervir em problemas de saúde mental próprios da pedopsiquiatria; reforçando competências comunicacionais e relacionais e fomentando o autoconhecimento e a autoconsciência inerentes ao papel do Enfermeiro Especialista. Para tal, foi necessário aprofundar conhecimentos científicos sobre as perturbações mais comuns entre as crianças e os adolescentes, bem como os respetivos padrões de funcionamento, e recorrer a instrumentos de avaliação específicos, tais como a Abordagem HEADSS (Home, Education/Employment, Activities, Drugs, Sexuality, Suicide/Depression), o Átomo Social. Estas práticas favoreceram a recolha sistemática de dados, proporcionando uma intervenção atempada e direcionada, ajustada às necessidades de cada pessoa.

Contexto Comunitário - Unidade de Cuidados na Comunidade

O segundo momento de estágio decorreu, tal como já referido, numa UCC. As UCC revelam-se fulcrais na promoção da educação para a saúde, na integração em redes de apoio familiar e na implementação de unidades móveis de intervenção (Ministério da Saúde, 2008). Estruturalmente, as UCC são constituídas por equipas que oferecem serviços diferenciados e de proximidade à população abrangida, procurando fomentar a educação para a saúde, manter as capacidades funcionais dos utentes e prevenir incapacidades, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de indivíduos e famílias, bem como reduzir os custos inerentes aos processos de doença (Ministério da Saúde, 2009).

A UCC em que decorreu o estágio é constituída por uma equipa multidisciplinar de enfermeiros, psicólogos, técnicos superiores de serviço social, nutricionista e assistente técnico. Trata-se de uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, em regime domiciliário e comunitário, destinada essencialmente a pessoas, famílias e grupos em situação de maior risco ou dependência física, funcional ou de doença, carecendo de acompanhamento próximo (Ministério da Saúde, 2008). A principal missão passa por contribuir para a melhoria do estado de saúde da população na sua área geográfica de intervenção,

perseguindo ganhos em saúde. A sua atividade desenvolve-se de forma autónoma, tanto organizativa como técnica, em intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e da ULS, orientando-se pelos Planos Nacionais de Saúde da Direção-Geral da Saúde. Os seus objetivos maiores traduzem-se na continuidade de cuidados, na acessibilidade, na equidade, na qualidade e na satisfação da população.

O desempenho assistencial desta UCC assenta em três áreas principais: gestão da saúde, gestão da doença e intervenção comunitária. O EEESMP integra a equipa no âmbito do Projeto de Apoio ao Cuidador Informal, contribuindo através da realização de consultas de enfermagem de saúde mental específicas para cuidadores informais em situação de stress, bem como na dinamização de Grupos de Ajuda Mútua (GAM) e Grupos de Relaxamento. Também participa em projetos de saúde escolar alinhados com o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), desenvolvendo igualmente atividades específicas de promoção, recuperação e reabilitação da saúde mental em meio escolar.

Paralelamente, esta UCC efetua mensalmente uma consulta de triagem de pedopsiquiatria, com o objetivo de avaliar e encaminhar crianças e adolescentes com perturbações emocionais, comportamentais ou dificuldades do desenvolvimento, após referenciação. Tal abordagem facilita a identificação antecipada de necessidades de intervenção especializada, garantindo, desta forma, um acompanhamento atempado e direcionado. A contribuição mensal do EEESMP em reuniões de tutoria, onde diversos profissionais da comunidade escolar discutem casos clínicos em colaboração com os serviços de pedopsiquiatria e pediatria do desenvolvimento, constitui uma prática preponderante na promoção de saúde mental e no bem-estar dos alunos (Laundy, 2015).

O compromisso desta unidade estende-se, ainda, à prestação de serviços não assistenciais, como o núcleo de apoio à criança e jovem em risco, no qual o EEESMP desempenha o papel de representante da saúde. Essa atuação integrada na consulta de triagem de pedopsiquiatria permite detetar necessidades específicas de cada criança e adolescente e assegurar que sejam eficazmente atendidas, contribuindo para o seu equilíbrio e desenvolvimento global.

Neste segundo momento de estágio, as atividades centraram-se sobretudo na articulação com a comunidade escolar (consulta de mentoria mensal, consulta de triagem pedopsiquiátrica mensal, participação no projeto “Mais Contigo” e na organização de palestras e sessões de educação para a saúde). Destacou-se ainda o trabalho com o cuidador informal em stress, envolvendo consultas de saúde mental (inclusive no domicílio), sessões de relaxamento onde se aplicaram técnicas de respiração diafragmática, imaginação guiada, relaxamento progressivo de Jacobson e modificado; e a dinamização de GAM, evidenciando o contributo específico do enfermeiro especialista em práticas psicoeducativas e psicossociais. Em paralelo, promoveu-se uma atividade de autocuidado destinada à própria equipa da UCC, demonstrando a preocupação com o bem-estar dos profissionais.

3. CASO CLINICO I

Adolescente (14 anos de idade), referenciada para seguimento em Hospital de dia, após ter recorrido ao serviço de Urgência de Pediatria, acompanhada pela mãe, por presença de cortes nas coxas, há cerca de 2 semanas, em contexto de desregulação emocional, sem intencionalidade suicida (ver anexo 1).

3.1. Enquadramento teórico

Adolescência e Saúde Mental

A adolescência é internacionalmente reconhecida como uma etapa crítica do desenvolvimento, caracterizada por rápidas e profundas transformações biológicas, cognitivas, emocionais e sociais (Blakemore, 2019; Sawyer et al., 2018). Neste período, ocorre a transição entre a infância e a idade adulta, que inclui a emergência de novas necessidades sociais, alterações hormonais associadas à puberdade e o início de processos complexos de reorganização cerebral (Blakemore, 2019). Estas mudanças amplas podem favorecer oportunidades de exploração, crescimento e aprendizagem, mas também potenciam vulnerabilidades relevantes do ponto de vista da saúde mental (Lin & Guo, 2024).

De acordo com estudos epidemiológicos como os de Sacco et al. (2024), a maioria das perturbações mentais surge antes dos 24 anos, e perto de 20% dos jovens desenvolvem alguma perturbação psicológica relevante. A meta-análise desenvolvida por Sacco et al. (2024) englobando vários países europeus, revelou que quase um em cada cinco adolescentes apresenta sintomas clínicos de pelo menos uma perturbação mental comum, com destaque para ansiedade, depressão e perturbações de comportamento. Neste período, pode emergir também o risco de comportamentos autolesivos, ideação suicida e perturbações relacionadas com o uso de substâncias (Lin & Guo, 2024; Sawyer et al., 2018).

As razões para esta maior suscetibilidade incluem o próprio timing dos acontecimentos biológicos e neurodesenvolvimentais. Estudos de neuroimagem demonstram que as regiões do cérebro responsáveis pela regulação emocional e controlo dos impulsos — nomeadamente as áreas pré-frontais — encontram-se ainda em maturação no decurso da adolescência (Blakemore, 2019). Em paralelo, o aumento da relevância das relações de pares, a procura de maior independência familiar e a adaptação às pressões académicas contribuem para níveis

elevados de stress, os quais podem agir como gatilhos para o desenvolvimento de psicopatologia (Lin & Guo, 2024; Sawyer et al., 2018).

Por outro lado, fatores de risco como adversidades anteriores— maus-tratos infantis, desestruturação familiar, bullying ou défice de suporte social — podem potenciar alterações neurobiológicas que, somadas a uma menor reserva cognitivo-emocional, aumentam a probabilidade de surgirem perturbações depressivas, de ansiedade ou externas (Hill et al., 2025; Lin & Guo, 2024). Um estudo recente com uma amostra alargada de mais de 11.000 participantes recorreu a técnicas de aprendizagem automática (machine learning) para identificar variáveis preditivas de alta vulnerabilidade psiquiátrica: problemas de sono, vivências adversas e história familiar de doença mental emergiram como fatores de maior impacto (Hill et al., 2025).

Além disso, o contexto socioeconómico pode desempenhar um papel central. Famílias com recursos financeiros limitados, ou que enfrentam situações de desemprego e precariedade, frequentemente vivem sob níveis mais elevados de stress, o que pode dificultar a atenção adequada às necessidades emocionais dos adolescentes (Lin & Guo, 2024). Já as instituições de ensino, quando dispõem de uma cultura escolar positiva e motivadora, funcionam como fator protetor, promovendo o sentido de pertença, relações interpessoais saudáveis e mecanismos de deteção atempada de sinais de mal-estar psicológico (Blakemore, 2019).

Para além do exposto, estudos longitudinais apontam para uma tendência crescente de problemas de saúde mental em adolescentes ao longo das últimas décadas (Sacco et al., 2024). Estes resultados acentuam a importância de um rastreio sistemático dos jovens em ambientes escolares ou clínicos, de modo a identificar precocemente indicadores de risco ou sintomas iniciais. As estratégias de prevenção e intervenção neste âmbito podem incluir:

- **Promoção de Competências Socioemocionais:** Desenvolvimento de resiliência, empatia e competências de regulação emocional (Avanci et al., 2024);
- **Envolvimento Familiar:** Apoio e coaching parental para reforçar laços afetivos e práticas parentais positivas (Yap et al., 2014);
- **Climas Escolares Saudáveis:** Políticas de prevenção do bullying, investimento em equipas multidisciplinares e integração de programas de bem-estar mental no currículo (Gabrielli et al., 2021);
- **Acesso a Cuidados Especializados:** Articulação de serviços de saúde mental e pediatria, com particular atenção aos grupos mais vulneráveis (Sagar & Krishnan, 2017).

Em síntese, a adolescência é uma fase de crescente complexidade e plasticidade, na qual se conjugam elementos de oportunidade e de maior suscetibilidade a condições psiquiátricas. A identificação prévia de fatores de risco, acompanhada por programas de prevenção e intervenções sensíveis ao contexto familiar, escolar e comunitário, é imperativa para a promoção de trajetórias desenvolvimentais saudáveis (Hill et al., 2025; Lin & Guo, 2024; Sawyer et al., 2018; Garaigordobil, 2023).

Humor Depressivo na Adolescência

O humor depressivo, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, versão 2, 2011), caracteriza-se por um estado de humor persistentemente triste ou irritável, associado a baixa autoestima, perda de interesse em atividades habituais e sensação de desamparo. Na adolescência, este estado emocional pode manifestar-se de formas muito variadas, pois o jovem atravessa um período de intensas transformações físicas, psicológicas e sociais (Lu, 2023; Sonuga-Barke et al., 2024).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde/ World Health Organization (2024), a adolescência representa uma fase altamente suscetível ao aparecimento de perturbações emocionais, estando a depressão entre as principais causas de incapacidade e mal-estar psíquico neste grupo etário. A designação de “humor depressivo” nesta faixa etária não é, contudo, sinónimo de um diagnóstico de depressão clínica; porém, constitui muitas vezes uma porta de entrada para uma evolução mais grave do quadro, nomeadamente quando os sintomas se tornam mais intensos ou se prolongam no tempo (Melo et al., 2017).

A sintomatologia associada ao humor depressivo em adolescentes pode incluir tristeza persistente, irritabilidade, alterações de apetite ou sono, fadiga, queixas somáticas e perda de interesse pelas atividades diárias (Melo et al., 2017). Em termos comportamentais, torna-se frequente o desinteresse escolar, maior tendência ao isolamento social e, por vezes, comportamentos de risco (Sonuga-Barke et al., 2024). As causas e os padrões de manifestação variam de indivíduo para indivíduo, sendo que fatores como a pressão académica, os relacionamentos familiares conflituosos, a vivência de bullying ou situações de violência e as desigualdades socioeconómicas podem desencadear ou agravar este estado de humor (Lu, 2023).

Estudos recentes (p. ex.: McEvoy et al., 2023) destacam ainda que o humor depressivo se correlaciona com sintomas ansiosos e, nalguns casos, com comportamentos autolesivos ou ideação suicida, evidenciando a necessidade de uma avaliação atempada por parte dos profissionais de saúde. Deste modo, considera-se que uma abordagem integral do adolescente – que inclua a auscultação ativa dos seus problemas, a promoção de apoio social (entre pares, na família e na comunidade) e a intervenção centrada nas suas necessidades singulares – pode ser decisiva na prevenção do agravamento do quadro (Lu, 2023; WHO, 2024).

Também se sabe que a expressão do humor depressivo se pode manifestar de forma diferente entre raparigas e rapazes. Em muitos contextos culturais, as raparigas apresentam sintomatologia mais direcionada para a tristeza visível e choro fácil, ao passo que nos rapazes pode surgir maior irritabilidade e comportamentos de oposição (Sonuga-Barke et al., 2024). Para a enfermagem, reconhecer estas nuances, bem como o contexto relacional e socioeconómico do adolescente, é crucial para orientar intervenções adaptadas (Melo et al., 2017).

Por fim, enfatiza-se a importância de uma avaliação contínua do estado mental do adolescente com humor depressivo, uma vez que, embora nem sempre se converta numa depressão major, a sua persistência ou exacerbação implica um acompanhamento multidisciplinar e estruturado, voltado para a promoção de competências socioemocionais, suporte psicossocial e, quando necessário, encaminhamento para cuidados especializados (WHO, 2024).

Comportamento Autodestrutivo / Autolesivo

O comportamento autodestrutivo ou autolesivo em adolescentes, por vezes referido como automutilação, autolesão deliberada, self-harm (no meio anglo-saxónico) ou ainda nonsuicidal self-injury (NSSI), consiste num conjunto de condutas em que o jovem provoca ferimentos ou danos ao seu próprio corpo sem a intencionalidade clara de pôr termo à vida (Chaves et al., 2019; Whitlock, 2010). Ainda que muitas vezes se associe a cortes superficiais na pele (“cutting”), pode abranger outras formas de lesão, como queimaduras, escarificações, contusões, mordeduras ou arranhões repetidos. Na classificação mais recente do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5-TR), define-se a categoria de “Comportamento Autolesivo Não Suicidário” enquanto perturbação que merece investigação suplementar, procurando delimitar a sua distinção face a tentativas de suicídio (American Psychiatric Association, 2023).

A prevalência deste tipo de comportamento tem sido objeto de inúmeros estudos ao longo das últimas décadas. Revisões e meta-análises recentes situam a prevalência de autolesão na adolescência em torno dos 16%, mas com variações que dependem do contexto cultural, dos métodos de avaliação e da definição adotada (Farkas et al., 2024; Quarshie et al., 2020). Estudos realizados em diferentes regiões do mundo evidenciam que o fenómeno é transversal a múltiplos ambientes e aparece tanto em amostras comunitárias como em amostras clínicas, embora com taxas mais elevadas neste último contexto (Whitlock, 2010; Bousoño et al., 2021). Dados provenientes de inquéritos em escolas ou em universidades sugerem que muitas vezes o jovem se envolve repetidamente neste tipo de lesão, podendo tal conduta ter lugar em segredo e sem o conhecimento de familiares ou pares (Chaves et al., 2019; Simone et al., 2023; Henshaw et al., 2024).

Quando se discute o comportamento autolesivo, importa clarificar a relação com as ideias ou tentativas de suicídio. Ainda que a maioria dos casos de autolesão não vise diretamente a morte, sabe-se que adolescentes que se envolvem em comportamentos autolesivos podem ter risco aumentado de ideação suicida, sobretudo se existirem perturbações subjacentes como depressão, ansiedade, perturbação de personalidade borderline ou historial de trauma (McEvoy et al., 2023). Nesse sentido, ressalva-se a existência de uma ligação estatística entre a autolesão e comportamentos suicidários ao longo do tempo, embora em boa parte das vezes o objetivo seja, justamente, aliviar um sofrimento intenso e imediato, e não acabar com a própria

vida (Whitlock, 2010; Mars et al., 2019).

A compreensão do comportamento autolesivo passa também pela identificação de fatores de risco e de proteção. Entre os fatores de risco descritos com maior frequência incluem-se experiências de adversidade na infância (abuso físico, sexual ou negligência), fenómenos de bullying, problemas de controlo emocional, baixa autoestima e conflitos familiares persistentes (Chaves et al., 2019; McEvoy et al., 2023). Determinados grupos parecem particularmente vulneráveis, como os jovens com orientação sexual minoritária ou que apresentem quadro de depressão e ansiedade. Sublinhe-se ainda a possível influência de processos de contágio ou imitação social, em particular através de redes sociais e comunidades online, onde a exibição de lesões ou relatos de sofrimento podem reforçar a disseminação do comportamento (Whitlock, 2010).

No que respeita à função que a autolesão desempenha, a literatura aponta para múltiplas motivações. A regulação emocional surge como a explicação mais recorrente: o ato de cortar, queimar ou ferir-se pode momentaneamente diminuir níveis elevados de tensão, angústia ou desespero, gerando um alívio fugaz (Farkas et al., 2024). Em alguns casos, a autolesão adquire contornos de “sinal” para obter atenção ou ajuda dos outros, ainda que, paradoxalmente, o jovem muitas vezes se isole após o ato. Há também situações em que a prática se torna ritualizada dentro de certos grupos, funcionando como marca identitária ou de pertença (Chaves et al., 2019).

O reconhecimento precoce é fundamental na prevenção de possíveis agravamentos, como a escalada para tentativas de suicídio ou o surgimento de sequelas físicas graves. A presença de cicatrizes, uso repetido de vestuário que cubra braços ou pernas em clima quente, pulseiras ou ligaduras que escondam feridas, deve suscitar avaliação por parte de profissionais de saúde e educadores (Whitlock, 2010). A intervenção requer, em primeiro lugar, o despiste de infeções ou complicações decorrentes das feridas, seguindo-se uma abordagem compreensiva do contexto familiar e social, e a averiguação da existência de possíveis perturbações mentais associadas (American Psychiatric Association, 2023).

As estratégias de suporte psicoterapêutico, quando adaptadas à realidade do adolescente, têm demonstrado benefício na redução e interrupção da autolesão. Modelos que combinam técnicas cognitivo-comportamentais (por exemplo, treino de regulação emocional, gestão do stress e estratégias de resolução de problemas) e intervenções familiares mostram resultados positivos (Whitlock, 2010; McEvoy et al., 2023; Yeo et al., 2020; Camp et al., 2023).

Teoria de Enfermagem de Afaf Meleis e o Conceito de Transição

A Teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Meleis, fundamenta-se na compreensão de processos de mudança e de adaptação que as pessoas vivenciam ao longo do ciclo de vida,

especialmente em contextos de saúde e enfermagem. De acordo com Meleis, as transições podem ser entendidas como períodos ou processos de mudança que envolvem fenômenos fisiológicos, psicológicos ou sociais, demandando, muitas vezes, intervenções de enfermagem que facilitem a adaptação a estas novas condições (Meleis, 2010). Partindo de uma perspectiva abrangente, Meleis propõe que os eventos transicionais podem ser categorizados em quatro tipologias principais: desenvolvimento, situacional, saúde-doença e organizacional (Meleis et al., 2000).

Na proposta de Meleis, a experiência de transição é multidimensional, envolvendo fatores como processo, período de tempo, percepção e envolvimento (Chick & Meleis, 1986). Assim, cada tipo de transição pode apresentar distintos níveis de complexidade, mas sempre requer a compreensão de fatores internos (cognitivos, emocionais, comportamentais) e externos (familiares, culturais, institucionais) que influenciam a saúde e o bem-estar (Meleis, 2010). A teoria considera, ainda, a presença de possíveis transições saudáveis — quando a pessoa desenvolve habilidades para lidar com o novo contexto — e transições malsucedidas — quando surgem dificuldades de adaptação, com potenciais repercussões negativas na saúde (Meleis et al., 2000; Im, 2010).

A adolescência representa uma das fases críticas de transição no ciclo vital (Sawyer et al., 2018). Neste período, ocorrem transformações físicas, cognitivas, emocionais e sociais intensas, e é exatamente na dialética entre estas mudanças que emerge o potencial de vulnerabilidade à saúde mental, bem como a oportunidade de crescimento e desenvolvimento saudáveis (Blakemore, 2019). Assim, é possível relacionar a tipologia de transição de Meleis à experiência adolescente:

- **Transição de desenvolvimento:** A passagem da infância para a adolescência exemplifica um processo em que o jovem enfrenta novas tarefas (por exemplo, autonomia, identidade) que reconfiguram o seu lugar na família, na escola e na sociedade.
- **Transição situacional:** Em determinadas circunstâncias, o adolescente precisa mudar-se de um contexto para outro (por exemplo, mudança de cidade, mudança de escola, ou saída de um ambiente de risco para um espaço de proteção), lidando com desafios específicos de adaptação.
- **Transição saúde-doença:** Adolescentes com doenças crônicas podem vivenciar a passagem do cuidado pediátrico para o cuidado no sistema adulto, o que requer preparação e suporte para a continuidade do tratamento (Fair et al., 2010).
- **Transição organizacional:** Em menor escala, pode aparecer quando há reorganização nos serviços de saúde mental infantojuvenil, exigindo que o jovem, a sua família e a equipa profissional realinhem práticas de cuidado e formas de atendimento (Lindmark et al., 2019).

A Teoria das Transições de Meleis, ao focar fatores psicossociais, culturais e ambientais que

influenciam processos de mudança, oferece aos enfermeiros — e outros profissionais de saúde — um quadro sistemático para compreender e intervir nos desafios próprios da adolescência. Por exemplo, na prevenção de perturbações mentais, a teoria sugere identificar pontos fulcrais de mudança (como o início da puberdade), envolver a família e a comunidade (visão ecológica) e promover atividades educativas e estratégias de coping orientadas para a autogestão e empoderamento do jovem (Chick & Meleis, 1986; Neto et al., 2016).

Intervenção do EEESMP no cuidado ao adolescente

O EEESMP assume um papel fundamental na prestação de cuidados diferenciados e especializados na área da saúde mental, abrangendo a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A sua atuação, que se baseia num conjunto de competências regulamentadas, destaca-se não apenas pela compreensão aprofundada dos processos de sofrimento, alteração e perturbação mental, mas também pela capacidade de intervenção psicoterapêutica, sócio-terapêutica e psicoeducacional, apoiando a pessoa, a família e a comunidade ao longo de todo o ciclo de vida. Este trabalho implica um juízo clínico específico e elevado nível de tomada de decisão, sendo muitas vezes determinante para prevenir o agravamento de quadros psiquiátricos e promover a recuperação e a inclusão social de quem se encontra em situação de vulnerabilidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Lundström et al., 2020).

De acordo com o Regulamento n.º 515/2018, o EEESMP mobiliza saberes científicos, técnicos e humanos de forma a otimizar a saúde mental de grupos e indivíduos, desenvolvendo um acompanhamento terapêutico assente em competências de comunicação e relacionamento. Tal prática inclui a realização de diagnósticos de enfermagem no âmbito psicopatológico, bem como a implementação de intervenções psicoterapêuticas de tipologias diversas (por exemplo, reestruturação cognitiva, aconselhamento e treino de competências de coping) (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Como parte integrante das equipas multidisciplinares, o EEESMP atua de forma colaborativa com outros profissionais, como médicos, psicólogos e assistentes sociais, na formulação do plano de cuidados e no seguimento clínico, garantindo a continuidade dos cuidados em contextos comunitários, hospitalares ou de transição entre diferentes níveis de assistência (Sequeira & Sampaio, 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A capacidade de estabelecer e manter uma relação terapêutica é um fator nuclear na atuação do EEESMP, pois possibilita criar um ambiente de confiança em que a pessoa se sente segura para explorar dificuldades e encontrar estratégias de resolução. Nesse sentido, além do domínio de técnicas e modelos de intervenção psicoterapêutica, o especialista em enfermagem de saúde mental recorre a competências comunicacionais avançadas e a um autoconhecimento contínuo, isto é, a consciência de si e do outro enquanto sujeito único, com um contexto, uma história de

vida e um potencial de melhoria. Para isso, integra processos de avaliação sistemática do estado mental, define objetivos de enfermagem específicos e mensuráveis e adota um acompanhamento personalizado, respeitando a autonomia e a participação do utente no seu processo terapêutico (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Através de ações psicoterapêuticas e psicossociais, o EEESMP também é chamado a promover transições saudáveis, seja em momentos críticos (por exemplo, altas hospitalares, mudanças de contexto de cuidados) ou em fases de desenvolvimento (como a passagem para a idade adulta). Este apoio, pautado em diagnósticos de enfermagem sensíveis à saúde mental, permite antecipar riscos, fortalecer fatores de proteção e minorar o impacto de situações de crise. A intervenção pode ocorrer tanto em contexto domiciliário e comunitário, integrando equipas de cuidados primários, como em ambientes hospitalares, lares residenciais ou instituições especializadas em psiquiatria e saúde mental (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Sampaio et al., 2023).

Dessa forma, o EEESMP assume um posicionamento estratégico: ao mesmo tempo que presta cuidados diretos ao utente, participa de forma ativa na coordenação de equipas multidisciplinares, contribuindo para a tomada de decisões clínicas e para a garantia de continuidade e qualidade dos cuidados. A sua ação, orientada por um modelo científico e clínico, está direcionada para a obtenção de melhorias em saúde mental, sejam estas diminuição de episódios agudos, melhoria da adesão aos tratamentos, promoção do insight, prevenção de recaídas ou reabilitação psicossocial (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A literatura salienta ainda o papel deste profissional na formação de pares e na produção de investigação, garantindo uma prática baseada em evidências e sintonizada com as necessidades complexas e em constante evolução no campo da saúde mental (Debyser et al., 2018; Robertson et al., 2024).

Intervenção Psicoterapêutica: Intervenção em Crise

A Intervenção em Crise é uma abordagem psicoterapêutica breve e focada, destinada a auxiliar a pessoa a recuperar ou melhorar o seu nível de funcionamento pré-crise num período que pode variar de uma a doze semanas. A crise, por definição, corresponde a um período de desequilíbrio que se desencadeia após um evento potencialmente perigoso ou altamente stressante, ultrapassando a capacidade de adaptação habitual da pessoa (Sampaio et al., 2023). Assim, a intervenção em crise procura evitar o agravamento do sofrimento, restaurar o equilíbrio emocional e incentivar a aquisição de novas estratégias de coping. Esta metodologia visa restaurar o equilíbrio psicológico e prevenir o agravamento do quadro clínico, funcionando como uma resposta terapêutica imediata e centrada na resolução de problemas (Aguilera, 1998; Roberts & Ottens, 2005). No âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, esta abordagem revela-se particularmente eficaz em situações de humor deprimido e

comportamento autodestrutivo, como a automutilação não suicida, frequentemente observados em adolescentes em sofrimento psíquico intenso. Nestes contextos, a crise representa não apenas um momento de desorganização emocional, mas também uma oportunidade privilegiada de intervenção terapêutica, desde que esta seja realizada de forma empática, competente e atempada (Delgado, Monteiro & Henriques, 2021).

Segundo Caplan (1964), pioneiro na conceptualização da crise como uma rutura temporária do equilíbrio psíquico, a intervenção deve acontecer num espaço temporal curto e privilegiar a escuta ativa, o acolhimento emocional e a mobilização de recursos internos e externos da pessoa. Esta ideia foi posteriormente operacionalizada por Aguilera (1998), que definiu a intervenção em crise como um processo de apoio que ajuda o indivíduo a reorganizar-se emocionalmente, minimizando os danos e promovendo o crescimento pessoal.

De acordo com o modelo dos sete estádios (Roberts & Ottens, 2005), esta intervenção desenvolve-se por etapas que incluem uma avaliação cuidada da situação, a rápida construção de uma relação de ajuda com o utente, a identificação dos principais precipitantes e a exploração de sentimentos e recursos disponíveis. Posteriormente, fomenta-se a geração de novas alternativas e a implementação de um plano de ação centrado na resolução do problema. No final, planeiam-se sessões de seguimento que reforcem a estabilidade alcançada e previnem recaídas.

É essencial, na fase inicial, avaliar a letalidade ou risco iminente, assegurando a segurança do utente e excluindo situações que exijam encaminhamento urgente (por exemplo, risco de suicídio imediato). Durante as sessões, o enfermeiro deve realizar uma avaliação biopsicossocial que inclua histórico de saúde mental, redes de apoio, possíveis consumos de substâncias e estratégias de coping atuais e anteriores. Nos casos em que a pessoa apresente doença mental grave descompensada ou défice cognitivo acentuado, não se recomenda a Intervenção em Crise de curta duração, sendo necessário outro tipo de abordagem ou tratamento (Sampaio et al., 2023). O objetivo central é reduzir rapidamente a intensidade dos sintomas e promover a retoma da autonomia psicológica, desenvolvendo novas competências para lidar com o stress futuro. No final do processo, pretende-se que o utente recupere o funcionamento adaptativo e seja capaz de reconhecer sinais de alerta, reduzindo o risco de uma crise subsequente (Sampaio et al., 2023).

3.2. Clientes

Cliente

Adolescente | Idade: 14 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-21 09:30:00	Aripiprazol 1mg/ml (0,2 ml ao pequeno almoço e 0,3ml ao jantar)	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O aripiprazol é um antipsicótico de segunda geração normalmente indicado para adolescentes com quadros de agitação, impulsividade e sintomas de humor, pois a sua ação farmacológica envolve um perfil atípico que modula de forma parcial os recetores dopaminérgicos D2 e também recetores serotoninérgicos (Coustals et al., 2021; Kirino, 2012). A nível prático, este mecanismo de ação contribui para a estabilização do humor e para uma maior tolerabilidade, uma vez que reduz consideravelmente o risco de efeitos extrapiramidais (vulgarmente associados a antipsicóticos típicos), bem como a possibilidade de hiperprolactinemia ou aumento de peso excessivo (Gettu & Saadabadi, 2025).

Quando prescrito em doses baixas – como é o caso de 0,5 mg/dia para a adolescente em questão –, o aripiprazol pode ajudar a conter a agitação e a impulsividade, além de atenuar sintomas depressivos que por vezes coexistem em perturbações do espectro bipolar, em quadros psicóticos ou até em contextos de ansiedade e irritabilidade (Seshadri et al., 2021; Coustals et al., 2021). A escolha de uma posologia baixa justifica-se pela menor compleição física de jovens e pela maior suscetibilidade a efeitos adversos como aumento de peso, sonolência ou sintomas extrapiramidais. Estudos em adolescentes evidenciam que doses moderadas ou elevadas, acima de 5 mg/dia, podem levar a maior incidência de acatisia e ganho ponderal (Seshadri et al., 2021; Hermans et al., 2023). Deste modo, iniciar com uma dose de 0,5 mg/dia adequa-se à precaução típica nesta faixa etária, permitindo o ajuste progressivo caso seja necessário.

No que diz respeito à segurança, o aripiprazol apresenta um perfil metabólico mais favorável quando comparado a outros antipsicóticos, especialmente no que concerne à síndrome metabólica (por exemplo, aumento de colesterol e glicose) (Kirino, 2012; Gettu & Saadabadi, 2025). Ainda assim, mantém-se a recomendação de monitorização, sobretudo do peso,

perímetro abdominal e dos parâmetros laboratoriais (lipídios e glicemia), dado que, em alguns casos, pode ocorrer aumento de peso ou alterações lipídicas se o medicamento for mantido a longo prazo (Coustals et al., 2021). Além disso, é prudente vigiar eventuais sinais precoces de efeitos extrapiramidais, mesmo que a sua incidência seja substancialmente menor que a verificada com antipsicóticos típicos (Seshadri et al., 2021).

Por fim, a introdução do aripiprazol em adolescentes requer um acompanhamento cuidadoso: a observação regular de eventuais mudanças no humor, no comportamento alimentar e no padrão de sono é essencial. A comunicação entre a equipa de saúde e a família torna-se crucial para ajustar a dose ou identificar efeitos adversos que justifiquem a reavaliação da estratégia terapêutica (Gettu & Saadabadi, 2025). Portanto, a prescrição de 0,5 mg/dia corresponde a uma abordagem criteriosa, adaptada às necessidades de estabilização do humor e controlo comportamental, minimizando riscos metabólicos e neurológicos que poderiam comprometer ainda mais a saúde mental e física da jovem.

3.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
21-10-2024 09:30	Emoção	11-11-2024 09:00
21-10-2024 09:30	Comportamento destrutivo	
21-10-2024 09:30	Autogestão do regime medicamentoso	
21-10-2024 09:30	Autoconceito	

3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

EMOÇÃO

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a emoção é entendida como uma resposta psicobiológica a estímulos internos ou externos. A emoção envolve sentimentos que têm uma manifestação fisiológica e comportamental, e pode refletir aspetos da saúde mental, do bem-estar e da adaptação do indivíduo a diversas situações. A CIPE refere-se a emoções como ansiedade, raiva, tristeza, alegria, entre outras, sendo relevante monitorizá-las para determinar o impacto no estado geral do paciente e, a partir daí, definir intervenções de enfermagem adequadas (International Council of Nurses [ICN], 2019). A avaliação da emoção na enfermagem de saúde mental, baseada na ontologia da enfermagem, envolve diferentes componentes emocionais, como as características do humor, a manifestação de antecipação de

ameaça e, em alguns casos, sentimentos de pesar. Cada uma dessas características pode indicar diferentes tipos de necessidades de cuidados e intervenções (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Os indicadores NOC podem ser úteis para monitorizar a intensidade dos sentimentos de tristeza e perda, identificando a capacidade do adolescente de lidar com essas emoções e as estratégias de enfrentamento utilizadas (Lundberg et al., 2021). Os mesmos fornecem indicadores úteis para a avaliação do estado emocional do paciente, sendo fundamental para medir os resultados das intervenções de enfermagem no campo das emoções. A aplicação desses indicadores permite um acompanhamento contínuo do estado emocional do adolescente, facilitando intervenções mais precisas e eficazes (Herdman & Kamitsuru, 2018; Lundberg et al., 2021).

Revistos os conceitos acima descritos, compreende-se que a adolescente em estudo, experiência indícios de um Humor Depressivo, fruto de uma crise circunstancial, relacionada com a situação familiar. Desta feita foi planeada a entrevista clínica, com recurso ao instrumento NOC "Nível de Depressão (1208)" (Moorhead et al., 2020). Este resultado de enfermagem é composto por vários indicadores comportamentais e subjetivos, e a sua monitorização permite identificar alterações no humor ao longo do tempo, sendo particularmente útil no diagnóstico de enfermagem "Humor Depressivo" (Moorhead et al., 2020). A literatura realça a importância desta avaliação, sobretudo em contextos de sofrimento emocional, como episódios depressivos ou crises de ansiedade (Delgado et al., 2021).

A adolescente em questão relata vivenciar sentimentos de tristeza profunda, desesperança, anedonia e isolamento social. Esses sintomas indicam a presença de um quadro de humor depressivo, caracterizado pela persistência de tristeza e desesperança, além de pessimismo, autodesvalorização, redução no interesse e prazer em atividades anteriormente realizadas e dificuldades de concentração. Esses elementos apontam para a necessidade de priorizar este domínio afetivo, a fim de desenvolver uma intervenção psicoterapêutica que seja adequada às suas necessidades clínicas, visando a promoção do equilíbrio emocional e a melhoria das suas funções cognitivas e sociais. Assim o instrumento, o NOC "Nível de Depressão (1208)", com recurso a alguns indicadores, permitiu avaliar o estado emocional da adolescente em estudo, nomeadamente à presença de indícios de "humor deprimido" (120801), "perda de interesse nas atividades" (12802), ao "prejuízo na concentração"(120804), à presença de "sentimentos de desvalorização" (120807), "tristeza" (120814), "falta de esperança"(120817), baixa autoestima (120819), e "eventos negativos de vida" (120827) (Moorhead et al., 2020).

COMPORTAMENTO DESTRUTIVO

O comportamento destrutivo, segundo a Classificação Internacional para a Prática de

Enfermagem (CIPE), refere-se a ações dirigidas a si próprio ou a terceiros, com potencial de causar dano físico, emocional ou social (International Council of Nurses [ICN], 2019). Este conceito engloba comportamentos como autolesão, agressividade e condutas de risco, frequentemente associados a sofrimento psíquico, especialmente em contextos de vulnerabilidade, como a adolescência.

No contexto do caso clínico em análise, assume-se particular relevância ao comportamento autodestrutivo evidenciado pela adolescente Maria, nomeadamente através do ato de automutilação, manifestado por cortes nas pernas. Este comportamento, já identificado em episódio anterior, configura uma autolesão intencional repetida, sem ideação suicida aparente; mas indicativa de sofrimento psíquico significativo. A partir da identificação da adolescente, e com base na recolha sistemática de dados, incluindo a avaliação da história de saúde, exame físico, e apreciação do estado psicológico e emocional; reconhece-se que este padrão de comportamento está associado a um quadro de humor depressivo, funcionando como um possível mecanismo disfuncional de regulação emocional.

Desta forma, propõe-se a monitorização da evolução do comportamento autodestrutivo da adolescente, mediante a aplicação de critérios padronizados de avaliação clínica. Para tal, recorre-se ao indicador de resultado da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), nomeadamente o "Autocontenção da automutilação (1406)", o qual permite aferir, de forma sistemática, o grau de controlo da adolescente sobre os impulsos autolesivos (Moorhead et al., 2020). Este critério possibilita também a avaliação da eficácia das intervenções psicoterapêuticas implementadas e orienta o processo de tomada de decisão clínica no âmbito dos cuidados de enfermagem em saúde mental.

AUTOCONCEITO

O autoconceito refere-se à percepção que o indivíduo tem de si mesmo, englobando a autoimagem, autoestima e identidade pessoal (ICN, 2019). Alterações nesta dimensão podem manifestar-se como baixa autoestima, autopercepção negativa ou perturbação da identidade, interferindo diretamente na saúde mental (Meleis, 2018). À luz da ontologia da enfermagem, o autoconceito enquadra-se no domínio da Pessoa, refletindo o equilíbrio emocional e psicológico do indivíduo. A sua alteração representa um desequilíbrio subjetivo que pode conduzir a comportamentos como isolamento ou autolesão. Também o ambiente influencia o desenvolvimento do autoconceito, especialmente em adolescentes expostos a rejeição ou instabilidade familiar (Harter, 1999). A autoestima constitui um preditor importante de saúde mental, sendo associada ao risco de comportamentos autolesivos, ao isolamento social e à sintomatologia depressiva (Orth & Robins, 2014).

Desta feita, para a obtenção de dados recorre-se à aplicação de um instrumento psicométrico

que sirva de orientação, alinhado com a conceitualização do fenómeno de estudo. A escala de Rosenberg , é considerada adequada e sensível para adolescentes, pois capta dimensões centrais da autoimagem e da valorização pessoal, que são especialmente instáveis nesta fase do desenvolvimento (Silva & Marturano, 2006). Estudos apontam que ela é útil na identificação precoce de baixa autoestima, associada a comportamentos de risco como automutilação, isolamento, ansiedade e depressão (Melo & Ferreira, 2018). Esta escala avalia a autoestima global por meio de dez afirmações sobre o autoconceito, classificadas segundo uma escala tipo Likert.

A adolescente em questão apresenta sentimentos persistentes de menos-valia e expressa uma opinião distorcida de si mesma, que está em desarmonia com a realidade objetiva. Atribui-se, esta percepção distorcida, à influência de quadro de humor deprimido, que compromete a sua capacidade de avaliar de forma realista as situações e as interações sociais ao seu redor. A adolescente verbaliza sentimentos de inutilidade e manifesta pensamentos autocríticos acerca de si própria, como por exemplo, a crença de que "não faz diferença para ninguém" (sic), o que também se estende à sua avaliação do desempenho escolar, o qual considera inadequado. Além disso, a adolescente demonstra uma autculpa exacerbada, atribuindo-se responsabilidade pela separação dos pais, o que contribui para a desvalorização de quaisquer percepções positivas que possam ser referidas por outros, evidenciando um ciclo de autocrítica e desvalorização contínuo.

No processo de avaliação, foi assim aplicada a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), instrumento validado para uso em adolescentes, permitindo aferir a percepção global de valor próprio. A adolescente obteve um total de 14 pontos, valor que indica uma autoestima muito baixa (Rosenberg, 1965; Santos & Maia, 2003). Esta condição foi compatibilizada com o foco "Autoconceito" da Ontologia de Enfermagem, facilitando o raciocínio clínico e a planificação de cuidados. Os dados obtidos no estudo do fenómeno permitiram identificar baixa autoestima e imagem corporal perturbada, corroborando para o um autoconceito alterado. Contudo, dada a pertinência de suportar, neste momento, a adolescente no desenvolvimento de estratégias para vivenciar a situação em curso (crise), opta-se por monitorizar a sua evolução ao longo da intervenção psicoterapêutica.

Neste enquadramento, foi considerada a reaplicação da escala no final da intervenção psicoterapêutica definida, de modo a avaliar a evolução e a monitorizar a percepção de valor pessoal ao longo do plano de cuidados (Moorhead et al., 2020). A deteção precoce de autoestima diminuída justifica a implementação de intervenções centradas na promoção do autoconhecimento, reforço positivo e valorização pessoal, essenciais para um desenvolvimento emocional saudável durante a adolescência. Contudo, no fenómeno em estudo caracteriza-se pela presença de indícios de humor deprimido, fruto de uma crise situacional vivenciada, que por si só, pode comprometer este mesmo autoconceito, motivo pelo qual opta-se por avaliar a sua evolução.

GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO

A gestão do regime medicamentoso, conforme estabelecido pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019), não se limita apenas à administração de medicamentos, mas envolve uma abordagem abrangente e integral, que inclui a educação da pessoa, a monitorização constante dos efeitos terapêuticos e adversos, e a promoção de estratégias de adesão ao tratamento (ICN, 2019). Este processo reflete uma visão holística do cuidado de enfermagem, alinhada com os princípios da ontologia de enfermagem, que considera a pessoa na sua totalidade, levando em conta suas necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais (Meleis, 2018). A gestão eficaz dos medicamentos é crucial para o controle de doenças e a promoção da saúde, influenciando diretamente o bem-estar da pessoa e sua capacidade de gerir a sua condição de forma autónoma (Herdman & Kamitsuru, 2018).

Segundo Lundberg et al. (2021), a adesão ao regime medicamentoso exige mais do que competência técnica; requer compreensão, aceitação e envolvimento ativo do indivíduo. O enfermeiro, ao educar, monitorizar e ajustar o tratamento, promove a autogestão da saúde e contribui para a segurança e eficácia terapêutica (Herdman & Kamitsuru, 2018). Assim, a gestão medicamentosa deve ser entendida como uma intervenção essencial no cuidado holístico de enfermagem, que integra educação, promoção da saúde e apoio emocional (Meleis, 2018; Lundberg et al., 2021).

A autogestão do regime medicamentoso corresponde à capacidade da pessoa para gerir, de forma autónoma e consciente, a administração da sua terapêutica farmacológica, assegurando a adesão ao plano prescrito, a compreensão do tratamento e o reconhecimento de efeitos adversos, o que contribui para decisões informadas e seguras (Oliveira, 2015). De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018), a prática de enfermagem assume um papel estratégico na capacitação da pessoa para a autogestão do regime medicamentoso, promovendo a adesão terapêutica e contribuindo para a eficácia clínica do tratamento prescrito. Neste âmbito, o enfermeiro atua como facilitador do processo educativo, desenvolvendo intervenções personalizadas que visam esclarecer dúvidas sobre a farmacoterapia, orientar quanto à posologia e horários; bem como assegurar um acompanhamento contínuo, essencial para a monitorização da adesão e identificação precoce de barreiras ou eventos adversos. Por meio de avaliações sistemáticas, são capazes de identificar dificuldades na autogestão medicamentosa e implementar intervenções dirigidas, com o objetivo de superar barreiras e otimizar os resultados em saúde (Novais et al., 2022).

Para além dos focos de enfermagem já identificados, com vista à resposta mais efetiva, e mais rápida quanto possível em resposta à situação de crise identificada; tornou-se também imprescindível considerar como foco a autogestão do regime terapêutico. Confere-se especial relevância, como parte integrante do plano terapêutico, mediado pelo impacto decorrente da

regulação emocional e comportamental, na adolescente em estudo, em situação de crise.

De acordo com Meleis et al. (2000), a autogestão do regime medicamentoso deve ser compreendida no contexto do processo de transição, sendo influenciada por condições facilitadoras e inibidoras, como a consciencialização, o envolvimento ativo, a disponibilidade para aprender, o significado atribuído à terapêutica, a volição e a autoeficácia. A avaliação destes fatores é fundamental para identificar possíveis obstáculos à autogestão e orientar intervenções individualizadas. Embora os dados obtidos durante a entrevista clínica não tenham evidenciado comprometimento na autogestão do regime medicamentoso, considera-se essencial que o EEESMP, mantenha este domínio enquanto foco de ação. Neste sentido, o recurso à avaliação contínua da evolução desse compromisso permite monitorizar possíveis alterações nas dinâmicas de adesão terapêutica, antecipar riscos e reforçar estratégias educativas adaptadas ao estágio de desenvolvimento da adolescente, promovendo assim a sua autonomia e responsabilização no processo terapêutico (Lang, 2024) . Tal monitorização revela-se imprescindível para assegurar que a adolescente compreende, adere e gere, de forma autónoma e adequada, as recomendações relativas ao regime medicamentoso prescrito. Para a avaliação da eficácia do diagnóstico definido relacionado com a evolução da autogestão do regime medicamentoso, foi considerado o resultado Noc “ Comportamento de aceitação do medicamento prescrito (1623)", contemplando como indicadores : 162302, "Obtém os medicamentos necessários"; 162304, "Toma todos os medicamentos nos intervalos prescritos"; 162305, "Toma a dose correta"; 162311, "Segue as precauções dos medicamentos" (Moorhead et al, 2020).

Atendendo à análise do fenómeno em estudo, considera-se pertinente o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem de "Potencial para aumentar o conhecimento da autogestão do regime medicamentoso", sustentado na obtenção do resultado NOC “Conhecimento do medicamento” (1808), com especial enfoque nos indicadores “Efeitos terapêuticos do medicamento” (180819) e “Efeitos colaterais do medicamento” (180805). Verifica-se que a adolescente apresentava conhecimento limitado relativamente à compreensão do uso do psicofármaco, particularmente nestas dimensões (Moorhead et al., 2020). Este diagnóstico revela a necessidade de intervenções educativas específicas, não apenas para capacitar a adolescente na gestão segura da terapêutica, mas também como uma oportunidade estratégica para desconstruir estigmas associados à psicofarmacologia e fomentar a adesão informada ao regime terapêutico.

3.5. Concessão de Cuidados

Autoconceito

21-10-2024 09:30

21-10-2024 09:30 - Não revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal.

21-10-2024 09:30 - Revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho.

21-10-2024 09:30 - Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo.

21-10-2024 09:30 - Não desvaloriza as percepções positivas referidas por outras pessoas.

21-10-2024 09:30 - Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) (Santos & Maia, 2003), pontuação de 14 - "baixa autoestima". Itens: 1-Sinto que sou uma pessoa digna de apreço, pelo menos em pé de igualdade com os outros. -Pontuação 1; 2-Sinto que tenho qualidades positivas - Pontuação 1; 3-Em geral, tendo a pensar que sou um fracasso.- Pontuação 1; 4-Sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.- Pontuação 1; 5-Sinto que não tenho muitos motivos para me orgulhar.- Pontuação 1; 6-Tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo. - Pontuação 1; 7-Em geral, estou satisfeito comigo mesmo. -Pontuação 1; 8-Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo.- Pontuação 1; 9-Às vezes sinto que realmente não presto. - Pontuação 1; 10-Às vezes penso que sou um fracasso. - Pontuação 1.

21-10-2024 09:30 - Autoconceito comprometido

21-10-2024 09:30 - Determinar evolução do autoconceito

21-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do compromisso no autoconceito

11-11-2024 09:00

11-11-2024 09:00 - Não revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal [MANTEVE].

11-11-2024 09:00 - Revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho [MANTEVE].

11-11-2024 09:00 - Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo [MANTEVE].

11-11-2024 09:00 - Não desvaloriza as percepções positivas referidas por outras pessoas [MANTEVE].

11-11-2024 09:00 - Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) (Santos & Maia, 2003), pontuação de 18- "baixa autoestima". Itens: 1-Sinto que sou uma pessoa digna de apreço, pelo menos em pé de igualdade com os outros. -Pontuação 2; 2-Sinto que tenho qualidades positivas - Pontuação 2; 3-Em geral, tendo a pensar que sou um fracasso. - Pontuação 2; 4-Sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas. - Pontuação 2; 5-Sinto que não tenho muitos motivos para me orgulhar. - Pontuação 2; 6-Tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo. - Pontuação 2; 7-Em geral, estou satisfeito comigo mesmo. -Pontuação 2; 8-Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo. - Pontuação 1; 9-Às vezes sinto que realmente não presto. - Pontuação 2; 10-Às vezes penso que sou um fracasso. - Pontuação 1.

Emoção

21-10-2024 09:30

21-10-2024 09:30 - Com indícios de humor depressivo.

21-10-2024 09:30 - Resultado noc " Nível de Depressão (1208)" (Moorhead et al., 2020), indicadores: 120801"Humor deprimido"- Pontuação,2. 120802 "Perda de interesse pelas atividades"- Pontuação,2. 120804 "Concentração prejudicada" - Pontuação, 2. 120807 "Sentimentos de desvalorização"- Pontuação, 2. 120814 "Tristeza" -Pontuação,1. 120817 " Falta de esperança" - Pontuação,2. 120819 " Baixa autoestima" -Pontuação, 2. 120827"Eventos negativos de vida" -Pontuação, 2.

21-10-2024 09:30 - Humor depressivo

21-10-2024 09:30 - Tristeza persistente (há mais de uma semana), Desesperança e pessimismo, Autodesvalorização, Diminuição acentuada de interesse e prazer nas atividades, Dificuldade na concentração.

21-10-2024 09:30 - Noc, "Nível de depressão (1406)" (Moorhead et al., 2020), indicadores: 120801"Humor deprimido"- Pontuação,2. 120802 "Perda de interesse pelas atividades"- Pontuação,2. 120804 "Concentração prejudicada" - Pontuação, 2. 120807 "Sentimentos de desvalorização"- Pontuação, 2. 120814 "Tristeza" - Pontuação,1. 120817 " Falta de esperança" - Pontuação,2. 120819 " Baixa autoestima" -Pontuação, 2. 120827 "Eventos negativos de vida" -Pontuação, 2.

21-10-2024 09:30 - Determinar evolução do humor

21-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do humor depressivo

21-10-2024 09:30 - Melhorar o Humor Depressivo

21-10-2024 09:30 - Planear intervenção em crise

21-10-2024 09:30 - Executar intervenção em crise

21-10-2024 09:30 - Avaliar intervenção em crise

11-11-2024 09:00

11-11-2024 09:00 - Com indícios de humor depressivo [MANTEVE].

11-11-2024 09:00 - Resultado noc " Nível de Depressão (1208)" (Moorhead et al., 2020), indicadores: 120801"Humor deprimido"- Pontuação,3. 120802 "Perda de interesse pelas atividades"- Pontuação,4. 120804 "Concentração prejudicada" - Pontuação, 3. 120807 "Sentimentos de desvalorização"- Pontuação, 3. 120814 "Tristeza" -Pontuação,3. 120817 " Falta de esperança" - Pontuação,3. 120819 " Baixa autoestima" -Pontuação, 3. 120827"Eventos negativos de vida" -Pontuação, 3.

Autogestão do regime medicamentoso

21-10-2024 09:30

21-10-2024 09:30 - Resultado noc " Conhecimento: medicamento (1808)" (Moorhead et al., 2020), indicadores: 180802 "Nome do medicamento "-Pontuação de 5; 180819 "Efeitos terapêuticos do medicamento" -Pontuação de 2; 180810 " Uso correto do medicamento prescrito" -Pontuação de 2.

21-10-2024 09:30 - Resultado noc "Comportamento de aceitação: medicamento prescrito (1623) (Moorhead et al., 2020), indicadores: 162302 "Obtém os medicamentos necessários" -Pontuação de 5 ; 162304 "Toma todos os medicamentos nos intervalos prescritos" - Pontuação de 5; 162305 "Toma dose certa" -Pontuação de 5; 162311 "Segue as precauções dos medicamentos" -Pontuação de 5.

21-10-2024 09:30 - Promover autogestão: regime medicamentoso

21-10-2024 09:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

21-10-2024 09:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

21-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

21-10-2024 09:30 - Ensinar sobre resposta à medicação

21-10-2024 09:30 - Ensinar sobre efeitos secundários da medicação

21-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso

11-11-2024 09:00

11-11-2024 09:00 - Resultado noc " Conhecimento: medicamento (1808)" (Moorhead et al., 2020), indicadores: 180802 "Nome do medicamento "-Pontuação de 5; 180819 "Efeitos terapêuticos do medicamento" -Pontuação de 4; 180810 " Uso correto do medicamento prescrito" -Pontuação de 4.

11-11-2024 09:00 - Resultado noc "Comportamento de aceitação: medicamento prescrito (1623) (Moorhead et al., 2020), indicadores: 162302 "Obtém os medicamentos necessários -Pontuação de 5 ; 162304 "Toma todos os medicamentos nos intervalos prescritos" - Pontuação de 5; 162305 "Toma dose certa" -Pontuação de 5; 162311 "Segue as precauções dos medicamentos" -Pontuação de 5.

Comportamento destrutivo

21-10-2024 09:30

21-10-2024 09:30 - Manifesta comportamentos autodestrutivos.

21-10-2024 09:30 - Não manifesta comportamentos agressivos.

21-10-2024 09:30 - Episódios de corte com x-ato

21-10-2024 09:30 - Cortes mais profundos que superficiais (com atingimento da derme) : presença de cicatrizes.

21-10-2024 09:30 - Comportamento autodestrutivo [RESOLVIDO] 11-11-2024 09:00

21-10-2024 09:30 - Cortar-se.

21-10-2024 09:30 - Determinar evolução do comportamento autodestrutivo

[FIM] 11-11-2024 09:00

21-10-2024 09:30 - Avaliar evolução do comportamento autodestrutivo [FIM]

11-11-2024 09:00

11-11-2024 09:00

11-11-2024 09:00 - Não manifesta comportamentos autodestrutivos [MELHOROU].

11-11-2024 09:00 - Não manifesta comportamentos agressivos [MANTEVE].

11-11-2024 09:00 - Ausência de comportamentos autolesivos.

3.6. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso

- Determinar o conhecimento da adolescente sobre a medicação relativamente aos efeitos terapêuticos e colaterais do medicamento (Butcher et al., 2020)

Ensinar sobre resposta à medicação

- Ensinar a adolescente sobre a ação esperada do medicamento (Butcher et al., 2020)

Avaliar evolução do humor depressivo

- Aplicar resultado no "Nível de depressão (1208)" , indicadores: 120801 "Humor deprimido"; 120804 "Concentração prejudicada";120807 "Sentimentos de desvalorização";120814 "Tristeza";120807 "Falta de esperança";120835 "Pensamentos recorrentes de morte";120819 "Baixa autoestima"(Moorhead et al., 2020).

Avaliar evolução do comportamento autodestrutivo

- Aplicar resultado no "Autocontenção da automutilação(1406)", indicadores: 140604 "Mantém o contrato de não se autolesionar; 140606 "Evita se autolesionar"; 140605 "Mantém o autocontrolo na ausência de supervisão"; 140613 "Utiliza estratégias eficientes de enfrentamento efetivas"(Moorhead et al., 2020).

Ensinar sobre efeitos secundários da medicação

- Ensinar a adolescente sobre efeitos colaterais esperados do medicamento (Butcher et al., 2020)

Avaliar evolução do compromisso no autoconceito

- Aplicar a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

Planear intervenção em crise

- Ver planeamento da intervenção em crise, em anexo 2 .

Executar intervenção em crise

- Fornecer atmosfera de apoio (Butcher et al., 2020)
- Evitar falsas garantias (Butcher et al., 2020)
- Oferecer atmosfera de confiança (Butcher et al., 2020)
- Determinar se a adolescente representa risco para si e para outros (Butcher et al., 2020)
- Iniciar precauções necessárias para proteger a adolescente em risco de dano físico (Butcher et al., 2020)
- Encorajar a expressão dos sentimentos de maneira não destrutiva (Butcher et al., 2020)
- Auxiliar na identificação dos precipitantes e da dinâmica em crise (Butcher et al., 2020)
- Auxiliar na identificação de pontos fortes e habilidades pessoais que sejam usados na resolução da crise (Butcher et al., 2020)
- Auxiliar na identificação de habilidades de enfrentamento passadas/presentes e sua efetividade (Butcher et al., 2020)
- Auxiliar no desenvolvimento de novas habilidades e enfrentamento e de solução de problemas, conforme o necessário (Butcher et al., 2020)
- Auxiliar na identificação de sistemas de apoio disponíveis (Butcher et al., 2020)
- Vincular a adolescente a recursos comunitários conforme necessário (Butcher et al., 2020)
- Fornecer informação sobre como desenvolver e manter sistema(s) de apoio (Butcher et

al., 2020)

- Auxiliar na avaliação de possíveis consequências dos vários cursos de ação (Butcher et al., 2020)
- Auxiliar a adolescente a decidir sobre um curso de ação em particular (Butcher et al., 2020)
- Planear com a adolescente como usar habilidades de enfrentamento adaptativas para lidar com crises no futuro (Butcher et al., 2020)

Avaliar intervenção em crise

- Avaliar com a adolescente se a crise foi resolvida pelo curso de ação escolhido (Butcher et al., 2020)

3.7. Síntese relativa ao caso

Após quatro semanas de intervenção, constatou-se uma evolução positiva em vários domínios da adolescente. Em primeiro lugar, verificou-se uma melhoria nos itens avaliados pelo NOC “Nível de Depressão (1208)”: a pontuação inicial, que se encontrava num nível considerado “grave” (score 1), progrediu para “moderado” (score 3/4), especificamente em dimensões como tristeza, desesperança e sentimentos de desvalorização. Este progresso relativo à “Melhoria do humor”, refletiu-se também na ausência de comportamentos autolesivos, não tendo sido registados novos episódios de automutilação ao longo do período de intervenção, indicador essencial de maior segurança e estabilidade no seu funcionamento diário. Paralelamente, este progresso foi fortalecido por dados obtidos na Escala de Rosenberg, onde se observou uma subida, ainda que discreta, sugerindo indícios de fortalecimento da autoestima (cuja pontuação aumentou de 14 para 18 pontos). A evolução positiva do humor da adolescente, revelou-se determinante para a melhoria da sua autoperceção, assumindo-se a melhoria do humor como catalisador essencial no processo de reconstrução da autoestima e da valorização pessoal.

A introdução do aripiprazol em baixa dosagem, monitorizada cuidadosamente, proporcionou um suporte psicofarmacológico crucial para a estabilização do humor, aliado à minimização de efeitos extrapiramidais ou metabólicos. Este acompanhamento integrado ajudou a “Maria” a gerir de forma mais bem-sucedida a impulsividade e o distress emocional, impulsionando ainda melhorias ao nível da autoconfiança e do autoconceito.

No caso da adolescente em estudo, embora não tenha sido observado um compromisso relacionado com a autogestão do regime medicamentoso, é evidente que a monitorização contínua da sua evolução e o ensino sobre a importância da medicação são fundamentais para a manutenção dos ganhos terapêuticos. A interrupção ou a adesão inconsistente ao tratamento pode resultar em retrocessos no quadro clínico, prejudicando os progressos obtidos e

comprometendo o sucesso da intervenção. Nesta perspectiva considerando-se, a evolução positiva da adolescente, mesmo sem um compromisso da autogestão do regime medicamentoso, reforçando a necessidade de estratégias terapêuticas que não só incentivem a adesão ao regime medicamentoso, mas também promovam o conhecimento sobre os efeitos terapêuticos e colaterais do medicamento. Este conhecimento é vital para garantir que a adolescente se sinta empoderada a seguir com o tratamento, compreendendo o impacto direto que ele tem na sua recuperação emocional e psicológica (Muench & Hamer, 2010). Este envolvimento ativo da adolescente, na terapêutica farmacológica contribuiu para uma maior adesão e consequente alívio dos sintomas.

Em termos psicossociais, notou-se um incremento no envolvimento em atividades escolares, maior abertura no diálogo com o progenitor e redução geral da sintomatologia depressiva, corroborando resultados prévios da literatura que salientam a relevância de intervenções em crise aliadas a apoio psicofarmacológico (Dekel et al., 2023; Adini-Spigelman et al., 2024). Estes resultados evidenciam a eficácia da combinação de estratégias de intervenção breve, centrada na crise, com uma monitorização adequada do regime medicamentoso, de acordo com o que tem sido defendido por diversos autores no âmbito da enfermagem de saúde mental (Wasum et al., 2024; Sampaio et al., 2023; Eapen et al., 2024).

Face aos diagnósticos identificados pelo fenómeno em estudo, considera-se a pertinência da intervenção em crise, em resposta ao humor depressivo identificado como foco prioritário, dando ainda resposta ao comportamento autodestrutivo também apresentado, pelo adolescente retratada no estudo de caso. Justifica-se, portanto, a adoção desta abordagem psicoterapêutica como estratégia prioritária, não só pela sua eficácia em contenção e reorganização emocional imediata, mas também pelo seu potencial em promover a adesão a intervenções posteriores e fortalecer a autonomia e a perceção de controlo do adolescente sobre a sua vida (Roberts & Ottens, 2005; Delgado et al., 2021).

Entende-se que a implementação da intervenção psicoterapêutica "intervenção em crise" foi essencial neste processo. O planeamento das sessões da intervenção psicoterapêutica desenvolvida (em anexo 2), foi sustentado nos pressupostos da intervenção focal e breve, direcionada para um problema específico e temporalmente delimitada, procurando evitar a cronificação do sofrimento psíquico e restaurar o equilíbrio emocional e funcional do adolescente (Sampaio et al., 2023). Este modelo de atuação privilegia a construção de uma aliança terapêutica sólida, o envolvimento ativo da jovem no seu processo de mudança e a promoção de competências adaptativas, respeitando as particularidades do seu ciclo de vida e contexto sociocultural (Oliveira & Santos, 2021). Esta organização segue os princípios de uma intervenção autolimitada no tempo, centrada num problema concreto e procurando restabelecer o equilíbrio funcional do jovem antes que surjam agravamentos ou cronificações (Sampaio et al., 2023).

A jovem “Maria” vivenciou uma situação de crise aguda precipitada pelo divórcio dos pais e pela ausência prolongada da mãe na sua vida diária, culminando em comportamentos autolesivos e num quadro de humor depressivo marcado. Neste contexto, a intervenção em crise incidiu em três elementos essenciais: estabelecimento de uma aliança terapêutica forte, exploração e reforço de estratégias de coping adaptativo e utilização de aripiprazol em dose ajustada à sua idade, tudo num enquadramento de cuidados continuados e articulados. A aplicação estruturada do modelo de intervenção em crise permitiu, num primeiro momento, compreender profundamente o impacto emocional do divórcio parental e a sensação de abandono associada. A equipa, em particular o EEESMP, recorreu a técnicas de escuta ativa, validação emocional e orientação específica para ajudar a adolescente a reavaliar o significado dos acontecimentos disruptivos. Paralelamente, a implementação de estratégias de coping – como o desenvolvimento de competências de autocontrolo e a redefinição de objetivos pessoais. Neste seguimento, é apresentada uma síntese descritiva de cada sessão:

- **Sessão 0:** Centrou-se na empatia e na criação de aliança terapêutica. Realizou-se uma escuta ativa, respeitando eventuais silêncios. Aprofundaram-se dimensões como a autoimagem e as expectativas da adolescente, tal como preconizado no arranque das intervenções em crise (Sampaio et al., 2023).
- **Sessão 1:** Recorreu-se a técnicas de aconselhamento e clarificação para ajudar a adolescente a identificar os elementos precipitantes (por exemplo, divórcio e ausência materna) e a expressar emoções contidas. A expressão verbal das emoções e a narração do acontecimento permitem uma melhor perceção e reestruturação do significado da crise.
- **Sessão 2:** Foram introduzidas e reforçadas estratégias adaptativas, como a escrita expressiva e exercícios de relaxamento. Também se promoveu um apoio familiar mínimo, através do contacto com o pai e a avó materna, para manter uma rede de suporte efetiva (Sampaio et al., 2023).
- **Sessão 3:** Nesta fase, houve foco no treino de autocontrolo. Incentivou-se a adolescente a reconhecer pensamentos automáticos negativos e a recorrer a reestruturação cognitiva (Butcher et al., 2018), num formato breve e orientado para a crise. A consolidação de novas respostas comportamentais e emocionais ajudou a fortalecer a sua capacidade de lidar com stressores futuros.
- **Sessão 4:** Realizou-se uma análise final do percurso, verificando evoluções nos principais indicadores (por exemplo, nível de depressão e comportamento autolesivo). Procedeu-se à reaplicação de instrumentos psicométricos, incluindo os Resultados de Enfermagem (NOC) relacionados com depressão e automutilação, bem como a Escala de Rosenberg, para avaliar o impacto da intervenção no autoconceito. Foram igualmente definidos passos de seguimento (follow-up), com vista a sustentar as melhorias obtidas e prevenir eventuais recaídas (Sampaio et al., 2023).

Considerando a evolução positiva verificada ao longo das sessões, e face à ausência de novos

episódios de automutilação, entendeu-se como pertinente dar termo ao diagnóstico identificado de "comportamento autodestrutivo". Esta decisão fundamenta-se na melhoria observada nos indicadores psicopatológicos e na mobilização de recursos pessoais pela adolescente, em resposta às intervenções centradas na crise. A intervenção breve, possibilitou a elaboração emocional de conteúdos associados ao sofrimento, a ressignificação de experiências e o fortalecimento da autoeficácia, promovendo ganhos em saúde significativos para a adolescente. Neste sentido, sublinha-se a importância da abordagem individualizada e tempestiva, permitindo não apenas a interrupção de padrões destrutivos, mas também a construção de um projeto de vida mais saudável e ajustado.

O papel do EEESMP revelou-se fulcral na articulação das diversas dimensões do cuidado, integrando a intervenção terapêutica, a supervisão clínica e a capacitação da adolescente para um envolvimento ativo e consciente no seu processo de reabilitação emocional. Todavia, identifica-se um défice significativo ao nível do envolvimento familiar, o qual se constituiu como um fator limitador na adequação das rotinas de suporte e na consolidação da rede socioafetiva de apoio. A escassa participação dos elementos familiares em momentos terapêuticos estratégicos comprometeu o reforço de vínculos e a coesão relacional, reconhecendo-se tal lacuna como uma menos valia na promoção de ganhos em saúde e na obtenção de melhorias sustentadas no estado mental de Maria.

Em conclusão, a conjugação de uma intervenção psicoterapêutica centrada na crise, de um regime medicamentoso adaptado e consistente culminou na melhoria clínica de "Maria." A diminuição dos comportamentos autolesivos, a suavização dos sintomas depressivos e o aumento da autoestima constituíram marcos tangíveis do sucesso desta abordagem integrada. Este caso ressalta, portanto, a importância de uma intervenção breve, mas direcionada, onde o acompanhamento contínuo do EEESMP assume um papel central na promoção da saúde mental e na confiança/autonomia da adolescente perante os obstáculos inerentes ao seu contexto familiar.

4. CASO CLINICO II

Lucas tem 15 anos, foi referenciado para Gabinete de Apoio ao Estudante (GAE), após manifestar desejo em cessar o consumo de tabaco, expressando preocupação com os efeitos do tabaco na saúde, especialmente no que diz respeito à sua capacidade física para a prática desportiva (ver anexo 3).

4.1. Enquadramento teórico

Abuso de Tabaco na Adolescência

A adolescência é reconhecida como uma fase de transição de grande relevância, caracterizada por transformações acentuadas do ponto de vista biológico, cognitivo, emocional e social. Para além das alterações físicas associadas à puberdade, que ocorrem habitualmente a partir dos 10 anos e se estendem até meados ou final da segunda década de vida (Sawyer et al., 2018; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine [NASEM], 2019), o adolescente vivencia também mudanças na estrutura e na função cerebral, com implicações no desenvolvimento da identidade, na capacidade de tomada de decisão e na regulação emocional (NASEM, 2019). Embora, por vezes, esta etapa seja associada a comportamentos disruptivos ou de risco, é fundamental salientar que, se apoiada em contextos saudáveis e intervenções baseadas na evidência, pode revelar-se uma “janela de oportunidade” para o florescimento pessoal, relacional e social.

O consumo de tabaco entre adolescentes tem-se revelado um problema de saúde pública a nível global, com diversas estatísticas a indicar prevalências preocupantes (Nazir et al., 2019; Cunha et al., 2020; Vrinten et al., 2022). A iniciação ao tabagismo dá-se, habitualmente, em idades precoces, o que aumenta expressivamente o risco de dependência futura e de complicações para a saúde na vida adulta (Jenssen et al., 2023; Shirazi et al., 2024). Mesmo em contextos onde se têm registado decréscimos do uso de cigarros convencionais, a popularidade dos cigarros eletrónicos (vaping) tem vindo a crescer entre os mais jovens, levantando novas questões sobre a dependência de nicotina (Nazir et al., 2019; Shirazi et al., 2024).

Estudos internacionais demonstram que em alguns países a prevalência de jovens fumadores ultrapassa 15-20%, com diferenças entre sexos e grupos socioeconómicos (Nazir et al., 2019; Cunha et al., 2020). Em certos contextos, os rapazes apresentam taxas mais elevadas de

experimentação e uso regular; contudo, noutros cenários (particularmente em países de alto rendimento), as diferenças de género tendem a esbater-se (Nazir et al., 2019). A exposição ao fumo em casa, a presença de cuidadores fumadores e a existência de amigos que fumam constituem fortes preditores de iniciação tabágica (Vrinten et al., 2022). Além disso, o sedentarismo, o envolvimento em outras substâncias e a ausência de apoios familiares acentuam a probabilidade de manutenção do hábito (Cunha et al., 2020).

A cessação do tabagismo em adolescentes apresenta obstáculos específicos. Por um lado, a influência social e a pressão de grupo dificultam a motivação para deixar de fumar; por outro, do ponto de vista neurobiológico, o cérebro em desenvolvimento demonstra maior sensibilidade à recompensa da nicotina (Shirazi et al., 2024). Assim, quando a dependência se instala, é frequente observar-se grande dificuldade em abandonar a substância. Além disso, a crescente diversidade de produtos de tabaco (incluindo cigarros eletrónicos e sistemas aquecidos) introduz novas formas de dependência que requerem abordagens preventivas e de cessação adaptadas (Nazir et al., 2019; Shirazi et al., 2024). A dependência de nicotina pode ser avaliada, nomeadamente, pela Escala de Fagerström, permitindo estimar a dificuldade na cessação tabágica e orientar intervenções terapêuticas adequadas (Heatherton et al., 1991; Pereira et al., 2020). A mesma é recorrentemente usada para classificar a intensidade dessa dependência (Ferreira, 2009), sendo que pontuações elevadas indicam uma probabilidade acrescida de insucesso nas tentativas de deixar de fumar sem intervenção definida (Rice et al., 2013). A nível fisiológico, a nicotina atua como um reforçador potente, levando a alterações neuroadaptativas que tornam a descontinuação mais complexa. Em paralelo, fatores comportamentais e ambientais – tais como a disponibilidade de produtos de tabaco, a influência dos pares e a publicidade dirigida aos jovens – facilitam a experimentação e a continuidade do consumo (Vrinten et al., 2022; Gabble et al., 2015).

Estudos recentes evidenciam os efeitos do tabagismo crónico em adolescentes e jovens adultos, destacando prejuízos neurocognitivos que comprometem a saúde mental e a qualidade de vida. Embora o foco principal esteja nas funções cerebrais, os autores também reconhecem a relação do tabagismo com doenças respiratórias e cardiovasculares, conforme demonstrado em pesquisas anteriores. (Elatfy et al., 2024). Adolescentes fumadores apresentam também menor capacidade pulmonar, resistência física reduzida e maior frequência de doenças respiratórias. Investigações complementares, indicam que a função pulmonar é significativamente superior em jovens não fumadores que praticam desporto competitivo, em comparação com aqueles que não praticam atividade física (Lorensia et al., 2021).

A prática regular de atividade física está inversamente associada ao tabagismo entre adolescentes. Pesquisas demonstram que jovens que se envolvem em desporto têm menor probabilidade de iniciar o consumo de tabaco e, quando fumam, tendem a consumir menos cigarros (Lorensia et al., 2021). Além disso, a atividade física regular pode atuar como um fator protetor contra o desenvolvimento de hábitos tabágicos. A promoção da atividade física regular

emerge como uma estratégia eficaz na prevenção e cessação do tabagismo, contribuindo para o desenvolvimento saudável dos jovens; considerando-se fundamental implementar políticas públicas e programas educativos que incentivem a prática de exercício físico e ofereçam suporte na luta contra o tabagismo, visando à formação de adolescentes mais saudáveis e ativos (DGS, 2024).

As intervenções eficazes na cessação do tabaco entre os jovens passam por abordagens integradas, que incluem aconselhamento e apoio psicossocial, de que é exemplo a Entrevista Motivacional, associada ou não a terapêuticas de substituição de nicotina, sempre avaliando o risco-benefício em faixas etárias inferiores a 18 anos (Shirazi et al., 2024; Gable et al., 2015). Outro fator promissor diz respeito à utilização de Contingency Management – sistemas de recompensa imediata – que podem ter impacto especial na adolescência, em virtude da maior sensibilidade à recompensa nesta fase do desenvolvimento (Shirazi et al., 2024). Importa, porém, enfatizar a necessidade de abordagens específicas para contextos clínicos e escolares, bem como estratégias de saúde pública que limitem a acessibilidade dos produtos de tabaco e a sua promoção orientada a adolescentes (Jenssen et al., 2023; Nazir et al., 2019).

Em síntese, o abuso de tabaco na adolescência persiste como um fenômeno de grande relevo, com repercussões negativas ao nível da saúde oral e sistêmica. Reconhecer a dependência de nicotina, nomeadamente através de instrumentos como a Escala de Fagerström, é crucial para direcionar intervenções e melhorar as taxas de sucesso na cessação. As políticas de saúde e as intervenções clínicas devem, desta forma, ser multifacetadas, indo ao encontro das especificidades desta faixa etária, para efetivamente travar a iniciação e a progressão do consumo de tabaco na juventude.

Entrevista Motivacional

A Entrevista Motivacional (EM) constitui uma abordagem centrada na pessoa, direcionada para promover e reforçar a motivação intrínseca e a autoeficácia na mudança de comportamentos (Miller & Rollnick, 2013; Dias, 2009). Fundamenta-se em princípios como a expressão de empatia, o desenvolvimento de discrepância entre objetivos e comportamentos, a gestão da resistência e o reforço da autoeficácia, considerando a ambivalência como um fenômeno natural e não como uma falha da pessoa. Nesse seguimento, a EM complementa-se frequentemente com o Modelo Transteórico de Mudança (Prochaska & DiClemente, 1982), que descreve estádios evolutivos do processo de transformação: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção (podendo advir recaídas, que voltam a posicionar a pessoa nalgum estágio prévio). O mesmo modelo, descreve a mudança comportamental como um processo em etapas. Na pré-contemplação, o indivíduo não reconhece a necessidade de mudança ou não tem intenção de agir num futuro próximo. Já na contemplação, reconhece o

problema e considera mudar, embora ainda sem compromisso firme (Prochaska et al., 2015).

A EM, enquanto abordagem colaborativa, diretiva e empática, visa mobilizar a motivação intrínseca para a mudança através da exploração dos valores, metas e preocupações do próprio jovem (Miller & Rollnick, 2013). Esta abordagem revela-se particularmente adequada no trabalho com adolescentes, permitindo criar um espaço de escuta ativa, sem julgamento, em que o jovem se sente valorizado nas suas escolhas e respeitado na sua autonomia (Teixeira et al., 2021). O processo é orientado em por quatro etapas fundamentais: engajamento, focagem, evocação e planeamento da mudança, ajustando a linguagem e os objetivos à etapa motivacional em que o jovem se encontrava (Rosário et al., 2022). Integrada no Modelo Transteórico de Mudança, a EM, oferece um enquadramento flexível e humanista para lidar com comportamentos aditivos ou outros em que há ambivalência. A intervenção centra-se na exploração guiada de valores e metas pessoais, com o objetivo de ampliar a discrepância entre o estado atual e o desejado, ao mesmo tempo que se promovem competências autorregulatórias e se fortalece a autoconfiança necessária à concretização sustentada da cessação.

Assim, a EM enfatiza o respeito pelo ritmo e processo individual de cada indivíduo, um aspecto fundamental para a criação de um ambiente terapêutico colaborativo, no qual a pessoa não é apenas receptor da intervenção, mas participante ativo do processo de mudança. Esse caráter colaborativo promove uma aliança terapêutica que facilita a exploração de alternativas comportamentais e fortalece a confiança da pessoa na sua capacidade de realizar mudanças sustentáveis. Dentro do Modelo Transteórico de Mudança, a EM emerge como uma ferramenta poderosa para a promoção de mudanças comportamentais sustentáveis, uma vez que respeita as fases e os estádios de prontidão para a mudança de cada indivíduo (Prochaska, Redding, & Evers, 2015). Portanto, ao incentivar a reflexão interna e a colaboração ativa, a Entrevista Motivacional, posiciona-se como uma abordagem que não depende da imposição externa, mas sim do processo de autoexploração e tomada de decisão da pessoa.

A EM, em conjunto com o Modelo Transteórico de Mudança, oferece um suporte crucial na promoção de mudanças comportamentais significativas, sendo uma ferramenta indispensável para a prática de enfermagem em saúde mental, especialmente no tratamento de comportamentos aditivos e distúrbios relacionados à ambivalência frente à mudança (Smedslund et al., 2011).

4.2. Clientes

Cliente

Adolescente | Idade: 15 anos | Masculino

4.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
06-01-2025 12:00	Comportamento aditivo	

4.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

COMPORTAMENTO ADITIVO:USO DO TABACO NA ADOLESCÊNCIA

No contexto da adolescência ,o uso do tabaco, configura-se como um comportamento aditivo, caracterizado por padrões compulsivos de consumo, perda de controlo e práticas repetitivas, a manutenção do hábito apesar das consequências adversas à saúde (APA,2022). Este padrão evidencia não apenas a vulnerabilidade neurocomportamental típica desta fase do desenvolvimento, mas também a necessidade de intervenções precoces e diferenciadas que integrem a avaliação da motivação, a educação para a saúde e o reforço de estratégias de coping adaptativas (WHO, 2021). Inserido no domínio da ontologia de enfermagem, tal comportamento deve ser compreendido à luz das dimensões da pessoa (adolescente em fase de desenvolvimento biopsicossocial), do ambiente (influência de pares, media e contexto familiar), da saúde (impactos físicos e psicológicos do tabagismo precoce) e do cuidado de enfermagem (promoção da cessação e prevenção de recaídas) (Meleis, 2018; Herdman & Kamitsuru, 2018). Trata-se, assim, de um fenómeno complexo que exige abordagens integradas e centradas na pessoa (Meleis, 2018; Herdman & Kamitsuru, 2018; Lundberg et al., 2021).

No caso clínico em análise, o adolescente manifesta motivação intrínseca para cessar o consumo de tabaco, o que representa uma condição facilitadora de transição comportamental positiva (Meleis et al., 2000). A avaliação clínica integra a aplicação de instrumentos psicométricos em complementariedade com os dados recolhidos nos Domínios e Focos de

Atenção da Ontologia de Enfermagem, possibilitando uma abordagem centrada e direcionada ao adolescente. Para apoiar o processo de cessação do consumo recorreu-se à Escala de Fagerström, instrumento validado que quantifica o grau de dependência nicotínica, permitindo aferir grau de dependência (Ferreira, 2009) e identificar o nível de intervenção necessário (Heatherton et al., 1991). Esta escala foi desenvolvida por Heatherton e colaboradores (1991), e trata-se de um instrumento breve e vastamente utilizado para avaliar a dependência física da nicotina em fumadores. É composto por 6 itens, com pontuação total de 0 a 10, classificando a dependência como baixa (0-3), moderada (4-6) ou elevada (7-10). Em Portugal, foi adaptado e validado por Ferreira et al. (2009), apresentando elevada fiabilidade teste-reteste ($r = 0,990$) e coerência interna moderada ($\alpha = 0,660$). No caso em análise, obteve-se pontuação de 5 a 6 (dependência moderada).

Paralelamente, recorre-se ao Teste de Richmond (Richmond & Webster, 1993), para avaliar o nível de motivação para cessar o consumo; contribuindo para o planeamento de estratégias de enfermagem centradas na pessoa, como a educação para a saúde, o reforço da autoeficácia e o acompanhamento motivacional contínuo. Trata-se de instrumento breve de avaliação da motivação para deixar de fumar, composto por 4 questões, com uma pontuação total que varia entre 0 e 10 pontos. Foi utilizado no estudo de cessação tabágica, descrito por Rebelo (2008), em conjunto com uma escala analógica. O teste avalia a prontidão e intenção do fumador para abandonar o tabaco, ajudando na construção de planos de cessação personalizados. No presente caso, obteve-se o score 7, indicando motivação moderada para deixar de fumar.

No mesmo plano, considera-se o resultado NOC: “Comportamento de Cessação do Tabagismo (1625)”, que monitoriza atitudes e ações do adolescente direcionadas à interrupção do uso do tabaco (indicador 162528, "Elimina o uso do tabaco" (Moorhead, 2020). A análise destes dados mediou a evolução do consumo, de forma a conceber intervenções de enfermagem eficazes e individualizadas (Moorhead et al., 2020) e centradas no adolescente em estudo.

Estes resultados orientam a atuação do EEESMP, promovendo intervenções educativas, motivacionais e de suporte, centrados no adolescente, e ajustadas ao seu grau de dependência e disposição para mudar. Esta abordagem integrada reforça a autoeficácia do adolescente, contribui para o controlo do comportamento aditivo e promove o desenvolvimento de estratégias de coping saudáveis, essenciais à reconstrução da identidade e autonomia juvenil. Deste modo, a integração de instrumentos de avaliação com o referencial ontológico de enfermagem permite personalizar o cuidado, atuando na redução do risco de recaída e no fortalecimento da adesão a comportamentos saudáveis, fundamentais na construção da identidade e autonomia do adolescente.

4.4. Conceção de Cuidados

Comportamento aditivo

06-01-2025 12:00

06-01-2025 12:00 - Uso de álcool: uso regular sem disfuncionalidade.

06-01-2025 12:00 - Uso de tabaco: uso regular que causa disfuncionalidade.

06-01-2025 12:00 - Uso de drogas: sem uso de drogas.

06-01-2025 12:00 - Fumador diário: cerca de 6 cigarros/dia

06-01-2025 12:00 - Teste de Richmond (Richmond, Kehoe, & Webster, 1993), "motivação para deixar de fumar": score de 7 (motivação moderada), itens: 1-"Gostarias de deixar de fumar se fosse fácil de fazê-lo" - Pontuação de 1. 2-" Quão interessado estás em parar de fumar?" - Pontuação 2. 3- "Vais tentar parar de fumar nas duas próximas semanas " - Pontuação 2. 4-"Acreditas que serás um ex-fumador dentro de seis meses?" -Pontuação 2.

06-01-2025 12:00 - Escala de Fagerstrom (Heatherton et al., 1991): score de 5 (dependência moderada), itens: 1- "Quanto tempo depois de acordar fumas o seu primeiro cigarro?" -Pontuação de 2. 2- " Achas difícil não fumar em locais onde é proibido (ex: escola, cinema, transportes)?" -Pontuação 0. 3 -" Qual cigarro do dia seria o mais difícil de abdicar?" -Pontuação 1. 4 -" Quantos cigarros fumas por dia?" -Pontuação 0. 5 -"Fumas mais frequentemente durante as primeiras horas após acordar do que no resto do dia?" - Pontuação 1. 6- "Fumas mesmo quando está tão doente que passa a maior parte do dia na cama?" -Pontuação 1.

06-01-2025 12:00 - Abuso do tabaco

06-01-2025 12:00 - Determinar evolução do abuso do tabaco

06-01-2025 12:00 - Avaliar evolução do abuso do tabaco

06-01-2025 12:00 - Promover motivação para cessação tabágica

06-01-2025 12:00 - Planear entrevista motivacional

06-01-2025 12:00 - Executar entrevista motivacional

06-01-2025 12:00 - Avaliar motivação para cessação tabágica

06-01-2025 12:00 - Avaliar entrevista motivacional

03-02-2025 12:00

03-02-2025 12:00 - Uso de álcool: uso regular sem disfuncionalidade [MANTEVE].

03-02-2025 12:00 - Uso de tabaco: uso regular que causa disfuncionalidade [MANTEVE].

03-02-2025 12:00 - Uso de drogas: sem uso de drogas [MANTEVE].

03-02-2025 12:00 - Fumador diário: cerca de 3-4 cigarros/dia

03-02-2025 12:00 - Teste de Richmond (Richmond, Kehoe, & Webster, 1993), "motivação para deixar de fumar": score de 9 (motivação elevada), itens: 1-"Gostarias de deixar de fumar se fosse fácil de fazê-lo" - Pontuação de 1. 2-" Quão interessado estás em parar de fumar?" - Pontuação 3. 3- "Vais tentar parar de fumar nas duas próximas semanas " - Pontuação 2. 4-"Acreditas que serás um ex-fumador dentro de seis meses?" -Pontuação 3.

03-02-2025 12:00 - Escala de Fagerstrom (Heatherton et al., 1991): score de 3 (dependência baixa), itens: 1."Quanto tempo depois de acordar fumas o seu primeiro cigarro?" -Pontuação de 1. 2- " Acha difícil não fumar em locais onde é proibido (ex: escola,

cinema, transportes)?" -Pontuação 0 3 -" Qual cigarro do dia seria o mais difícil de abdicar?" -Pontuação 1. 4 -" Quantos cigarros fumas por dia?" -Pontuação 0. 5 -"Fumas mais frequentemente durante as primeiras horas após acordar do que no resto do dia?" - Pontuação 1. 6- "Fumas mesmo quando está tão doente que passa a maior parte do dia na cama?" -Pontuação 0.

4.5. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do abuso do tabaco

- Aplicar Escala de Fagerström , score de 5 (dependência moderada)
- Resultado no "Comportamento de cessação do tabagismo (1906)", indicador 162528" Elimina o uso do tabaco"(Moorhead et al., 2020)

Planear entrevista motivacional

- Planeamento da Entrevista Motivacional em anexo 4 .

Executar entrevista motivacional

- Determinar a motivação do adolescente para mudar (Butcher et al., 2020)
- Auxiliar o adolescente a identificar pontos fortes e reforça-los (Butcher et al., 2020)
- Reforçar decisões construtivas sobre necessidades de saúde (Butcher et al., 2020)
- Oferecer reforço positivo para as decisões tomadas pelo adolescente de maneira independente (Butcher et al., 2020)
- Encorajar o adolescente a examinar o seu próprio comportamento (Butcher et al., 2020)
- Identificar o comportamento a ser alterado (comportamento alvo) em termos específicos e concretos (Butcher et al., 2020)
- Fragmentar o comportamento a ser alterado em unidades menores e mensuráveis do comportamento (número de cigarros fumados por dia) (Butcher et al., 2020)
- Determinar se o comportamento alvo identificado precisa ser aumentado, diminuído ou apreendido) (Butcher et al., 2020)
- Aconselhar (Dias, 2009)
- Remover barreiras (Dias, 2009)
- Oferecer opções de escolha (Dias, 2009)
- Diminuir a vontade (Dias, 2009)
- Praticar a empatia (Dias, 2009)
- Dar feedback (Dias, 2009)
- Clarificar objetivos (Dias, 2009)
- Proporcionar ajuda ativa (Dias, 2009)
- Facilitar o envolvimento da família no processo de modificação, conforme apropriado (Butcher et al., 2018)

Avaliar motivação para cessação tabágica

- Aplicar teste de Richmond (motivação para deixar de fumar) (Richmond & Webster, 1993)

Avaliar entrevista motivacional

- Solicitar ao adolescente feedback sobre como ele percebeu a intervenção, sua utilidade e o impacto na sua motivação (Sampaio & Sequeira, 2020)
- Observar se o adolescente demonstra maior clareza ou compromisso com o processo de mudança após a entrevista motivacional (Sampaio & Sequeira, 2020)

4.6. Síntese relativa ao caso

No término da intervenção, o adolescente mostrou um progresso considerável na redução do consumo de tabaco, passando de 5-6 para 3-4 cigarros/dia. Em paralelo, registou-se um aumento no score de motivação no Teste de Richmond (de 7 para 9), indicando maior predisposição para a cessação. A avaliação segundo o NOC “Comportamento de Cessação do Tabagismo (1625)” (Moorhead et al., 2020) evidenciou evolução positiva no indicador relacionado com “elimina o uso do tabaco (indicador 162528)”; verificando-se uma redução do consumo, alterando -se de “raramente demonstrado”(score 2), para “algumas vezes demonstrado”(score de 3).

A Entrevista Motivacional (EM) revelou-se uma ferramenta eficaz para abordar a ambivalência do adolescente face à cessação tabágica, promovendo a responsabilização e o envolvimento ativo no processo de mudança. Esta abordagem confirmou os resultados de diversos estudos (Kumar et al., 2022; Brown et al., 2023), que destacam o impacto positivo da EM na redução de consumos entre adolescentes. Tal como descrito por Miller e Rollnick (2013), o uso de perguntas abertas, escuta reflexiva e reforço da autoeficácia foi determinante para fomentar a motivação intrínseca, respeitando o ritmo e os valores do adolescente.

Ainda que a Entrevista Motivacional esteja orientada para a promoção da mudança comportamental, no presente contexto, a sua aplicação visa, sobretudo, potenciar a motivação intrínseca para a cessação tabágica, através da resolução da ambivalência e do reforço do compromisso com o processo de mudança. Contudo, apesar da efetiva utilização da EM no contexto da intervenção, verificou-se que as ações específicas dirigidas à avaliação e promoção da motivação para a cessação tabágica não se encontram padronizadas na ontologia das intervenções de enfermagem. Este constrangimento levou à necessidade de redefinir o objetivo terapêutico, passando da “cessação do consumo de tabaco” para a promoção da motivação para cessar, um passo prévio e realista que respeita o estágio de mudança identificado. Esta decisão refletiu a adequação da intervenção ao momento clínico do adolescente, favorecendo um cuidado personalizado e centrado na pessoa.

No caso do “Lucas”, observa-se uma verbalização de desejo de alterar o comportamento, mas sem ter iniciado efetivamente a cessação do consumo de tabaco, sugerindo que se encontra na

fase de contemplação ou a transitar para a preparação. Segundo o modelo descrito por Sampaio et al. (2023), a execução da Entrevista Motivacional em contexto de enfermagem segue alguns passos essenciais. Na primeira sessão de avaliação, o enfermeiro procede a uma escuta ativa, permitindo ao utente expor livremente as suas preocupações e história de consumos. A partir daí, identifica a fase de mudança em que o “Lucas” se situa, avalia a ambivalência e clarifica as metas que o próprio se propõe atingir. Nesta etapa inicial, é crucial criar um ambiente de aceitação e não julgamento, reafirmando que a mudança depende essencialmente do próprio utente, enquanto o enfermeiro facilita a exploração e a descoberta de razões e possibilidades de alteração do comportamento (Registered Nurses Association of Ontario [RNAO], 2015). Práticas como colocar questões abertas (“O que o levou a pensar em deixar de fumar precisamente agora?” ou “Que aspetos positivos retirou até hoje do consumo de tabaco?”) ajudam o utente a reconhecer a disparidade entre o comportamento atual e os valores ou objetivos futuros (Miller & Rollnick, 2013).

Ao longo das sessões seguintes, reforça-se a implicação do “Lucas” na identificação das barreiras e dos facilitadores para a mudança. Se, por um lado, há benefícios percebidos no ato de fumar (por exemplo, alívio momentâneo do stress ou identificação grupal), por outro, há consequências negativas (como o risco para a saúde ou o desconforto psicológico de manter um hábito indesejado). Assim, a estratégia de “balança decisória” pode clarificar os prós e contras do comportamento, intensificando a consciência de que permanecer na situação atual pode colidir com os seus objetivos de saúde ou de bem-estar (Cunha, 2011; Dias, 2009).

É igualmente importante avaliar e gerir a resistência que possa surgir. No caso de a pessoa expressar crenças contraditórias ou mostrar relutância, a resposta do enfermeiro deve incluir reflexões empáticas, evitando argumentações diretas que possam desencadear atitudes defensivas (Miller & Rollnick, 2013). O objetivo é levar o “Lucas” a ouvir-se, a aprofundar a própria análise e a aproximar-se, gradualmente, de um compromisso mais firme com a mudança.

À medida que “Lucas” avança para a fase de preparação ou ação, o enfermeiro pode apoiá-lo na construção de um plano específico, incluindo metas exequíveis de redução ou cessação, identificação de estratégias para lidar com impulsos e envolvimento de redes de suporte. A clarificação de objetivos e a oferta de escolhas (ex.: redução progressiva vs. cessação imediata, acompanhamento adicional, modalidades de ajuda externa) permitem ao adolescente assumir um papel ativo e autónomo na condução do processo (Miller & Rollnick, 2013; Sampaio et al., 2023). Se, em algum momento, ocorrer recaída, cabe ao enfermeiro adotar uma postura de não-culpabilização, abordando-a como parte do ciclo de mudança, incentivando o aproveitamento do que foi aprendido para retomar o processo. Nessa fase, a prática de afirmações positivas (elogiando o esforço já despendido e reconhecendo pequenos progressos) e a reformulação de objetivos mostram-se fulcrais para o reforço da motivação (Jungerman & Laranjeira, 1999; Miller & Rollnick, 2013).

Em síntese, a Entrevista Motivacional, integrada no Modelo Transteórico de Mudança, oferece um enquadramento flexível e humanista para lidar com comportamentos aditivos ou outros em que há ambivalência. No caso do “Lucas”, que aparentemente se encontra na contemplação/preparação para deixar o tabaco, a ênfase recai em ajudá-lo a explorar valores e metas, ampliar a discrepância entre o seu estado atual e desejado, e promover competências e confiança para concretizar a cessação de forma sustentada. O adolescente “Lucas” apresentava desejo de parar de fumar, embora manifestasse incerteza quanto à capacidade de o fazer. A implementação da Entrevista Motivacional forneceu um ambiente livre de julgamento, permitindo-lhe reconhecer e valorizar as suas próprias razões para a cessação. Ao longo das sessões, observaram-se progressos significativos na redução do número de cigarros consumidos, bem como um aumento notório da motivação e da perceção de autoeficácia.

Este quadro reflete-se também em ganhos concretos no dia a dia, nomeadamente na melhoria do desempenho físico durante a prática de futsal, bem como numa maior consciência dos riscos do tabagismo (Köksoy & Kara, 2021). A promoção da atividade física pode representar uma estratégia motivacional particularmente eficaz no processo de cessação tabágica entre adolescentes. A prática regular de exercício físico está associada à redução do desejo de fumar e a uma menor probabilidade de recaída, funcionando como uma alternativa comportamental saudável ao consumo de nicotina. Neste contexto, a inclusão da atividade física como componente coadjuvante da intervenção de enfermagem revela-se pertinente, especialmente quando associada a critérios de resultado como o NOC “Controlo de riscos: uso do tabaco” (Moorhead et al., 2020). No entanto, importa reconhecer que, apesar da relevância desta estratégia, a sua operacionalização não ficou refletida no plano formal de cuidados. Esta ausência, ainda que justificável, pode ser compreendida à luz da abordagem centrada na pessoa adotada ao longo da intervenção, onde a temática foi explorada no âmbito da entrevista motivacional. De facto, o adolescente identificou o desempenho desportivo como um dos principais motivos para procurar ajuda na cessação tabágica, o que evidencia o papel central da atividade física na sua motivação intrínseca para a mudança. Assim, embora não tenha sido formalmente inscrita como intervenção no plano de cuidados, esta dimensão foi considerada no processo terapêutico e contribuiu para o alinhamento entre os objetivos clínicos e os interesses pessoais do adolescente. Esta reflexão evidencia a importância de integrar, sempre que possível, os interesses e motivações individuais nas intervenções estruturadas, valorizando a escuta ativa e a negociação de objetivos terapêuticos como componentes fundamentais do cuidado em saúde mental e psiquiátrica centrado na pessoa.

Paralelamente, torna-se evidente a importância de trabalhar de forma continuada com a família, tendo em conta a presença de conflitos e a existência de modelos fumadores no domicílio, que podem atuar como fatores de risco e comprometer a sustentabilidade dos resultados a longo prazo. Assim, a EM funcionou como ponto de partida para a mudança, mas deve ser complementada por uma abordagem sistémica e integrada, que envolva os contextos

significativos do adolescente. Neste contexto, o papel do EEESMP no meio escolar/comunitário mostra-se primordial para a realização de intervenções breves e o devido encaminhamento para outros recursos de apoio, sempre que se justifique (Mendes, 2021).

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

COMPETÊNCIAS COMUNS

O presente capítulo apresenta uma análise crítico-reflexiva do desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no âmbito do Estágio de Natureza Profissional que culmina com este Relatório Final. A adoção de uma visão de prática avançada, alicerçada na Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010) enquanto referencial teórico, é de especial importância para o cuidado à população adolescente, pois valoriza o reconhecimento das múltiplas mudanças (biopsicossociais e contextuais) que caracterizam esta fase do ciclo de vida. Além disso, a integração dos padrões de qualidade dos enfermeiros especialistas (nomeadamente, a ênfase na redução do estigma e no estabelecimento de uma relação psicoterapêutica eficaz) revela-se de suma importância para a prestação de cuidados diferenciados e de excelência.

O Enfermeiro Especialista (EE) é o profissional de enfermagem que detém competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados especializados numa determinada área (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Tais competências são decisivas para garantir a qualidade e a eficácia dos cuidados de enfermagem especializados prestados em diferentes contextos. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, as Competências Comuns do EE encontram-se agrupadas em quatro domínios:

1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A);
2. Melhoria Contínua da Qualidade (B);
3. Gestão dos Cuidados (C);
4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (D).

A aquisição das competências do EE resulta de um processo sistematizado, onde se integram conhecimentos teóricos aprofundados, experiências práticas e uma reflexão constante sobre a prática profissional. Segue-se, deste modo, a reflexão sobre cada um dos domínios identificados.

A. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

No Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, cabe ao Enfermeiro Especialista

desenvolver “uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (A1) e garantir “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (A2) (Regulamento nº 140/2019, p. 4746-4747).

A1. Prática Profissional Ética e Legal

O desenvolvimento da primeira competência subdivide-se em três unidades (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746): “Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas”; “Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade”; “Avalia os processos e os resultados da tomada de decisão”.

No âmbito desta competência destaca-se a importância de construir estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente. De facto, a decisão terapêutica não pertence exclusivamente aos profissionais de saúde, devendo ser partilhada com o utente, que manifesta a sua vontade, decidindo se aceita ou não a estratégia terapêutica proposta (Ordem dos Enfermeiros, 2023). A conceção do projeto de saúde individual deve ser uma colaboração contínua entre o enfermeiro e a pessoa, reconhecendo que as preferências, valores e desejos do indivíduo, podem diferir das recomendações profissionais (Elwyn et al., 2012). Tal postura alinha-se com o princípio da autonomia (Beauchamp & Childress, 2001), que reconhece a capacidade do indivíduo para tomar decisões informadas acerca da sua própria saúde, fundamentadas nos seus valores, crenças e preferências pessoais. O reconhecimento e respeito por essa autonomia implicam que o enfermeiro atue não apenas como um especialista técnico, mas também como um parceiro no cuidado, promovendo uma relação terapêutica centrada na pessoa (Phaneuf, 2002). Dessa forma, a elaboração do projeto de saúde individual deve resultar de uma colaboração contínua entre o profissional de enfermagem e o adolescente, considerando que as escolhas deste podem, por vezes, divergir das recomendações clínicas, sem que isso comprometa a legitimidade ou a qualidade do processo de cuidados; promovendo a orientação da “tomada de decisão na observância da deontologia profissional” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746).

Ainda no contexto da deontologia profissional, importa salientar que o EE sustenta as práticas clínicas nos valores universais da relação profissional: igualdade, liberdade responsável, verdade, justiça, altruísmo, solidariedade, competência e aperfeiçoamento (Código Deontológico do Enfermeiro, 2005). O EE deve também integrar princípios de enquadramento jurídico no seu julgamento de enfermagem, principalmente no cuidado a populações vulneráveis, como os adolescentes. No contexto do estágio, a reflexão sobre estes pontos revelou-se essencial, sobretudo ao considerar a autonomia do adolescente. Efetivamente, a presença do familiar ou pessoa de referência nas consultas deve ser incentivada, mas sempre atendendo à vontade do

adolescente (OMS, 2015). Em situações em que o adolescente se apresente sozinho, o atendimento pode ser concretizado desde que se verifique a sua capacidade para tal (Baltag et al., 2022). Esta abordagem está alinhada com o princípio da autonomia, reconhecendo o direito do adolescente a participar ativamente nas decisões relacionadas com o seu cuidado. Assim, no cumprimento dos pressupostos jurídicos, a implementação de qualquer intervenção foi precedida de consentimento informado, livre e esclarecido, dirigido ao próprio e também ao familiar ou cuidador quando pertinente.

A2. Respeito pelos Direitos Humanos e Responsabilidades Profissionais

A garantia de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, integrada neste domínio, corresponde a uma prática centrada no respeito pela dignidade humana, na análise e interpretação crítica de situações específicas no âmbito dos cuidados especializados, e na gestão de situações potencialmente comprometedoras para a pessoa em situação de cuidado. Esta competência desdobra-se em duas unidades distintas: a promoção e proteção dos direitos humanos; e a gestão, na equipa, de práticas de cuidados que assegurem o respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais inerentes ao exercício da enfermagem especializado (Regulamento nº140/2019, 2019).

No âmbito da segunda competência deste domínio importa destacar que a enfermagem, enquanto profissão autorregulada, possui princípios éticos e deontológicos clarificados, norteando o exercício profissional. Em ambiente de estágio, mantendo-se o acompanhamento de crianças, adolescentes e respetivas famílias, a observância incondicional do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) foi decisiva para a prestação de cuidados responsáveis. No decurso dos estágios estes referenciais normativos estiveram presentes nos processos de tomada de decisão, assegurando a preservação da dignidade e dos direitos humanos e favorecendo um cuidado humanizado e seguro. Não cabe ao enfermeiro fazer qualquer discriminação social, política, étnica, ideológica ou religiosa, devendo, ao invés, proteger os direitos individuais, conforme previsto no artigo 102.º do Código Deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2015), bem como assegurar o respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas do cliente (Regulamento 140/2019, 2019).

A confidencialidade e a proteção de dados pessoais assumiram igualmente um papel fulcral, respeitando a alínea a) do artigo 106.º do Código Deontológico (Lei n.º 156/2015), bem como o respeito pelo direito da pessoa à privacidade, conforme previsto no artigo 17.º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005), na medida em que garantem a confiança e a segurança necessárias para uma relação terapêutica eficaz e ética. Consequentemente, considera-se que as experiências proporcionadas durante os estágios

possibilitaram desenvolvimento e a consolidação das competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (Ordem dos Enfermeiros, 2019), numa perspetiva de prática avançada.

B. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

O Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade engloba as seguintes competências: “B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.” (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4745).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento n.º 356, Ordem dos Enfermeiros, 2015) servem, neste enquadramento, como referencial normativo orientador, permitindo ao enfermeiro especialista encontrar respostas apropriadas às necessidades dos utentes e cumprir o mandato social que lhe é confiado. Este documento sublinha que a qualidade em saúde pressupõe um atendimento acessível e equitativo, realizado por profissionais qualificados que otimizam os recursos disponíveis e garantem a segurança dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

B1- Desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Despacho n.º 9390, Ministério da Saúde, 2021) reconhece que a ocorrência de incidentes de segurança é uma realidade transversal nos sistemas de saúde. Por conseguinte, salienta a importância de implementar políticas e estratégias que reduzam esses incidentes, essencialmente aqueles passíveis de prevenção (Ministério da Saúde, 2021). Esta perspetiva implica um compromisso ético e profissional inegociável no que concerne ao bem-estar dos utentes, garantindo um esforço concertado e contínuo de todas as partes envolvidas, orientado para uma cultura de segurança não punitiva e de melhoria contínua (Ministério da Saúde, 2021, p. 96). Neste contexto, configura-se como um instrumento estratégico de apoio a gestores e profissionais de saúde na implementação de boas práticas de segurança, visando assim melhorar a prestação de cuidados de saúde em todos os níveis de assistência, por meio de uma abordagem integrada e sustentada por um processo de melhoria contínua da qualidade no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Ministério da Saúde, 2021).

A integração de princípios éticos e normativos na prática clínica em enfermagem, particularmente no âmbito do cuidado especializado ao adolescente com problemas de saúde mental, revela-se fundamental para a garantia da qualidade e segurança dos cuidados. A adoção destes princípios adquire especial relevância, uma vez que a segurança do utente é igualmente promovida pela criação de um ambiente terapêutico seguro, pautado pelo respeito à individualidade, pela confidencialidade da informação clínica e pela valorização de um envolvimento familiar positivo. A familiarização com os protocolos e procedimentos em vigor em cada contexto de prática constitui um passo essencial para o alinhamento com as diretrizes do PNSD, promovendo, assim, a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Paralelamente, a incorporação ativa destes referenciais na prestação diária de cuidados possibilita consolidar um ambiente clínico seguro e centrado na pessoa, em particular no adolescente, conforme preconizado pelo próprio plano.

Neste sentido, desenvolveu-se uma ação formativa dirigida à equipa multidisciplinar, com o objetivo de fomentar uma prática de autocuidado, reconhecendo a sua importância na promoção do bem-estar e na melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Lopes et al., 2022). Esta iniciativa procurou sensibilizar os participantes para a importância da adoção de estratégias de autocuidado sustentadas por evidência científica, pela prática de exercícios simples de relaxamento, de que é exemplo a automassagem (ver anexo 5). A evidência científica corrobora a implementação de práticas de autocuidado, com o contributo das mesmas, na redução do stress e da exaustão emocional entre os profissionais de saúde; otimizando a eficácia dos cuidados, reforçando a colaboração interprofissional e a coesão da equipa (Lopes et al., 2022). A realização de ações formativas dirigidas à equipa multidisciplinar também está em consonância com as metas do PNSD, que incluem o desenvolvimento de planos de formação de serviço na área da segurança dos doentes, visando aumentar a cultura de segurança do ambiente interno (DGS, 2015). Assim, a prática clínica reflete a tentativa de integrar as diretrizes do PNSD, promovendo a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao adolescente com problemas de saúde mental.

B2. Gestão e colaboração em programas de Melhoria Contínua

No âmbito da prática clínica, a gestão e colaboração em programas de melhoria contínua constituem um eixo fundamental para a promoção da qualidade e segurança dos cuidados (Oliveira, 2020). O enfermeiro especialista, enquanto elemento interveniente na governação clínica, assume um papel estratégico na identificação de oportunidades de melhoria, na análise crítica de processos assistenciais e na implementação de intervenções baseadas em evidência. A participação ativa em comissões de qualidade, auditorias clínicas internas e grupos de trabalho multidisciplinares permite não só o desenvolvimento de competências de liderança e tomada de decisão, como também o reforço de uma cultura organizacional orientada para a

excelência dos cuidados (Guerra et al. 2023).

A gestão e colaboração em programas de melhoria contínua na prática clínica são essenciais para garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados, especialmente em contextos de saúde mental (Oliveira, 2022). Nesse sentido, a identificação de oportunidades de melhoria torna-se crucial. Um exemplo pertinente é a implementação de consultas de follow-up após alta clínica ou encaminhamento para serviços de adultos na área da pedopsiquiatria. Estudos indicam que a realização de consultas de follow-up dentro de 7 a 30 dias após a alta está associada à redução do risco de suicídio e readmissões hospitalares em jovens com diagnóstico psiquiátrico (Fontanella et al., 2020; AHRQ, 2021). Para monitorar e avaliar a eficácia dessas intervenções, podem ser utilizados indicadores de saúde como a taxa de adesão ao follow-up, a taxa de readmissão e a incidência de eventos adversos (Espírito Santo et al., 2021). A análise desses indicadores permite estabelecer prioridades de melhoria e definir estratégias eficazes, como a implementação de lembretes automatizados para os utentes e a marcação proativa de consultas, visando melhorar a taxa de adesão e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados prestados.

Em contexto comunitário, surgiram igualmente oportunidades de aprofundar indicadores de saúde relevantes na área de saúde mental e psiquiátrica, delineando estratégias de melhoria contínua alinhadas com a missão e a visão da organização. Para tal, foi determinante a participação em reuniões de equipa mensalmente agendadas, bem como a análise documental de dados secundários (planos de ação da UCC, programas e projetos existentes), em estreita colaboração com a tutora responsável. Esta iniciativa fomentou a elaboração de projetos de melhoria contínua, aos projetos no âmbito da saúde mental, já implementados na UCC, fundamentalmente relacionados com a cuidador informal em stress; através de um planeamento concertado, conduzindo a uma maior adequação das intervenções ao perfil epidemiológico observado.

B3. Garantia de um ambiente terapêutico e seguro

No decorrer dos estágios, assumiu-se como prioridade a manutenção de um ambiente seguro e terapêutico. Tal envolveu a promoção de “um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos” (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4747). Procurou-se estabelecer um ambiente seguro e acolhedor para os adolescentes, promovendo a compreensão e empatia em cada contacto (Regulamento nº140/2019, 2019). Foi fundamental envolver a família na garantia da satisfação das necessidades culturais, espirituais e sociais dos jovens, respeitando a sua identidade e promovendo a sua participação ativa nas decisões que lhes dizem respeito. Esta abordagem alinou-se com os princípios orientadores do acolhimento familiar, nomeadamente a individualização, adequação e participação; destacando a

importância de criar um ambiente seguro e respeitador para os adolescentes, promovendo a sua participação ativa e o envolvimento da família na satisfação das suas necessidades, alinhando-se com os princípios legais estabelecidos para o acolhimento familiar (Decreto-Lei n.º 139/2019, 2019).

No âmbito da segurança da informação e dos registos clínicos, foi assegurado o cumprimento rigoroso das normas em vigor relativas à confidencialidade e à proteção de dados pessoais, em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (Regulamento (UE) 2016/679) e com o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015, artigo 106.º). Esta conduta visou garantir a integridade, acessibilidade e fidedignidade da documentação clínica, bem como a utilização segura, ética e restrita dos sistemas de informação em saúde, salvaguardando os direitos de privacidade e autonomia dos utentes.

No âmbito da mesma competência, foram também desenvolvidas intervenções no sentido de cooperar ativamente na organização do trabalho da equipa de enfermagem, com especial enfoque na padronização de procedimentos e na comunicação eficaz entre profissionais. Como exemplos práticos, destaca-se a participação na elaboração e revisão de protocolos terapêuticos relacionados com a gestão de crises em adolescentes com perturbações do humor, promovendo a uniformização das intervenções clínicas em situações de agudização. Adicionalmente, foram organizadas sessões de briefing e debriefing interdisciplinares após episódios críticos, com o objetivo de reforçar a comunicação entre os membros da equipa, identificar pontos críticos no processo assistencial e promover uma cultura de aprendizagem baseada na prática reflexiva. Outra intervenção relevante foi a introdução de reuniões de planeamento terapêutico com a participação ativa dos adolescentes e da sua família, sempre que possível, de forma a garantir a continuidade de cuidados e o alinhamento com os objetivos definidos no plano terapêutico individual. Estas ações revelam-se fundamentais para a consolidação de uma prática clínica segura, coerente com os princípios do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (DGS, 2015), e promotora de um ambiente terapêutico que respeite a individualidade, a dignidade e a autonomia da pessoa com problemas de saúde mental. A consolidação de rotinas estruturadas, aliada à promoção de um ambiente de trabalho colaborativo e centrado na segurança, contribuiu significativamente para a redução da variabilidade indesejada na prática clínica. Tais medidas revelaram-se essenciais para a mitigação da probabilidade de erro humano, ao facilitar a tomada de decisão informada, promover o registo rigoroso da informação e garantir a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. Estas ações vão ao encontro das recomendações do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (DGS, 2015), reforçando a importância da cultura de segurança no contexto da prática profissional.

C. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

O terceiro domínio de competências comuns dos Enfermeiros Especialistas refere-se à gestão de cuidados, e inclui as competências C1 – “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” e C2 – “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4748).

C1. Gestão dos Cuidados de Enfermagem

No desenvolvimento da primeira unidade de competência, foram mobilizados conhecimentos adquiridos durante a formação académica, apoiando o processo de compreensão de conteúdos e contribuindo para a melhoria da prática clínica. Houve ainda a oportunidade de colaborar nas decisões da equipa de saúde, designadamente no contexto de estágio de pedopsiquiatria, durante a reunião multidisciplinar mensal, desenvolvida para discussão de casos clínicos, onde se teve a oportunidade de expressar opiniões, apresentar sugestões e analisar planos de cuidados. Para aprimorar a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar, fundamentou-se a prática na evidência científica, partilhando essa informação com a equipa. Na condução de decisões relativas aos cuidados de saúde, que frequentemente envolvem diversos intervenientes, o enfermeiro deve respeitar os limites de atuação de cada profissional e trabalhar em colaboração e complementaridade (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Em situações complexas ou fora do âmbito de atuação, solicitou-se a colaboração de outros profissionais de saúde, como médicos (pedopsiquiatras, pediatras e psiquiatras), assistentes sociais; assegurando uma resposta mais adequada às necessidades das pessoas.

Neste sentido, foi reconhecida a necessidade de referenciação para outros prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente em situações em que o acompanhamento psicológico especializado foi imprescindível, particularmente para lidar com perturbações mentais graves em adolescentes (como as perturbações de ansiedade generalizada, depressão major, transtornos de conduta e perturbações do espectro da esquizofrenia); que exigem uma abordagem clínica focada nas intervenções psicoterapêuticas e farmacológicas. Recorreu-se inúmeras vezes à subespecialidade de pediatria de desenvolvimento, assegurando uma abordagem médica especializada, para uma avaliação clínica multidisciplinar complementar, visando uma abordagem integrada que releve tanto as questões físicas como emocionais dos pacientes, com o intuito de apurar precocemente sinais de atraso no desenvolvimento e oferecer intervenções adequadas, para garantia de um desenvolvimento de forma saudável. Em contextos de distúrbios alimentares, como anorexia nervosa e bulimia, foi igualmente

necessário o envolvimento de nutricionistas, para assegurar uma gestão nutricional apropriada e personalizada. Através deste acompanhamento multidisciplinar, procurou-se garantir uma intervenção precoce, adequada e ajustada às necessidades específicas de cada criança e adolescente, com o objetivo de promover o desenvolvimento saudável e o bem-estar integral.

C2. Adaptação da Liderança e Gestão dos recursos às situações e ao contexto

No âmbito do desenvolvimento da presente competência, o EE responsabiliza-se pela adequação dos recursos às necessidades de cuidados, assegurando a sua qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019). A sua posição privilegiada no seio da equipa de enfermagem confere-lhe capacidade para agir enquanto agente de mudança, fundamentando-se nos cuidados que presta e recorrendo a conceitos teóricos e princípios científicos essenciais à disciplina de enfermagem (Barros & Bispo, 2017).

Conforme o Regulamento n.º 140/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019), a correlação entre os recursos disponíveis e as necessidades identificadas implica adotar o estilo de liderança mais apropriado à situação, atuando como promotor da qualidade e segurança nos cuidados. Quando integrados em equipas multidisciplinares, os EE também contribuem para a tomada de decisões complexas, pela sua competência na análise das respostas humanas perante os processos de adoecer. Além disso, compete-lhes monitorizar e avaliar os cuidados prestados, intervindo e partilhando conclusões e avaliações com a restante equipa, de forma a garantir a excelência assistencial (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No decurso da prática clínica, a autora não teve a oportunidade de desenvolver competências avançadas em gestão de cuidados ou liderança, uma vez que sua posição implicava estar em fase de aprendizagem e sob supervisão direta de enfermeiros mais experientes. No entanto, essa experiência proporcionou-lhe uma sensibilização para a importância da utilização eficiente dos recursos e para o cumprimento rigoroso da legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados. Estudos indicam que a liderança em enfermagem é entendida como uma competência essencial para o trabalho do enfermeiro, sendo sua abordagem na graduação imprescindível e um grande desafio, que deve ser constituído não somente na parte teórica, mas também em sua aplicabilidade na prática. (Knop et al., 2017).

Apesar das limitações inerentes à condição de EE, nos momentos de ensino clínico, a criação de um ambiente relacional positivo foi imperativa para promover uma boa interação com a equipa multidisciplinar, pautada por disponibilidade, tranquilidade, empenho e assertividade. Este padrão de comportamento contribuiu para fortalecer laços de confiança, otimizando a comunicação e a cooperação; e fomentando um ambiente positivo e favorável à prática. Em particular, no âmbito da saúde mental, tais atitudes facilitam uma partilha construtiva de conhecimentos e uma resposta mais eficaz às necessidades complexas das pessoas.

D. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Este domínio contempla o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade como competências fundamentais, sustentando a prática clínica especializada do Enfermeiro Especialista numa base sólida de evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Este domínio reporta-se ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, com particular ênfase no autoconhecimento e na assertividade — competências partilhadas por todos os EE, mas de especial relevância para o EEESMP, dado o recurso à sua própria pessoa como instrumento terapêutico (Ordem dos Enfermeiros; 2018; 2019).

D1. Desenvolvimento do Autoconhecimento e Assertividade

O desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade na prestação de cuidados constituiu um processo iniciado por uma análise e reflexão profunda das aprendizagens acumuladas ao longo de dez anos de carreira profissional, em variados contextos de trabalho e, simultaneamente, na esfera pessoal e familiar. A prática clínica dos enfermeiros, sobretudo no caso dos EE, tem sido pautada pela procura de uma consciência cada vez maior de si próprios, recurso essencial para impulsionar um desenvolvimento profissional e pessoal contínuo, o qual se intensificou durante o Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O desenvolvimento pessoal e o treino de assertividade, apoiados por um processo de supervisão facilitador da aprendizagem, incrementaram a capacidade de reconhecer e aceitar os outros, bem como identificar sentimentos, competências, valores e limitações. Esta autorreflexão permitiu transformar ações, atitudes e emoções em elementos promotores de crescimento profissional e pessoal. A análise comportamental permanente, sustentada pela reflexão individual e pelo feedback de colegas e tutores, configurou estratégias vitais na consolidação do autoconhecimento (Ndawo, 2022).

Para além disso, a identificação de emoções positivas e negativas facilitou não só o processo de autoconhecimento, mas também a deteção de mecanismos de resistência, transferência e contratransferência, conforme descrito por López-Ibor (2002). Neste sentido, o stress experienciado em diversas situações surgiu como resposta natural à mudança, implicando uma adaptação e resposta física, mental ou emocional (Vivian et al., 2019). O desenvolvimento de comportamentos autorregulados e de estratégias de comunicação intencionais mais eficazes melhorou a autoconfiança e o sentimento de segurança no estabelecimento de relações interpessoais terapêuticas. Ao gerir o stress, reconhecer a vulnerabilidade e praticar a compaixão, foi possível promover relações baseadas no respeito pela dignidade humana (Vivian et al., 2019).

O desenvolvimento desta competência assumiu-se como o mais marcante ao longo de toda a formação, tanto teórica como prática. Este percurso iniciou-se no primeiro ciclo de estudos do mestrado, potenciado pelas ferramentas adquiridas em diversas Unidades Curriculares, com destaque para a de Desenvolvimento Pessoal e Comunicação Terapêutica. O período de estágio gerou ainda um impacto emocional significativo, desencadeando um processo de autoconsciência e autopercepção que, segundo Carminati (2021), são estratégias promotoras de uma gestão emocional mais bem-sucedida.

A reflexão sobre as competências adquiridas durante a elaboração dos trabalhos, designadamente o presente relatório, traduziu-se num aumento da compreensão pessoal e profissional, evidenciando a relevância do autoconhecimento para o crescimento individual, em que a adoção de comportamentos diferenciados contribuiu para o bem-estar, o fortalecimento da autoestima e para uma melhoria das relações interpessoais (Rasheed et al., 2019).

D2. Desenvolvimento de uma práxis clínica especializada baseada na evidência científica

O Enfermeiro Especialista deve orientar a sua prática profissional tendo em vista a adequação e a eficácia das intervenções, reconhecendo que a pessoa tem direito a cuidados alicerçados em fundamentos científicos, técnicos e humanos de qualidade (Bacalhau, 2014). Neste enquadramento, as decisões clínicas e as intervenções são sustentadas em conhecimento válido, atualizado e relevante, assumindo o Enfermeiro Especialista um papel central enquanto facilitador de processos de aprendizagem e agente ativo na produção, aplicação e disseminação do conhecimento científico (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A elaboração do presente relatório permitiu reconhecer a relevância da investigação em enfermagem como pilar fundamental de uma prática clínica abrangente, crítica e orientada pela evidência científica (Tingen et al., 2009), destacando-se, neste contexto, a oportunidade de realizar uma análise qualitativa sob a forma de estudo de caso, como contributo para a consolidação desse conhecimento.

A experiência clínica proporcionou ainda contacto direto com adolescentes em situação de vulnerabilidade psicológica, o que possibilitou o aprofundamento do conhecimento na área da saúde mental juvenil e a articulação desse saber com a evidência científica mais atual. Os resultados de práticas sustentadas em evidência foram posteriormente incorporados na prestação de cuidados, estabelecendo uma implementação segura e de qualidade das intervenções planeadas e executadas, inclusive nos Estudos de Caso que serviram de ilustração no presente relatório. A capacidade de pesquisar a melhor evidência disponível e transpor eficazmente esse conhecimento para a prática evidencia a qualidade dos cuidados, à luz do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento n.º 356; Ordem dos Enfermeiros, 2011). Desta forma, a reflexão crítica

acerca dos cuidados especializados e a atualização permanente de conhecimento tornaram-se ferramentas imprescindíveis para otimizar a assistência ao adolescente, prevenindo riscos e promovendo a segurança, alinhando-se com uma prática fundada na evidência.

O desenvolvimento profissional contínuo revela-se imprescindível para que os enfermeiros mantenham e aprofundem as competências necessárias à prestação de cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa (King et al., 2021). A participação em ações de formação no âmbito da saúde mental, possibilitou o contacto direto com recentes investigações e práticas inovadoras na área da enfermagem, contribuindo para a atualização contínua do conhecimento. Paralelamente, a realização da análise qualitativa, integrada no presente relatório, exigiu uma abordagem crítica, sistemática e rigorosa na interpretação dos fenómenos em estudo. Estas experiências contribuíram significativamente para o reforço das competências formativas do enfermeiro, evidenciando a importância de uma prática profissional dinâmica, sustentada na melhor evidência científica disponível e orientada para a obtenção de ganhos efetivos em saúde.

Este domínio de competência revelou-se central por fortalecer continuamente a autoconsciência, o que se tornou o marco de aprendizagem pertinente. A experiência vivenciada nas unidades curriculares, designadamente a de Desenvolvimento Pessoal, em conjunto com o ensino clínico, promoveu a autorreflexão e a ampliação da assertividade, permitindo um amadurecimento pessoal e profissional que se refletiu no desempenho em estágio.

Nessa linha, o treino de assertividade e a adoção de comportamentos positivos possibilitam uma maior satisfação pessoal e um aumento da autoestima, repercutindo-se nas relações com os outros e na qualidade dos cuidados prestados (Ahmed et al., 2022). Nesse processo, a Teoria das Transições (Meleis, 2010) remete para a compreensão dos processos de mudança individuais e contextuais, que aqui se manifestaram tanto no desenvolvimento pessoal do futuro EEESMP como na melhoria das respostas a situações de vulnerabilidade em saúde mental. Segundo Meleis (2010), as transições em enfermagem implicam etapas específicas de consciencialização, engagement, mudanças e padronização. Na adolescência, este processo envolve redefinir o autoconceito, as rotinas e as relações interpessoais, exigindo do EE uma abordagem capaz de antecipar as crises situacionais e de estimular a adaptação saudável. Durante os estágios, este enquadramento teórico ajudou a clarificar como as modificações emocionais e sociais da adolescência influenciam o bem-estar mental, levando à necessidade de intervenções psicoterapêuticas, psicoeducacionais e de suporte familiar.

As intervenções realizadas permitiram uma compreensão mais ampla das práticas de investigação e conhecimentos específicos sobre promoção e prevenção da saúde mental, com particular enfoque na população adolescente. Estas atividades compreenderam ações psicoeducativas (por exemplo, no âmbito do programa “Mais Contigo” em contexto escolar),

evidenciando a pertinência da literacia em saúde mental. A literacia em saúde mental é fundamental para a promoção do bem-estar psicológico, pois capacita os indivíduos a reconhecerem sinais de perturbações mentais, a procurarem ajuda adequada e a adotarem estratégias de autocuidado eficazes. Níveis elevados de literacia em saúde mental estão associados a atitudes mais positivas em relação às pessoas com doenças mentais e a uma maior predisposição para procurar apoio profissional quando necessário (Yang et al., 2024; Koutra et al., 2024).

Da mesma forma, o envolvimento em palestras e outras iniciativas em diversas escolas, situadas na área de abrangência da UCC, incentivou o planeamento, execução e avaliação de sessões de educação para a saúde, contribuindo para desenvolver e solidificar competências profissionais (ver anexo 6).

No campo comunitário, surgiram também oportunidades de melhorar intervenções específicas do EE (psicoeducacionais, psicossociais e socioterapêuticas), relacionadas com o projeto de saúde mental para cuidadores informais em stress (por exemplo, relaxamento e intervenção em grupo — GAM). Estes contactos impulsionaram melhorias nas competências comunicacionais e relacionais, bem como no domínio de técnicas de entrevista clínica, demonstrando a importância do treino de competências profissionais inerentes ao papel do EEESMP.

Ao longo dos estágios, todas as atividades se iniciaram com uma avaliação diagnóstica prévia, seguida da definição de um plano de sessão fundamentado em suporte teórico-científico, de modo a preparar adequadamente as intervenções. Cada atividade culminou numa avaliação de resultados, favorecendo a análise reflexiva da sua eficácia e reforçando a perceção de contributo efetivo para uma comunidade mais saudável no domínio da saúde mental. Este percurso enfatizou o papel do EEESMP e a relevância das suas ações no bem-estar dos adolescentes, das famílias e dos cuidadores.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESMP

O perfil de competências específicas do EEESMP encontra-se definido no Regulamento n.º 515/2018. Para além de o EEESMP se mobilizar enquanto instrumento terapêutico, adquire e desenvolve conhecimentos, experiências e capacidades terapêuticas que lhe permitem, na prática profissional, recorrer a competências psicoterapêuticas, psicoeducacionais, sócio terapêuticas e psicossociais (Ordem dos Enfermeiros, 2018). O mesmo documento refere ainda que o EEESMP “compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente, assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a

forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 21427).

Neste enquadramento, o EEESMP atua nos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), com foco na promoção da saúde mental, no diagnóstico e na intervenção dirigida a respostas humanas desajustadas ou desadaptadas, bem como nos processos de transição que possam desencadear sofrimento, alteração ou doença mental (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Concretamente, o Regulamento n.º 515/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 21427) aponta quatro competências específicas do EEESMP, que se sintetizam do seguinte modo:

"F1 - Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional; F2 - Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental; F3 - Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto; F4 - Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, sócio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde."

Dada a pertinência destas competências, descrevem-se de seguida as principais atividades desenvolvidas que possibilitaram a sua aquisição e consolidação, bem como o processo de reflexão associado.

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

A primeira competência concretiza-se na demonstração da “tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas” (Regulamento nº 512/2018, 2018, p. 21428)

A prestação de cuidados de enfermagem exige, além de competências técnicas, um autoconhecimento e uma consciência contínua sobre as emoções, valores e fatores pessoais que podem influenciar a dinâmica terapêutica, bem como a perceção do impacto que o enfermeiro, enquanto instrumento terapêutico, pode exercer (American Association of Colleges of Nursing, 2025; Ordem dos Enfermeiros, 2011). De acordo com Rafii et al. (2021), a consciência de si próprio pode suscitar novos entendimentos sobre o “eu”, promovendo a aquisição de um conhecimento pessoal que pode conduzir a uma identidade renovada. Adicionalmente, o autoconhecimento e a consciência de si potenciam a construção de relações terapêuticas eficazes e de confiança, que se repercutem de forma direta na qualidade dos resultados clínicos (Pereira et al., 2019; Soeima, 2021; Wright 2021).

A teoria das relações interpessoais de Peplau (1952) salienta a relação terapêutica como uma ferramenta nuclear no cuidado de enfermagem, valorizando as relações interpessoais entre o enfermeiro e a pessoa que recebe cuidados, potenciando o crescimento mútuo num processo ativo. Também Chalifour (2008) reflete sobre a importância da relação terapêutica, nomeadamente a relação de ajuda, defendendo que a ação do enfermeiro é moldada pela personalidade individual, pelos conhecimentos e competências profissionais, pela conceção de pessoa e saúde, pela interpretação da origem da necessidade de ajuda, pelo modo de intervenção enquanto agente de apoio e pelo próprio contexto onde esta ocorre. Ainda neste seguimento, Rogers (1961) acrescenta que a aceitação de perceções e sentimentos torna o indivíduo mais competente na aceitação dos outros, tornando a intervenção de enfermagem mais eficaz e humanizada. Neste sentido, importa destacar que as estratégias utilizadas na promoção do autoconhecimento foram extremamente úteis para contrariar preconceitos e estigmas que obstaculizavam o processo terapêutico, nomeadamente no que diz respeito à reabilitação psicossocial dos cuidadores informais ou dos adolescentes, relevando a importância da relação terapêutica enquanto espaço essencial de confiança e segurança para a pessoa. Neste sentido, considera-se que a vivência em contexto de estágio contribuiu significativamente para aprofundar a compreensão sobre a problemática do estigma em saúde mental, promovendo a capacidade de implementar estratégias de proteção junto de populações vulneráveis, com particular enfoque na adolescência, e de intervir de forma crítica e ética em contextos marcados por atitudes estigmatizantes.

Para além da experiência proporcionada pelos contextos de estágio no desenvolvimento desta competência, importa destacar a relevância da partilha contínua de reflexões, que intensificou a importância do reconhecimento dos fenómenos de transferência e contratransferência, recorrentes na prática clínica em saúde mental (Leitão, 2012); bem como das avaliações — sejam a nível individual, com tutores ou em equipa multidisciplinar — que permitiram redefinir e melhorar estratégias, aumentando o autoconhecimento e a confiança na intervenção.

Também a vivência académicas conferida pela Unidade Curricular de Desenvolvimento Pessoal e Comunicação Terapêutica teve um contributo importante no desenvolvimento desta competência, nomeadamente no âmbito das atividades teórico-práticas desenvolvidas. Paralelamente, importa ainda salientar a possibilidade de participar em atividades formativas centradas no autoconhecimento, no autoconceito, na promoção do “bem-estar” e em dinâmicas de ventilação emocional; essenciais para sensibilizar acerca da relevância da autoaprendizagem e do autocuidado. Por fim, destaca-se que, durante os estágios, foi continuamente desenvolvido um exercício de identificação das próprias forças e fraquezas, oportunidades e ameaças, num exercício de automonitorização do processo de desenvolvimento de competências, através da análise SWOT (Forças [Strengths], Fraquezas [Weaknesses], Oportunidades [Opportunities] e Ameaças [Threats]) (Kotler, 2020), que permitiu clarificar competências e robustecer a prática clínica, com vista a obter ganhos em saúde. As mesmas habilidades permitiram estruturar o

autoconhecimento, possibilitando a aquisição de recursos para uma interação bem-sucedida na relação terapêutica. Ao longo dos estágios, vivenciaram-se emoções positivas e negativas — muitas vezes desconfortáveis — que, no entanto, foram essenciais para o desenvolvimento pessoal e profissional. O contacto mais próximo com as realidades das pessoas e a relação terapêutica desenvolvida promoveram uma abordagem consciente e empática, ancorada em técnicas de escuta ativa e comunicação (verbal e não verbal), bem como de competências na gestão de conflitos. Tal é de especial relevância quando se lida com adolescentes que apresentam comportamentos desajustados.

No contexto do estágio em UCC, especialmente no trabalho com cuidadores informais em stress, foi possível executar intervenções específicas (por exemplo, relaxamento e intervenção em grupo), o que proporcionou ao EEESMP explorar novas aptidões. Num primeiro momento, verificou-se alguma apreensão, mas a apropriação progressiva das competências foi gerando autoconfiança e realçando o contributo prático do mestrado. Este ambiente motivador promoveu também o desenvolvimento de competências sócio emocionais, favorecendo o autoconhecimento do EEESMP, ao permitir-lhe reconhecer e gerir as suas próprias emoções, refletir sobre os seus valores e atitudes, e estabelecer relações terapêuticas mais empáticas e eficazes com a pessoa em sofrimento psicológico.

Em suma, o investimento no desenvolvimento pessoal e no autoconhecimento conduziu a uma prática clínica mais confiante e eficiente, levando à aquisição de competências interpessoais (empatia, comunicação, liderança) e a uma melhor capacidade de atuação em equipa multidisciplinar. A competência emocional assumiu-se, assim, como elemento crucial na qualidade do atendimento e nos resultados terapêuticos, potenciada pelas aprendizagens decorrentes da prática clínica (Fernandes & Caçador, 2022). Consequentemente, o fortalecimento pessoal e a maturação moral demonstraram impactar de forma expressiva a qualidade da relação terapêutica e os resultados em saúde mental.

Portanto, fica patente que a competência emocional — entendida como compreender, exprimir e regular emoções de forma adequada — contribui para a qualidade das intervenções terapêuticas, permitindo aos enfermeiros estabelecer relações interpessoais saudáveis, criar ambientes acolhedores e tomar decisões clínicas fundamentadas (Dehnavi et al., 2022). Desse modo, o processo de aprendizagem espelhou o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade enquanto pilares fundamentais para elevar a qualidade dos cuidados, promover o bem-estar dos utentes e robustecer a eficácia das intervenções terapêuticas.

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

De acordo com o Regulamento n.º 515/2018 (p.21428), o EEESMP “assiste a pessoa ao longo do

ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”.

Segundo o Regulamento nº515/2018(2018, p.21428), esta competência integra as seguintes unidades:

"F2.1. Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente; F2.2. Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família; F2.3. Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos."

A prática clínica desenvolvida ao longo dos estágios forneceu oportunidades para compreender as repercussões da interação entre indivíduo, família, grupos, comunidade e os diferentes sistemas sociais e de saúde, ambientes escolares, profissionais, culturais, recreativos, espirituais e políticos (Regulamento nº515/2018, 2018); avaliando tanto os fatores promotores/protetores do bem-estar mental como os que predis põem a perturbações (Gaspar et al., 2020). A experiência nestes contextos permitiu identificar o suporte social, a atividade física, os ambientes comunitários inclusivos, o acesso a serviços profissionais e educacionais de qualidade e a participação ativa na comunidade, como fatores promotores da saúde mental (Ahrnberg et al., 2021; Dupont, 2024). Em contrapartida, fatores como baixos níveis socioeconómicos, experiências negativas na infância, isolamento social e discriminação foram apontados como potenciadores do risco de desenvolvimento de condições de saúde mental, em concordância com a literatura (Helminen et al., 2022; Murthy, 2022).

O estudo e a compreensão destes elementos é essencial para delinear estratégias de intervenção dirigidas à promoção da saúde mental e prevenção de perturbações. É precisamente neste ponto que a atuação do EEESMP se evidencia, contribuindo para a construção de comunidades mais saudáveis e resilientes, capazes de lidar apropriadamente com os desafios inerentes à saúde mental (Lourenço et al., 2023). Como resultado, o trabalho realizado neste domínio implicou um desenvolvimento de conhecimentos sobre especificidades da população adolescente, com o intuito de identificar e compreender os diversos determinantes da saúde mental, definindo intervenções preventivas e promotoras do bem-estar. A prática avançada em enfermagem, baseada na teoria de Afaf Meleis, ofereceu um enquadramento credível e atual para o entendimento das características da adolescência e das ferramentas de avaliação adequadas a este grupo etário.

Durante os estágios, foi possível centrar a intervenção na avaliação das respostas humanas associadas ao desenvolvimento e à saúde mental, assim como compreender as capacidades internas e os recursos disponíveis para manter e recuperar a saúde mental. A adolescência, sendo uma fase de grandes mudanças físicas, emocionais e sociais, pode implicar o surgimento de problemas como depressão, ansiedade, perturbações do comportamento e consumos

aditivos (Madaloz et al., 2023). Nesse sentido, o EEESMP adota uma abordagem holística, contemplando tanto os fatores de risco (por exemplo, experiências traumáticas ou contextos familiares menos favorecedores) como os de proteção (rede de apoio, atividade física e contextos inclusivos) (Sulistiowati et al., 2023). Esta abordagem holística permite determinar o impacto dos problemas de saúde mental na qualidade de vida e funcionalidade do adolescente, conferindo maior clareza na priorização das intervenções (Sulistiowati et al., 2023). Uma das estratégias centrais neste processo consiste na avaliação do estado mental, indispensável para distinguir quadros psicopatológicos de situações que requerem acompanhamento pontual. Esta prática exige competências de comunicação, sensibilidade cultural, capacidade de entrevista, observação comportamental e análise sistémica (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Lazzari et al., 2022).

Ainda no âmbito do desenvolvimento desta competência tem-se que o EEESMP deve mobilizar diferentes aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística e técnica de entrevista. Nomeadamente para a faixa etária da adolescência, o estabelecimento de estratégias comunicacionais específicas surge como requisito basilar, dada a busca por identidade, a construção de autonomia e a experimentação de novos papéis sociais, que podem desencadear conflitos internos ou dificuldades de expressão. A utilização de linguagem empática, clara e adaptada, livre de julgamentos, é crucial para promover um ambiente de confiança e segurança (Phaneuf, 2006; Sequeira, 2016). No contexto do estágio, reforçou-se a adoção de técnicas de comunicação terapêutica promotoras de uma escuta ativa, desencorajando atitudes defensivas e estimulando a confiança (Townsend, 2011; Coelho et al., 2021).

Foram igualmente utilizados diversos métodos de recolha de dados, como o genograma, o ecomapa (Meleis, 2011) e o átomo social (Díaz, 2012), os quais contribuíram para uma visão mais completa das redes de apoio, conflitos e dinâmicas relacionais do adolescente, facilitando a avaliação global da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo. Também no enquadramento desta competência, destaca-se a relevância da participação ativa na implementação do projeto “Mais Contigo”, implementado em contexto escolar com o objetivo de fortalecer as competências dos adolescentes, através de uma abordagem centrada na redução do estigma em saúde mental, na promoção do autoconceito e no desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas" (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015; Santos et al., 2014). Este tipo de intervenção revela-se particularmente pertinente quando aplicado em contextos onde se verificam manifestações de sofrimento psicológico e dificuldades de adaptação. A sua aplicabilidade prática permite não só sensibilizar para a temática da saúde mental, mas também promover recursos pessoais que favoreçam a adaptação e o bem-estar emocional. Neste sentido, destaca-se igualmente a sua relevância junto de cuidadores informais em situação de stress, operacionalizada através do planeamento e desenvolvimento de consultas de enfermagem, visitas domiciliárias e intervenções de grupo, como os Grupos de Relaxamento e os Grupos de Ajuda Mútua (GAM), que constituem estratégias fundamentais para

o reforço da capacidade adaptativa e para a mitigação do impacto psicossocial do cuidar. A relevância da família enquanto suporte central na recuperação ou na adaptação à doença mental é, aqui, sublinhada, ainda que frequentemente condicionada por dificuldades como o estigma associado à saúde mental e a escassez de recursos disponíveis, fatores que podem comprometer o seu papel de apoio contínuo. O EEESMP pode intervir ao educar a família acerca da perturbação mental, disponibilizando informações orientadas para soluções que promovam o bem-estar global dos envolvidos, sempre na perspectiva de inclusão social. Deste modo, a atuação do EEESMP, revela-se essencial na capacitação da família como parceira no processo terapêutico, contribuindo para a redução do estigma, o fortalecimento das redes de apoio e a promoção de uma abordagem integrada e humanizada ao cuidado em saúde mental (Pinheiro, 2024).

A prática desenvolvida ao longo dos estágios reflete a aplicabilidade da segunda competência especificada, consolidando a importância do enfermeiro especialista na melhoria do cuidado à pessoa com sofrimento psíquico, na promoção da saúde mental e na construção de redes de apoio eficazes e inclusivas; particularizando o cuidado ao adolescente.

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

A terceira competência específica, definida pelo Regulamento nº515/2018(2018), refere-se à ajuda à pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade, na recuperação da saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto. O desenvolvimento desta competência concretiza-se, entre outros fatores, na capacidade de “sistematização, análise de dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde” (Regulamento nº515/2018,2018, p. 21428) e subdivide-se em cinco unidades, designadamente F3.1: “estabelece o diagnóstico de doença mental da pessoa, família, grupo e comunidade.”; F3.2: “identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental”; F3.3: “realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.”; F3.4: “realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.”; F3.5: “recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde”.

A experiência nos diferentes contextos de estágio clínico favoreceu o desenvolvimento de competências relacionadas com a identificação de problemas e necessidades específicas em

saúde mental, permitindo a avaliação do impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stress, crises situacionais ou de desenvolvimento (OE, 2018). Esta consolidação de competências tornou-se particularmente evidente durante o estágio no serviço de pedopsiquiatria, onde o contacto com adolescentes em processos de transição revelou-se particularmente enriquecedor do ponto de vista clínico e reflexivo. A teoria das transições de Meleis (2010) fornece um enquadramento conceptual essencial para compreender estas experiências, ao considerar que as transições – sejam elas de desenvolvimento, como a adolescência, ou situacionais, como o divórcio dos pais ou a hospitalização – podem ser momentos de vulnerabilidade acrescida, com potencial para desencadear desorganização emocional, alterações no autoconceito, dificuldades de adaptação e sintomas psicopatológicos. No decurso da prática clínica, foi possível acompanhar adolescentes em processo de transição para a vida adulta, com historial de ansiedade generalizada e depressão, frequentemente exacerbadas por mudanças abruptas no contexto familiar ou escolar. Neste contexto, a intervenção do EEESMP centrou-se na avaliação das respostas emocionais, na promoção da verbalização dos sentimentos, na construção de estratégias de coping adaptativas e na colaboração com a equipa multidisciplinar para o desenvolvimento de um plano terapêutico individualizado. Estas intervenções não só permitiram uma abordagem mais humanizada e centrada na pessoa, como também reforçaram a importância da atuação precoce em processos de transição, de modo a prevenir a cronificação do sofrimento psicológico. Assim, a experiência clínica, sustentada teoricamente, contribuiu para uma visão mais integrada das necessidades em saúde mental durante as transições e fortaleceu a competência de avaliação e intervenção do enfermeiro especialista, à luz de uma prática reflexiva e baseada em evidência. A capacidade de identificação de manifestações típicas ou atípicas de perturbações mentais, bem como a sua distinção de estados fisiológicos, alterações orgânicas ou restantes problemas de saúde, principalmente associados à adolescência foi particularmente desenvolvida durante os estágios. Isto possibilitou diferenciar exacerbações e recidivas de uma perturbação psiquiátrica de sinais de novas condições ou doenças, bem como identificar com maior precisão problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas, incluindo problemas físicos associados. Neste sentido, destaca-se uma intervenção contextualizada, capaz de reconhecer os fatores psicossociais, relacionais e ambientais que influenciam a saúde mental, sobretudo em fases do ciclo de vida marcadas por transformações significativas, como a adolescência (Regulamento nº515/2018, 2018). Durante o estágio clínico em pedopsiquiatria, foi possível acompanhar o caso de um adolescente, com diagnóstico de perturbação de ansiedade social, que apresentava isolamento progressivo, absentismo escolar e sintomas somáticos recorrentes. A avaliação inicial revelou um ambiente familiar rígido e pouco comunicativo, aliado a experiências de bullying na escola, que dificultavam o seu desenvolvimento emocional e social. Tendo em conta estes fatores, o EEESMP, concebe um plano de cuidados centrado na mobilização das dinâmicas familiares e comunitárias: promovendo sessões psicoeducativas com os pais, com vista à promoção de competências relacionais e de comunicação empática, articulando com a escola a integração

gradual do adolescente em pequenos grupos, e envolvendo o jovem em atividades de grupo terapêutico, visando o reforço da autoestima e da interação social. A mesma intervenção articulada com os diferentes contextos permite antever ganhos significativos na funcionalidade e bem-estar do adolescente, traduzidos na melhoria da frequência escolar, na redução dos sintomas ansiosos e numa percepção mais positiva de si próprio e do meio envolvente. Este exemplo evidencia a importância do domínio F3 como eixo estruturante da prática do enfermeiro especialista, sustentada numa abordagem ecológica, promotora da inclusão e da saúde mental em todas as dimensões da vida do adolescente (Ferreira, 2024).

A deteção e avaliação de emergências psiquiátricas também foi possível, sobretudo durante o estágio no serviço de pedopsiquiatria, onde se evidenciaram situações de crise aguda em adolescentes, como episódios de ideação suicida e comportamentos autoagressivos. Estas situações exigiram uma intervenção célere e tecnicamente fundamentada, centrada na estabilização emocional imediata, na garantia da segurança do adolescente e na articulação com a equipa multidisciplinar para definição de estratégias terapêuticas adequadas (Santos, 2020). Este tipo de prática permitiu consolidar competências específicas na avaliação do risco psicopatológico, na gestão de crises e na implementação de planos de cuidados individualizados, respeitando sempre os princípios da ética, do cuidado centrado no adolescente e da promoção da saúde mental em contextos de elevada vulnerabilidade. A sua abordagem implica uma atenção particular às especificidades do desenvolvimento infantil e do adolescente (DGS, 2008). As principais etapas envolvem a triagem inicial, a estratificação do risco, a anamnese, a avaliação do risco e a consequente classificação de urgência, o planeamento e intervenção, e, por fim, o encaminhamento e acompanhamento. Nos últimos anos, tem-se destacado a necessidade de enfermeiros especializados com competências de triagem e intervenção em crise, incluindo modelos integrados de prevenção do suicídio na adolescência (Tyndall et al., 2024; Bilog, 2024; Özleşen, 2024). A colaboração do EEESMP surge como cardinal para garantir uma resposta eficaz às emergências psiquiátricas na infância e adolescência, graças à sua compreensão sobre as fases do desenvolvimento e às estratégias de intervenção específicas adaptadas às necessidades únicas desta população. Neste contexto, o profissional recorre a métodos que promovam regulação emocional, autoestima e resiliência, em articulação com outros elementos da equipa (psicólogos, psiquiatras, educadores), objetivando um atendimento integrado e centrado no adolescente. No seguimento desta afirmação, o desenvolvimento do estudo de caso 1 foi também especialmente relevante no aperfeiçoamento desta competência, dado que através deste foi estabelecido o diagnóstico de saúde mental da pessoa e foi implementado um plano de cuidados individualizado em saúde mental, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.

Também relativamente ao estágio em respostas diferenciadas, destaca-se a possibilidade vivenciada de monitorizar e acompanhar situações de “crise familiar”, desencadeadoras de comportamentos desajustados, permitindo uma avaliação periódica da evolução do estado

mental e possibilitando a intervenção em situações de urgência psiquiátrica. Este acompanhamento fortaleceu o treino de competências na gestão do risco e na aplicação de cuidados emergentes.

Nas respostas diferenciadas, as equipas multiprofissionais organizam-se em torno de reuniões semanais, discutindo planos de intervenção e resultados obtidos. Este formato fomenta a coordenação e o estabelecimento de objetivos partilhados, tanto para o enfermeiro como para os profissionais que integram a equipa. Durante o primeiro estágio, a participação nas mesmas reuniões juntamente com a equipa multidisciplinar, onde se apresentavam e discutiam novos casos e planos terapêuticos, contribuiu para a compreensão dos critérios de admissão, permanência e acompanhamento no serviço, colocando em evidência a importância da psiquiatria de ligação e da coordenação entre serviços de saúde mental comunitários e de psiquiatria. Esta prática favoreceu o comprometimento com o trabalho desenvolvido na equipa multiprofissional, estimulando a responsabilização pelos “cuidados em saúde mental e psiquiatria, com respeito pelas áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal” (Regulamento nº515/2018,2018, p. 21429).

No seguimento desta, no contexto do serviço de psiquiatria da infância e adolescência, constatou-se em alguns momentos também a necessidade de articular com outros serviços e entidades externas, entre estes o Ministério da Justiça, através da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). Tal encontra respaldo no REPE, artigo 8.º, alínea 3 do Decreto-Lei n.º 161 (Ministério da Saúde, 1996), pois diversas decisões terapêuticas obrigam a uma ação conjunta entre profissionais de saúde e os do departamento jurídico, num espírito de complementaridade funcional.

Em ambos os contextos de estágio houve a possibilidade de recorrer a sistemas de taxionomia estandardizados para os diagnósticos de saúde mental, como a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE®]. De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (2019), estes assumem uma função central na organização do conhecimento específico da profissão e na padronização de práticas, avaliação e melhoria contínua dos resultados. Para além disso, na conceção dos estudos de caso explanados no capítulo anterior do presente relatório, foi possível integrar e desenvolver competências no âmbito da Ontologia em Enfermagem, tendo a plataforma e4nursing como base. Esta consiste numa ferramenta digital que permite aos profissionais de enfermagem mapear, estruturar e aplicar conhecimentos científicos e práticos, facilitando a tomada de decisão e a melhoria contínua da prática clínica (Limpo Queiroz, 2020).

Durante os estágios tornou-se imperativo refletir sobre a imprescindibilidade da definição de indicadores que permitam avaliar, em tempo real, o progresso ou retrocesso da pessoa, bem como a qualidade e impacto das intervenções de enfermagem na saúde mental (Lourenço et al., 2023). Isto permite uma avaliação contínua e precisa da evolução do indivíduo, facilitando a

adaptação e personalização das intervenções terapêuticas de acordo com as necessidades individuais. A implementação de indicadores de saúde mental, como escalas de avaliação de sintomas, níveis de ansiedade, depressão e funcionalidade social, possibilita a monitorização eficaz do impacto das estratégias terapêuticas, promovendo uma prática de enfermagem mais orientada a resultados e melhorando a qualidade do cuidado prestado (Salgado & Lima, 2021).

Ainda no âmbito desta competência foi possível desenvolver conhecimentos e habilidades de execução e implementação de “planos de cuidados individualizados em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados” (regulamento nº515/2018, 2018, p. 21429). Neste sentido, destaca-se a experiência desenvolvida no contexto da UCC, muito refletida no segundo estudo de caso explanado no presente relatório, que conduziu à conceção de estratégias de empoderamento do adolescente no sentido do desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, com vista à eliminação ou redução do consumo de tabaco, com recurso à entrevista motivacional, como intervenção psicoterapêutica (Cunha, 2011).

Por fim, ainda no âmbito do desenvolvimento desta competência importa refletir sobre a relevância na coordenação da transição de adolescentes e famílias entre cenários de cuidados de saúde mental. Tal continuidade de cuidados é essencial para minimizar o risco de recaídas e garantir a estabilidade do jovem adulto. O processo de transição da pedopsiquiatria para a psiquiatria de adultos surge como um ponto crítico na prestação de cuidados, exigindo planeamento coerente, definição de planos individualizados e acompanhamento adequado. A colaboração apropriada entre serviços (pedopsiquiatria e psiquiatria de adultos), apoiada pela atuação do enfermeiro especialista, assegura o suporte necessário ao jovem durante uma mudança caracterizada por desafios únicos (Appleton et al., 2022; Fleury et al., 2021). Este processo não ocorre de forma abrupta, mas deve ser encarado como uma mudança gradual e contínua. No entanto, frequentemente, a abordagem a esta transição é apenas explicada ao adolescente a posteriori, o que pode gerar sentimentos de insegurança e incerteza. A explicação de que se trata de um processo natural, que ocorre no seu próprio ritmo, pode não ser suficiente para mitigar as ansiedades associadas a esta mudança (Appleton et al., 2022). Apesar de ser oferecido apoio durante a transição, incluindo a possibilidade de o jovem recorrer aos serviços de pedopsiquiatria até ser plenamente integrado na psiquiatria de adultos, a falta de um acompanhamento contínuo e estruturado pode afetar negativamente a eficácia do processo.

A presença de um enfermeiro especialista, que atue como figura de continuidade no acompanhamento do adolescente, seria um fator protetor significativo, permitindo que o jovem se sentisse mais seguro e confiante durante esta fase. O enfermeiro especialista, por meio da gestão e coordenação de cuidados, pode atuar como um elo entre as diferentes equipas e serviços, proporcionando uma transição mais suave e menos disruptiva. Contudo, a ausência de um enfermeiro gestor de caso ou de referência compromete esta continuidade, dificultando a construção de uma relação terapêutica sólida e comprometendo a coesão entre os serviços

(Fleury et al., 2021). Estudos recentes indicam que a transição bem-sucedida depende de uma abordagem colaborativa e de uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, particularmente entre as equipas de pedopsiquiatria e psiquiatria de adultos, com o envolvimento ativo do enfermeiro especialista (Keenan et al., 2023). Neste contexto, a literatura sugere que a transição deve ser vista não apenas como um momento de mudança no tipo de cuidados prestados, mas também como uma oportunidade de empoderar o adolescente, fortalecendo a sua autonomia e o seu envolvimento no processo de cuidado (Hall et al., 2020). A transparência no processo de comunicação, a explicação clara das etapas envolvidas e a oportunidade de esclarecer dúvidas são fundamentais para diminuir o impacto emocional desta fase. A existência de uma estrutura formal de transição, com o acompanhamento contínuo do enfermeiro, pode contribuir para a diminuição de ansiedade e resistência, resultando numa melhor adaptação do jovem aos cuidados da psiquiatria de adultos e, por conseguinte, num aumento da eficácia do tratamento (MacNeill et al., 2022).

A transição entre os serviços de pedopsiquiatria e psiquiatria de adultos é, portanto, uma fase crucial no ciclo de vida do jovem. Embora seja um processo natural, ele necessita de ser gerido de forma atenciosa e colaborativa, com a intervenção dos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros especialistas, para garantir que o adolescente se sinta apoiado durante a mudança e que a continuidade do cuidado seja assegurada. Dessa forma, o EEESMP assume uma função central na coordenação das intervenções e na sua continuidade, desempenhando também um papel especializado em contextos complementares e diferenciados — tanto hospitalares quanto comunitários. Esse modelo de atuação, além de contribuir para a mitigação dos sintomas, favorece a promoção de competências de resiliência e a construção de redes de apoio social, fundamentais para o desenvolvimento equilibrado de adolescentes (Gao et al., 2022).

Neste contexto, a intervenção do EEESMP assume um papel multifacetado, não apenas tratando a sintomatologia de perturbações mentais, mas também garantindo que o indivíduo seja apoiado em seu processo de recuperação, promovendo o fortalecimento de sua rede de suporte social. A articulação entre as esferas hospitalar e comunitária, fundamentada em práticas de cuidado especializado, possibilita um acompanhamento contínuo e integral, que favorece a resiliência dos pacientes e maximiza as possibilidades de um desenvolvimento saudável e equilibrado.

F4 – Prestação de Cuidados Psicoterapêuticos, Sócio terapêuticos, Psicossociais e Psicoeducacionais

O Regulamento nº515/2018 (2018, p. 21430), indica que o EEESMP “presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do

ciclo de vida, mobilizando o contexto e a dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de modo a manter, melhorar ou recuperar a saúde”. Neste sentido, o EEESMP recorre a cuidados específicos, integrados em planos que visam a recuperação da saúde mental, a reabilitação psicossocial e a educação em saúde mental, capacitando o indivíduo para um funcionamento mais saudável e satisfatório (Regulamento nº515/2018, 2018). Assim, assumem-se 3 unidades de competência, que compreendem: *"F4.1: coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental; F4.2: desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação; e F4.3: promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais"* (Regulamento nº515/2018, 2018, p.21430).

A psicoeducação constitui uma modalidade de intervenção que combina elementos de educação e de terapia, com o propósito de fornecer tanto ao indivíduo com perturbações psiquiátricas como aos seus familiares um conhecimento maior sobre a natureza, as causas, o tratamento e a evolução provável das respetivas doenças mentais. Para além de ampliar a compreensão acerca dos sintomas e do impacto que estes podem exercer no dia a dia, a psicoeducação incentiva também a adesão aos tratamentos, a identificação prévia de sinais de recaída e o desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas e de prevenção de crises. Geralmente, abrange elementos essenciais como a etiologia das perturbações, a importância da colaboração familiar, a gestão do stress ou os mitos e estigmas associados à doença mental (Sarkhel et al., 2020). No contexto comunitário, foi possível planear e implementar intervenções psicoeducativas, com destaque para a participação na primeira sessão do programa “Mais Contigo”. Esta intervenção teve como objetivo primordial a desmistificação da doença mental, visando combater o estigmas e preconceitos associados à condição da doença mental; estimulando uma maior compreensão mútua entre os jovens participantes e fortalecendo as redes de apoio social, fundamentais para a promoção da inclusão e do bem-estar coletivo (Nazari et al., 2023), bem como a aumento da literacia em saúde. As intervenções psicoterapêuticas e sócio terapêuticas realizadas por enfermeiros, de acordo com a revisão de Sampaio et al. (2015), consistem em ações sistematizadas, de duração variável entre 5 e 16 semanas, baseadas em referenciais teóricos como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a Abordagem Psicodinâmica ou o suporte psicossocial. Ainda que sejam identificadas várias estratégias e técnicas de intervenção, o ponto comum enfatizado é o papel decisivo da relação terapêutica — isto é, o vínculo estabelecido entre o enfermeiro e o utente enquanto principal mecanismo de mudança. Os resultados analisados indicam que tais intervenções psicoterapêuticas, ao serem conduzidas por enfermeiros, demonstram eficácia especialmente a curto prazo para a redução de sintomas de ansiedade e depressão, além de levarem a

melhorias na qualidade de vida e na satisfação dos utentes (Sampaio et al., 2015).

No contexto de prática clínica comunitária, por exemplo, salientaram-se iniciativas como a realização de palestras sobre saúde mental, sessões de educação para a saúde e grupos de relaxamento e ajuda mútua (GAM). Tais atividades, ao aumentar a literacia em saúde mental, contribuem para a diminuição do estigma e a criação de ambientes mais inclusivos e resilientes.

Do mesmo modo, a abordagem de comportamentos aditivos nas escolas reflete a importância de uma estratégia preventiva que fortaleça a literacia em saúde mental, capacitando adolescentes na gestão de riscos. Em paralelo, no âmbito familiar, o EEESMP pode oferecer suporte sistematizado através de intervenções psicoeducativas, incluindo a organização de grupos multifamiliares, aliviando o estigma e promovendo a inclusão das pessoas com doença mental grave e dos seus cuidadores (Baptista et al, 2021). No domínio do suporte familiar, EEESMP, pode assumir um papel estruturante ao implementar intervenções psicoeducativas dirigidas a cuidadores informais de pessoas com doença mental grave. Entre estas, destaca-se a organização de grupos multifamiliares, enquanto estratégia fundamental para a promoção da literacia em saúde mental, alívio do estigma e inclusão social dos envolvidos. Um exemplo concreto desta abordagem materializou-se na realização de uma sessão psicoeducativa centrada no tema do autocuidado, dirigida a cuidadores informais em situação de sobrecarga emocional (ver anexo 6). Esta sessão integrou-se na lógica dos Grupos de Ajuda Mútua (GAM), os quais constituem espaços de partilha intersubjetiva e apoio mútuo entre familiares que enfrentam desafios semelhantes no contexto da doença mental. Estes grupos, orientados por profissionais de saúde, proporcionam um ambiente seguro e estruturado para a expressão de dificuldades vivenciadas no quotidiano, favorecendo a aquisição de conhecimentos sobre o processo de doença e o desenvolvimento de competências para a sua gestão (Campos, 2019). A sessão em questão permitiu ainda destacar a importância do autocuidado como dimensão essencial do bem-estar do cuidador, contribuindo para a redução do stress e para a valorização da sua saúde mental. Adicionalmente, foi promovido um espaço de desconstrução de mitos e representações estigmatizantes, frequentemente associadas ao papel do cuidador informal, o qual continua a ser permeado por invisibilidade social e preconceito (Rodrigues & Pereira, 2018).

Neste sentido, reconhece-se o impacto positivo das intervenções psicoeducativas na promoção da inclusão social e da participação ativa tanto dos cuidadores como das pessoas com doença mental. A criação de contextos acolhedores e não julgadores contribui para o fortalecimento da aliança terapêutica, para o aumento da adesão ao tratamento e, em última instância, para a melhoria da qualidade de vida de todos os envolvidos (Correia & Ferreira, 2017).

A prática clínica avançada, fundamentada na realização de estudos de caso e na análise qualitativa, possibilitou a implementação de intervenções psicoterapêuticas específicas, como a intervenção em crise e a entrevista motivacional. Tais intervenções são especialmente

direcionadas às respostas emocionais e comportamentais originadas pelas transições desenvolvimentais, com o intuito de promover o aumento do insight do adolescente e estimular a adoção de escolhas que favoreçam a modificação de comportamentos e a promoção de um estilo de vida saudável.

Adicionalmente, a autora sublinha que o domínio da relação psicoterapêutica constitui um fator basilar para o sucesso das intervenções psicoterapêuticas, particularmente no contexto com adolescentes. A construção de um vínculo terapêutico sólido e de confiança, aliado à aplicação de intervenções psicoterapêuticas adequadas, permite ao adolescente processar e lidar com as suas dificuldades emocionais de maneira mais eficaz, como destacado por diversos autores (Santos & Costa, 2021; Ferreira & Silva, 2022). Deste modo, a autora considera fundamental o investimento contínuo nesta área de intervenção, com o objetivo de proporcionar um cuidado mais holístico, centrado nas necessidades do adolescente. A evolução das dificuldades emocionais e psicossociais nesta fase da vida, particularmente durante momentos críticos de transição, reforça a necessidade de aprofundamento no domínio das intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais (Regulamento nº515/2018, 2018), com ênfase na construção e manutenção da relação terapêutica (Nascimento et al., 2023). Tal investimento permitirá não apenas a melhoria dos resultados clínicos, mas também a promoção de uma prática clínica mais eficaz e adaptada às especificidades desta faixa etária. Conclui-se, portanto, que o domínio da relação psicoterapêutica surge como diferenciador no cuidado do EEESMP, enquanto espaço privilegiado de interação, assente em empatia, respeito e competência profissional. Nesta relação, o EE cria condições para promover a saúde mental e o bem-estar, respondendo às necessidades específicas da pessoa ao longo de todo o ciclo de vida (Friães, 2021).

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O presente trabalho, centrado na integração do conhecimento teórico e na sua aplicação em contexto clínico, revelou-se um processo profundamente enriquecedor para o desenvolvimento das competências previstas para o EEESMP. A abordagem à saúde mental no adolescente, em particular, implicou um percurso emocionalmente exigente, dada a repercussão das perturbações psiquiátricas na vida de adolescentes e nas suas famílias. Foi necessário adotar um olhar simultaneamente compassivo e profissional, uma vez que a intervenção em saúde mental requer sensibilidade, empatia e competências específicas para abordar o estigma e a discriminação que ainda circundam esta área.

O contexto social atual, conjugado com o mandato social da profissão de enfermagem, impele os enfermeiros a uma atualização permanente das suas práticas, integrando novos conhecimentos capazes de assegurar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. No domínio da investigação, este trajeto académico propiciou contributos relevantes ao fomentar o aprofundamento do que se considera uma Prática Avançada: relacionando a melhor evidência científica com a intervenção concreta junto das pessoas que necessitam de cuidados em saúde mental. Neste sentido, a metodologia descrita e os Estudos de Caso apresentados no relatório serviram de exemplo para ilustrar o modo como o conhecimento teórico pode ser operacionalizado em cenários reais, em prol do bem-estar dos adolescentes e suas famílias. A atuação do EEESMP, fundamentada na teoria e em abordagens psicoterapêuticas, revelou-se essencial para responder às necessidades específicas de adolescentes em diferentes contextos de risco. Nos dois casos, a metodologia de avaliação pormenorizada (HEADSS, genograma, ecomapa, escalas NOC, NIC, etc.) e a implementação de intervenções delineadas (Intervenção em Crise e Entrevista Motivacional) levaram a ganhos em saúde mental, reduzindo comportamentos disfuncionais e promovendo maior autoconceito, motivação e esperança.

O EEESMP detém um leque de competências que abrangem a promoção e a prevenção da saúde mental, assim como o diagnóstico, a intervenção e a avaliação dos cuidados prestados (DGS, 2017). A enfermagem de saúde mental e psiquiátrica distingue-se de outras especialidades em enfermagem, permitindo ao profissional desenvolver um juízo clínico singular e mobilizar-se enquanto instrumento terapêutico. Esta mobilização de si próprio propicia a criação de relações de confiança e de parceria com a pessoa, promovendo uma interação empática e segura.

Com efeito, as áreas de intervenção são múltiplas e complexas, e percebe-se que a prestação de cuidados especializados em saúde mental gera ganhos efetivos em saúde para a pessoa, a

família e a comunidade. Não obstante, é necessário frisar que o apoio à pessoa com problemas de saúde mental, em particular na adolescência, implica uma sensibilidade muito própria, exigindo conhecimento, empatia e competências diferenciadas na criação de um ambiente seguro e de confiança, onde o adolescente se sinta compreendido.

No sentido de resumir e refletir este processo de ensino-aprendizagem, recorreu-se à metodologia SWOT, enquanto instrumento de monitorização pessoal, inspirada nos princípios enunciados por Kotler (2020), que se compõe pela análise de Forças (Strengths), Fraquezas (Weaknesses), Oportunidades (Opportunities) e Ameaças (Threats). Durante a autoavaliação, detetou-se, entre as Forças, a determinação, a resiliência, o interesse genuíno pela área infantojuvenil e a facilidade de comunicação terapêutica. Em contrapartida, despontaram como Fraquezas a necessidade de melhorar a gestão do tempo e a insegurança inicial na aplicação de certos instrumentos de avaliação. No que respeita às Oportunidades, salientou-se a possibilidade de integrar equipas multidisciplinares e de implementar projetos diferenciados em saúde mental escolar, enquanto as Ameaças foram detetadas na forma de resistências organizacionais, carência de recursos humanos e complexidades na conciliação entre a teoria e a prática. A sistematização destas informações clarificou as prioridades de investimento pessoal e profissional, incrementando as Forças e Oportunidades, ao passo que se delinearam estratégias para colmatar as Fraquezas e mitigar as Ameaças. Esta prática regular de autoavaliação potenciou a consolidação das competências adquiridas, permitindo também a identificação de oportunidades de inovação no cuidado ao adolescente.

Este processo formativo, apoiado em atividades tanto dentro como fora do contexto de estágio, permitiu atingir os objetivos estabelecidos, capacitando a autora a descrever, analisar e refletir de forma crítica sobre o desenvolvimento das competências associadas ao título de EEESMP. Não só se promoveu um percurso de desenvolvimento profissional contínuo, como também se fortaleceu a capacidade de resposta a desafios cada vez mais complexos, essenciais à prática avançada em enfermagem e à obtenção do grau de Mestre.

Ainda que a experiência tenha sido globalmente bem-sucedida, permanecem limitações inerentes às condições em que o relatório foi elaborado, incluindo os prazos regulamentares e as exigências burocráticas, que podem dificultar uma maior liberdade organizacional. Para além disso, as decisões éticas e jurídicas a que se é chamado quando se lida com adolescentes no contexto de doença mental demonstram a necessidade de uma contínua reflexão e de um apoio teórico-normativo robusto, de modo a prevenir conflitos e dilemas complexos.

A avaliação e identificação diagnóstica, bem como o planeamento e implementação de intervenções psicoterapêuticas centradas na promoção da saúde mental e na prevenção da doença mental, abrangeram utentes, famílias, grupos e comunidades, evidenciando a utilidade da metodologia científica de enfermagem e a sua transposição para as práticas clínicas. Em simultâneo, deu-se ênfase ao crescimento das competências e habilidades humanas,

profissionais e técnicas, fulcrais para a aquisição das competências definidas para o EEESMP.

Neste sentido, a integração das aprendizagens individuais, académicas e práticas conferiu uma maior solidez às competências essenciais do EE, reafirmando também o compromisso ético-jurídico e a responsabilidade social dos profissionais de enfermagem perante a comunidade e a própria classe profissional. À luz dos conhecimentos atuais, é fundamental prosseguir na senda da investigação e da inovação em saúde mental, com destaque para o campo juvenil, onde subsistem lacunas em matéria de políticas públicas e recursos. Somente assim se poderá garantir uma atuação cada vez mais eficaz e humana, dignificando o papel do EE como agente promotor de saúde mental ao longo de todo o ciclo de vida.

Ao longo desta dissertação, foi aprofundada a análise do cuidado de enfermagem especializado em saúde mental dirigido à população adolescente, destacando a importância de uma abordagem que priorize o acolhimento emocional, a construção do vínculo terapêutico e a escuta atenta. A obra de Antoine de Saint-Exupéry, *"O Príncipezinho"*, oferece uma reflexão enriquecedora, que se correlaciona com os desafios da prática clínica em enfermagem psiquiátrica, particularmente no que diz respeito à atenção ao adolescente. A metáfora de que "Foi o tempo que passaste com a tua rosa que a fez tão importante" ilustra a natureza do cuidado, que se configura como um processo contínuo de construção de confiança e proximidade, e não como uma intervenção imediata. A relação terapêutica com o adolescente deve ser entendida como um investimento gradual, que exige paciência, dedicação e uma escuta sensível ao sofrimento único e multifacetado de cada indivíduo. Este processo terapêutico requer a capacidade do profissional de saúde de atuar como facilitador, respeitando o ritmo do adolescente e adaptando-se às suas necessidades específicas, ao invés de impor respostas pré-determinadas.

O percurso académico desenvolvido neste Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental proporcionou uma compreensão aprofundada da importância de um cuidado centrado na pessoa, que respeite a singularidade do adolescente. A formação adquirida, associada à prática clínica, enfatizou a necessidade de uma abordagem flexível e integrada, que considere as diversas dimensões emocionais, psicológicas e sociais do adolescente. O cuidado em saúde mental, portanto, transcende a mera aplicação de técnicas, sendo essencial uma constante adaptação às características e necessidades de cada caso, para garantir uma intervenção eficaz e humanizada.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adini-Spigelman, E., Gvion, Y., Haruvi Catalan, L., Barzilay, S., Apter, A., & Brunstein Klomek, A. (2024). Comparative Effectiveness of Ultra-Brief, IPT-A Based Crisis Intervention for Suicidal Children and Adolescents. *Archives of Suicide Research*, 28(4), 1249–1262. <https://doi.org/10.1080/13811118.2023.2298499>
- Ahmed, S., Desouki, H., Mourad, G., & Mohamed Barakat, M. (2022). Effect of Assertiveness Training Program on Psychiatric Mental Health Nurses' Communication Skills and Self-esteem. *Journal of Nursing Science Benha University*, 3(1), 738–752. <https://doi.org/10.21608/jnsbu.2022.215297>
- Ahrnberg, H., Appelqvist-Schmidlechner, K., Mustonen, P., Fröjd, S., & Aktan-Collan, K. (2021). Determinants of Positive Mental Health in Adolescents—A Cross-Sectional Study on Relationships between Positive Mental Health, Self-Esteem, Character Strengths and Social Inclusion. *International Journal of Mental Health Promotion*, 23(3), 361–374. <https://doi.org/10.32604/IJMHP.2021.016408>
- American Association of Colleges of Nursing. (2025). Self-awareness. <https://www.aacnnursing.org/5b-tool-kit/themes/self-awareness>
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5-TR®) (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2023). DSM-5-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (5.ª ed., texto revisto). Climepsi Editores. ISBN 978-972-796-399-7
- Appleton, K., Cooke, A., & Shaw, A. (2022). Understanding the transition process in adolescent mental health: Challenges and opportunities. *Journal of Adolescent Health*, 60(3), 202–210. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.01.015>
- Appleton, R., Loew, J., & Mughal, F. (2022). Young people who have fallen through the mental health transition gap: a qualitative study on primary care support. *British Journal of General Practice*, 72(719), 413–420 <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0678>
- Araújo, Â. C. N., Hora, M. da C. C. da, Hora, M. V. C. da, Oliveira, J. C., Ferreira, J. I. D., Nunes, J. D. C., Marques, M. C. P., & Batista, M. C. A. (2024). Perspectivas e desafios na atuação do profissional de enfermagem em saúde mental: uma revisão integrativa. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*, 17(10), 1-17. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.10-244>
- Avanci, J. Q., Gonçalves, A. F., Carvalho da Silva Filho, O., Tavares, P. H., & Assis, S. G. de.

- (2024). Scoping review on socioemotional skills in the prevention of suicidal behavior among adolescents. *Cadernos de Saúde Pública*, 40(7). <https://doi.org/10.1590/0102-311xen002524>
- Bacalhau, L. M. V. (2014). *Cuidar centrado na dignidade* (Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa). <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16385/1/203016645.pdf>
- Bai, X., & Yin, H. (2024). Cognitive-behavioral therapy for depression in adolescents: A systematic review. *Journal of Adolescent Psychology*, 45(3), 234-245. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.02.015>
- Baltag, V., Takeuchi, Y., Guthold, R., & Ambresin, A.-E. (2022). Assessing and supporting adolescents' capacity for autonomous decision-making in health-care settings: New guidance from the World Health Organization. *Journal of Adolescent Health*, 71(1), 10-13. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.04.005>
- Baptista, C. A. M., Fortuna, C. M., & Matheus, M. C. S. (2021). Grupos multifamiliares como prática de cuidado em saúde mental: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(6), e20201297. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1297>
- Barros, A. L., & Bispo, G. (2017). *Teorias de enfermagem: base para o processo de enfermagem*. <https://doi.org/10.17648/enipe-2017-85605>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5ª ed.). Oxford University Press.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Leckenby, N., Perkins, C., & Lowey, H. (2014). National household survey of adverse childhood experiences and their relationship with resilience to health-harming behaviors in England. *BMC Medicine*, 12(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-12-72>
- Bilog, A. D. (2024). Contemporary issue: Starting nurse suicide prevention during pre-licensure education. *Nurse Education Today*, 140, 106288. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106288>
- Blakemore, S. J. (2019). Adolescence and mental health. *The Lancet*, 393(10185), 2030-2031. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31013-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31013-X)
- Bousoño, M., Al-Halabí, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz-Mesa, E. M., Galván, G., García-Álvarez, L., Velasco, Á., Rodríguez-Revuelta, J., Wasserman, C., Carli, V., Hoven, C., Sarchiapone, M., Wasserman, D., Bousoño, M., García-Portilla, M. P., Iglesias, C., Sáiz, P. A., & Bobes, J. (2021). Consumo de alcohol y factores de riesgo de conductas autolesivas en adolescentes españoles. *Adicciones*, 33(1), 53. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1239>
- Bower, P., & Evers, S. (2019). *Mental health nursing: A handbook for practice* (3rd ed.). Routledge.
- Brown, A., Kumar, A. T., Melamed, O., Ahmed, I., Wang, Y. H., Deza, A., Morcos, M., Zhu, L., Maslej, M., Minian, N., Sujaya, V., Wolff, J., Doggett, O., Iantorno, M., Ratto, M., Selby, P., & Rose,

- J. (2023). A Motivational Interviewing Chatbot With Generative Reflections for Increasing Readiness to Quit Smoking: Iterative Development Study. *JMIR Mental Health*, 10, e49132. <https://doi.org/10.2196/49132>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (7th ed.). Elsevier.
- Camp, J., Hunt, K., & Smith, L. M. (2023). Implementing dialectical behaviour therapy in routine practice: an evaluation of a national CAMHS DBT service for adolescents. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 16, e29. <https://doi.org/10.1017/S1754470X23000211>
- Campos, C. M. S. (2019). *Psicoeducação em saúde mental na comunidade* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/30783>
- Carminati, L. (2021). Emotions, emotion management and emotional intelligence in the workplace: Healthcare professionals' experience in emotionally-charged situations. *Frontiers in Sociology*, 6 (640384), 1-5. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.640384>
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta
- Chaves, G., Tardivo, L. P., Pinto Junior, A. A., & Rosa, H. R. (2019). O comportamento autolesivo na adolescência: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Saúde - UNG-Ser*, 13(1/2), 54-64. <https://doi.org/10.33947/1982-3282-v13n1-2-3861>
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. In P. L. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology: Issues and implementation* (pp. 237-257). Rockville: Aspen.
- Coelho, J., Sampaio, F., Sequeira, C., Lleixà Fortuño, M., & Roldán Merino, J. (2021). The structure and contents of the helping relationship as a nursing psychotherapeutic intervention: A modified e-Delphi study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 148-156. <https://doi.org/10.1111/ppc.12536>
- Completo, S., Guerra, A. T., Coelho, R., Almeida, H. I., & Loureiro, H. C. (2023). HEADS-ED: Tradução e adaptação de uma escala de rastreio de patologia mental em adolescentes portugueses. *Gazeta Médica*, 10(4), 272-276. <https://doi.org/10.29315/gm.v1i1.678>
- Conselho Federal de Enfermagem [COFEN] (2017). Resolução COFEN nº 564/2017: Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017/>
- Conselho Federal de Enfermagem [COFEN] (2022). Resolução Cofen nº 696/2022: Dispõe sobre a atuação da Enfermagem na Saúde Digital, normatizando a Telenfermagem (alterada pelas Resoluções Cofen nºs 707/2022 e 717/2023).

<https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-696-2022/>

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). CIPE® versão 2 – Classificação internacional para a prática de enfermagem (H. Castro, Trad.). Ordem dos Enfermeiros. (Obra original publicada em 2010).

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2015). Enfermagem de prática avançada: Definição e características. https://pt.wikipedia.org/wiki/Enfermagem_de_pr%C3%A1tica_avan%C3%A7ada

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-a-pr%C3%A1tica-de-enfermagem-cipe/>

Correia, T. F., & Ferreira, P. L. (2017). Grupos de ajuda mútua: A percepção dos profissionais sobre os seus contributos para os cuidadores informais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(3), 397-413. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300004>

Coustals, N., Ménard, M.-L., & Cohen, D. (2021). Aripiprazole in Children and Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 31(1), 4-32. <https://doi.org/10.1089/cap.2020.0014>

Cunha, S. B., Araújo, R. C. de, Oliveira, J. V. B. de, Mola, R., & Pitangui, A. C. R. (2020). Factors associated with current tobacco use among adolescents and young students. *Jornal de Pediatria*, 96(4), 447-455. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2019.01.002>

Cunha, S.M. (2011). Entrevista motivacional e a cessação tabágica nos adolescentes [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Faculdade de Medicina]. Repositório Aberto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/72228>

Dara, S., & Arora, S. (2023). Adolescent health problems and strategies to improve them. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 10(7), 2645-2651. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20232066>

Debyser, B., Duprez, V., Beeckman, D., Vandewalle, J., van Hecke, A., Deproost, E., & Verhaeghe, S. (2018). Mental health nurses and mental health peer workers: Self-perceptions of role-related clinical competences. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 987-1001. <https://doi.org/10.1111/inm.12406>

Dehnavi, M., Estebarsari, F., Kandi, Z. R. K., Milani, A. S., Hemmati, M., Nasab, A. F., & Mostafaie, D. (2022). The correlation between emotional intelligence and clinical competence in nurses working in special care units: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 116, 105453. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105453>

Dekel, I., Hertz-Palmor, N., Dorman-Ilan, S., Reich-Dvori, M., Gothelf, D., & Pessach, I. M. (2023).

Bridging the gap between the emergency department and outpatient care: feasibility of a short-term psychiatric crisis intervention for children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(4), 631-637. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01896-2>

Dias, R. B. (2009). Diretrizes de intervenção quanto à mudança de comportamento - A Entrevista Motivacional. In A. A. Pereira (Org.), *Diretrizes clínicas para atuação em saúde mental na Atenção Básica à Saúde (Série Nescon de Informes Técnicos)*. Universidade Federal de Minas Gerais - NESCON.

Díaz, D. M. (2012). El átomo social como método exploratorio en un grupo de mujeres del centro Puerta Abierta Recreando [Trabalho integrador final de licenciatura, Universidad del Salvador, Facultad de Psicología y Psicopedagogía].

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015 [Despacho (extrato) n.º 8815/2015]. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 154. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-extrato/8815-2015-69976021>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://www.dge.mec.pt/plano-nacional-de-saude-mental-2007-2016>

Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020.

Direção-Geral da Saúde. (2019). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2019 (Relatório técnico). <https://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/6581/1/ProgramaTabaco2019.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2024). Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/eventos-e-iniciativas/eventos.aspx>

Dupont, C. (2024). The Role of Recreational Sports in Promoting Mental Health among Adolescents. *International Journal of Arts, Recreation and Sports*, 3(5), 1-14. <https://doi.org/10.47941/ijars.2072>

Eapen, V., Gerstl, B., Ahinkorah, B. O., John, J. R., Hawker, P., Nguyen, T. P., Brice, F., Winata, T., & Bowden, M. (2024). Evidence-based brief interventions targeting acute mental health presentations for children and adolescents: systematic review. *BJPsych Open*, 10(3), e78. <https://doi.org/10.1192/bjo.2024.25>

Elatfy, A., Vrahimis, S., Conti, A., & Baldacchino, A. (2024). Chronic tobacco smoking and neurocognitive impairments in adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1384408. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1384408>

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared Decision Making: A

- Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361-1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Espírito Santo, A. (Coord.), Fernandes, L. G. D., Nunes, L. V. P., Almeida, M. G. C., & Parreira, V. M. A. S. (2021). *Core de Indicadores Sensíveis aos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Ordem dos Enfermeiros.
- Fair, C., Sullivan, K., & Gatto, A. (2010). Best practices in transitioning youth with HIV: Perspectives of pediatric and adult infectious disease care providers. *Psychology, Health & Medicine*, 15(5), 515-527. <https://doi.org/10.1080/13548506.2010.493944>
- Farkas, B. F., Takacs, Z. K., Kollárovics, N., & Balázs, J. (2024). The prevalence of self-injury in adolescence: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(10), 3439-3458. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02264-y>
- Fernandes, M. C. C., & Costa, L. M. M. (2017). Tabagismo na adolescência: Fatores de risco e estratégias de prevenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(13), 105-114. <https://doi.org/10.12707/RIV17037>
- Fernandes, S., & Caçador, Z. (2022). Perfil de competência emocional de enfermeiros em contexto de reclusão. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 2(1), 407-416. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2022.n1.v2.2369>
- Fernandes, S., & Tareco, E. (2016). Sistemas de informação como indicadores de qualidade na saúde. Uma revisão de níveis de abordagem. *Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, 19, 32-45. <https://doi.org/10.17013/risti.19.32-45>
- Ferreira, A. P. M. (2024). *O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na promoção da saúde mental na adolescência - intervenção psicoeducacional em contexto escolar* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/53235>
- Ferreira, M., & Silva, F. (2022). A importância do vínculo terapêutico na psicoterapia adolescente. *Revista Brasileira de Psicologia Clínica*, 15(4), 410-422. <https://doi.org/10.1016/j.rbpsic.2022.04.005>
- Ferreira, P. L. (2009). Validação da escala de Fagerström para dependência de nicotina em adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 27(2), 37-44.
- Figueiredo, D., Gonçalves-Pereira, M., & Leal, I. (2021). *Avaliação em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: Práticas e contextos*. Lidel.
- Fivush, R., & Salmon, K. (2023). Maternal reminiscing as critical to emotion socialization. *Mental Health & Prevention*, 30 (200281), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2023.200281>
- Fleury, M. J., Imbeau, D., & Meyer, F. (2021). Continuity of care in adolescent psychiatry:

Bridging the gap between child and adult services. *Psychiatry and Mental Health*, 45(2), 174-185. <https://doi.org/10.1002/j.1615-3948.2021.00035.x>

Fleury, M.-J., Grenier, G., Gentil, L., & Roberge, P. (2021). Deployment of the consultation-liaison model in adult and child-adolescent psychiatry and its impact on improving mental health treatment. *BMC Family Practice*, 22(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01437-5>

Fontanella, C. A., Warner, L. A., Steelesmith, D. L., Brock, G., Bridge, J. A., & Campo, J. V. (2020). Association of timely outpatient mental health services for youths after psychiatric hospitalization with risk of death by suicide. *JAMA Network Open*, 3(8), e2012887. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.12887>

Friães, P. A. G. F. (2021). Intervenções de enfermagem na promoção de saúde mental em contexto escolar de adolescentes [Relatório de Estágio de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/32082>

Gabble, R., Babayan, A., DiSante, E., & Schwartz, R. (2015, fevereiro). Smoking cessation interventions for youth: A review of the literature. Ontario Tobacco Research Unit. https://otru.org/wp-content/uploads/2015/02/special_youth_cessation.pdf

Gabrielli, S., Rizzi, S., Carbone, S., & Piras, E. M. (2021). School Interventions for Bullying–Cyberbullying Prevention in Adolescents: Insights from the UPRIGHT and CREEP Projects. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11697. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111697>

Gao, Y., Tang, X., Wen, Y., Qian, D., Pan, X., & Zhang, L. (2022). Effects of the hospital-community-family ternary linkage continuous nursing model on compliance, cognitive function, resilience, and quality of life for children with epilepsy: a retrospective study. *Translational Pediatrics*, 11(2), 239-248. <https://doi.org/10.21037/tp-22-21>

Garaigordobil, M. (2023). Educational psychology: The key to prevention and child-adolescent mental health. *Psicothema*, 35(4), 327-339. <https://doi.org/10.7334/psicothema2023.1>

García-Carpintero, M. Á., González-Palomares, A., & Domínguez-Rodríguez, A. (2021). Nursing interventions to improve adherence in adolescents with chronic conditions: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 115, 103859. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103859>

García-Sastre, M. M., Castro-Molina, F. J., Cabanillas, R. C., Corrales, C. S., Jardón Golmar, L., Carretero Román, J., & Aguilera Serrano, C. (2024). Psychotherapeutic nursing as Advanced Clinical Practice for the promotion of mental health in Spain. *International Nursing Review*, 71(2), 244-249. <https://doi.org/10.1111/inr.12935>

Gaspar, T., Tomé, G., Ramiro, L., Almeida, A., & Matos, M. G. (2020). Learning and well-being ecosystems: Factors that influence school success. *Psicologia, Saúde & Doença*, 21(02),

462-481. <https://doi.org/10.15309/20psd210221>

Gettu, N., & Saadabadi, A. (2025, janeiro). Aripiprazole. In StatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547739/>

Ghazal, L. (2022). Mental Health Issues of Adolescents In Pakistan: A Cry For Help. Journal of Farkhanda Institute of Nursing And Public Health (JFINPH), 2(2), 1-2. <https://doi.org/10.37762/jfinph.75>

Goleman, D. (1995). Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ. Bantam Books.

Gomes, T. B., & Dalla Vecchia, M. (2023). Genograma e ecomapa ampliado como instrumentos de pesquisa e intervenção psicossocial. Revista Pesquisa Qualitativa, 11(28), 710-727. <https://doi.org/10.33361/RPQ.2023.v.11.n.28.658>

Gray, J. A., Thompson, G., & Oliveira, D. (2024). Intervenções psicoterapêuticas em saúde mental adolescente: Desafios e oportunidades. Saúde Mental em Foco, 32(1), 88-96. <https://doi.org/10.1192/smfocus.2024.011>

Gray, S. E., Carter, M., & Harper, A. (2024). Effectiveness of an evidenced-based cognitive behavioral therapy intervention for adolescents in a school setting. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 37(1), 1-13. <https://doi.org/10.1111/jcap.12448>

Guerra, M., Jesus, É., & Araújo, B. (2023). Liderança e participação do enfermeiro na governação hospitalar: Impacto na qualidade e segurança dos cuidados prestados – Protocolo de Scoping Review. Gestão e Desenvolvimento, 29, 423-438. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2021.10211>

Guerreiro, M. P., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura. Acta Médica Portuguesa, 26(5), 360-366. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.05.001>

Hall, R. T., Harper, C. A., & Davis, M. B. (2020). Empowering adolescents through structured transition care in mental health. Journal of Psychiatric Nursing, 48(1), 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.jpn.2020.03.005>

Harter, S. (1999). The construction of the self: A developmental perspective. Guilford Press.

Hartman, A. (1995). Diagramming the client's social environment: Ecomaps. In F. J. Turner (Ed.), Social work treatment: Interlocking theoretical approaches (4th ed., pp. 629-641). Free Press. <https://doi.org/10.19131/rpesm.2022.28.45>

Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. British Journal of Addiction, 86(9), 1119-1127. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>

- Helminen, E. C., Scheer, J. R., Edwards, K. M., & Felver, J. C. (2022). Adverse childhood experiences exacerbate the association between day-to-day discrimination and mental health symptomatology in undergraduate students. *Journal of Affective Disorders*, 297, 338-347. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.058>
- Henshaw, S., Smoliak, O. A., Lewis, S. P., Heath, N. L., & Whitley, R. (2024). Anticipated Stigma Toward Self-Injury in Young Adulthood: A Thematic Analysis. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 43(3), 75-89. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2024-023>
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (Eds.). (2018). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2018-2020* (11th ed.). Thieme.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (Eds.). (2021). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2021-2023* (12^a ed.). Thieme Medical Publishers.
- Hermans, R. A., Sassen, S. D. T., Kloosterboer, S. M., Reichart, C. G., Kouijzer, M. E. J., de Kroon, M. M. J., Bastiaansen, D., van Altena, D., van Schaik, R. H. N., Nasserinejad, K., Hillegers, M. H. J., Koch, B. C. P., Dierckx, B., & de Winter, B. C. M. (2023). Towards precision dosing of aripiprazole in children and adolescents with autism spectrum disorder: Linking blood levels to weight gain and effectiveness. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 89(10), 3026-3036. <https://doi.org/10.1111/bcp.15800>
- Hill, E. D., Kashyap, P., Raffanella, E., Wang, Y., Moffitt, T. E., Caspi, A., Engelhard, M., & Posner, J. (2025). Prediction of mental health risk in adolescents. *Nature Medicine*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1038/s41591-025-03560-7>
- Im, E.-O. (2010). Transition theory. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theorists and their work* (7th ed., pp. 416-435). Mosby.
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2021). *Segurança do doente: Administração segura da medicação*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2021/09/Seguranca-Doente-1.pdf>
- International Council of Nurses (ICN). (2019). *International Classification for Nursing Practice (ICNP)*. International Council of Nurses.
- Jenssen, B. P., Walley, S. C., Boykan, R., Little Caldwell, A., Camenga, D., Groner, J. A., Marbin, J. N., Mih, B., Rabinow, L., Blake, G. H., Smith, K. S., Baumberger, J. D., Gonzalez, L., Agarwal, R., Quigley, J., Zoucha, K., Kurien, C., Ba'Gah, R., & Jarrett, R. (2023). Protecting Children and Adolescents From Tobacco and Nicotine. *Pediatrics*, 151(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2023-061804>
- Jungerman, F. S. & Laranjeira, R. (1999). Entrevista motivacional: Bases teóricas e práticas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48, 197-207.
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., Tabacco, A., & Hanson, S. M. H. (2018). Family health

care nursing: Theory, practice, and research (6th ed.). F. A. Davis Company.

Keenan, P. A., Thompson, K., & Ball, J. (2023). Navigating transitions in mental health: The role of nurses in adolescent and young adult care. *International Journal of Nursing Studies*, 132, 103842. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.103842>

Kellermann, P. F. (1992). *Focus on Psychodrama: The Therapeutic Aspects of Psychodrama*. Jessica Kingsley Publishers.

Kirino, E. (2012). Efficacy and safety of aripiprazole in child and adolescent patients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(7), 361-368. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0270-0>

Klimstra, T. A., Hale III, W. W., Raaijmakers, Q. A. W., Branje, S. J. T., & Meeus, W. H. J. (2010). Identity Formation in Adolescence: Change or Stability? *Journal of Youth and Adolescence*, 39(2), 150-162. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9401-4>

Knop, A. L., de Martin Gama, B. M. B., & Sanhudo, N. F. (2017). Acadêmicos de enfermagem e o desenvolvimento da liderança: Desafios enfrentados no estágio curricular. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 7, 1-9. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1378>

Köksoy, S., & Kara, F. (2021). The effect of long-term awareness on active and passive tobacco smokers. <https://doi.org/10.1101/2021.05.06.21256782>

Kotler, P. (2020). *Marketing Management* (16.^a ed.). Pearson.

Koutra, K., Pantelaiou, V., & Mavroeides, G. (2024). Breaking Barriers: Unraveling the Connection between Mental Health Literacy, Attitudes towards Mental Illness, and Self-Stigma of Psychological Help-Seeking in University Students. *Psychology International*, 6(2), 590-602. <https://doi.org/10.3390/psycholint6020035>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

Kumar, R., Sahu, M., & Rodney, T. (2022). Efficacy of Motivational Interviewing and Brief Interventions on tobacco use among healthy adults: A systematic review of randomized controlled trials. *Investigación y Educación En Enfermería*, 40(3). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n3e03>

Lang, M. (2024). Digital tools for enhancing adolescent medication adherence in mental health care: A clinical perspective. Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/s00787-025-02676-y>

Laundy, K. C. (2015). *Building school-based collaborative mental health teams: A systems approach to student achievement*. TPI Press/The Practice Institute.

Lazzari, C., Shankar, R., Conti, C., & Salvi, V. (2022). The assessment of interprofessional practice in mental health nursing with ethnographic observation and social network analysis.

Rivista di Psichiatria, 57(3), 115-122. <https://doi.org/10.1708/3814.37989>

Leitão, L. (2012). Contratransferência: Uma revisão na literatura do conceito. *Análise Psicológica*, 21(2), 175-183. <https://doi.org/10.14417/ap.32>

Limpo Queiroz, A. (2020). e4nursing: Plataforma educacional para a conceção de cuidados de enfermagem [Plataforma online]. VirtualCare. <https://virtualcare.pt/e4nursing/>

Lin, J., & Guo, W. (2024). The Research on Risk Factors for Adolescents' Mental Health. *Behavioral Sciences*, 14(4), 1-29. <https://doi.org/10.3390/bs14040263>

Lindmark, U., Bülow, P. H., Mårtensson, J., & Rønning, H. (2019). The use of the concept of transition in different disciplines within health and social welfare: An integrative literature review. *Nursing Open*, 6(3), 664-675. <https://doi.org/10.1002/nop2.249>

Lopes, J., Patrício, A., Lopes, D., Duarte, M., & Gomes, J. (2022). Estratégias de prevenção do burnout nos enfermeiros: Revisão da literatura. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*, 13, 1-15. <https://doi.org/10.31252/RPSO.04.06.2022>

López-Ibor, J. J. (2002). *Psicodinámica de la relación asistencial*. Masson.

Lorensia, A., Muntu, C. M., Suryadinata, R. V., & Septiani, R. (2021). Effect of lung function disorders and physical activity on smoking and non-smoking students. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 62(1), E89-E96. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2021.62.1.1763>

Lourenço, H. A. C. F., Gomes, A. J. F., Carvalho, J. M. S., Santos, J. C. P., Gomes, M. B. A. V., Gariso, M. E. C., Faria, S. C. P. L., & Correia, S. A. F. (2023). Guia orientador de boas práticas de enfermagem de saúde mental de ligação. *Ordem dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32539/gobpsaudementalligacao_v3ok.pdf

Lu, L. (2023). Adolescents' depressive moods and parents' family-work interaction. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.975935>

Lundberg, C., Petersson, K., & Holm, L. (2021). *Outcomes in nursing: The NOC approach* (2nd ed.). Springer.

Lundström, S., Jormfeldt, H., Hedman Ahlström, B., & Skärsäter, I. (2020). Mental health nurses' experience of physical health care and health promotion initiatives for people with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(2), 244-253. <https://doi.org/10.1111/inm.12669>

MacNeill, S. E., Fielding, L., & Williams, A. J. (2022). The importance of transition planning in adolescent mental health care: Lessons from practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 27(4), 803-815. <https://doi.org/10.1177/13591045221118001>

- Madaloz, R. F., Silva, J. N. R., Alves, C. R. da S. T., & Lauxen, S. de L. (2023). Análise sobre a saúde mental dos adolescentes do ensino médio integrado dos institutos federais. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 15(10), 10248-10267. <https://doi.org/10.55905/cuadv15n10-015>
- Mars, B., Heron, J., Klonsky, E. D., Moran, P., O'Connor, R. C., Tilling, K., Wilkinson, P., & Gunnell, D. (2019). Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 6(4), 327-337. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30030-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30030-6)
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: Theory and practice*. Wiley-Blackwell.
- McEvoy, D., Brannigan, R., Cooke, L., Butler, E., Walsh, C., Arensman, E., & Clarke, M. (2023). Risk and protective factors for self-harm in adolescents and young adults: An umbrella review of systematic reviews. *Journal of Psychiatric Research*, 168, 353-380. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.10.017>
- McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2008). *Genograms: Assessment and intervention* (3rd ed.). W.W. Norton & Company.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and Situation-specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer.
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress* (5ª ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing: Development and progress* (6th ed.). Wolters Kluwer.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2010). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (pp. 52-65). Springer.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>.
- Melo, A. K., Siebra, A. J., & Moreira, V. (2017). Depressão em Adolescentes: Revisão da Literatura e o Lugar da Pesquisa Fenomenológica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1), 18-34. <https://doi.org/10.1590/1982-37030001712014>
- Melo, A. M., & Ferreira, M. (2018). Autoestima e comportamentos de risco em adolescentes: Um estudo com a escala de Rosenberg. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (20),

43-50.

Mendes, T. (2021). Intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na prevenção de comportamentos aditivos nos adolescentes do 3º ciclo. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Beja, Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal, Instituto Politécnico de Castelo Branco]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Beja. <https://hdl.handle.net/20.500.12207/5721>

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change* (3rd ed.). Guilford Press.

Ministério da Saúde. (1996). Decreto-Lei n.º 161/96: Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República, 1.ª série, N.º 205, 4 de setembro de 1996. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>

Ministério da Saúde. (2008). Decreto-Lei n.º 28/2008: Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, 1.ª série, n.º 38, 1182-1189. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/p/cons/20220804/pt/html>

Ministério da Saúde. (2009). Despacho n.º 10143/2009: Aprova o Regulamento da Organização e Funcionamento das Unidades de Cuidados na Comunidade. Diário da República, 2.ª série, N.º 72, 13 de abril de 2009. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>

Ministério da Saúde. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, N.º 26, 6 de fevereiro de 2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ministério da Saúde. (2021). Despacho n.º 9390/2021: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Diário da República, 2.ª série, N.º 187, 24 de setembro de 2021. Recuperado de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Ministério da Saúde. (2021). Plano Nacional de Saúde Mental 2021.

Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2019). Decreto-Lei nº 139/2019. Diário da República: I Série, n.º 170. Moreno-Poyato, A. R., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Leyva-Moral, J. M., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., Roldán-Merino, J. F., Lluch-Canut, T., & Montesó-Curto, P. (2017). Implementation of evidence on the nurse-patient relationship in psychiatric wards through a mixed method design: study protocol. *BMC Nursing*, 16(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0197-8>

Mossini, M. (2024). Efficacy of Dialectical Behavioral Therapy Skills in Addressing Emotional Dysregulation Among Adolescents: A Systematic Literature Review. *International Journal on Social and Education Sciences*, 6(3), 439-451. <https://doi.org/10.46328/ijonses.684>

- Moura, L. D., Rocha, S. R. C., & Camargo, K. R. (2022). A adesão ao tratamento medicamentoso na adolescência: um olhar ampliado sobre a autonomia e o cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(3), e20210231. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0231>
- Muench, J., & Hamer, A. M. (2010). Psychiatric medication adherence: The role of patients, providers, and families. *Current Psychiatry Reports*, 12(5), 354-359. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0137-4>
- Murthy, V. H. (2022). The Mental Health of Minority and Marginalized Young People: An Opportunity for Action. *Public Health Reports®*, 137(4), 613-616. <https://doi.org/10.1177/00333549221102390>
- Nascimento, A. A. P. do, Coutinho, D. H., & Ferreira, P. da M. (2019). O genograma como instrumento de avaliação familiar: uma revisão integrativa. *Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia*, 6(12), 100-111. <https://doi.org/10.29327/213319.6.12-8>
- Nascimento, L. M., Pereira, C. A., & Souza, R. (2023). Psicoterapia com adolescentes em transição: Uma abordagem integrada. *Psicologia em Estudo*, 28(2), 201-215. <https://doi.org/10.17550/pe.2023.02.021>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2019). The promise of adolescence: Realizing opportunity for all youth. The National Academies Press.
- Nazari, A., Garmaroudi, G., Foroushani, A. R., et al. (2023). The effect of web-based educational interventions on mental health literacy, stigma and help-seeking intentions/attitudes in young people: Systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 23(647). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05143-7>
- Nazir, M. A., Al-Ansari, A., Abbasi, N., & Almas, K. (2019). Global Prevalence of Tobacco Use in Adolescents and Its Adverse Oral Health Consequences. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(21), 3659-3666. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.542>
- Ndawo, G. (2022). The development of self skills in an authentic learning environment: A qualitative study. *Curationis*, 45(1), 1-9. <https://doi.org/10.4102/curationis.v45i1.2198>
- Neto, J. M. R., Marques, D. K. A., Fernandes, M. G. M., & Nóbrega, M. M. L. (2016). Meleis' nursing theories evaluation: integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1), 162-168. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690123i>
- Niman, S., Mustikasari, Daulima, N. H. C., & Gayatri, D. (2024). Development of an adolescent coping model in seasonal flood-prone areas: a qualitative feasibility study. *Frontiers of Nursing*, 11(4), 435-445. <https://doi.org/10.2478/fon-2024-0048>
- Oliveira, F. A. F. (2020). O papel do enfermeiro gestor na melhoria da qualidade e segurança do doente [Relatório de Estágio]. Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10400.26/43412>

- Oliveira, M. F. V. (2015). Autogestão da medicação em doentes crónicos: Capacidades e competências para o autocuidado. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(5), 123-130. <https://doi.org/10.12707/RIV15025>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código deontológico dos enfermeiros (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 179. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70299664>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 356/2015: Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 113, 12 de junho de 2015. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). Norma orientadora da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: Pessoa em idade adolescente. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Enquadramento conceptual da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 151, 7 de agosto de 2018. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115933468>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 26, 6 de fevereiro de 2019. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30833/gobp_intervencaoapsicoterapeutica_ok.pdf
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2015). Global standards for quality health-care services

for adolescents: A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents. Organização Mundial da Saúde. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/183935>

Organização Mundial da Saúde [OMS] (2024). Adolescent and young adult health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

Organização Mundial da Saúde [OMS]. Assessing and supporting adolescents' capacity for autonomous decision-making in health-care settings: A tool for health-care providers. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039568>

Organização Mundial de Saúde/World Health Organization. (2024, 10 de outubro). Mental health of adolescents. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-adolescents>

Özleşen, A. (2024). Case report of an adolescent's suicide attempt through drug intoxication and nursing care. *Journal of Nursing Care Research*, 1(2), 51-54. <https://doi.org/10.51271/JNCR-0010>

Pandeirot, J., Silva, P., & Rocha, L. (2023). O papel do enfermeiro especialista na monitorização do tratamento psicoterapêutico em adolescentes. *Enfermagem e Saúde Mental*, 22(3), 159-167. <https://doi.org/10.1371/jsm.2023.032>

Pandeirot, N., Husni, A., & Ratna Sawitri, D. (2023). Combination Intervention Cognitive Behavior Therapy and Consultation Liaison Psychiatry Nursing on Adolescents to Decrease Anxiety Problem. *Psychiatry Nursing Journal (Jurnal Keperawatan Jiwa)*, 5(2), 46-54. <https://doi.org/10.20473/pnj.v5i2.48007>

Parlamento Europeu e Conselho da União Europeia. (2016). Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016 relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados (RGPD). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>

Pechorro, P., Marôco, J., Poiares, C., & Vieira, R. X. (2011). Validação da Escala de Autoestima de Rosenberg com adolescentes portugueses em contexto forense e escolar. *Arquivos de Medicina*, 25(5/6), 195-216.

Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. G. P. Putnam's Sons.

Pereira, I., Seabra, P., Valentim, O., & Nogueira, M. J. (2019). Treino de assertividade na enfermagem de saúde mental. IX Congresso Internacional ASPESM, 32-40. https://www.researchgate.net/publication/337499714_Treino_de_Assertividade_na_Enfermagem_de_Saude_Mental

Pereira, M. F. M., Gonçalves, J. M. P., & Matias, A. (2020). Avaliação do grau de dependência de nicotina em estudantes universitários: aplicação do teste de Fagerström. *Revista Portuguesa de*

Saúde Pública, 38(2), 62-69. <https://doi.org/10.1159/000504423>

Phaneuf, M. (2002). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação (N. Salgueiro & R. P. Salgueiro, Trad.). Lusociência. (Original publicado em 1996)

Phaneuf, M. (2006). L'intelligence émotionnelle: Une compétence essentielle pour les soignants. <https://www.ch-carcassonne.fr/imgfr/files/L%5C%27intelligence%20emotionnelle%20M%20PHA NEUF.pdf>

Pinheiro, F. X. R. (2024). Suporte familiar na doença mental: Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/44862>

Pinto, R., Oliveira, C., & Nunes, C. (2022). O ecomapa como instrumento de avaliação sistémica em saúde mental comunitária. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (28), 45-52.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276-288.

Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2015). The transtheoretical model and stages of change. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior: Theory, research, and practice* (5th ed., pp. 125-148). Jossey-Bass.

Quarshie, E. N.-B., Waterman, M. G., & House, A. O. (2020). Self-harm with suicidal and non-suicidal intent in young people in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 20(1), 234. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02587-z>

Rafii, F., Javaheri Tehrani, F., Nikbakht Nasrabadi, A., & Shariatpanahi, S. (2021). How Do Nurses Apply Personal Knowing to Patient Care? A Grounded Theory Study. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 7(2), 87-96. <https://doi.org/10.32598/JCCNC.7.2.368.1>

Ramos, F., & Nunes, L. (2020). Aspetos éticos na investigação de Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf

Rasheed, S. P., Younas, A., & Sundus, A. (2019). Self-awareness in nursing: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5-6), 762-774. <https://doi.org/10.1111/jocn.1470>

Rebelo, L. (2008). Consulta de cessação tabágica no Centro de Saúde de Alvalade: Os primeiros 184 pacientes fumadores. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24(1), 13-20.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2015). *Engaging Clients Who Use Substances*. Toronto, ON: RNAO.

Regulamento nº 140/2019: Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II Série, nº 26, 4744-4750. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750>

Regulamento nº 515/2018: Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República, II Série, nº 151. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Ribeiro, J. P. (2020). Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: Ajudar a reconstruir a vida. Lidel.

Rice, V. H., Hartmann-Boyce, J., & Stead, L. F. (2013). Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001188.pub4>

Richmond, R. L. (1993). Teaching medical students about tobacco. Thorax, 48(7), 720-723. <https://doi.org/10.1136/thx.48.7.720>

Richmond, R. L., Kehoe, L. A., & Webster, I. W. (1993). Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioners. Addiction, 88(9), 1127-1135. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02121.x>

Roberts, A. R., & Ottens, A. J. (2005). The seven-stage crisis intervention model: A road map to goal attainment, problem solving, and crisis resolution. Brief Treatment and Crisis Intervention, 5(4), 329-339. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhi030>

Robertson, S., Leigh-Phippard, H., Robertson, D., Thomson, A., Casey, J., & Walsh, L. J. (2024). What supports the emotional well-being of peer workers in an NHS mental health service? Mental Health and Social Inclusion, 29(7), 1-12. <https://doi.org/10.1108/MHSI-02-2024-0023>

Rodrigues, I. M., & Pereira, C. (2018). Intervenções psicoeducacionais com cuidadores informais de pessoas com demência: Revisão integrativa da literatura. Revista de Enfermagem Referência, IV Série(16), 141-152. <https://doi.org/10.12707/RIV18007>

Rogers, C. R. (1961). On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. Houghton Mifflin.

Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton University Press.

Sacco, R., Camilleri, N., Eberhardt, J., Umla-Runge, K., & Newbury-Birch, D. (2024). A systematic review and meta-analysis on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe. European Child & Adolescent Psychiatry, 33(9), 2877-2894. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02131-2>

Sagar, R., & Krishnan, V. (2017). Preventive strategies in child and adolescent psychiatry. Indian

Journal of Social Psychiatry, 33(2), 118. https://doi.org/10.4103/ijsp.ijsp_43_17

Salgado, M. A., & Lima, S. L. C. F. (2021). Indicadores de saúde mental na atenção primária à saúde: Avaliando a qualidade do acesso através da capacidade de detecção de casos. Cadernos de Saúde Pública, 37(9), e00178520. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178520>

Sampaio, D. (2011). Da família, da escola e umas quantas coisas mais. Caminho.

Sampaio, F. M. C., Martins, A. E. C., Marques, J. P. R., Barreto, M. O. C., Seabra, P. R. C., & Lopes, S. C. (2023). Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem (1.ª ed. digital). Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-8444-64-6 <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Sampaio, F. M. C., Sequeira, C. A. C., & Lluch Canut, M. T. (2015). Nursing psychotherapeutic interventions: A review of clinical studies. Journal of Clinical Nursing, 1-8. <https://doi.org/10.1111/jocn.12808>

Santos, A. L., & Maia, J. (2003). A auto-estima em adolescentes: Adaptação da escala de Rosenberg. Psicologia, Saúde & Doenças, 4(1), 21-32.

Santos, D. C. M. R. (2020). Análise da casuística dos atendimentos nos serviços de urgência de psiquiatria da infância e da adolescência portugueses. Estudo Geral. Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/97694>

Santos, E., & Costa, A. (2021). O vínculo terapêutico na psicoterapia com adolescentes: Uma análise qualitativa. Revista de Psicologia Clínica Adolescente, 19(2), 134-142. <https://doi.org/10.1111/jpsyc.2021.020>

Santos, J. C., Santos, A. M., & Cardoso, I. (2014). + Contigo: Promoção de Saúde Mental e Prevenção de Comportamentos Suicidários na Comunidade Educativa. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?codigo=&id_ficheiro=579

Sarkhel, S., Singh, O. P., & Arora, M. (2020). Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in Psychiatric Disorders: General Principles of Psychoeducation. Indian Journal of Psychiatry, 62(2), 319-323. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_780_19

Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. The Lancet Child & Adolescent Health, 2(3), 223-228. [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(18\)30022-1/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(18)30022-1/abstract)

Sequeira, C. A. da C., Sampaio, F. M. C., Coelho, T., & Lluch-Canut, T. (2016). Comunicação clínica e relação de ajuda (1.ª ed.). Lidel – Edições Técnicas.

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e intervenções. Lidel.

- Seshadri, A., Wermers, M. L., Habermann, T. J., & Singh, B. (2021). Long-term Efficacy and Tolerability of Adjunctive Aripiprazole for Major Depressive Disorder. *The Primary Care Companion For CNS Disorders*, 23(4). <https://doi.org/10.4088/PCC.20r02799>
- Shirazi, A., Radgoudarzi, N., & Brody, A. L. (2024). Adolescent Tobacco/Nicotine Use and the Potential Role of Contingency Management-based Interventions. *Journal of Addiction Medicine*, 18(2), 97-102. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000001249>
- Silva, M. A. I., & Marturano, E. M. (2006). Autoestima e apoio social percebido entre adolescentes com e sem indicadores de problemas emocionais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 443-450. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722006000300015>
- Silva, R., & Diaz, M. (2024). Segurança do cliente em contextos clínicos: Estratégias e boas práticas para a redução de eventos adversos. Lisboa: Editora Saúde & Saber
- Simone, A. C., Yu, S., & Hamza, C. A. (2023). Understanding experiences of disclosing and receiving disclosures of nonsuicidal self-injury amongst peers in university: A qualitative investigation. *Counselling Psychology Quarterly*, 36(4), 615-637. <https://doi.org/10.1080/09515070.2022.2144807>
- Smedslund, G., Berg, R. C., Forsberg, L., Lunde, M., & Bjorndal, A. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD008063. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008063.pub2>
- Soeima, S. (2021). Capacidades de competência emocional dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica [Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Enfermagem, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Universidade do Minho]. RepositóriUM. <https://hdl.handle.net/1822/76209>
- Sonuga-Barke, E., Stoilova, M., Kostyrka-Allchorne, K., Bourgaize, J., Murray, A., Tan, M., Hollis, C., Townsend, E., & Livingstone, S. (2024). Pathways between digital activity and depressed mood in adolescence: outlining a developmental model integrating risk, reactivity, resilience and reciprocity. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 58, 101411. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2024.101411>
- Sousa, A., & Barros, L. (2019). O átomo social como recurso clínico no trabalho com adolescentes em sofrimento psicológico. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 20(3), 763-773. <https://doi.org/10.15309/19psd200321>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Public health nursing: Population-centered health care in the community* (8ª ed.). Mosby.
- Suirong, J. (2010). SWOT Analysis of Implementing Clinical Pathway of Nursing in Clinical Nursing Teaching. *Clinical Medicine & Engineering*. <https://www.semanticscholar.org/paper/SWOT-Analysis-of-Implementing-Clinical-Pathway-of-Suir>

ong/5c4fa27808913b87de0dfcd9cad7f869f9bc60ac

Sulistiowati, N. M. D., Keliat, B. A., Ismail, R. I., Besral, B., & Lanang Triana, I. K. D. (2023). The effectiveness of mental health nursing promotive and preventive model on protective factors, risk factors and adolescents' mental health. *La Pediatria Medica e Chirurgica*, 45(1), 1-7. <https://doi.org/10.4081/pmc.2023.317>

Tabvuma, T., Stanton, R., Huang, Y., & Happell, B. (2024). Healthcare Professional Perspectives on the Impact of the Physical Health Nurse Consultant. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(6), 2304-2313. <https://doi.org/10.1111/inm.13399>

Tondowski, C. S., Feijó, M. R., Silva, E. A., Gebara, C. F. P., Sanchez, Z. M., & Noto, A. R. (2014). Padrões intergeracionais de violência familiar associada ao abuso de bebidas alcoólicas: um estudo baseado em genogramas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(4), 806-814. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201427414>

Townsend, M. (2011). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*, 5^ª Edition, F.A. Davis Company.

Tyndall, D. E., Pestaner, M., & Lewis, T. (2024). School-Based Suicide Prevention Efforts: The Impact of School Nurse Exclusivity on Moral Distress. *The Journal of School Nursing*. <https://doi.org/10.1177/10598405241267210>

UNESCO. (2005). Declaração universal sobre bioética e direitos humanos. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180>

UNICEF. (2020). Adolescent mental health matters. <https://www.unicef.org/media/82926/file/Adolescent-Mental-Health-Matters-Report-Final-July2020.pdf>

Ussher, M. H., Taylor, A., & Faulkner, G. (2019). Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD002295. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002295.pub6>

Vicente, H. (2013). Família multigeracional e relações intergeracionais: Perspectiva sistémica. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 47(1), 149-168. https://doi.org/10.14195/1647-8614_47-1_7

Vivian, E., Oduor, H., Arceneaux, S. R., Flores, J. A., Vo, A., & Madson Madden, B. (2019). A Cross-Sectional Study of Perceived Stress, Mindfulness, Emotional Self-Regulation, and Self-Care Habits in Registered Nurses at a Tertiary Care Medical Center. *SAGE Open Nursing*, 5, 1-15. <https://doi.org/10.1177/2377960819827472>

Vrinten, C., Parnham, J., Filippidis, F., Hopkinson, N., & Lavery, A. (2022). Risk factors for adolescent smoking uptake: Analysis of prospective data from the UK Millennium Cohort Study.

Tobacco Induced Diseases, 20(October), 1-6. <https://doi.org/10.18332/tid/152321>

Waller, D., Bailey, S., Zolfaghari, E., Grover, A., Rinehart, N. J., & Hiscock, H. (2023). Psychosocial assessment of adolescents and young adults in paediatric hospital settings: Patient and staff perspectives on implementation of the e-HEEADSSS. *BMC Health Services Research*, 23, 683. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09621-2>

Wasum, F. D., Siqueira, D. F. de, Xavier, M. da S., Zubiaurre, P. de M., Oliveira, M. A. F. de, & Sequeira, C. A. da C. (2024). Avaliação de Quarta Geração: intervenções realizadas na atenção à crise em saúde mental. *Saúde Em Debate*, 48(142). <https://doi.org/10.1590/2358-289820241429252p>

Weissinger, G. M., Brom, H., Macneal, L., & Petoskey, C. (2024). Psychiatric Mental Health Nurse Practitioner Job and Patient Outcomes: A Scoping Review. *The Journal for Nurse Practitioners*, 20(6), 105019. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2024.105019>

Whitlock, J. (2010). Self-Injurious Behavior in Adolescents. *PLoS Medicine*, 7(5), e1000240. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000240>

WHO – World Health Organization. (2021). Adolescent mental health. Wright, K. M. (2021). Exploring the therapeutic relationship in nursing theory and practice. *Mental Health Practice*, 24(5), 34-41. <https://doi.org/10.7748/mhp.2021.e1561>

Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6th ed.). F. A. Davis Company.

Wright, L. M., Watson, W. L., & Bell, J. M. (1996). *Beliefs: The heart of healing in families and illness*. Basic Books.

Yang, X., Hu, J., Zhang, B., Ding, H., Hu, D., & Li, H. (2024). The relationship between mental health literacy and professional psychological help-seeking behavior among Chinese college students: mediating roles of perceived social support and psychological help-seeking stigma. *Frontiers in Psychology*, 15, 1-12- <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1356435>

Yap, M. B. H., Pilkington, P. D., Ryan, S. M., Kelly, C. M., & Jorm, A. F. (2014). Parenting strategies for reducing the risk of adolescent depression and anxiety disorders: A Delphi consensus study. *Journal of Affective Disorders*, 156, 67-75. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.017>

Yeo, A. J., Germán, M., Wheeler, L. A., Camacho, K., Hirsch, E., & Miller, A. (2020). Self-harm and self-regulation in urban ethnic minority youth: a pilot application of dialectical behavior therapy for adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 25(3), 127-134. <https://doi.org/10.1111/camh.12374>

8. ANEXOS

Anexo I

ANEXO 1 – AVALIAÇÃO INICIAL CASO CLÍNICO 1

A. Caso Clínico 1: Comportamento Autodestrutivo em Adolescente de 14 anos

Maria, adolescente de 14 anos, foi encaminhada para acompanhamento em consulta especializada no Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência, na sequência de um episódio de autoagressão identificado pela progenitora. O pedido de intervenção surge após a mãe ter detetado, pela segunda vez num curto espaço de tempo, cortes superficiais nas coxas da filha, realizados com recurso a um x-ato. A situação foi inicialmente sinalizada pela irmã mais nova (8 anos), que, ao observar feridas com sangue nas pernas da Maria, informou a mãe. Este episódio motivou um atendimento em contexto de urgência pediátrica, onde foi realizada uma primeira avaliação por pedopsiquiatria, e posteriormente encaminhada para serviço da primeira infância de saúde mental e psiquiátrica.

Segundo a mãe, os comportamentos e o estado emocional da Maria alteraram-se significativamente após a separação dos pais. Refere a jovem como uma adolescente habitualmente meiga e sensível, mas que, nos últimos meses, tem manifestado flutuações de humor, tendência para o isolamento social e desinteresse por atividades anteriormente valorizadas. É descrita como passando grande parte do tempo isolada no quarto, com utilização prolongada do telemóvel, revelando, também, dificuldade em lidar com a nova configuração familiar, marcada por uma comunicação reduzida entre os progenitores. Desde a separação, a adolescente afastou-se progressivamente dos seus pares e tornou-se mais reservada.

A atual configuração familiar é instável: Maria e os seus irmãos residem alternadamente entre a casa do pai e dos avós maternos; a mãe, anteriormente figura de maior proximidade emocional, reside noutra região do país, com o novo companheiro.

A1. Avaliação Inicial

De acordo com Meleis (2018), a avaliação de transições em saúde exige uma compreensão profunda dos fatores históricos, relacionais e contextuais que moldam a experiência do indivíduo. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019) também recomenda uma abordagem holística, considerando dimensões físicas, emocionais, sociais e desenvolvimentais (ICN, 2019). Desta feita, segue-se uma descrição das diferentes dimensões que integram a mesma avaliação inicial.

A1.1 Exame Físico

A1.1.1 Sinais Vitais

Pressão Arterial	102/55 mm/hg
Frequência Cardíaca	95bat/pm
Frequência Respiratória	25ciclos/pm
Temperatura Corporal	36,2°C
Dor (Escala de faces Wong Baker)	Pontuação 0

A1.1.2 Estado nutricional

Peso	52kg
Altura	1,55m
IMC	21,6Kg/m ²
Estado Nutricional	Bom

A1.1.3 Processo Fisiológico

Sistema Respiratório	Sem alterações.
Sistema Músculo-esquelético	Sem alterações.
Sistema Cardiovascular	Refere palpitações, frequentes.
Sistema Nervoso	Cefaleias esporádicas.
Sistema Gastrointestinal	Padrão intestinal regular.
Sistema Urinário/Reprodutivo	Sem alterações.
Visão/Audição	Sem alterações.
Pele e Mucosas	Cicatrizes na região antero posterior das coxas; mucosas coradas e hidratadas; onicofagia.
Sono	Sem alterações.

A avaliação física de Maria apresenta-se com um peso corporal esperado para a faixa etária, sem sinais de desnutrição, apesar de referir diminuição do apetite, possivelmente associada a sentimentos de tristeza. A perda de apetite é frequentemente observada em quadros de depressão major (American Psychiatric Association [APA], 2013). A pressão arterial e a frequência cardíaca encontram-se dentro dos parâmetros normais. A temperatura corporal encontra-se dentro da normalidade, não havendo indicações de febre ou de infecções. A automutilação é evidenciada por cicatrizes superficiais nas pernas, indicativas de comportamentos de autolesão repetitiva, os quais podem ser um reflexo de tentativas de regulação emocional em resposta ao sofrimento psicológico (Nock, 2009).

A1.2 Exame do Estado Mental

O exame do estado mental constitui uma ferramenta fundamental na avaliação clínica em saúde mental, permitindo uma apreciação sistemática e estruturada das funções psíquicas do adolescente, com o intuito de identificar alterações cognitivas, afetivas e comportamentais que orientem a intervenção terapêutica" (Trzepacz & Baker, 2012; Fernandes et al., 2020). A avaliação do estado mental foi realizada pelo enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, através de entrevista clínica, observação direta e análise do comportamento verbal e não-verbal da adolescente. Esta avaliação contempla várias dimensões, nomeadamente: aparência e comportamento, atitude na entrevista, humor e afeto, discurso, processo e conteúdo do pensamento, percepções, funções cognitivas (atenção, memória, orientação), juízo crítico, e consciência da doença. A análise destas áreas permite fundamentar diagnósticos e orientar intervenções terapêuticas individualizadas" (Trzepacz & Baker, 2012; Fernandes et al., 2020; Kaplan & Sadock, 2022). Desta feita, elencam-se as mesmas, atendendo ao fenómeno em estudo:

- **Aparência geral:** Maria apresenta-se com uma postura fechada, evitando contacto visual direto, o que sugere uma dificuldade em lidar com a sua autoestima e uma possível evitação social. A sua aparência é compatível com o quadro de depressão, caracterizada por uma diminuição da energia e da disposição para cuidados pessoais.
- **Humor e afeto:** O humor da adolescente é predominante depressivo, com sinais evidentes de tristeza, desesperança e apatia. A adolescente verbaliza sentimentos de inutilidade e culpa, bem como uma visão distorcida de si mesma, o que é indicativo de autoimagem negativa e falta de autocompaixão, características comuns em adolescentes com transtorno depressivo (Gilbert, 2010). A expressão afetiva reflete um

sofrimento emocional intenso e persistente, compatível com a literatura sobre a adolescência em crise emocional (Meleis et al., 2000).

- **Discurso e pensamento:** O discurso de Maria é coerente, mas marcado por um tom monótono, com palavras e frases predominantemente negativas. Embora não existam sinais de delírios ou alucinações, a adolescente exibe uma cognição afetada devido à sua ruminação negativa, um padrão de pensamento frequentemente associado à depressão (Beck, 1976). A presença de pensamentos autodestrutivos, como "não faço diferença para ninguém", evidenciam um quadro de autodepreciação.
- **Orientação:** A adolescente encontra-se orientada quanto ao tempo, espaço e pessoa, demonstrando uma compreensão adequada da sua situação atual, embora com prejuízos na atenção e na concentração devido ao estado depressivo.
- **Insight:** Maria tem insight parcial sobre a sua condição emocional. Ela reconhece o seu sofrimento, mas possui dificuldade em identificar estratégias eficazes de enfrentamento, o que compromete a sua capacidade de buscar ajuda adequadamente.

A1.3 Avaliação Global (História Clínica, Familiar e Desenvolvimental)

A compreensão integral do estado de saúde mental de um adolescente requer uma abordagem avaliativa holística, fundamentada nos pilares da ontologia da enfermagem: pessoa, saúde, ambiente e cuidado (Meleis, 2018). Neste enquadramento, a recolha sistemática de dados relativos à história clínica, familiar e desenvolvimental constitui um componente fundamental da avaliação especializada em enfermagem de saúde mental, permitindo contextualizar o fenómeno clínico observado e orientar intervenções centradas na pessoa.

A **história clínica da adolescente** revela a presença de sintomatologia compatível com um quadro de humor depressivo, com manifestações de tristeza persistente, anedonia, isolamento social e comportamentos autolesivos. A ausência de antecedentes psiquiátricos formais não invalida a relevância da sintomatologia atual, a qual exige uma avaliação aprofundada e contínua, nomeadamente através da utilização de classificações diagnósticas padronizadas, como o *DSM-5* (American Psychiatric Association [APA], 2013), e da articulação com instrumentos clínicos e classificações como a CIPE e a NANDA-I (Herdman & Kamitsuru, 2018).

No domínio da história familiar, observa-se uma estrutura marcada por descontinuidade relacional, com impacto direto na estabilidade emocional da adolescente. O divórcio dos pais,

aliado ao afastamento geográfico da mãe e à fraca presença de outras figuras parentais significativas, configura um contexto relacional frágil e de escasso suporte emocional. Este ambiente é identificado na literatura como fator de risco para a emergência de perturbações emocionais e comportamentos de risco na adolescência, comprometendo o desenvolvimento psicossocial e a capacidade de autorregulação emocional (Lundberg et al., 2021). Assim, a dimensão "ambiente", conforme a ontologia de enfermagem, assume um papel determinante na gênese e manutenção do sofrimento psíquico da adolescente.

Relativamente à **história desenvolvimental**, a adolescente apresenta um percurso marcado por transições não integradas, tanto no plano emocional como social. A adolescência, enquanto fase crítica de construção identitária, é aqui atravessada por uma crise situacional associada à reorganização familiar, a qual se sobrepõe a uma crise desenvolvimental típica da idade. Tais fatores comprometem o desenvolvimento da autoestima, da autoimagem e da capacidade de adaptação ao contexto escolar e social, emergindo sentimentos de menos-valia, culpa e despersonalização. A literatura enfatiza que a acumulação de eventos adversos durante o desenvolvimento pode resultar em padrões disfuncionais de coping, incluindo comportamentos autolesivos, como tentativa de gestão da dor emocional (Nock, 2009; Gilbert, 2010).

As competências específicas da adolescência são determinantes na forma como os adolescentes enfrentam desafios, constroem vínculos e tomam decisões relacionadas à sua saúde mental e comportamentos de risco. Neste sentido, a abordagem clínica e a intervenção em saúde mental devem considerar tais competências para garantir a eficácia e adequação dos cuidados prestados, nomeadamente através de metodologias participativas, centradas no jovem e ajustadas ao seu estágio de desenvolvimento (WHO, 2021; Fonseca et al., 2020). Deste modo considera-se a pertinência da sua reflexão, considerando o presente estudo de caso. Relativamente ao desenvolvimento emocional e social, Maria encontra-se em um estágio crítico de desenvolvimento emocional e social, típico da adolescência, caracterizado por crises identitárias e busca de autonomia (Erikson, 1950). A crise familiar, derivada do divórcio dos pais, tem profundos impactos na sua saúde mental, levando à distorção da autoimagem e a um quadro de isolamento social. Os adolescentes nessa fase estão especialmente vulneráveis às influências externas, e as relações familiares disfuncionais aumentam o risco de transtornos emocionais (Meleis, 2018). A relação com a mãe é marcada pela ausência física e emocional, o que contribui significativamente para a fragilidade emocional de Maria. A falta de apoio e a ausência de estratégias de enfrentamento saudáveis na família agravam o quadro da adolescente. A dinâmica familiar disfuncional tem sido associada a altos índices de comportamentos de risco e autolesão entre adolescentes (Lundberg et al., 2021).

Neste contexto, o enfermeiro especialista em saúde mental assume um papel central na identificação precoce destes indicadores e na implementação de estratégias de intervenção terapêutica e educativa, com base numa avaliação compreensiva que considere os múltiplos determinantes da saúde mental. A integração da história clínica, familiar e desenvolvimental na análise global da situação permite construir um plano de cuidados que seja responsivo às necessidades da adolescente enquanto pessoa em transição, respeitando a sua subjetividade, promovendo a sua autonomia e apoiando a construção de um projeto de vida saudável e resiliente (Meleis, 2018).

A1.3.1 Genograma, Ecomapa e Átomo Social

Genograma

O genograma apresentado visa representar a estrutura e a configuração familiar de Maria, adolescente de 14 anos, centrando-se nas relações intergeracionais e na dinâmica conjugal e parental. Maria tem um irmão e uma irmã (mais novos), e os pais encontram-se divorciados. A residência alternada entre os progenitores é uma das particularidades do seu contexto, sendo de notar uma maior estabilidade com a figura paterna. A mãe reside noutra região do país e a relação com esta revela-se mais distante, tanto em termos geográficos como afetivos. Evidencia ainda a presença de figuras significativas como a avó paterna, com quem mantém uma relação de proximidade, e os avós maternos, cuja ligação é mais ténue. A representação gráfica recorre aos símbolos clássicos da técnica do genograma, permitindo uma leitura clara da rede familiar nuclear e alargada.

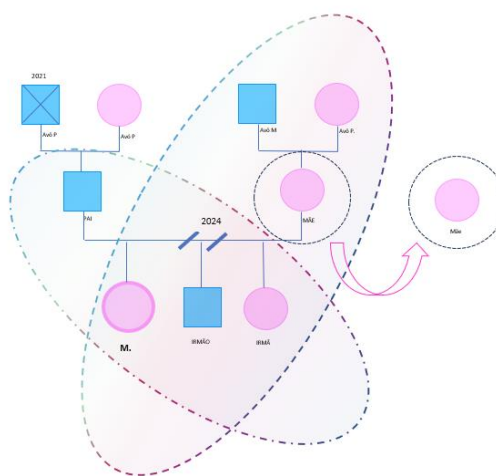


Figura 1- Genograma Caso clínico 1

Ecomapa das Relações Socioinstitucionais

O ecomapa tem como objetivo ilustrar as ligações de Maria com os vários sistemas ecológicos que compõem o seu quotidiano, conforme o modelo ecológico de Bronfenbrenner. No centro da representação encontra-se Maria, sendo as conexões estabelecidas com os sistemas mais próximos: família, escola, atividades de tempos livres. As linhas de ligação variam em espessura e estilo (contínua, tracejada, ondulada) consoante a intensidade, qualidade e natureza das relações. Verifica-se, por exemplo, uma ligação forte e estável com a escola, e vínculos afetivamente fragilizados com a figura materna. Este instrumento permite, assim, uma análise visual e holística da rede de suporte formal e informal de Maria, sendo particularmente útil na planificação de intervenções sociais.

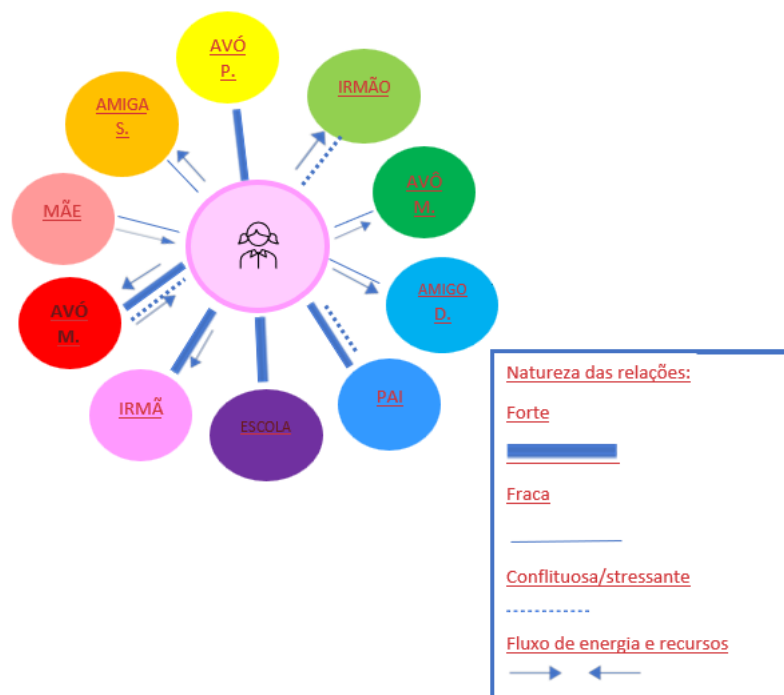


Figura 2- Ecomapa da “Maria”

Átomo Social de Maria

O átomo social, adaptado da metodologia de Moreno (1982), permite representar o grau de proximidade afetiva que Maria atribui às figuras relevantes do seu contexto. A disposição das pessoas em círculos concêntricos reflete a sua perceção de apoio, intimidade e presença emocional. No primeiro círculo, Maria posiciona a avó materna e o pai, reconhecendo algum

suporte, apesar de conflitos passados e da instabilidade anterior na relação com o pai. No segundo círculo surge a irmã, com quem mantém uma relação forte de afeto no terceiro e mais periférico círculo encontram-se a mãe — que Maria percebe como emocionalmente distante — e outras colegas, com quem mantém um contacto mais superficial (relação de amizade escolar, embora sem grande intimidade). Esta ferramenta contribui para uma compreensão subjetiva e centrada na jovem, sendo útil na identificação de figuras de suporte e carências relacionais.

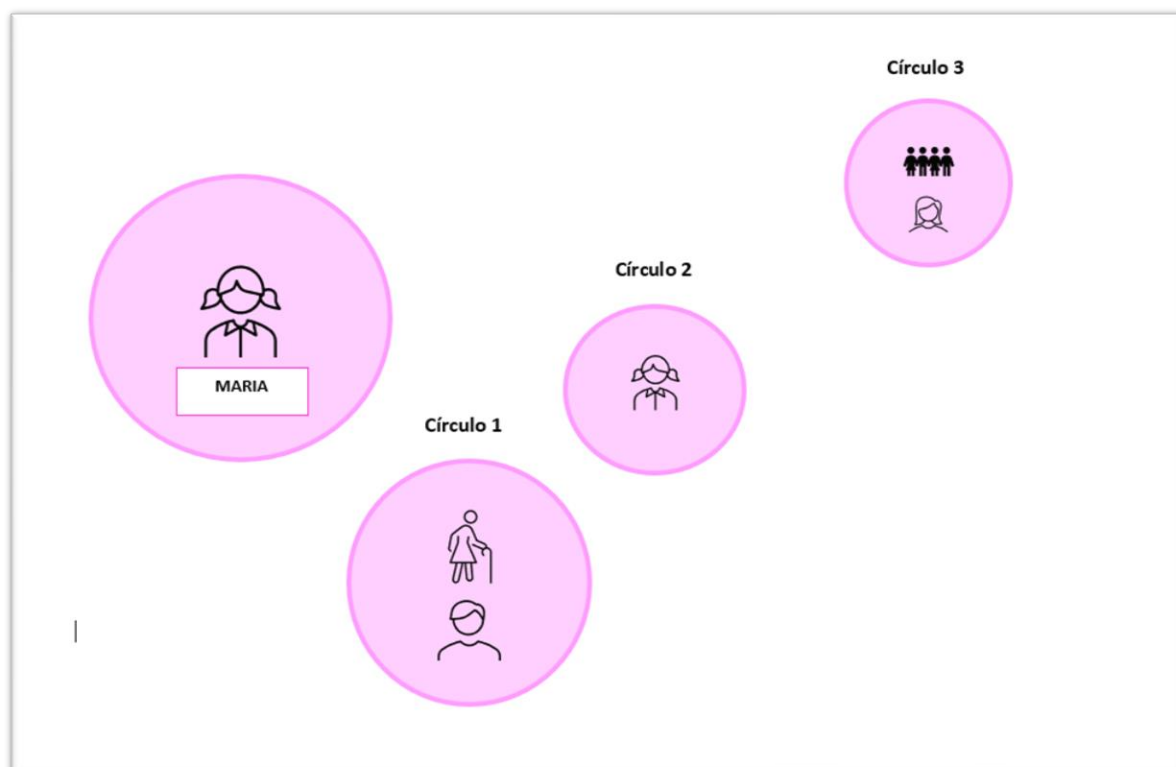


Figura 3 –Átomo Social da “Maria”

Átomo Social (textual) de “Maria”

Nível	Pessoas / Ligações	Observações
Círculo 1 (mais próximo)	Avó Materna e Pai	Apesar de conflitos, sente algum suporte; laço ainda frágil com o Pai pela ausência em tempos.
Círculo 2 (médio)	Irmã	Relação afetiva.
Círculo 3 (periférico)	Mãe, Outras colegas	Sente a Mãe “distante” afetivamente; Colegas não tão íntimos.

A1.3.2 Entrevista HEADSS (Home, Education, Activities, Drugs/Depression, Sexuality, suicide/Safety)

Do ponto de vista da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a entrevista HEADSS constitui uma ferramenta essencial na avaliação inicial, especialmente útil na deteção precoce de sinais de sofrimento emocional, comportamentos de risco ou situações de vulnerabilidade psicossocial. Por ser uma abordagem centrada no adolescente, promove a expressão livre dos seus pensamentos, sentimentos e experiências, sem juízo de valor, criando um espaço seguro e de confiança (Delgado, Monteiro & Henriques, 2021). Decorrente do presente estudo de caso, a mesma revelou:

- **Home:** Instabilidade e conflitos; mudança semanal entre duas casas.
- **Education:** Rendimento escolar em declínio, dificuldade de concentração.
- **Activities:** Cerca de 3/4 horas por dia ao telemóvel; tendência para o isolamento.
- **Drugs/Depression:** Não há registo de substâncias ilícitas.
- **Sexuality:** Sem informações de vida sexual ativa.
- **Suicide/Safety:** Sem ideação suicida; comportamento autolesivo - cortes nas coxas desde há 2 semanas.

Anexo II

ANEXO 2- PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO EM CRISE

A1. PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO EM CRISE

O planeamento das sessões de intervenção foi sustentado nos pressupostos da intervenção focal e breve, direcionada para um problema específico e temporalmente delimitada, procurando evitar a cronificação do sofrimento psíquico e restaurar o equilíbrio emocional e funcional do adolescente (Sampaio et al., 2023). Este modelo de atuação privilegia a construção de uma aliança terapêutica sólida, o envolvimento ativo do jovem no seu processo de mudança e a promoção de competências adaptativas, respeitando as particularidades do seu ciclo de vida e contexto sociocultural (Oliveira & Santos, 2021). Segue abaixo o planeamento das respetivas sessões da intervenção em crise.

A1. Caso 1 (“Maria – Intervenção em crise)

Tabela A1.1 – Planeamento da Sessão 0 (Avaliação Inicial)

Adolescente	Maria (14 anos)
Data	21 de outubro de 2024
Duração	45-50 minutos
Objetivos	- Estabelecer aliança terapêutica; - Recolher dados sociodemográficos e história do problema; - Aplicar métodos de avaliação (HEADSS, clarificação de comportamentos autolesivos).
Conteúdo	- Apresentação do setting, regras de confidencialidade. - Exploração de como se sente no momento. - Levantamento dos stressores e contexto familiar.
Métodos	- Entrevista semiestruturada. - Escuta ativa e empatia. - Observação comportamental.
Recursos Materiais	- Gabinete (mesa, cadeiras). - Formulários HEADSS, papel e caneta.
Duração estimada	45 minutos
Critérios de Avaliação	- Qualidade do envolvimento (verbalização espontânea); - Identificação clara do motivo da vinda (automutilação).

Tabela A1.2 – Planeamento da Sessão 1

Adolescente	Maria (14 anos)
Data	24 de outubro de 2024
Duração	45-50 minutos
Objetivos	- Esclarecer fatores precipitantes. - Clarificar emoções (tristeza, culpa). - Construir relação de apoio seguro. - Iniciar estratégias de estabilização.
Conteúdo	- Diálogo sobre a crise familiar (divórcio, ausência materna). - Explorar gatilhos e sentimentos associados à automutilação. - Introduzir psicoeducação sobre a resposta de “crise”.
Métodos	- Perguntas abertas, escuta reflexiva. - Técnicas de validação emocional. - Início de brainstorming de coping adaptativo.
Recursos Materiais	- Bloco de notas; formulários de registo das emoções.
Duração estimada	45 minutos
Critérios de Avaliação	- Participação da adolescente; expressividade emocional; - Identificação dos principais desencadeadores do comportamento autodestrutivo.

Tabela A1.3 – Planeamento da Sessão 2

Adolescente	Maria (14 anos)
Data	28 de outubro de 2024
Duração	~45-50 minutos
Objetivos	- Explorar e reforçar estratégias de coping (escrita expressiva, relaxamento). - Envolver família (na medida do possível). - Promover a validação emocional e a auto-observação.
Conteúdo	- Revisão de episódios de automutilação ou impulsos desde a última sessão. - Apresentação de possíveis exercícios de relaxamento ou respiração. - Identificação de apoios familiares (pai, avó).

Métodos	- Role-playing de situações de stress. - Escuta reflexiva. - Orientação para registo de emoções num diário.
Recursos Materiais	- Guias de exercícios de relaxamento. - Diário para registo.
Duração estimada	45-50 minutos
CrITÉRIOS de Avaliação	- Grau de adesão às técnicas propostas; - Contacto efetivo ou tentativa de aproximação familiar.

Tabela A1.4 – Planeamento da Sessão 3

Adolescente	Maria (14 anos)
Data	04 de novembro de 2024
Duração	45-50 minutos
Objetivos	- Consolidar técnicas de autocontrolo. - Reestruturação cognitiva (identificar pensamentos negativos). - Prevenir recaídas.
Conteúdo	- Aprofundar possíveis distorções cognitivas (“sou culpada do divórcio”). - Reforçar práticas de autocuidado (rotina de sono, higiene, lazer).
Métodos	- Questões de desafio cognitivo (“o que pensa quando surge impulso de se magoar?”). - Listagem de pontos fortes.
Recursos Materiais	- Worksheets de pensamento alternativo. - Quadro de “antes/depois” para automutilação.
Duração estimada	45-50 minutos
CrITÉRIOS de Avaliação	- Menor frequência de impulsos autolesivos; - Reflexão sobre crenças irracionais.

Tabela A1.5 – Planeamento da Sessão 4 (Encerramento do Processo Breve)

Adolescente	Maria (14 anos)
Data	11 de novembro de 2024
Duração	45-50 minutos
Objetivos	- Avaliar percurso: reaplicar NOC “Nível de Depressão” e “Contenção Automutilação”. - Reforçar progressos e planeamento pós-crise (follow-up). - Identificar sinais de alerta e ações futuras.

Conteúdo	- Comparar pontuações antes e depois. - Perspetivar necessidades de continuidade de apoio (consulta pedopsiquiatria e Enfermagem de Saúde Mental).
Métodos	- Entrevista centrada na autorreflexão; - Elaboração de “plano de prevenção de crise”.
Recursos Materiais	- Escalas (Rosenberg, NOC). - Contrato escrito de alertas/critérios.
Duração estimada	45-50 minutos
Critérios de Avaliação	- Redução de score de “Nível de depressão” (NOC); - Ausência de novos cortes ou pensamentos de automutilação.

A2. IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO EM CRISE

Considerando a adolescência como um período crítico de vulnerabilidade, mas também de oportunidades para o crescimento pessoal e reestruturação identitária, a intervenção foi desenhada para integrar uma perspetiva biopsicossocial, que valoriza os fatores protetores individuais e ambientais (Erikson, 1968; Fonseca & Nunes, 2020). Assim, cada sessão foi estrategicamente organizada para responder a diferentes dimensões do funcionamento do adolescente, com especial atenção ao reforço da autonomia, à gestão emocional e à qualidade das relações interpessoais (WHO, 2021; DGS, 2020). Esta organização segue os princípios de uma intervenção autolimitada no tempo, centrada num problema concreto e procurando restabelecer o equilíbrio funcional do jovem antes que surjam agravamentos ou cronificações (Sampaio et al., 2023). Assim, cada sessão foi estrategicamente estruturada:

- **Sessão 0** (Tabela A1.1): Centrou-se na empatia e na criação de aliança terapêutica. Realizou-se uma escuta ativa, respeitando eventuais silêncios. Aprofundaram-se dimensões como a autoimagem e as expectativas da adolescente, tal como preconizado no arranque das intervenções em crise (Sampaio et al., 2023).
- **Sessão 1** (Tabela A1.2): Recorreu-se a técnicas de aconselhamento e clarificação para ajudar a adolescente a identificar os elementos precipitantes (por exemplo, divórcio e ausência materna) e a expressar emoções contidas. A expressão verbal das emoções e a narração do acontecimento permitem uma melhor perceção e reestruturação do significado da crise.

- **Sessão 2** (Tabela A1.3): Foram introduzidas e reforçadas estratégias adaptativas, como a escrita expressiva e exercícios de relaxamento. Também se promoveu um apoio familiar mínimo, através do contacto com o pai e a avó materna, para manter uma rede de suporte efetiva (Sampaio et al., 2023).
- **Sessão 3** (Tabela A1.4): Nesta fase, houve foco no treino de autocontrolo. Incentivou-se a adolescente a reconhecer pensamentos automáticos negativos e a recorrer a reestruturação cognitiva (Butcher et al., 2018), num formato breve e orientado para a crise. A consolidação de novas respostas comportamentais e emocionais ajudou a fortalecer a sua capacidade de lidar com stressores futuros.
- **Sessão 4** (Tabela A1.5): Realizou-se uma análise final do percurso, verificando evoluções nos principais indicadores (por exemplo, nível de depressão e comportamento autolesivo). Procedeu-se à reaplicação de instrumentos psicométricos, incluindo os Resultados de Enfermagem (NOC) relacionados com o humor deprimido e o comportamento autodestrutivo, bem como a Escala de Rosenberg, para avaliar o impacto da intervenção no autoconceito. Foram igualmente definidos passos de seguimento (follow-up), com vista a sustentar as melhorias obtidas e prevenir eventuais recaídas (Sampaio et al., 2023).

Anexo III

ANEXO 3 – AVALIAÇÃO INICIAL CASO CLÍNICO 2

B. Caso Clínico 2: Abuso de Tabaco em Adolescente de 15 anos

Lucas é um adolescente de 15 anos que foi referenciado para o gabinete de apoio ao estudante, após manifestar o desejo de cessar o consumo de tabaco, preocupando-se com os efeitos negativos na sua saúde, especialmente no que se refere à sua capacidade física para a prática desportiva, área de grande interesse pessoal. O consumo de tabaco começou aos 12 anos, com um padrão de consumo diário, iniciado no contexto escolar e influenciado por colegas. Além do tabaco, Lucas admite o uso ocasional de álcool, especialmente em encontros sociais, o que indica um padrão de comportamento de experimentação e exposição a substâncias psicoativas no contexto de socialização.

A avaliação inicial indica que Lucas está consciente dos malefícios do tabagismo, mas manifesta ambivalência quanto ao processo de mudança, expressando tanto o desejo de parar quanto a dificuldade em se motivar a abandonar o vício. O contexto familiar de Lucas, caracterizado por conflitos e histórico de substâncias, também parece influenciar a sua relação com o consumo e a dificuldade em identificar estratégias de mudança.

B1. Avaliação Inicial

B1.1 Exame Físico

B1.1.1 Sinais Vitais

Pressão Arterial	110/61 mm/hg
Frequência Cardíaca	70bat/pm
Frequência Respiratória	20ciclos/pm
Temperatura Corporal	36,4°C
Dor (Escala de faces Wong Baker)	Não objetivada

B1.1.2 Estado nutricional

Peso	67kg
Altura	1,70m
IMC	19,7Kg/m ²
Estado Nutricional	Bom

B1.1.3 Processo Fisiológico

Sistema Respiratório	Acessos de tosse matinais.
Sistema Músculo-esquelético	Refere algum cansaço aquando da prática desportiva.
Sistema Cardiovascular	Sem alterações.
Sistema Nervoso	Sem alterações.
Sistema Gastrointestinal	Padrão intestinal regular.
Sistema Urinário/Reprodutivo	Sem alterações
Visão/Audição	Sem alterações
Pele e Mucosas	Acne.
Sono	Sem alterações.

O exame físico é componente essencial da avaliação holística em enfermagem, permitindo identificar sinais clínicos compatíveis com o estado geral de saúde e possíveis repercussões fisiológicas do consumo de substâncias psicoativas, como o tabaco. O adolescente, do sexo masculino, com 15 anos de idade, apresenta estado geral conservado, sem sinais de desnutrição ou alterações do desenvolvimento ponderoestatural, e sem indícios de subnutrição nem excesso de peso. Apesar da estabilidade clínica, há relato subjetivo de episódios esporádicos de tosse matinal seca, o que pode estar relacionado à irritação das vias respiratórias pelo uso de tabaco; referindo cansaço muscular em alguns momentos de prática física.

B2. Avaliação do Estado Mental

A avaliação do estado mental (Mental Status Examination – MSE) é imprescindível na prática de enfermagem especializada em saúde mental, permitindo descrever sistematicamente a apresentação psicológica e emocional do adolescente (Stuart, 2020). A avaliação do estado mental o Lucas foi realizado com base em uma entrevista estruturada com recurso a metodologia HEADSS, utilizando a observação direta e uma abordagem psicométrica (escala de Fagerström e

teste de Richmond), adaptadas ao contexto de saúde mental. Foram analisadas várias dimensões do estado mental, incluindo a aparência, comportamento, humor, afeto, pensamento, cognição, percepção e julgamento; descritas seguidamente:

- **Aparência geral:** Adolescente com aparência compatível com a idade cronológica, postura descontraída, vestuário adequado ao contexto e higiene preservada. Estabelece contacto visual de forma intermitente, com comportamento colaborante durante a entrevista.
- **Comportamento e psicomotricidade:** Apresenta comportamento voluntário e adequado. Não se observam estereotípias ou tiques motores.
- **Estado de consciência e atenção:** Consciente, orientado no tempo, espaço e pessoa. Atenção e concentração preservadas durante a entrevista, embora com tendência à dispersão momentânea quando abordado o tema do consumo.
- **Humor e afeto:** humor eutímico; traços de ambivalência emocional associados à vontade de cessar o consumo de tabaco. Afeto reativo, congruente com o conteúdo verbal, com leve constrição ao abordar temas de pressão social ou confronto com regras parentais.
- **Discurso:** Discurso espontâneo, fluente, articulado e coerente. Linguagem adequada ao nível de desenvolvimento. Não se observam alterações formais do pensamento.
- **Processos de pensamento:** O conteúdo do pensamento está centrado na dicotomia entre o desejo de mudança e a pressão social do grupo de pares. Não se evidenciam delírios, ideias de autoagressão ou heteroagressão.
- **Percepção:** Sem alterações perceptivas. Nega alucinações ou fenómenos dissociativos.
- **Cognição e julgamento:** Capacidade cognitiva global preservada. O julgamento crítico apresenta-se em construção, especialmente no que se refere à percepção de risco

associada ao uso de tabaco. Há reconhecimento parcial das consequências negativas, compatível com o estágio de desenvolvimento.

- **Insight:** Insight parcial. O adolescente reconhece a existência de um problema (consumo regular de tabaco) e manifesta intenção de mudança, embora ainda oscile entre racionalizações e minimização dos riscos. Este aspecto é essencial na formulação do plano de intervenção motivacional.

A avaliação global indica um adolescente clinicamente estável, com comportamento aditivo em fase inicial de mudança, ambivalente, mas motivado, e com integridade emocional e cognitiva suficiente para participar ativamente num plano de cuidados centrado na cessação tabágica. As alterações clínicas mínimas observadas no sistema respiratório e a estrutura cognitivo-emocional preservada sustentam a pertinência de uma abordagem de enfermagem psicoterapêutica e educativa focada na promoção da saúde e da autoeficácia.

B3. História Clínica, Familiar e Desenvolvimental

História Clínica

O adolescente, do sexo masculino, com 15 anos de idade, apresenta um padrão de consumo abusivo de tabaco, caracterizado pela dependência nicotínica regular. A ambivalência relativamente à cessação do consumo contrasta com verbalizações de motivação para abandonar o hábito, o que posiciona o jovem numa fase de contemplação ou preparação, conforme o Modelo Transteórico da Mudança (Prochaska & DiClemente, 1983). A dependência de nicotina foi avaliada com o Teste de Fagerström, que permite quantificar o grau de dependência fisiológica, e complementada com o Teste de Motivação de Richmond, útil para aferir a predisposição subjetiva para a cessação tabágica.

No plano clínico, o uso de tabaco, embora muitas vezes desvalorizado na adolescência, associa-se a riscos significativos para a saúde respiratória, cardiovascular e neurológica, além de poder funcionar como porta de entrada para outras substâncias psicoativas (World Health Organization [WHO], 2022). A identificação precoce do comportamento aditivo, e o seu enquadramento como um problema de saúde, justifica uma intervenção orientada pela promoção do autocuidado e da autogestão terapêutica, com recurso ao resultado NOC “Comportamento de Cessação do

Tabagismo (1625)”, servindo como critérios de monitorização da eficácia do plano de intervenção.

História Familiar

Do ponto de vista familiar, observa-se um contexto ambivalente quanto ao suporte emocional e à promoção de estilos de vida saudáveis. A ausência de diálogo estruturado sobre hábitos de saúde, aliada à possível normalização do consumo de tabaco no ambiente familiar ou comunitário, pode constituir um fator de manutenção do comportamento aditivo. O domínio *Ambiente*, conforme a ontologia da enfermagem, desempenha aqui um papel preponderante, pois influencia diretamente a percepção de risco e as crenças do adolescente relativamente à cessação (Meleis, 2018). A literatura indica que adolescentes oriundos de contextos familiares instáveis ou com baixo envolvimento parental apresentam maior probabilidade de adotar comportamentos de risco, incluindo o consumo de substâncias (Lundberg et al., 2021). Neste caso, a atuação do enfermeiro deve também envolver o sistema familiar, promovendo a corresponsabilização no processo de cessação e incentivando ambientes relacionais que reforcem a mudança.

História Desenvolvimental

A adolescência é uma etapa crítica de desenvolvimento psicossocial, marcada por processos de construção identitária, experimentação e desafio às normas. O consumo de tabaco pode surgir como estratégia de integração social, mecanismo de coping disfuncional ou expressão de autonomia distorcida (Steinberg, 2014). No caso em apreço, o jovem demonstra consciência parcial dos riscos associados ao consumo, bem como um desejo emergente de mudança, que deve ser valorizado como oportunidade terapêutica. Neste contexto, o papel do enfermeiro de saúde mental é mobilizar estratégias de intervenção motivacional, reforçando a autoeficácia, ajudando o adolescente a identificar os seus recursos internos e externos para a cessação, e promovendo alternativas saudáveis ao comportamento aditivo. A intervenção deve incluir sessões educativas, técnicas de entrevista motivacional e apoio contínuo, respeitando o tempo e o ritmo da mudança (Rollnick & Miller, 2002). Esta abordagem integrada reforça a responsabilização ativa do jovem sobre a sua saúde e sustenta um plano de cuidados centrado na pessoa.

Competências Específicas da Adolescência

A adolescência constitui uma fase de transição biopsicossocial profundamente marcada por transformações identitárias, cognitivas, afetivas e relacionais. Segundo Meleis (2018), esta

transição desenvolvimental exige uma abordagem de enfermagem que considere a pessoa como um ser em processo de crescimento e de constante reorganização interna, influenciado por múltiplas dimensões ambientais e relacionais. No caso em análise, o adolescente de 15 anos evidencia desafios específicos associados a esta fase do ciclo vital:

- **Busca de identidade e autonomia:** Observa-se a presença de condutas de autoafirmação, como o consumo de tabaco, muitas vezes associado à pressão dos pares ou à tentativa de se integrar num grupo social. Esta conduta é típica de uma fase em que a construção identitária ocorre por experimentação (Erikson, 1994), ainda que em confronto com normas e expectativas sociais.
- **Capacidade de julgamento em desenvolvimento:** O adolescente encontra-se num estágio de formação de pensamento abstrato, mas ainda limitado na antecipação de consequências futuras. Isso justifica a existência de ambivalência em relação à cessação do hábito tabágico, mesmo quando há algum nível de consciência sobre os malefícios.
- **Competência para a tomada de decisão:** Embora já manifeste motivação para a mudança, o processo decisional encontra-se em consolidação, o que requer intervenções de reforço à autoeficácia e de promoção de um sentido crítico sobre comportamentos de risco (Bandura, 1997).
- **Regulação emocional:** A oscilação emocional e a vulnerabilidade a influências externas revelam-se como dimensões centrais neste caso, sendo o uso de tabaco uma possível estratégia de regulação disfuncional do afeto ou de gestão da ansiedade social.
- **Construção de vínculos sociais:** O grupo de pares assume centralidade na vida do adolescente, sendo determinante na manutenção ou cessação de hábitos. Isso exige que o plano terapêutico inclua estratégias de suporte psicossocial que valorizem a pertença sem dependência de comportamentos de risco.

A compreensão das competências desenvolvimentais é essencial para a formulação de intervenções eficazes e sensíveis à etapa do ciclo vital. O enfermeiro de saúde mental, enquanto facilitador de processos de transição (Meleis, 2018), deve adaptar a linguagem, os instrumentos e os objetivos terapêuticos às capacidades cognitivas e emocionais do adolescente, incentivando a autonomia progressiva e o autocuidado.

B4.1 Genograma, Ecomapa, Átomo Social

No contexto do presente estudo de caso, centrado no adolescente Lucas, recorreu-se à utilização de instrumentos de avaliação gráfica — nomeadamente o genograma, o ecomapa e o átomo social — com o objetivo de aprofundar a compreensão das suas dinâmicas familiares, redes de apoio e vínculos afetivos. Estas ferramentas são amplamente utilizadas na prática da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, por permitirem uma abordagem centrada na pessoa e uma leitura sistémica das suas vivências (Figueiredo et al., 2021; Ribeiro, 2020). O genograma, ao representar graficamente a estrutura familiar ao longo de várias gerações, possibilitou identificar padrões de funcionamento, lealdades invisíveis, alianças e ruturas, sendo uma ferramenta essencial na avaliação da influência intergeracional nos processos de saúde mental (Kaakinen et al., 2018). O ecomapa, por sua vez, permitiu mapear as interações entre Lucas e os diversos sistemas ecológicos com os quais se relaciona — família, escola, pares, serviços de saúde —, permitindo avaliar a qualidade e intensidade dessas ligações (Hartman, 1995; Wright & Leahey, 2013; Pinto et al., 2022). O átomo social, baseado nos princípios da sociometria, contribuiu para representar visualmente a rede de relações significativas percebidas pelo adolescente, valorizando a subjetividade da experiência relacional e o impacto destas relações na construção da identidade e do bem-estar emocional (Sousa & Barros, 2019; Moreno, 1953). A triangulação destes instrumentos proporcionou uma avaliação abrangente e integrada do contexto psicossocial de Lucas, orientando a formulação de intervenções terapêuticas mais contextualizadas, empáticas e fundamentadas na promoção da saúde mental. Desta feita, seguem-se as representações gráficas dos instrumentos referidos.

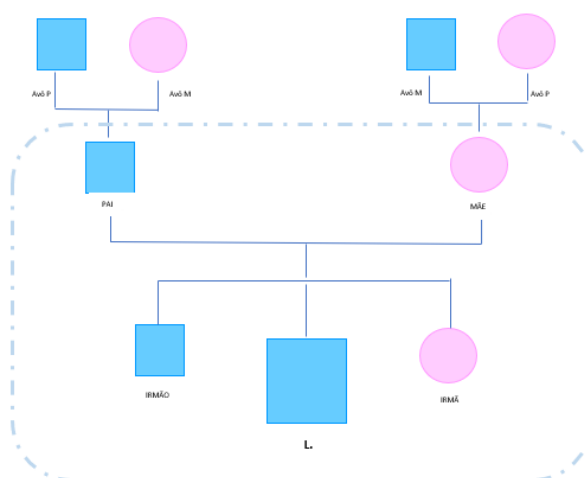


Figura 1 -Genograma do Lucas



Figura 2- Ecomapa do Lucas

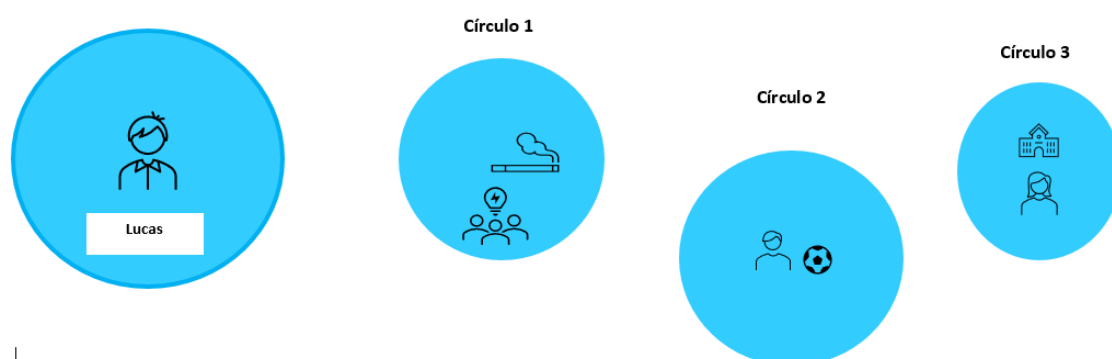


Figura 3 – Átomo Social do “Lucas”

Átomo Social (textual) do “Lucas “:

<u>Nível</u>	<u>Pessoas / Ligações</u>	<u>Observações</u>
Círculo 1 (mais próximo)	Colegas fumadores, Irmão	Influência predominante no hábito tabágico.
Círculo 2 (médio)	Pai, Treinador de Futsal	Pai é fumador, mas L. mantém relação de respeito. Treinador é um apoio.
Círculo 3 (periférico)	Escola, Mãe	Mãe percebe a vontade de L. de parar; escola é um ambiente neutro.

B4.2 Entrevista HEADSS (Home, Education, Activities, Drugs/Depression, Sexuality, suicide/Safety)

A abordagem ao adolescente em estudo incluiu a aplicação da entrevista HEADSS, um instrumento estruturado e validado que permite uma avaliação psicossocial abrangente, favorecendo a identificação precoce de fatores de risco, vulnerabilidades e necessidades de intervenção no contexto do desenvolvimento juvenil (Santhosh et al., 2024). Considerando o fenómeno em estudo, a entrevista HEADSS permitiu identificar fatores psicossociais relevantes na vida do adolescente, elencados seguidamente:

- **Home:** Conflitos entre pai e irmão.
- **Education:** Rendimento satisfatório, sem reprovações.
- **Activities:** Gosta de futsal e tem receio de perder desempenho atlético.
- **Drugs:** Tabaco é a principal preocupação, refere uso ocasional de álcool.
- **Sexuality:** Sem queixas ou comportamentos de risco.
- **Suicide/Safety:** Sem ideação suicida ou comportamentos autolesivos.

Anexo IV

ANEXO 4-PLANEAMENTO DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

B1. PLANEAMENTO DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

A entrevista motivacional constitui uma abordagem centrada na pessoa, diretiva e colaborativa, cujo objetivo é explorar e reforçar a motivação intrínseca para a mudança de comportamentos, especialmente em contextos onde o indivíduo apresenta ambivalência face à mudança (Miller & Rollnick, 2013). No presente estudo de caso, a planificação da entrevista motivacional visou estruturar uma intervenção terapêutica adaptada às necessidades específicas do adolescente Lucas, respeitando o seu ritmo, autonomia e contexto psicossocial. Esta técnica integra-se nos pressupostos da prática de enfermagem centrada na pessoa e nos princípios da abordagem não julgadora, empática e evocativa, sendo particularmente eficaz na promoção da saúde mental, adesão terapêutica e mobilização de recursos internos (Silva et al., 2021). O planeamento da entrevista assentou na definição de objetivos claros, na preparação do ambiente relacional e na antecipação de estratégias comunicacionais que favoreçam o envolvimento ativo do adolescente no processo de mudança.

B1. Caso 2 (“Lucas” – Entrevista Motivacional)

Tabela B1.1 – Sessão 0 (Avaliação Inicial)

Adolescente	Lucas (15 anos)
Data	06 de janeiro de 2025
Duração	~45 minutos
Objetivos	- Estabelecer rapport. - Avaliar história de consumo (tabaco), motivação, fase do Modelo Transteórico. - Aplicar Escala de Fagerström e Teste de Richmond.
Conteúdo	- Introdução sobre a intervenção: confidencialidade, não julgamento. - Explorar n.º de cigarros/dia, <i>triggers</i> e contexto familiar.
Métodos	- Perguntas abertas, escuta ativa. - Observação de reações, possíveis resistências.
Recursos Materiais	- Gabinete (escola/comunidade). - Impressos Fagerström, Richmond.
Duração estimada	45 minutos

CrITÉRIOS de Avaliação	- Clareza na autoapresentação. - Pontuação inicial (Fagerström, Richmond).
-------------------------------	---

Tabela B1.2 – Sessão 1

Adolescente	Lucas (15 anos)
Data	13 de janeiro de 2025
Duração	~45 minutos
Objetivos	- Explorar ambivalência (prós e contras de fumar). - Perceber valores e metas do adolescente. - Incentivar expressão de desejos pessoais (ex.: desempenho no futsal).
Conteúdo	- “Balança de decisão”: prosseguir ou largar tabaco. - Escuta reflexiva: “O que sente quando fuma? Que vantagens/desvantagens vê?”
Métodos	- Técnica de Perguntas Abertas. - Resumo e validação de afirmações de mudança.
Recursos Materiais	- Folhas com Balança Decisional (Dias, 2009). - Caneta, bloco de notas.
Duração estimada	45 minutos
CrITÉRIOS de Avaliação	- Identificação de no mínimo 2-3 consequências negativas do fumo. - Sinais de motivação (Richmond).

Tabela B1.3 – Sessão 2

Adolescente	Lucas (15 anos)
Data	20 de janeiro de 2025
Duração	45 minutos
Objetivos	- Definir metas específicas (p. ex., redução de cigarros). - Clarificar estratégias de coping para gatilhos. - Reforçar autoeficácia e crença pessoal.
Conteúdo	- Discussão sobre redução progressiva: “2 cigarros/dia” vs. “parar total”. - Planear como lidar com colegas fumadores.
Métodos	- Contrato terapêutico (verbal ou escrito). - Role-playing (resposta à oferta de cigarro).
Recursos Materiais	- Minutas de contrato; - Fichas de registo de quantos cigarros fumou/dia.

Duração estimada	45 minutos
CrITÉrios de Avaliação	- Lucas assumir um “compromisso claro” de redução/cessação. - Nível de confiança verbalizado (ex.: de 0-10) para cumprir.

Tabela B1 .4– Sessão 3

Adolescente	Lucas (15 anos)
Data	27 de janeiro de 2025
Duração	45 minutos
Objetivos	- Monitorizar evolução (n.º de cigarros). - Gerir obstáculos (pressão de pares, stress). - Aprofundar motivação intrínseca.
Conteúdo	- Ver se houve lapsos, eventuais falhas no plano. - Utilizar reflexões amplificadas para redirecionar a motivação.
Métodos	- Perguntas focadas: “O que correu bem?” “Como reagiu quando X ofereceu cigarro?” - Afirmações positivas sobre pequenos sucessos.
Recursos Materiais	- Diário de Registo (cigarros/dia).
Duração estimada	45 minutos
CrITÉrios de Avaliação	- Se já reduziu de 5-6 para 4-3 (ou outro objetivo). - Manutenção ou subida do Score de Motivação (Richmond).

Tabela B1.5– Sessão 4 (Avaliação Final)

Adolescente	Lucas (15 anos)
Data	03 de fevereiro de 2025
Duração	~45 minutos
Objetivos	- Avaliar resultados finais: reaplicar Fagerström/Richmond. - Planeamento de manutenção (prevenção de recaídas). - Reforçar sucesso e estratégias a longo prazo.
Conteúdo	- Comparar pontuações antes e depois. - Prevenir pressão de pares futura, stress familiar.
Métodos	- Entrevista orientada para feedback. - Explorar possíveis encaminhamentos (reuniões se recair, etc).
Recursos Materiais	- Escala Fagerström, Teste de Richmond, “Comportamento de Cessação do tabagismo” (NOC). - Folha de Plano Pessoal.

Duração estimada	45 minutos
Critérios de Avaliação	- Redução real de cigarros/dia. - Melhoria no “Controlo de Riscos: Uso do Tabaco (NOC)”.

B2. IMPLEMENTAÇÃO DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Seguindo o modelo de procedimento de Entrevista Motivacional descrito em Miller e Rollnick (2013) e adaptado por Sampaio et al. (2023), delinearam-se cinco sessões, contemplando avaliação inicial, estratégias de exploração, definição de objetivos e acompanhamento final. Assim, estabeleceu-se:

1. **Sessão 0 (Tabela B2.1):** Encontro inicial para recolha de dados, avaliação da fase de motivação e esclarecimento de objetivos. Esta primeira sessão é crucial, uma vez que a forma de questionar e a atitude de escuta refletem a abordagem centrada no utente, prevenindo possíveis “armadilhas” que bloqueiem a aliança terapêutica. Perguntas abertas e estratégias de escuta reflexiva ajudam a criar empatia e a absorver o discurso do utente, devolvendo-lhe posteriormente uma síntese da história e objetivos.
2. **Sessão 1 (Tabela B2.2):** Explorar motivos para mudar, clarificar a ambivalência e analisar prós e contras de fumar. Neste momento, é fundamental aprofundar a perceção do utente sobre como o comportamento atual (fumar) contradiz outros valores ou metas, incentivando a verbalização das consequências positivas e negativas desse comportamento.
3. **Sessão 2 (Tabela B2.3):** Definição de metas específicas de cessação (por exemplo, redução progressiva do número de cigarros) e identificação de estratégias concretas (uso de pastilhas elásticas sem nicotina, técnicas de respiração, evitamento de “gatilhos”). Reforçar a autoeficácia através de narrativas afirmativas, lembrando que o enfermeiro fornece opções, mas quem escolhe é o utente.
4. **Sessão 3 (Tabela B2.4):** Monitorizar progresso e lidar com obstáculos ou lapsos. Caso haja resistência ou dificuldade, pode recorrer-se a reflexões de dois lados (*double-sided reflection*) para legitimar a ambivalência, ao mesmo tempo que se clarifica a discrepância entre continuar a fumar e os objetivos definidos.

5. **Sessão 4 (Tabela B2.5):** Avaliação final, planeamento de manutenção e prevenção de recaídas. Aplica-se novamente a Escala de Fagerström ou instrumentos equivalentes para aferir o nível de dependência, comparando com a linha de base. Explora-se a aprendizagem obtida durante todo o processo e fomenta-se a consolidação das estratégias de coping, sobretudo em situações de maior vulnerabilidade. Neste sentido, reaplica-se o também o Teste de Richmond, de modo a clarificar qual o nível de motivação do “Lucas”, finalizada a intervenção psicoterapêutica implementada.

Anexo V

ANEXO 5 -PLANEAMENTO DAS SESSÕES DE RELAXAMENTO

1.SESSÃO 1- “Relaxa-te!”

PLANEAMENTO RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO JACOBSON “RELAXA-TE”	
População-alvo	Cuidadores informais
Critérios de inclusão	Cuidadores informais dos projetos “Estatuto de Cuidador Informal” e “Consulta de Enfermagem de Saúde Mental aos cuidados informais em Stress”
Critérios de exclusão	Cuidadores com sintomatologia aguda ou doença psiquiátrica grave
Data:	12 de dezembro de 2024 e 7 de janeiro de 2025
Duração:	40 minutos
Terapeuta:	Enfermeira Filipa Soares
Hora:	14H00
Local:	Ginásio da UCC
Objetivos:	Reduzir níveis de stress e ansiedade identificados no cuidador informal; Promover as interações sociais; Promover equilíbrio emocional através de técnicas de relaxamento; Promover sensação de conforto e bem-estar.
Recursos:	Enfermeira Especialista em Saúde Mental Cadeiras Guião de Relaxamento muscular progressivo de jacobson Música chillout

PLANEAMENTO RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO JACOBSON “RELAXA-TE”				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Fase Inicial	- Preparação do setting (disposição de cadeiras em círculo, baixar intensidade da luz, colocar música ambiente chillout; -Receção dos cuidadores (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao ginásio da UCC); -Apresentação da sessão de relaxamento: Relaxamento Progressivo de jacobson: objetivos e duração da sessão.	Expositivo Ativo	- Ginásio da UCC; -Cadeiras; -Guião de relaxamento muscular de Jacobson; -Música.	5 minutos
Fase Exploratória	- Instruir cuidadores acerca da sessão de relaxamento muscular progressivo; -Realizar sessão de relaxamento com recurso a guião de relaxamento de técnica muscular progressiva de jacobson.			30 minutos
Fase Final	-Promover momento para que cuidadores expressem opiniões e sentimento, face à intervenção realizada; -Avaliar atividade; -Entrega de símbolos em papel, recordação da sessão; -Despedida física.			5 minutos

2.SESSÃO 2- “Leveza”

PLANEAMENTO RELAXAMENTO MUSCULAR MODIFICADO “LEVEZA”				
População-alvo	Cuidadores informais			
Critérios de inclusão	Cuidadores informais dos projetos “Estatuto de Cuidador Informal” e “Consulta de Enfermagem de Saúde Mental aos cuidados informais em Stress”			
Critérios de exclusão	Cuidadores com sintomatologia aguda ou doença psiquiátrica grave			
Data:	28 de janeiro e 4 de fevereiro de 2025			
Duração:	40 minutos			
Terapeuta:	Enfermeira Filipa Soares			
Hora:	09H00			
Local:	Ginásio da UCC			
Objetivos:	Reduzir níveis de stress e ansiedade identificados no cuidador informal; Promover as interações sociais; Promover equilíbrio emocional através de técnicas de relaxamento; Promover sensação de conforto e bem-estar.			
Recursos:	Enfermeira Especialista em Saúde Mental Cadeiras Guião de Relaxamento muscular modificado Música chillout			
PLANEAMENTO RELAXAMENTO MUSCULAR MODIFICADO “LEVEZA”				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Fase Inicial	- Preparação do settiing (disposição de cadeiras em círculo, baixar intensidade da luz, colocar música ambiente chillout; -Receção dos cuidadores (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao ginásio da UCC); -Apresentação da sessão de relaxamento: Relaxamento Progressivo de Jacobson: objetivos e duração da sessão.	Expositivo Ativo	- Ginásio da UCC; -Cadeiras; -Guião de relaxamento muscular; -Música.	5 minutos
Fase Exploratória	- Instruir cuidadores acerca da sessão de relaxamento muscular progressivo; -Realizar sessão de relaxamento com recurso a guião de relaxamento de técnica muscular modificado.			30 minutos
Fase Final	-Promover momento para que cuidadores expressem opiniões e sentimento, face à intervenção realizada; -Avaliar sessão de relaxamento. -Despedida física.			5minutos

3.SESSÃO 3- “Brisa”

PLANEAMENTO RELAXAMENTO IMAGINAÇÃO GUIADA “BRISA”	
População-alvo	Cuidadores informais
Critérios de inclusão	Cuidadores informais dos projetos “Estatuto de Cuidador Informal” e “Consulta de Enfermagem de Saúde Mental aos cuidados informais em Stress”
Critérios de exclusão	Cuidadores com sintomatologia aguda ou doença psiquiátrica grave
Data:	13 e 20 de janeiro de 2025
Duração:	40 minutos
Terapeuta:	Enfermeira Filipa Soares
Hora:	09H00
Local:	Ginásio da UCC
Objetivos:	Reduzir níveis de stress e ansiedade identificados no cuidador informal; Promover as interações sociais; Promover equilíbrio emocional através de técnicas de relaxamento; Promover sensação de conforto e bem-estar.
Recursos:	Enfermeira Especialista em Saúde Mental Cadeiras Guião de relaxamento: imaginação guiada

PLANEAMENTO RELAXAMENTO IMAGINAÇÃO GUIADA “BRISA”				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Fase Inicial	- Preparação do setting (disposição de cadeiras em círculo, baixar intensidade da luz; -Receção dos cuidadores (cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao ginásio da UCC); -Apresentação da sessão de relaxamento imaginação guiada: objetivos e duração da sessão.	Expositivo Ativo	- Ginásio da UCC; -Cadeiras; -Guião imaginação guiada.	5 minutos
Fase Exploratória	- Instruir cuidadores acerca da sessão de relaxamento muscular progressivo; -Realizar sessão de relaxamento imaginação guiada.			30 minutos
Fase Final	-Promover momento para que cuidadores expressem opiniões e sentimento, face à intervenção realizada; -Avaliar sessão de relaxamento; -Despedida física.			5 minutos

4.SESSÃO 4 “AUTOMASSAGEM”

PLANEAMENTO RELAXAMENTO “AUTOMASSAGEM”				
População-alvo	Profissionais de saúde da UCC			
Critérios de inclusão	Profissionais da UCC			
Data:	11 de fevereiro de 2025			
Duração:	40 minutos			
Terapeuta:	Enfermeira Filipa Soares			
Hora:	13H30			
Local:	Ginásio da UCC			
Objetivos:	Ensinar sobre técnicas de automassagem; Promover bem-estar físico e mental; Promover as interações sociais.			
Recursos:	Enfermeira Especialista em Saúde Mental Cadeiras			
PLANEAMENTO RELAXAMENTO “AUTOMASSAGEM”				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Fase Inicial	- Preparação do setting (disposição de cadeiras em círculo, baixar intensidade da luz; -Receção dos profissionais da UCC: cumprimentos iniciais, acompanhamento até ao ginásio; -Apresentação da sessão de relaxamento automassagem: objetivos e duração da sessão.	Expositivo Ativo	- Ginásio da UCC; -Cadeiras.	5 minutos
Fase Exploratória	- Ensinar e treinar técnica de automassagem.			20 minutos
Fase Final	-Promover momento para que cuidadores expressem opiniões e sentimento, face à intervenção realizada; -Avaliar atividade; -Despedida física.			5 minutos

Material de apoio ao desenvolvimento das sessões de relaxamento:

1.1 Guião de relaxamento - Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson:

RELAXAMENTO MUSCULAR II

Edmund Jacobson, 1897

Método Dúbio

Intensificar o grau de relaxamento de forma absolutamente gradual até ao grau máximo, sem que exista qualquer possibilidade de tensão... o relaxamento é uma habilidade que se aprende de forma progressiva, requerendo tempo e prática para progredir. O método clássico é fazer pequenas avanços, irá descobrir que o relaxamento profundo é uma experiência muito agradável... o estado de relaxamento que é capaz de proporcionar pode surpreendê-lo.

Para facilitar a compreensão e acompanhar os efeitos físicos de relaxamento é necessário deslocar-se levemente, permitindo o desenvolvimento de sensações corporais. Assim, deve concentrar-se nas sensações e nas sensações corporais que está a experimentar.

Primeiro relaxar os músculos dos braços e das pernas, depois os músculos do pescoço.

Deitado deitar no chão... com as pernas ligeiramente abertas... os braços ligeiramente separados do corpo... e as palmas das mãos abertas sobre o solo. Muito bem, está confortável?

Sentado sente-se confortavelmente na cadeira com as pernas ligeiramente afastadas e as mãos que estão convenientemente sobre as pernas, braços e costas. Está confortável?

Vamos começar por realizar três respirações profundas... quando os dizer "inspire" poderá se sentir completamente de ar os seus pulmões vão estar... Quando os dizer "expire", inspire o ar lentamente para fora, notando como ele abandona a porta e para os seus pulmões...

Inspirando... inspire... lentamente pela nariz... expirando... expire... lentamente pela boca.

[Repita esta sequência]

1.2 Guião da técnica de relaxamento muscular modificado

Guião da técnica de relaxamento muscular modificado

Coloque-se o mais confortável possível.

Pés e mãos descurados, colocando os braços em situação confortável. Fechar os olhos e mantê-los fechados durante todo o procedimento. Este é um dos momentos que dedica a si próprio, tente desfrutar e relaxar, concentre-se nas sensações.

Concentre-se na sua respiração. Sinta que a sua respiração é suave, regular e profunda. Este é o caminho para dentro de si. A cada respiração deixe-se ir mais fundo, entrando num estado de relaxamento e tranquilidade. Relaxe e sinta a paz dentro de si. Liberte a sua mente de todos os pensamentos negativos que perturbam a sua tranquilidade. Liberte-se de todas as suas preocupações e influências do mundo exterior.

Enquanto respira, relaxe todos os seus músculos: os músculos da face e da boca, os músculos do pescoço e dos ombros, relaxando completamente os músculos das costas, dos braços e da barriga, para que a sua respiração fique mais profunda, regular, relaxada e serena. Por fim, os músculos das pernas, relaxando completamente todo o seu corpo, sentindo-se leve, num estado de serenidade e paz. Agora, a sua respiração é totalmente suave, relaxada, em paz, e todos os seus músculos se encontram relaxados.

Concentre-se agora nos músculos da testa e esqueça os restantes músculos do corpo.

Enrugue a sua testa puxando-a para cima...Sinta a forte tensão sobre a ponta do nariz e ao redor das sobrancelhas... PAUSA Agora pode relaxar muito lentamente focando a sua tensão sobre os pontos que estavam mais tensos... é como se os seus músculos tivessem desaparecido estando totalmente relaxados.

Feche os olhos, apertando-os com força...sinta a tensão em toda a zona à volta dos olhos em cada pálpebra...Concentre-se nas zonas mais tensas... PAUSA Relaxe lentamente e note as diferenças de sensações... Os músculos estão relaxados, sem tensão.

Face;

Vamo-nos concentrar na zona da face: Force um sorriso, todos os músculos da face estão tensos... Os seus lábios e as bochechas estão tensos e rígidos... PAUSA Relaxe agora esses músculos...Note as sensações nos diferentes músculos sem pressão nem tensão...

Queixo;

Passando para a zona do queixo: Aperte os dentes com força...sinta os músculos contraídos, tensos... PAUSA Pouco a pouco relaxe a boca, sinta como os músculos se apagam e relaxam.

Pescoço;

Contraia os músculos do pescoço... Empurre o queixo para baixo, sem o encostar ao peito...Sinta a tensão e foque a sua atenção na nuca, zona superior do pescoço e cada lado do pescoço...os músculos estão tensos... PAUSA Relaxe lentamente o pescoço... Os músculos perdem a sua tensão e relaxam pausadamente.

Membros superiores;

Levante o seu braço direito e com o punho fechado, faça força... o seu braço está o mais rígido possível, está tenso, desde a mão até ao ombro...Concentre-se na forma como aumenta tensão ... PAUSA Relaxe gradualmente e deixe cair o seu braço até à posição inicial...sinta como os seus músculos estão completamente relaxados...

Levante o seu braço esquerdo e com o punho fechado, faça força...o seu braço está o mais rígido possível, está tenso desde a mão até ao ombro... concentre-se na forma como aumenta a tensão...PAUSA Relaxe gradualmente e deixe cair o seu braço até à posição inicial.

Membros inferiores;

Contraia os músculos da sua perna direita, esticando o seu pé direito, exercendo a máxima tensão... Sinta a contração do pé até à coxa... PAUSA Relaxe lentamente a sua perna direita e o joelho... Sinta a sensação de relaxamento em todos os músculos anteriormente expostos à tensão.

Contraia os músculos da sua perna esquerda, esticando o seu pé esquerdo, exercendo a máxima tensão... Sinta a contração do pé até à coxa... PAUSA Relaxe a sua perna esquerda e o joelho... Sinta a sensação de relaxamento, em todos os músculos expostos à tensão.

Região dorsal;

Arquee as suas costas para a frente se necessário com a ajuda dos braços... Sinta a tensão em toda a coluna, nos ombros e ao fundo das costas... Concentre a sua atenção nas zonas de tensão... Relaxe - se gradualmente, voltando à posição inicial... Note o desaparecimento da tensão dos músculos envolvidos... Estão completamente relaxados...

Região torácica;

Faça força no seu peito, torne-o mais rígido, tentando contrai-lo...Concentre-se nas zonas mais tensas... PAUSA Relaxe gradualmente o seu peito...Sinta a sensação dos músculos soltos, sem tensão.

Região Abdominal

Contraia fortemente os músculos da barriga, até que a sinta dura como uma tábua... Sinta a tensão em redor do umbigo... PAUSA Relaxe agora os músculos da barriga e sinta a sensação de leveza... Todos os músculos estão completamente relaxados.

Sacro

Concentre-se nos músculos abaixo da cintura... Contraia as nádegas e as coxas com toda a força... PAUSA Pode relaxar lentamente todos os músculos... sinta o desaparecimento da tensão e a sensação de relaxamento.

Está completamente relaxado... todos os músculos estão leves... o seu corpo está solto e totalmente relaxado... Mantenha os olhos fechados... Inspire e expire lentamente, relaxando todo o seu corpo, da cabeça até aos pés... Inspire novamente... Expire o ar lentamente... Permaneça sentado, apreciando o seu estado de relaxamento. Conte até 5 e à medida que se sentir capaz, pode abrir os olhos.

1.3 Guião de “Imaginação Guiada”

Viagem meditativa:

“...imagina que caminhas ao longo da praia...num dia de sol...um sol radiante que te acaricia a face...sente os pés na areia...sente a brisa do mar no rosto...

...os salpicos do mar...e o cheiro do mar...continua a caminhar devagar, e desfruta deste momento...

Pára um pouco! Senta-te confortavelmente me frente ao mar...entrega-lhe o que te pesa mais neste momento....

...inspira ar renovado, e aprecia este momento...

...agora agradece!!

Levanta-te...está na hora de regressar! Levanta-te e inspira novamente, e faz calmamente o caminho de regresso...

Está de volta! Inspira de forma consciente, sente o corpo...mexe as pernas, os pés, as mãos, os braços...e a cabeça...devagarinho abre os olhos...”

1.4. Guião de Automassagem:

AUTOMASSAGEM



1. Use o dedo polegar para fazer movimentos circulares ao longo de toda a palma da outra mão;
2. Em seguida, com os outros dedos, massageie o dorso da outra mão por cerca de 1 a 2 minutos. Repita no outro lado;
3. Agarre toda a extensão do braço e ombro com uma das mãos, movendo do punho até o ombro. Repita no outro braço;
4. Com as mãos fechadas, faça movimentos de *rolinho* ao longo da nuca, da região cervical até a base da cabeça, por cerca de 1 a 2 minutos;
5. Usando o dedo indicador e o médio, faça movimentos circulares no sentido horário entre as sobrancelhas, repetindo 10 vezes;
6. Contraia todos os músculos do seu rosto e conte até 5 segundos;
7. Em seguida, relaxe os músculos e termine com o maior sorriso que conseguir;
8. Repita esse processo de contração e relaxamento por 3 vezes.



Anexo VI

ANEXO 6- PLANEAMENTO ATIVIDADES CONTEXTO ESCOLAR

1. PARTICIPAÇÃO 1ª SESSÃO DO PROJETO “MAIS CONTIGO”

Fundamentação:

O EEESMP, coordena, desenvolve e executa programas de psicoeducação e treino em saúde mental”, através da implementação de intervenções psicoeducativas que promovem o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais (Regulamento nº515/2018, 2018).

O Projeto “Mais Contigo” surge como uma iniciativa dedicada à promoção da saúde mental e à prevenção de comportamentos suicidários em adolescentes, especialmente no contexto escolar (Santos et al., 2014). O mesmo contempla atividade que incluem a formação de profissionais de saúde e a sensibilização da comunidade educativa; e intervenções diretas com os estudantes, visando aumentar a resiliência e a capacidade de coping, além de reduzir sintomas depressivos (Camila et al., 2022).

O estigma relacionado com a doença mental, provém do medo do desconhecido e de um conjunto de falsas crenças, que origina a falta de conhecimento e compreensão (OE, 2015).

Desta feita, o EEESMP, desempenha um papel único na capacitação da comunidade, para o respeito e integração da doença mental.

PLANEAMENTO SESSÃO DO PROJETO “MAIS CONTIGO” “SESSÃO 1: SAÚDE MENTAL E ESTIGMA”	
População-alvo	Estudantes 8ºano
Data:	15 de janeiro de 2025
Duração:	45 minutos
Formadores:	Enfermeira Especialista em Saúde Mental Enfermeira Filipa Soares Psicóloga de agrupamento escolar
Hora:	10H30
Local:	Auditório escola
Objetivos:	Reduzir o estigma em saúde mental.
Recursos:	Enfermeiras Especialistas em Saúde Mental Cadeiras Computador Apresentação PowerPoint Projetor multimédia

PLANEAMENTO SESSÃO DO PROJETO “MAIS CONTIGO” “SESSÃO 1: SAÚDE MENTAL E ESTIGMA”				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Fase Inicial	-Apresentação dos membros da equipa e projeto “Mais Contigo”; -Clarificar objetivos da sessão para a saúde; -Dinâmica quebra-gelo: Jogo do estigma	Expositivo Ativo	Apresentação PowerPoint Computador;	10 minutos
Fase Exploratória	- Reflexão sobre jogo do estigma, ideias chave: estigma, doença mental, direitos da pessoa com doença mental.	Participativo	Projetor multimédia;	25 minutos

2. PARTICIPAÇÃO EM FORMAÇÃO DE PROFESSORES: “Competências Sócio emocionais”

Fundamentação:

O EEESMP, coordena, desenvolve e executa programas de psicoeducação e treino em saúde mental (Regulamento nº515/2018, 2018). O planeamento de sessão abaixo identificado, segue o propósito de especificar uma das atividades proporcionadas pela prática clínica em contexto comunitária, na participação de formação para professores, relativamente às competências emocionais, demonstrando o apoio ao desenvolvimento dessas habilidades. A Literacia em Saúde Mental (LSM), implica a realização de um conjunto de competências e habilidades capacitando a pessoa a tomar medidas para melhorar a sua saúde e a da comunidade; integrando o desenvolvimento das competências pessoais (autoconhecimento, autoestima, controlo e autoeficácia, relações interpessoais, competências comunicacionais, resolução de problemas e estratégias de coping). O EEESMP, desempenha a sua ação no sentido de promover a saúde mental e ajudar as pessoas a deter maior controlo sobre a sua vida, e sobre o ambiente em que vivem (Balula et al., 2020).

PLANEAMENTO SESSÃO FORMAÇÃO” “COMPETÊNCIAS SÓCIOEMOCIONAIS”	
População-alvo	Estudantes 8ºano
Data:	23 de janeiro de 2025
Duração:	45 minutos
Formadores:	Enfermeira Especialista em Saúde Mental Enfermeira Filipa Soares Psicóloga de agrupamento escolar
Hora:	10H30
Local:	Auditório escola
Objetivos:	Refletir sobre como as competências sócioemocionais impactam na prática docente.
Recursos:	Enfermeiras Especialistas em Saúde Mental Cadeiras Computador Apresentação PowerPoint Projetor multimédia

PLANEAMENTO SESSÃO FORMAÇÃO” “COMPETÊNCIAS SÓCIOEMOCIONAIS”				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Fase Inicial	-Acolhimento dos participantes e apresentação dos membros da equipa; - Apresentar objetivo da sessão e duração; -Criar um ambiente acolhedor e apresentar o conceito de competências sócioemocionais.	Expositivo Ativo Participativo	Apresentação PowerPoint Computador; Projetor multimédia;	10 minutos

Fase Exploratória	- Apresentação e discussão de competências sócioemocionais: autoconsciência emocional, autogestão, consciência social, habilidades de relacionamento, tomada de decisão responsável; -Partilha e discussão de estratégias para o desenvolvimento das habilidades sócioemocionais (reflexão individual, feedback positivo e construtivo); -Atividade de Mindfulness.			40 minutos
Fase Final	Síntese da sessão; -Fomentar o esclarecimento de dúvidas ou comentários do público; -Pedir feedback aos professores sobre a sessão; -Despedida física.			10minutos

3. PALESTRA EM SAÚDE MENTAL

Fundamentação:

O reduzido nível de literacia em saúde mental, associado ao estigma e ao preconceito social que as perturbações mentais acarretam, influenciam negativamente a identificação precoce de uma perturbação mental e o comportamento de procura de ajuda. Desta feita, a capacitação da comunidade escolar relativamente aos problemas de saúde mental dos adolescentes, possibilita a identificação precoce e atempada (Carvalho et al., 2020). A escola torna-se assim um lugar único e privilegiado de atuação, contribuindo para o potencial único de desenvolvimento emocional e intelectual (Carvalho et al., 2020).

PLANEAMENTO PALESTRA DE SAÚDE MENTAL “TU FAZES PARTE”	
População-alvo	Estudantes 10ºano, profissionais e comunidade escolar
Data:	13 de fevereiro de 2025
Duração:	50 minutos
Formadores:	Enfermeira Especialista em Saúde Mental Enfermeira Filipa Soares
Hora:	14H30
Local:	Auditório escola
Objetivos:	• Consciencializar participantes sobre a relevância da saúde mental, destacando como fatores como stress, ansiedade e depressão podem afetar a vida quotidiana; • Ensinar os sinais e sintomas de perturbações mentais, capacitando os participantes a reconhecerem possíveis indicadores em si mesmos ou em outros; • Abordar e desmistificar preconceitos relacionados a perturbações mentais; • Informar sobre os serviços disponíveis, como centros de apoio psicológico e linhas de ajuda, orientando sobre como procurar assistência profissional quando necessário.
Recursos:	Enfermeiras Especialistas em Saúde Mental Cadeiras Apresentação PowerPoint Computador Projetor multimédia Microfone

PLANEAMENTO PALESTRA DE SAÚDE MENTAL “#TU FAZES PARTE”				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Fase Inicial	-Apresentação de palestrantes; -Clarificar objetivos da palestra em “Saúde Mental”	Expositivo	Apresentação “#Tu fazes parte!”; Computador;	5 minutos
Fase Exploratória	- Expor de forma clara e empática, a informação sobre os conteúdos definidos para a sessão: “o que é a doença mental, fatores de risco, perturbações mais			40 minutos

	comuns; perturbações mais comuns; estratégias contra o estigma e discriminação; profissionais a quem recorrer/linhas de apoio disponíveis”.		Projektor multimédia; Microfone; Brochura autocolante.	
Fase Final	-Visualização de vídeo: “#Tu fazes parte” -Promover momento para retirar dúvidas ou comentários do público; -Entrega de brochura autocolante; -Despedida física.			5 minutos

Apresentação “#Tu fazes parte”



A Doença Mental ...

Diz respeito a distúrbios mentais (psiquiátricos ou sociológicos) que incluem as alterações de pensamento, emoções e/ou comportamento, que causam alguma significativa a uma pessoa e/ou interferem na sua vida quotidiana.

1

Fatores que contribuem para Doença Mental

- Biológicos
- Sociais
- Económicos
- Ambientais
- Psicológicos

2

Tipos de Doença Mental:

- Depressão
- Anisiedade
- Fobias
- Transtornos Alimentares
- Compulsão Sexual
- Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)
- Transtorno Bipolar
- Esquizofrenia
- Autismo
- PHDA (Perturbação Déficit de Atenção e Hiperatividade)
- Transtorno da Personalidade (Borderline)

3

Tipos de Doença Mental

- ANSIEDADE
- DEPRESSÃO

4

Transtornos Alimentares

- Bulimia:** distúrbio alimentar no qual uma pessoa come muita comida, mas depois vomita.
- Anorexia:** distúrbio alimentar em que a pessoa evita comer.

5

Medo vs Fobia

Medo: resposta emocional a uma ameaça real ou imaginária que, em alguns casos, faz parte da vida de todos os seres humanos, permitindo a sobrevivência.

Fobia: resposta de medo "exagerado" a um estímulo específico, geralmente relacionado com a vida quotidiana, que provoca uma reação de pânico e/ou de evitação.

6

Fobias

Fobia Social
o medo da avaliação dos outros é incapacitante, prejudicando o desempenho em situações sociais.

7

Fobias

- Claustrófilia:** fobia de lugares fechados.
- Acrofobia:** medo excessivo (persistente e desproporcional) de cair.
- Agorafia:** ansiedade em estar preso em espaços muito pequenos, onde não há nenhuma forma de escapar facilmente.

8

Comportamento Aditivo

Com Substância

9

Comportamento Aditivo

sem substância

10

Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)

As pessoas apresentam uma série de obsessões e compulsões, e isso as leva a realizar comportamentos compulsivos e repetitivos.

11

Esquizofrenia

A pessoa afetada chega a ouvir vozes, a ver coisas que não existem, a sentir, e isso acaba por afetar a vida pessoal e profissional.

12

Transtorno Bipolar

Transtorno caracterizado por alterações de humor, com períodos de depressão e de mania.

13

PHDA - Perturbação Déficit de Atenção e Hiperatividade

Problemas para manter a atenção, caracterizada por comportamentos impulsivos típicos de hiperatividade.

14

Estratégias para lutar contra o estigma e a discriminação

<https://youtu.be/ix9SR8oq6Rg>

15

Profissional, a quem devem recorrer...

GAE - Gabinete de Apoio ao Estudante - Professores, Psicólogos, Enfermeiros de Saúde Escolar.

16

LINHAS DE APOIO

«Cuida-te»
239 320 545
cuida.te@npsp.pt

«Eu Sinto-me»
Linha de Apoio Psicológica
230 24 - 800 24 24 24

17

#TuFazesParte

<https://youtu.be/5d5cpTYmJg>

18

4-SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE SOBRE COMPORTAMENTOS ADITIVOS

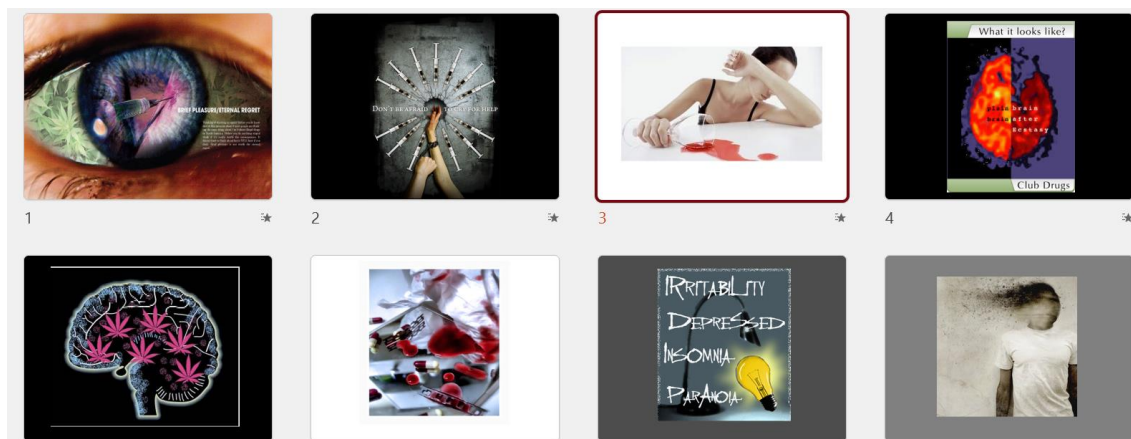
Os comportamentos aditivos são entendidos como processos de adição, caracterizando-se como comportamentos de características impulsivo-compulsivas em relação a diferentes atividades ou condutas (Seabra & Sequeira, 2020). As perturbações associadas ao consumo de substâncias têm como principal fator etiológico os determinantes sociais, em que os comportamentos e o ambiente, são os principais fatores a mudar quando o objetivo é ter melhor condição de saúde mental, integrando estes elementos na promoção de saúde mental e na prevenção da doença mental (Oliveira, 2020).

A escola tem um papel ativo na formação de adolescentes como um todo, tornando-se assim o setting ideal para o desenvolvimento socioemocional e da saúde mental de jovens (Carvalho et al., 2020). Desta feita, a intervenção dom EEESMP, em articulação com a escola assume-se de relevante fornecendo informações claras e acessíveis sobre os riscos associados ao consumo de substâncias, esclarecendo dúvidas e desmistificando conceitos, de forma a aumentar a compreensão e a conscientização dos participantes, contribuindo para literacia em saúde mental (Balula et al., 2020). Em que a mesma é entendida pela capacidade de entendimentos dos diferentes aspetos relacionado com a saúde mental, capacitando os adolescentes para tomar medidas face à sua saúde e comunidade, alterando estilos de vida (OE, 2023).

PLANEAMENTO SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “COMPORTAMENTOS ADITIVOS”	
População-alvo	Estudantes 11ºano, profissionais e comunidade escolar
Data:	14 de fevereiro de 2025
Duração:	50 minutos
Formadores:	Enfermeira Filipa Soares
Hora:	15H30
Local:	Auditório escola
Objetivos:	Sensibilizar os participantes sobre os riscos associados aos comportamentos aditivos, promovendo escolhas saudáveis e informadas.
Recursos:	Enfermeiras Especialistas em Saúde Mental Cadeiras Computador Apresentação PowerPoint Videoprojector Microfone

PLANEAMENTO SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “COMPORTAMENTOS ADITIVOS”				
Etapas	Conteúdo	Método	Recursos Materiais	Duração
Fase Inicial	-Apresentação de palestrantes; -Apresentação e contextualização da importância de tema; -Clarificar objetivos da educação para a saúde; -Promover ambiente acolhedor para discussões abertas.	Expositivo Participativo	Apresentação PowerPoint sobre comportamentos aditivos; Computador; Projetor multimédia; Microfone.	5 minutos
Fase Exploratória	- Expor de forma clara e empática, a informação sobre os conteúdos definidos para a sessão: identificar os diferentes tipos de comportamentos aditivos, com e sem substância; compreender os efeitos imediatos e a longo prazo desses comportamentos na saúde física, mental e social; reconhecer fatores de risco e de proteção relacionados ao desenvolvimento de dependências.			40 minutos
Fase Final	-Síntese de pontos-chave; -Encorajar participantes a aplicar o conhecimento adquirido; -Disponibilizar canis de apoio e comunicação; -Fomentar esclarecimento de dúvidas ou comentários do público; -Pedir feedback dos participantes; -Despedida física.			5 minutos

Apresentação: “Comportamentos Aditivos”



Efeitos...

- Muitos sintomas de nanotóxicos encontram-se nas partes do cérebro que influenciam o prazer, a memória, o raciocínio, a concentração, percepção temporal e comunicação.
- O tipo de ataque cardíaco quadripé na primeira hora após tumor.
- Reduz a capacidade de transporte de oxigênio do sangue.
- Exacerba casos de infecções pulmonares.
- Obstrução das vias respiratórias.
- Tupiza o tipo de tumor cerebral assim como promove o tumor do pulmão e das vias respiratórias.

11



Os efeitos dependem do grau de pureza do produto

- Estresse
- Insonecimento
- Irritabilidade
- Fome
- Perda da noção real do tempo
- Perda parcial ou total do auto
- Falta de vitalidade para desempenho de tarefas
- Aquecimento físico
- Desordem do comportamento social
- Desordem da personalidade (angústia crescente de o diluir para si o mundo físico)
- Problemas agudos de memória

12

[illegible]

13



Efeitos colaterais do frio

A noite traz:

- problemas com a memória e com a aprendizagem
- percepção distorcida
- diminuição no pensamento e na resolução de problemas
- perda da coordenação motora
- aumento dos batimentos cardíacos
- problemas intestinais e aumento da pressão

Apesar de, depois de 1 ou 2 horas, não se sentirem químicos perturbados no corpo por muito mais tempo (até 10 dias)

14



Efeitos colaterais do cigarro

A longo prazo:

- Depressão
- Nervosismo
- Irritabilidade
- Insuportável
- Ansiedade
- Desordens endócrinas
- Risco de infertilidade (40%)
- Redução no extingimento do prazer sexual
- Piorada da saúde da criança
- Capacidade de concentração e de memória diminuem

Problemas associados para os fumadores, com maiores riscos de sofrerem e/ou

1



Intensidade da vida ou tédio?

- Síndromes de adaptação de vida
 - instabilidade
 - nervosismo
 - depressão
 - ansiedade
 - irritabilidade
 - ataques de raiva
- coordenação motora debilitada
- concentração debilitada
- mudanças importantes no apetite
- insônia
- outros sintomas
- sono leve ou insônia
- dependência psicológica

• OBT no Suécia um estudo prova a associação entre o consumo de cannabis e o desenvolvimento de esquizofrenia ou outras perturbações psíquicas.

Um estudo prova a associação entre o consumo de cannabis e o desenvolvimento de depressões e outras perturbações de humor.

• OBT comprovou a existência de uma relação entre o consumo de cannabis e o desenvolvimento de doença mental, sobretudo na adolescência jovem.

• Fumar um cigarro de cannabis tem o mesmo efeito tóxico para os pulmões que 5 cigarros.



Eccstasy "Pestifera"

6 de 10

Droga sintética

Droga psicopéptica

Propriedades estimulantes e alucinogênicas

Tem diversas variantes químicas de estimulante de substâncias ou metalotamais e psicopépticas, na sua maioria cristalina.

Como se usa?

Por via oral.



Eccstasy

Grupos separados

Em forma de comprimido, normalmente com símbolos de referência, (cores, etc) e em diferentes cores.






Estados

Universidade

- Desorientação
- Hipertensão
- Falta cardíaca
- Falta renal
- Aumento da temperatura do corpo, que pode resultar em morte
- Confusão
- Depressão
- Problemas de sono

- Paralisia
- Tensão muscular
- Sangue dentado de terra
- Insultado
- Náuseas
- Vômito enérgico
- Movimento rápido dos olhos
- Desmaios
- Arrepio
- Secres
- Desap. incontrolável de se drogar
- Ansiedade

21



Ecstasy
Tranquilizante

Confusão	Ansiedade
Depressão	Paranoia
Problemas de sono	Perda de memória



O Ecstasy é uma droga bastante perigosa, apenas o efeito de uma dose pode ser fatal, no mundo inteiro existem diversas mortes relacionadas com o consumo desta droga.

22

Curiosidades...

- **20030**
- **Desafio** a todos que possam resolver os desafios
- **Desafio 1** importante para explicar de:
- 1. **Alcornoque**
- 2. **Elefante**
- 3. **Armadilha**
- 4. **Armadilha**
- 5. **Armadilha**
- 6. **Armadilha**
- 7. **Armadilha**
- 8. **Armadilha**
- 9. **Armadilha**
- 10. **Armadilha**
- 11. **Armadilha**
- 12. **Armadilha**
- 13. **Armadilha**
- 14. **Armadilha**
- 15. **Armadilha**
- 16. **Armadilha**
- 17. **Armadilha**
- 18. **Armadilha**
- 19. **Armadilha**
- 20. **Armadilha**
- 21. **Armadilha**
- 22. **Armadilha**
- 23. **Armadilha**
- 24. **Armadilha**
- 25. **Armadilha**
- 26. **Armadilha**
- 27. **Armadilha**
- 28. **Armadilha**
- 29. **Armadilha**
- 30. **Armadilha**
- 31. **Armadilha**
- 32. **Armadilha**
- 33. **Armadilha**
- 34. **Armadilha**
- 35. **Armadilha**
- 36. **Armadilha**
- 37. **Armadilha**
- 38. **Armadilha**
- 39. **Armadilha**
- 40. **Armadilha**
- 41. **Armadilha**
- 42. **Armadilha**
- 43. **Armadilha**
- 44. **Armadilha**
- 45. **Armadilha**
- 46. **Armadilha**
- 47. **Armadilha**
- 48. **Armadilha**
- 49. **Armadilha**
- 50. **Armadilha**
- 51. **Armadilha**
- 52. **Armadilha**
- 53. **Armadilha**
- 54. **Armadilha**
- 55. **Armadilha**
- 56. **Armadilha**
- 57. **Armadilha**
- 58. **Armadilha**
- 59. **Armadilha**
- 60. **Armadilha**
- 61. **Armadilha**
- 62. **Armadilha**
- 63. **Armadilha**
- 64. **Armadilha**
- 65. **Armadilha**
- 66. **Armadilha**
- 67. **Armadilha**
- 68. **Armadilha**
- 69. **Armadilha**
- 70. **Armadilha**
- 71. **Armadilha**
- 72. **Armadilha**
- 73. **Armadilha**
- 74. **Armadilha**
- 75. **Armadilha**
- 76. **Armadilha**
- 77. **Armadilha**
- 78. **Armadilha**
- 79. **Armadilha**
- 80. **Armadilha**
- 81. **Armadilha**
- 82. **Armadilha**
- 83. **Armadilha**
- 84. **Armadilha**
- 85. **Armadilha**
- 86. **Armadilha**
- 87. **Armadilha**
- 88. **Armadilha**
- 89. **Armadilha**
- 90. **Armadilha**
- 91. **Armadilha**
- 92. **Armadilha**
- 93. **Armadilha**
- 94. **Armadilha**
- 95. **Armadilha**
- 96. **Armadilha**
- 97. **Armadilha**
- 98. **Armadilha**
- 99. **Armadilha**
- 100. **Armadilha**

2

Anfetaminas

Grupos:
Amfetamina

Uso:
Substâncias de origem sintética e com efeitos estimulantes.

Como se apresenta?
Em estado puro tem o aspecto de cristais amarelos com um amargo. No entanto, também podem ser encontradas sob forma de cápsulas, comprimidos e pó.

Cómo se consomem?
São geralmente consumidas por via oral, intravenosa, fumada ou inaladas.

2



Efeitos da amfetina

- Perda de apetite e sono
- Hiperatividade
- Aumento da atenção e concentração
- Excitação nervosa
- Suorilidade
- Liporelaxação
- Aumento do grau de confiança.

➤ Mas, muito depressa os efeitos positivos tornam-se negativos...



Efeitos a longo prazo

- Fadiga
- Depressão
- Anedonia
- Agressividade
- Taquicardia
- Fobias
- Rio de estresse
- Desorientação
- Tiques exagerados e anormal da mandíbula

Os efeitos duram 6 a 12 horas



Outros efeitos sintomáticos...

Atormentar o Primitivo Regido

Em associação com o Atroz, pode causar a morte ou paralisias.

Pode igualmente tornar uma vítima incapaz de se opor a um ataque sexual.

Pode causar amnésia de função, isto é, dificultar ou incapacitar de memorizar factos posteriores à ingestão da substância.



Síndrome de estresse pós-traumático

- Pode causar crises de ansiedade e ataques
- Pode causar fadiga, insônia, redução das funções cognitivas, baixa vitalidade, depressão e problemas respiratórios cronicamente

• 40% de pessoas de estresse podem sofrer

- A sua expressão pode ocasionar paralisia e coma
- Condição conhecida "a dupla para salvar vidas"
- Associado a casos de envenenamento, epilepsia, violência, morte.

Cocaína
base livre

- É uma potente droga aditiva que afecta directamente o cérebro.
- A Cocaína deriva das folhas do arbusto coca. É uma das drogas mais adictivas conhecidas.

Como se utiliza?

- As principais formas de consumo são a administração oral, endovenosa e inalatória.

31

Efeitos a curta prazo

- Cansaço dos seus músculos
- Pulso alterado
- Aumento da temperatura da pele
- Aumento de dióxido de carbono
- Aumento da pressão sanguínea
- Irritabilidade
- Fome
- Tontura
- Perda de apetite
- Irritabilidade

Os efeitos não se podem durar, e assim que damos descanso do cérebro, podem ocorrer tremores, vertigens, ataxia violenta, sentimento de perseguição, depressão, fadiga, convulsões, coma.

3

Efeitos a longo prazo

- Paradoxo
- Irreversibilidade
- Alterações de diversidade
- Alterações estruturais
- Inovações
- Mudanças de prioridades



Corrosivos...

- Usar ropas que protejan al usuario de los efectos de los productos.
- El manipulador de los productos corrosivos siempre debe usar un casco de seguridad, gafas de seguridad y guantes.
- Los productos corrosivos pueden causar daños en los ojos, en la piel, en las vías respiratorias, etc.
- Estimar como lo mejor sea el momento de preparar, almacenar y manipular los productos.

★



Alcool

É um líquido incolor produzido a partir de
e frutos.

O álcool é consumido via oral e é um
depressor.

Druga legal e socialmente aceita.

O seu consumo origina grande dependência
psicológica.

★

ALCOHOL

Aproximadamente 1,8 milhões de portugueses são bebedores excessivos e doentes simultâneos crónicos.

Efeitos do álcool

- Estimulação de manias e reflexos
- Son exagerado
- Visão turva
- Náuseas e vômitos
- Fraca capacidade de raciocinar
- Diminuição da atenção
- Fraca coordenação motora
- Diminuição da pressão sanguínea
- Anestesia
- Confusão mental
- Perda de memória
- Coma
- Morte por insuficiência respiratória

➤ O álcool ajuda a passar as noites, no entanto, isto pode fazer com que no dia seguinte a pessoa não tenha a energia necessária para fazer as atividades diárias.



Falsas conceitas

- O álcool não aquece...
- O álcool não mata a sede...
- O álcool não dá força...
- O álcool não é um alimento, não facilita a digestão nem abre o apetite...
- O álcool não é um medicamento...



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Balula, C., Sequeira, C., Duarte, J., Gonçalves, A. (2020). Literacia em Saúde Mental na Comunidade. In C. Sequeira & F. Sampaio (1ª edição), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 57–60). Lidel.
- Camila, C. M., Azenha, S. L., Alves, A. C., Santos, J. C. P., & Vedana, K. G. G. (2022). Projeto Mais Contigo: fatores associados a sintomas depressivos, resiliência e coping entre estudantes do ensino médio. *Research, Society and Development*, 11(7), e29707. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29707>
- Carvalho, A., Gonçalves, F., Santos, L., Oliveira, S. (2020). Enfermagem de Saúde Mental nas Escolas. In C. Sequeira & F. Sampaio (1ª edição), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 291–293). Lidel.
- Oliveira, P. (2020). Determinantes em Saúde Mental. In C. Sequeira & F. Sampaio (1ª edição), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 64–66). Lidel.
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30833/gobp_intervencao_psicoterapeutica_ok.pdf
- Regulamento n.º 356/2015 da Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República II serie, nº 122 (25-06-2015), 17034-17041.
- Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República II Série nº 151 <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570> diário (21427-21430).
- Santos, J. C., Erse, M., Façanha, J., Marques, L. A., & Simões, R. M. P. (2014). +Contigo na promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários em meio escolar. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(10), 205–212. <https://doi.org/10.12707/RIII1310>

