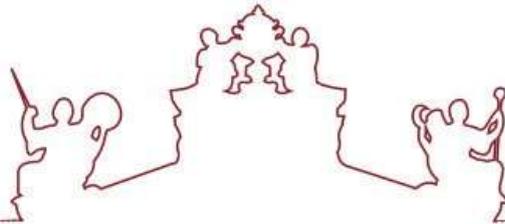




Instituto Politécnico de Castelo Branco  
Escola Superior de Saúde  
Dr. Lopes Dias



**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus**  
**Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde**  
**Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias**  
**Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde**  
**Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem  
Área de especialização | Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

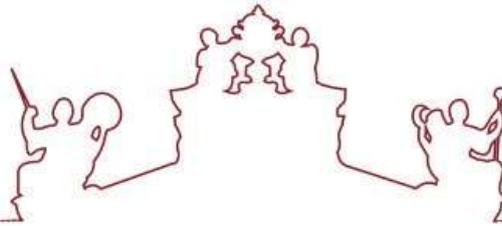
## **Literacia em Saúde Mental – empoderar o adolescente que manifesta comportamentos de risco**

**Joana Isabel Pires Rodrigues**

Orientador(es) | Maria de Fátima Santos Rosado Marques

Évora 2022





**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus**  
**Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde**  
**Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias**  
**Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde**  
**Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem  
Área de especialização | Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

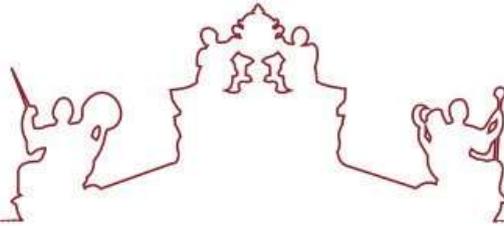
## **Literacia em Saúde Mental – empoderar o adolescente que manifesta comportamentos de risco**

Joana Isabel Pires Rodrigues

Orientador(es) | Maria de Fátima Santos Rosado Marques

Évora 2022





O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente / Ana Rodrigues (Universidade de Évora)

Vogais / Maria de Fátima Santos Rosado Marques (Universidade de Évora)  
(Orientador)

Raúl Alberto Carrilho Cordeiro (Instituto Politécnico de Portalegre)  
(Arguente)

A todos os doentes com quem tive a  
oportunidade de cuidar e aprender

## **Agradecimentos**

A realização deste relatório só foi possível graças à colaboração de várias pessoas às quais agradeço.

À Professora Maria de Fátima Marques pela orientação, apoio e disponibilidade;

À Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria MJV, pelo seu apoio e disponibilidade durante o meu estágio;

À equipa do meu campo de estágio por me terem acolhido e auxiliado neste processo de desenvolvimento de competências;

Aos meus pais pelo apoio e incentivo;

Ao meu marido pela paciência, carinho e compreensão;

Aos colegas e amigos pela ajuda, desabafos e cumplicidades.

## **Resumo**

A adolescência é um período de grande vulnerabilidade, é uma fase de passagem, da infância para a idade adulta. É um período marcado por diversas mudanças físicas e psicológicas, o que pode favorecer o desencadeamento de transtornos psiquiátricos.

Muitos comportamentos de risco à saúde, como consumo de substâncias psicoativas, começam na adolescência, tendo efeitos nefastos sobre o bem-estar mental e físico do adolescente.

Com este projecto, pretendeu-se aumentar o nível de literacia em saúde mental do adolescente com consumo de substâncias psicoativas, permitindo assim a redução do risco de desenvolvimento de alterações de saúde mental e promoção de hábitos de vida saudáveis.

Para tal, foram realizadas intervenções individualizadas de cariz psicoeducativo e psicoterapêutico, através da implementação do processo de avaliação diagnóstica.

A avaliação será feita através de indicadores de resultados no processo individual de cuidados e utilização de escalas com vista a obter ganhos em saúde mental dos adolescentes.

Palavras-chave: Literacia; Saúde Mental; Adolescentes; Comportamento de Risco; Enfermagem

## **Mental Health Literacy - empowering adolescents who manifest risky behaviors**

### **Abstract**

Adolescence is a period of great vulnerability, it is a transition phase, from childhood to adulthood. It is a period marked by several physical and psychological changes, which can favor the triggering of psychiatric disorders.

Many health risk behaviors, such as consumption of psychoactive substances, begin in adolescence, having harmful effects on the adolescent's mental and physical well-being.

With this project, the aim was to increase the level of mental health literacy of adolescents with psychoactive substance consumption, thus reducing the risk of developing mental health changes and promoting healthy lifestyle habits.

To this end, individualized interventions of a psychoeducational and psychotherapeutic nature were carried out, through the implementation of the diagnostic evaluation process.

The evaluation will be done through indicators of results in the individual process of care and use of scales in order to obtain gains in the mental health of adolescents.

Keywords: Literacy; Mental Health; Adolescent; Risk Taking; Nursing

## **Índice de Figuras**

Figura nº1 – Genograma Familiar BS.....	49
Figura nº2 – Análise Swot BS.....	52
Figura nº 3 – Linha da Vida BS.....	55
Figura nº4 – Ecomapa BS.....	56
Figura nº 5 – Genograma Familiar MC.....	66
Figura nº 6 – Ecomapa MC.....	67
Figura nº7 – Processo Resolução Problemas MC.....	70
Figura nº 8 – Genograma Familiar JN.....	77
Figura nº 9 – Ecomapa JN.....	79
Figura nº10 – Decisões JN.....	83

## **Índice de Tabelas**

Tabela nº1 – Planeamento.....	40/41
Tabela nº2 – Exercício Autoconhecimento BS.....	60
Tabela nº3 - Exercício Autoconhecimento MC.....	72
Tabela nº4 - Exercício Autoconhecimento JN.....	81
Tabela nº5 – Avaliação Jovem BS.....	86/87
Tabela nº6 – Avaliação Jovem MC.....	89
Tabela nº 7 – Avaliação Jovem JN.....	91/92

## **Índice de Gráficos**

Gráfico nº 1 – Questionário LSM.....	93
Gráfico nº 2 – Escala Hamilton.....	94
Gráfico nº 3 – Escala de Beck II.....	94

## **Siglas, Abreviaturas e Acrónimos**

APA - American Psychological Association

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ – Comissão Nacional de Promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens

DGS – Direção Geral da Saúde

DPSM – Departamento de Saúde Mental

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

e.g. – *exempli gratia* (por exemplo)

HBSC- Health Behaviour in School-aged Children

LSM – Literacia em Saúde Mental

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIC – Plano Individual de Cuidados

PNSM – Programa Nacional para a Saúde Mental

PSP – Polícia de Segurança Pública

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

sic – *assim tal e qual*

SPPSM - Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental

THC - Tetrahydrocannabinol

TPC – Trabalho para casa

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

## Índice Geral

Introdução.....	12
1- Enquadramento Teórico.....	15
1.1 - Literacia e literacia em Saúde.....	15
1.2 - Literacia em saúde mental .....	17
1.2.1 - Estratégias promotoras de literacia em saúde mental .....	18
1.3 - Doença mental e o impacto no indivíduo e na família .....	20
1.4 – Adolescência e Saúde Mental .....	22
1.4.1 – Comportamentos de risco na adolescência.....	26
1.4.2 – Promoção da LSM nos Adolescentes .....	27
1.5 – O Processo de Enfermagem .....	29
1.5.1- Teoria das Relações Interpessoais e o Processo de Enfermagem .....	30
1.5.2– Modelo de Avaliação Diagnóstica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.....	31
2 - Identificação e caracterização do contexto.....	33
2.1 - Consulta de Adolescentes .....	33
2.2 - A Escolha do Caminho: Os Adolescentes .....	35
3 – O Caminho a seguir.....	37
4 – Avaliação Diagnóstica dos adolescentes.....	42
4.1 - A apresentação de Casos Clínicos.....	45
4.2-Discussão de resultados.....	86
5- Reflexão sobre a aquisição de Competências.....	96
6- Considerações Finais.....	103
7- Referências Bibliográficas.....	105

## Anexos

Anexo I - Questionário Literacia em Saúde Mental.....	120
---	-----

Anexo II - Autorização para utilização do questionário.....	125
Anexo III - Escala de Hamilton.....	126
Anexo IV - Escala de Beck II.....	127
Anexo V - Questionário de Indicadores de Resultados.....	130
Anexo VI - Literacia em Saúde Mental.....	132
Anexo VII - Stress e Ansiedade.....	139
Anexo VIII - Depressão.....	152
Anexo IX - Relaxamento.....	156
Anexo X - Relaxamento de contração através da respiração.....	159
Anexo XI - Efeitos dos carabinoídes no cérebro.....	160
Anexo XII - Esquizofrenia.....	164
Anexo XIII - Procura de Ajuda em Saúde Mental.....	166
Anexo XIV- Exercício de Auto Conhecimento: Eu tomo a responsabilidade do meu bem-estar.....	169

## **Introdução**

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular *Relatório de Estágio*, do 3º semestre do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, a decorrer na Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus.

Neste relatório, serão retratadas apenas as atividades desenvolvidas no estágio final do Mestrado, uma vez que se teve equivalência profissional ao estágio I do Mestrado.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017), a adolescência é caracterizada por um processo fundamentalmente biológico, durante o qual se acelera o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade, sendo um período de descobertas. Neste processo, os adolescentes procuram autonomia sobre decisões, emoções e ações.

Vários estudos têm sido realizados sobre o desenvolvimento dos adolescentes, considerando a adolescência um período suscetível a problemas emocionais e de comportamento (Barret, 2010).

Em todo o mundo, estima-se que 10 a 20% dos adolescentes vivenciem problemas de saúde mental (Loureiro, Jorm, Mendes, Santos, Ferreira & Pedreiro, 2013; OMS, 2018) e que destes, cerca de metade venha a desenvolver uma perturbação com reflexo na idade adulta, com implicações na qualidade de vida e no aumento do consumo de cuidados de saúde.

Na adolescência é comum ocorrerem oscilações no estado emocional, envolvendo sentimentos de tristeza e revolta, podendo o adolescente procurar o consumo de substâncias psicoativas, como forma de “mascarar” situações de conflito, internas ou sociais (Tavares et al, 2017).

A necessidade de se sentir aceite pelos pares e de definir a sua identidade, podem também ser fatores determinantes da experimentação (Ribeiro, Wiesel, Silva & Saldanha, 2017), quanto mais precoce é a fase de experimentação, maior o risco de abuso e dependência na idade adulta (Wandekoken, Vicente & Siqueira, 2011).

Ao longo destes sete anos de experiência profissional num Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, passando pelo internamento de agudos e equipa de Enfermagem Comunitária pudemos constatar que o número de jovens que recorrem ao serviço com perturbações do foro psiquiátrico é elevado, muitos deles já com estágio avançado.

Tem sido alarmante o aumento de afluência de jovens com sintomas psicóticos, devido ao consumo de substâncias psicoativas, o que aumenta em grande escala a possibilidade de muitos deles virem a desenvolver uma doença mental grave.

Nesta faixa etária, o nível de insight e LSM é muito baixo e é visível uma fraca adesão ao regime terapêutico, sendo frequente o tratamento ambulatorio compulsivo.

Os problemas de saúde mental na adolescência continuam a ser subdiagnosticados e subtratados, o que parece dever-se a uma baixa LSM ou ao estigma associado, que impede os adolescentes de procurar ajuda (OMS, 2018).

Esta problemática tem sido uma inquietação pessoal e profissional ao longo dos anos de exercício, razão pela qual se escolheu trabalhar neste estágio com a população dos adolescentes com consumos de substâncias psicoativas numa instituição de primeira linha na área dos comportamentos aditivos e dependências.

Aumentar a LSM dos adolescentes pode produzir um impacto positivo na redução do estigma, potenciando comportamentos promotores de saúde mental de modo a promover a capacidade dos adolescentes para aceder, compreender e utilizar eficazmente a informação sobre a saúde mental e as respetivas estratégias de promoção.

Políticas de saúde nacionais também têm destacado a emergência de reconhecer a promoção da saúde mental e da LSM dos adolescentes, como uma área de intervenção prioritária.

O projeto tem como objetivos centrais, aumentar a LSM dos adolescentes, elucidá-los para o impacto do consumo de substâncias psicoativas na sua saúde mental, promover a mudança de comportamentos, e promover a adoção de hábitos de vida saudáveis.

Neste estágio foi possível atuar ao nível da prevenção e promoção da saúde mental dos adolescentes, através da implementação de intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas.

Ao longo deste percurso, pretendeu-se desenvolver competências comuns e específicas do EEESMP, assim como competências de Mestre, tendo como base o processo de cuidados de Enfermagem, centrado nas necessidades dos adolescentes, com o objetivo de atingir resultados sensíveis à intervenção de Enfermagem e ganhos em saúde mental da população alvo.

No que respeita à estruturação do presente trabalho, num primeiro ponto será apresentado o enquadramento teórico, que será base de sustentação para a realização deste

relatório. Num segundo ponto, será apresentado o contexto onde foi realizado o estágio e a problemática a ser trabalhada.

Num terceiro ponto, será definido o “caminho a seguir”, assim como o seu planeamento. Num quarto ponto, será explanado o processo de avaliação diagnóstica realizada com os adolescentes trabalhados e a respetiva discussão de resultados.

Realizar-se-á à posterior uma reflexão crítica sobre as competências desenvolvidas durante o estágio e terminaremos com as considerações finais.

A elaboração do presente trabalho académico rege-se pela Norma *da American Psychological Association 7* e encontra-se redigido ao abrigo do novo acordo ortográfico.

## 1- Enquadramento Teórico

### 1.1- Literacia e literacia em saúde

A literacia pode ser definida como a capacidade dos indivíduos utilizarem competências de leitura, escrita e cálculo, ensinadas e apreendidas, aplicando-as no seu quotidiano, nas esferas sociais, profissionais e pessoais. Com isto, a literacia permite que os indivíduos tenham papel ativo nas suas esferas de vida, ou seja, que deem respostas aos desafios decorrentes do dia-a-dia. (Benavente, Rosa, Firmino & Ávila, 1996).

Nutbeam (2009), refere que a literacia é constituída por dois elementos: tarefas (*tasks*), em que o indivíduo consegue realizar tarefas chave, como escrever frases simples ou ler um texto básico, e competências (*skills*), centradas no nível de conhecimento e aptidões para realizar as suas tarefas.

Além disto, o mesmo autor distingue três níveis de literacia: funcional - competências para ler e escrever que permitem fazer as atividades do dia-a-dia; interativa - competências cognitivas e de literacia mais avançadas que, em conjunto com capacidades sociais, podem ser usadas para participar nas atividades do dia-a-dia, obter informação e significados a partir de diferentes formas de comunicação e aplicar essa informação; e crítica - competências cognitivas ainda mais avançadas que, junto com capacidades sociais, podem ser utilizadas para analisar de forma crítica e utilizar a informação.

Segundo este autor, o objetivo é o indivíduo ir assumindo um desempenho passivo na literacia funcional, ativo na literacia interativa, e proativo na literacia crítica.

Na década de 70, surgiu o termo '*Literacia em Saúde*', introduzido por Simonds, que apesar de não o ter definido, introduziu-o com o objetivo de alertar para a importância da educação para a saúde no âmbito escolar.

O estado de saúde é percecionado de forma diferente por cada indivíduo, e a sua caracterização não passa apenas pelo bem-estar físico, como também pela perceção, boa ou má, que a pessoa tem da sua saúde física, mental e social. (Direção Geral de Saúde, DGS 2019).

A American Medical Association, em 1999, definiu literacia em saúde como um conjunto de aptidões (capacidade para exercer tarefas básicas de leitura, escrita e numéricas) que são necessárias num ambiente de cuidados de saúde. Esta definição tem

como limitação a não inclusão de contextos comunitários e de trabalho, assim como a competência de comunicação verbal, interação social e ação (Baker, 2006).

A OMS (2013), definiu literacia em saúde:

“A Literacia em Saúde está ligada à literacia e implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a qualidade de vida durante o ciclo de vida”.  
European Health Literacy Consortium (OMS, 2013)

Tal implica que o indivíduo tenha adquirido um nível de conhecimento, habilidades pessoais e confiança, que lhe permita tomar medidas que melhorem a saúde pessoal e comunitária.

Com o empoderamento, o indivíduo fica mais apto a alterar o seu estilo de vida e assim melhorar o seu acesso às informações de saúde e à sua capacidade de as usar de forma eficaz.

Nutbeam (2000), defendeu também que a informação em saúde e as iniciativas educacionais em saúde são fundamentais para melhorar a literacia em saúde e, por isso, adaptou os três níveis de literacia para a literacia em saúde. Os três níveis e respetivos objetivos são: funcional – comunicação da informação; interativa – desenvolvimento de competências sociais; crítica – empoderamento pessoal e da comunidade.

Mancuso (2008), criou um modelo conceptual de literacia em saúde, em que a comunicação em saúde é um dos atributos definidos como intrínsecos à literacia em saúde. Esta comunicação não é apenas estabelecida entre o doente e o profissional de saúde, pois pode assumir várias formas, como a televisão ou a internet. Assim, as novas tecnologias assumem um papel importante na divulgação de informação, também na área da saúde.

Segundo Loureiro (2014), é possível afirmar que a literacia em saúde está intimamente ligada à literacia em geral, implicando assim um impacto direto no estado de saúde e na qualidade de vida do indivíduo, e um impacto indireto nos estilos de vida, na utilização dos serviços, e no acesso à informação, entre outros. Por sua vez, a literacia em saúde é afetada pelos determinantes de saúde e pelos tipos de intervenção utilizados na promoção da saúde.

O Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021, da DGS (2019), considera a literacia em saúde como uma oportunidade para promover a saúde ao longo do ciclo de

vida e pretende melhorar os níveis de Literacia em Saúde da população portuguesa em diferentes contextos.

A Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa estabeleceu um acordo com o Projeto Europeu à Literacia em Saúde (HLS-EU), para desenvolvimento do projeto em Portugal (HLS-EU-PT). O HLS-EU, teve como objetivo investigar, em 8 países europeus e através de metodologia extensiva, a literacia em saúde na Europa (apoiada na construção e aplicação de um questionário comum para recolha de informação) e o projeto Português utilizou a mesma metodologia com a finalidade de investigar a literacia em saúde em Portugal e compará-la com os países da Europa da HLS-EU.

Pedro, Amaral & Escoval (2016), realizaram esta pesquisa através de um estudo transversal, com resultados preocupantes para o país: cerca de 61% dos inquiridos apresentou nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado (média dos 9 países foi 49,2%); ao nível da literacia nos cuidados de saúde, dos 9 países, Portugal é onde se verificam os piores resultados, com apenas 44,2% com nível suficiente ou excelente de literacia em saúde; relativamente à literacia em saúde de prevenção da doença, apenas cerca de 45% dos inquiridos revela ter nível suficiente ou excelente (média dos 9 países é 54,5%); por último, na promoção da saúde, 60,2% apresentam um nível de literacia em saúde problemático ou inadequado (média dos 9 países é 52,1%).

O baixo nível de Literacia em Saúde da população portuguesa acarreta custos individuais e sociais e está associado a baixos níveis educacionais e de acesso a informação que provocam a diminuição da autonomia da pessoa (Espanha & Ávila, 2016).

## **1.2 - Literacia em Saúde Mental**

Em 1997 surgiu a definição da Literacia em Saúde Mental (LSM), como forma de se reforçar a importância da saúde mental que era negligenciada (Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers & Pollitt, 1997).

A saúde mental, de acordo com a OMS (2001, p.1) é definida como “um estado de bem-estar em que o indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de dar uma contribuição para a sua comunidade”.

Jorm (2000) definiu a LSM integrando os seguintes componentes: capacidade de reconhecer perturbações específicas ou diferentes tipos de sofrimento psicológico; conhecimentos e crenças sobre fatores de risco e suas causas; conhecimentos e crenças sobre intervenções de autoajuda; conhecimento e crenças sobre ajuda profissional disponível; atitudes que facilitam o reconhecimento e a procura de ajuda apropriada e conhecimentos sobre como procurar informação sobre saúde mental.

Pode-se assumir que os indivíduos que apresentam um nível alto de LSM conseguem identificar os primeiros sintomas, reconhecer a doença mental e recorrer aos recursos essenciais para o tratamento adequado, sendo assim possível intervir na fase inicial da doença. Uma pessoa com um nível alto de LSM tem conhecimento suficiente para não concordar com os estigmas e mitos da doença (Jung, Sternberg, Von, & Davis, 2016).

Em contrapartida, os indivíduos com um nível baixo de LSM não têm a capacidade de identificar e associar os sinais e os sintomas de uma doença mental, nem a capacidade de procurar informação sobre os serviços de apoio existentes (Loureiro *et al.*, 2012).

Jorm (2000), acrescenta ainda que a pessoa com um baixo nível LSM acaba por reparar nos sintomas da doença numa fase mais avançada e acaba por recorrer a recursos negativos como o consumo de substâncias (álcool e drogas) e fazer tratamento incorreto ou nem sequer recorrer a tratamento.

Em suma, as dimensões da LSM abrangem o conhecimento e compreensão da doença (sintomas, causas); do tratamento farmacológico; do tratamento não farmacológico (como hábitos de vida saudáveis, e.g.); da manutenção do acompanhamento por parte de profissionais de saúde; do tipo de apoio social que existe (instituições, e.g.); de competências sociais e de comunicação; de como lidar com uma pessoa com doença mental; de autonomia e confiança (Galustyan, 2019).

### 1.2.1 - Estratégias promotoras de Literacia em Saúde Mental

A promoção da saúde centra-se na procura da equidade, reduzir as desigualdades existentes e assegurar a igualdade de oportunidades e recursos das populações, aos vários níveis de saúde. Para atingir este objetivo, é necessária a implantação da promoção num

meio favorável, acesso à informação, estilos de vida e oportunidades que permitam a escolha de opções saudáveis (OMS,1986).

Segundo a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (OMS, 1986, p.1),

“A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade das pessoas e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida.”

A Saúde é um recurso para as pessoas e sociedade, é uma responsabilidade de todos, pelo que é importante realizar esforços e potenciar a promoção da literacia em saúde, de forma a capacitar e ativar a população favorecendo a saúde, o bem-estar e a redução de desigualdades em saúde (DGS, 2019).

Segundo a OMS (1998), a promoção da saúde mental trata-se do processo que as pessoas, as famílias e a sociedade desenvolvem, para apoiar tudo o que é positivo do ponto de vista emocional e cognitivo.

Office of the Surgeon General (2006), defende que o sistema de saúde tem uma função fundamental no desenvolvimento das competências do indivíduo e comunidade, no sentido da promoção do seu nível de literacia em saúde. Na verdade, esta influência do sistema de saúde na pessoa, pode ser avaliada pelos serviços que proporciona, pela forma como os profissionais de saúde interagem com as pessoas, pela facilidade com que estas navegam dentro do próprio sistema e ainda, pelas estruturas de apoio que têm disponíveis para ajudar as pessoas, na procura de informação e de respostas que elas necessitam.

O sistema de saúde precisa ser mais proactivo em dar resposta às necessidades de literacia em saúde, no que diz respeito à utilização dos serviços de saúde, direcionando mais as intervenções para o suprir das necessidades dos cidadãos.

Os aspetos preponderantes da promoção da LSM foram definidos pela *The Canadian Public Health Association* como o conjunto de habilidades e capacidades cognitivas e sociais que apoiam a promoção da saúde mental. Nesta publicação, também surgiram estratégias para lidar com a LSM (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008; Kutcher, Wei & Morgan, 2015).

É importante que a LSM seja específica ao contexto, adequada ao desenvolvimento (adaptada ao ciclo vital de cada indivíduo) e integrada nas estruturas

sociais e organizacionais existentes, como escolas e organizações comunitárias (Kutcher & Wei, 2014; McLuckie, Kutcher, Wei & Weaver, 2014; Kutcher, et al., 2015). Deste modo, pode ser importante realizar eventos destinados a aumentar a consciencialização sobre saúde mental e sessões de psicoeducação sobre saúde mental, com programas sustentados e incorporados à comunidade (Kutcher, et al., 2014, 2015).

No que concerne aos programas em LSM, a investigação atual começa a relevar a importância do incremento das novas tecnologias, com recurso à internet, como fonte de informação e de promoção. As plataformas informáticas contribuem de forma significativa para a mudança de opinião sobre as questões ligadas à saúde mental e para a procura de ajuda.

As e-mental health são um meio promissor e acessível para manter a saúde mental, demonstrando eficácia social e económica (Beentjes, Gaal, Goossens & Schoonhoven, 2016). No entanto, as intervenções com recurso à internet, não podem substituir os benefícios do tratamento/relação presencial com o profissional (Fasciano, Souza, Braun & Trevino, 2015; Shalini & Adair, 2014).

A prevenção e promoção da saúde mental são essenciais ao indivíduo. A OMS tem manifestado mais essa preocupação a partir do congresso de Genebra de 2001: WHO Meeting on Evidence for Prevention and Promotion in Mental Health: Conceptual and Measurements Issues.

Portugal reforçou algumas dessas orientações conforme se constata no PNSM (2007-2016) e no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013-2017). As políticas de saúde mental de um país são determinantes para obtenção da melhoria dos indicadores quanto à promoção.

Muito há ainda a fazer na área da LSM com o objetivo de aumentar o conhecimento, eliminar o estigma, aumentar a eficácia da resposta à população, bem como o apoio ao doente mental e seus cuidadores informais.

### **1.3 - Doença mental e o impacto no indivíduo e na família**

A doença mental ocorre quando existe um desequilíbrio, caracterizado por recorrentes alterações de pensamentos, emoções, comportamentos e constante sofrimento, que tendem a agravar (Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (SPPSM, 2016)).

A doença mental é então uma barreira entre o ser humano e o meio ambiente, dificultando o seu contacto e provocando mudanças na sua vida que podem ser prejudiciais e graves para o próprio, afetando a sua funcionalidade e produtividade, comprometendo a sua autonomia nas tarefas básicas do dia-a-dia e na participação na sociedade de forma saudável (Ribeiro, 2015).

Existem diferentes tipos de doenças mentais, podendo ser englobadas em dois grandes grupos - comuns e graves, sendo que as graves têm maior impacto na vida do doente, comprometendo de forma significativa a sua autonomia (SPPSM, 2016).

Segundo o PNSM (2017), as doenças mentais representam atualmente uma das principais causas de incapacidade das pessoas e da morbilidade da sociedade.

Para além dos impactos claros supracitados que a doença mental provoca no doente, o estigma que hoje em dia ainda existe nas sociedades face ao mesmo, é grandemente provocado pela falta de informação.

Desde a desinstitucionalização psiquiátrica, a família passou a ser o cuidador de referência do doente mental grave.

Esta mudança de paradigma promoveu o envolvimento da família, e o aumento progressivo do número de pessoas com doença mental grave que se mantém no seio familiar. Por sua vez, a família recorre aos serviços de saúde, maioritariamente em circunstâncias de descompensação aguda, da doença do seu familiar (Martins, 2012).

A presença de uma doença mental grave num elemento da família, aumenta os níveis de stress, ansiedade, medo, vergonha (entre outros), o que leva a um crescente desgaste psíquico da família. (Pinho, 2020)

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), a Enfermagem enquanto profissão da área de saúde, cujo objetivo é prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano ao longo do ciclo vital, possui como foco de atenção da sua atuação, não só a pessoa que se encontra sã ou doente, mas também a sua família (Ordem dos Enfermeiros, OE 2015c).

A intervenção familiar é de extrema importância para a diminuição da sobrecarga, aumento da LSM, promoção da saúde mental da família e reabilitação da pessoa com doença mental grave.

A psicoeducação familiar tem demonstrado eficácia na redução da sobrecarga dos cuidadores, tendo como principais objetivos, dar a conhecer o processo de doença, mudar comportamentos e aumentar o suporte social. (Pinho, 2020).

Segundo Pinho & Pereira (2015) as intervenções de psicoeducação familiar têm-se revelado muito eficazes na prevenção de recaídas e reinternamentos, contribuindo para a recuperação, preservação da saúde mental dos membros da família e conseqüentemente, da sua qualidade de vida.

#### **1.4 – Adolescência e Saúde Mental**

Adolescência deriva do latim “adolescere” que significa “crescer”. Esta é uma etapa de crescimento e transições em quase todos os aspetos da vida física, mental, social e emocional do adolescente (Resende, Santos, Santos & Ferrão, 2013).

A adolescência é um período de desenvolvimento e de maturação entre a infância e a idade adulta, caracterizada por importantes mudanças fisiológicas e psicossociais. Tem como início as alterações hormonais despoletadas pela puberdade, com diversas mudanças corporais que implicam aceitação de uma nova imagem corporal. (Saraiva & Cerejeira, 2014).

A adolescência geralmente é dividida em três fases: a inicial, que se estende dos 12 aos 14 anos; a média, dos 14 aos 16 anos e a final, dos 17 aos 20 anos (Sampaio & Guerreiro, 2014).

A fase inicial, corresponde ao período em que as transformações físicas e comportamentais são mais visíveis. Pode acontecer um período de introversão e recolhimento, em que a família sente o jovem afastado do convívio familiar e pode também haver sinais de procura de autonomia, com algumas alterações do comportamento.

Na fase média, desenvolve-se o pensamento abstrato e mantem-se os esforços da conquista da autonomia, é uma etapa em que a relação com os pares se fortifica e se busca um sentido de pertença social. Os comportamentos de risco podem intensificar-se, tais como o consumo de tabaco, álcool, drogas e sexo não protegido.

A fase final da adolescência, caracteriza-se pela definição de objetivos académicos e sociais; a autonomia e a identidade encontram-se quase conquistadas o que reduz os conflitos com os pais e professores. Nesta fase, a maioria dos jovens já definiu a orientação sexual e iniciou uma vida sexual ativa (Sampaio, Sequeira & Canut, 2014).

A adolescência é uma fase de transição, caracteriza-se pela construção de autonomia em relação à família e construção da identidade, o que vai permitir a entrada na idade adulta. (Sampaio et al, 2014).

Chick e Meleis definem transição como “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou de um lugar para outro” (1986, p.239). Meleis e Trangenstein (1994, p.256), acrescentam que esta refere-se “tanto ao processo como ao resultado de um complexo de interações entre a pessoa e o ambiente”, traduzindo uma potencial mudança no estado de saúde, no papel das relações humanas, e nas expectativas ou competências, o que significa uma mudança nas necessidades de todos os sistemas da pessoa.

Os mesmos autores (1994, p.257), enfocam o papel da Enfermagem, como a arte e a ciência de “facilitar as transições”, em direção à saúde e no sentido de “aumentar a sensação de bem-estar”. O cuidado de Enfermagem neste quadro de referência, é considerado como “um processo que facilita transições bem sucedidas”, ao nível dos indicadores de bem-estar emocional, nas relações interpessoais e no controlo que contribui para aumentar as possibilidades de ajuda ao indivíduo, não focando apenas a cura (Zagonel, 1999).

A transição exige que a pessoa se envolva no processo de resolver o acontecimento e integre um novo conhecimento, de modo a alterar o seu comportamento e as definições de si própria no contexto social.

Schumacher e Meleis (1994) identificaram quatro tipos de transições relevantes para a Enfermagem: desenvolvimentais, situacionais, saúde-doença e organizacionais.

As transições desenvolvimentais compreendem processos de maturação desde o nascimento até à morte; a situacional consiste em eventos que desencadeiam alterações e levam a pessoa a enfrentar e a adaptar-se à nova situação que desencadeou a mudança; a transição de saúde-doença inclui as mudanças biopsicossociais e espirituais que influenciam a adaptação do indivíduo ao ambiente. A quarta transição, a organizacional, está relacionada com o contexto social, político, económico e ainda com as mudanças na estrutura e na dinâmica da organização.

Duas significativas transições desenvolvimentais podem estar associadas com problemas de saúde (psíquicos ou físicos), que é o caso da transição da infância para a adolescência (com problemas associados de consumo de substâncias, gravidez e infeções sexualmente transmissíveis, entre outros), e o caso da transição da idade adulta para a terceira idade (problemas relacionados com o envelhecimento e a identidade, aposentação e doenças crónicas) (Meleis, 2007).

Em qualquer uma destas transições, a pessoa necessita mobilizar as suas forças internas e externas para enfrentar, superar e adaptar-se às mudanças que se instalam

(Meleis, 2007; Zagonel, 1999). Durante as transições há perda de ligações, suportes sociais, objetivos significativos e até mudanças dos objetivos da família (Meleis, 2007).

Nestas transições o apoio da Enfermagem é fundamental, podendo antecipar, avaliar, diagnosticar e ajudar a pessoa a enfrentá-las.

O adolescente encontra-se numa fase de transição desenvolvimental, a adolescência, em que se vê palco de transformações físicas e se lhe impõe a construção da identidade, entre muitos outros desafios. Esta fase da vida, mesmo ocorrendo em circunstâncias normais, é considerada por si só, um momento de crise (Neto, 2007; Maas e Zagonel, 2005)

Durante a adolescência é difícil diferenciar um comportamento evolutivo adaptativo e um comportamento patológico. Para A. Freud (1986) cit in Monteiro (2014), a adolescência é caracterizada por um comportamento tempestuoso e imprevisível, a manutenção de um equilíbrio estável durante este período, é anormal.

A adolescência é um momento único, durante o qual a maioria dos adolescentes tem boa saúde mental (OMS, 2018), contudo pode também envolver uma profunda desestruturação, marcada por desequilíbrios e instabilidade, que podem tornar os adolescentes vulneráveis a problemas de saúde mental (Rosa, 2018).

Neste período, é comum ocorrerem oscilações no estado emocional, envolvendo sentimentos de tristeza, revolta e depressão, podendo o adolescente procurar o consumo de substâncias psicoativas, como forma de “mascarar” situações de conflito, internas ou sociais (Tavares et al, 2017).

A necessidade de se sentir aceite pelos pares e de definir a sua identidade, podem também ser fatores determinantes da experimentação (Ribeiro, Wiesl, Silva & Saldanha, 2017), e quanto mais precoce é a fase de experimentação, maior o risco de abuso e dependência na idade adulta (Wandekoken, Vicente & Siqueira, 2011).

Em todo o mundo, estima-se que 10 a 20% dos adolescentes vivenciem problemas de saúde mental (Loureiro, Jorm, Mendes, Santos, Ferreira & Pedreiro, 2013; OMS, 2018) e destes, é espectável que cerca de metade venha a desenvolver uma perturbação com reflexo na idade adulta, com implicações na qualidade de vida e no aumento do consumo de cuidados de saúde.

A adolescência, como um período de transição evolutiva entre a infância e a idade social adulta, potencia o aparecimento de sintomas de ansiedade e depressão. A presença de sintomas psicossomáticos, de preocupações e de comportamentos de autolesão, também aumenta nesta faixa etária. (Gaspar et al, 2019)

De acordo com a OMS (2018), os problemas de saúde mental na adolescência continuam a ser subdiagnosticados e subtratados, o que parece dever-se a uma baixa LSM ou ao estigma que impede os adolescentes de procurar ajuda.

Os adolescentes são um público-alvo prioritário para a promoção da saúde mental e para a redução do estigma associado a problemas de saúde mental. É fundamental que as intervenções ao nível desta faixa etária, optem por estratégias na linha da prevenção e promoção do bem-estar e da saúde mental, como complemento às abordagens terapêuticas.

Em contexto nacional, existem poucas intervenções sistematizadas na área da promoção de conhecimentos sobre saúde mental e redução do estigma, associado às perturbações mentais nos adolescentes.

Vários autores têm procurado estudar a LSM nos adolescentes (Morgado, Loureiro & Rebelo Botelho, 2020; Rosa, 2018; Loureiro, 2014; Xavier et al, 2013; Oliveira, Carolino, & Paiva, 2012; Silva, 2012). Nos resultados das suas pesquisas, referem existir uma baixa LSM nesta população e defendem que as intervenções de promoção da LSM são essenciais para o desenvolvimento de competências de identificação e reconhecimento de fatores de risco, sinais de alarme relacionados com determinadas perturbações mentais, desenvolvimento de competências pessoais e sociais, aumento de resiliência e a promoção de autoestima e autonomia.

Políticas de saúde nacionais também têm destacado a emergência de reconhecer a promoção da saúde mental e da LSM dos adolescentes em contexto escolar, como uma área de intervenção prioritária. Se por um lado a adolescência representa uma fase da vida crítica para a saúde mental, por outro lado, pelas características desenvolvimentais, representa uma oportunidade para a implementação de intervenções psicoeducacionais de promoção da LSM.

O Programa Nacional de Saúde Escolar 2015 (DGS, 2015) apresenta a promoção da LSM como um objetivo geral e a ansiedade como uma área de intervenção na adolescência, reforçando a necessidade de desenvolver projetos de promoção da LSM, nos quais os enfermeiros poderão dar um contributo importante. (Morgado et al, 2020)

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) (Regulamento n.º 515/2018), os enfermeiros especialistas assistem a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental e, coordenam, implementam e desenvolvem projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental, na

comunidade e grupos, mobilizando competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.

O Health Behaviour in School-aged Children (HBSC/OMS) (Inchley et al, 2016; Matos et al, 2015, 2018) é um inquérito realizado de 4 em 4 anos em 48 países, em colaboração com a OMS, e pretende estudar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas. O último inquérito realizado em Portugal, foi no ano de 2018.

De acordo com o HBSC/OMS 2018, no campo da saúde mental e bem-estar, verificaram-se diferenças de género. As raparigas apresentaram um risco maior do que os rapazes em termos de sintomas internalizantes, como ansiedade e depressão, e os rapazes um maior risco em sintomas externalizantes, como uso de substâncias ou comportamento agressivo (Gaspar et al, 2019).

Os adolescentes dos diferentes anos de escolaridade revelaram diferenças em relação à perceção de qualidade de vida e fatores associados à saúde mental. De um modo geral, são os adolescentes mais novos (8º ano) que apresentam valores mais positivos quando comparados com os adolescentes mais velhos (10º e 12º anos de escolaridade) (Gaspar et al, 2019)

Os resultados levantam a necessidade da promoção de competências pessoais e sociais, a promoção de uma rede de apoio social, incluindo a família, os colegas e os professores, bem como a promoção do envolvimento e exercício da cidadania ativa.

Segundo o mesmo autor, após análise dos resultados do inquérito HBSC/OMS de 2018, os principais focos de necessidades de intervenção junto dos adolescentes portugueses, a nível da promoção da Saúde Mental, são: a autorregulação das emoções, a resolução de problemas, a gestão de conflitos, o treino de assertividade, a promoção da autoconfiança que previna sintomas físicos e psicológicos, a prevenção de comportamentos de risco para a saúde e a coesão social.

#### **1.4.1 – Comportamentos de Risco na Adolescência**

Como já anteriormente referimos, a adolescência é um período de transição entre a infância e a idade adulta, onde acontecem várias mudanças a nível físico, psicológico, social e cognitivo (Mesquita et al., 2011). O adolescente, devido a todas estas mudanças, encontra-se mais vulnerável à influência dos pares, reorganização familiar e aos

fenómenos sociais e económicos, aumentando o risco de desenvolver comportamentos desadaptativos.

As transformações experienciadas nesta fase geram comportamentos que contribuem (ou não) para um desenvolvimento saudável (Agostini, Lyra & Tosi, 2014).

Barcelata (2015), afirma que o risco é um conjunto de variáveis pessoais e ambientais que antecede o comportamento desadaptativo. São considerados fatores de risco o nível socioeconómico, eventos stressantes, situações adversas como doenças, separações, violência, desastres naturais, entre outros.

No entanto, existem também fatores pessoais que constituem um risco para o adolescente como a imaturidade cerebral, déficit no autocontrolo e na resolução de problemas, o egocentrismo e a busca do prazer que o leva a comportamentos extremos.

Comportamentos de risco são aqueles que têm consequências prejudiciais para quem os realiza e para aqueles ao seu redor, tendo repercussões na saúde física e mental (Orcasita, Mosquera & Carrillo, 2018).

O consumo de álcool, tabaco e substâncias psicoativas, comportamentos sexuais que contribuem para gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis, comportamentos alimentares pouco saudáveis e inatividade física, são comportamentos considerados de risco, por estarem significativamente associados às principais causas de morte, invalidez e problemas sociais entre adolescentes (Brener et al, 2004; Guedes & Lopes, 2010).

Os adolescentes adotam comportamentos de risco na procura de desafios e novas experiências, os quais podem favorecer o desenvolvimento psicossocial, uma vez que cimentam as relações entre os pares e contribuem para o desenvolvimento da autonomia. Por outro lado, a adoção contínua desses comportamentos pode provocar consequências a curto, médio e longo prazo que comprometem a saúde e bem-estar.

#### **1.4.2 – Promoção da LSM nos Adolescentes**

O Mental Health Action Plan 2013-2020 (OMS, 2013), com extensão a 2030, salienta que os governos têm um papel importante na promoção e proteção da saúde mental e na prevenção das perturbações mentais nos estádios iniciais da vida, uma vez que até cerca de 50% das perturbações mentais em adultos, têm o seu início antes dos 14 anos.

O conceito de LSM foi desenvolvido para adultos, no entanto tem sido alargado aos adolescentes, uma vez que esta é uma fase da vida significativa para o início das perturbações mentais e os adolescentes podem não ter o conhecimento ou a experiência, para lidar eficazmente com os seus problemas de saúde mental ou com os problemas de saúde mental dos seus pares (Jorm, 2012).

A baixa LSM tem sido apontada como a principal lacuna no reconhecimento precoce da perturbação mental e nos comportamentos de procura de ajuda (Rosa, 2018).

Aumentar a LSM dos adolescentes pode produzir um impacto positivo na redução do estigma, potenciar comportamentos promotores de saúde mental e promover a capacidade dos adolescentes para aceder, compreender e utilizar eficazmente a informação sobre a saúde mental e as respetivas estratégias de promoção.

Para além disso, facilita a procura da primeira ajuda profissional, aumenta a capacidade de ajudar os pares com problemas de saúde mental e a identificação dos recursos disponíveis ao nível da comunidade (Morgado et al, 2020), contribuindo assim, para que o número de adolescentes com perturbação mental a receber tratamento no futuro, possa aumentar significativamente.

A psicoeducação é um dos caminhos para empoderar o adolescente sobre os riscos e consequências dos seus comportamentos, e desta forma, orientá-lo em busca de tratamento e mudança de hábitos de vida. Ao capacitar o adolescente para a gestão da sua saúde mental, estaremos, por conseguinte, a promover o seu autocuidado e assim obter ganhos em saúde.

Segundo Ekhtiari et al. (2017), a psicoeducação é definida como uma intervenção com transferência de conhecimento, sistemática, estruturada e didática, sobre uma doença e seu tratamento, integrando aspetos emocionais e motivacionais, para capacitar a pessoa a enfrentar a doença e a melhorar a adesão à terapêutica e à eficácia do tratamento. Permite ainda promover a reflexão do indivíduo sobre as consequências de um comportamento na (re) construção de crenças, valores, sentimentos, e como estes se repercutem na sua vida e na dos outros, contribuindo para que a pessoa possa enfrentar possíveis estigmas e preconceitos, favorecendo assim a promoção de hábitos saudáveis (Nogueira, Crisostomo, Souza & Prado, 2017). Este tipo de tratamento não farmacológico caracteriza-se por ser limitado no tempo, estruturado, diretivo, focado no presente e na busca de resolução de problemas.

Segundo a OE a psicoeducação é uma intervenção de Enfermagem abrangida pelo regulamento das competências específicas do EEESMP (Regulamento nº 129/2011) e

visa o aumento da literacia em saúde mental, capacitando o formando (doente, família, cuidador, comunidade) para comportamentos promotores de saúde.

A psicoeducação em saúde mental é parte integrante do regime terapêutico, capacitando as pessoas para a compreensão da patologia e o consequente desenvolvimento de estratégias para lidar com ela (Sousa et al, 2020).

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESMP (Regulamento n.º 356/15, 2015), a psicoeducação é uma forma específica de educação que promove a compreensão e o insight sobre os problemas e/ou perturbações de saúde mental, bem como a aprendizagem e o treino de estratégias de gestão e/ou resolução dos mesmos.

Promove também a capacidade de reconhecer os diferentes aspetos relacionados com a saúde mental, sabendo como procurar informação acerca da mesma, desenvolve o conhecimento sobre os fatores de risco e causas, os tratamentos, os profissionais disponíveis, e as atitudes que promovem o reconhecimento e adequada busca de ajuda (Regulamento n.º 356/15, 2015).

A psicoeducação também facilita o desenvolvimento de competências pessoais, que têm demonstrado promover a saúde mental e têm ajudado as pessoas a exercer mais controlo sobre sua vida e sobre o ambiente em que vivem (Regulamento n.º 356/15, 2015).

Desta forma, para potenciar uma participação mais ativa dos adolescentes nos comportamentos de saúde, os enfermeiros devem desenvolver e implementar intervenções psicoeducativas, incidindo sobre os diversos componentes da LSM em contextos educativos e escolares, e assim, empoderar os adolescentes para a tomada de decisão e adoção de comportamentos de saúde saudáveis (Rosa, 2018).

## **1.5 – O Processo de Enfermagem**

O processo de Enfermagem é a base científica que dá sustentação às ações de Enfermagem, sendo uma forma ordenada e sistemática do agir do enfermeiro para identificar e resolver problemas levantados junto dos utentes.

A sua implementação tem como vantagens: facilitar a documentação de dados, subsidiar o levantamento de problemas e a elaboração das intervenções de Enfermagem de forma sistemática, elaborar uma linguagem comum de Enfermagem que facilite a

comunicação com a restante equipa e desenvolver meios de avaliação da assistência prestada (Aquino, 2004).

O processo de Enfermagem encontra-se dividido em cinco passos essenciais – avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação final (Carpenito – Moyet, 2007 cit in Sequeira, 2020). Estes passos, permitem um método sistemático, rigoroso e eficiente de organização dos processos de pensamento para a tomada de decisão clínica, centrada na resolução de problemas e na prestação de cuidados de Enfermagem individualizados (Doenges & Moorhouse, 2010 cit in Sequeira 2020).

A Ordem dos Enfermeiros (2012), preconiza que a tomada de decisão para a identificação diagnóstica é de grande importância, pois uma correta identificação das necessidades de cuidados, irá resultar numa prescrição das intervenções adequadas para detetar precocemente potenciais problemas ou resolver os problemas atuais.

Através da recolha, análise e interpretação dos dados, o enfermeiro emite um juízo crítico acerca da condição de saúde e, desta forma, formula um diagnóstico de Enfermagem (Herdman e Kamitsuru, 2015 cit in Sequeira 2020).

Segundo o International Council of Nurses (ICN 2011, p.16) o diagnóstico de Enfermagem é um “rótulo atribuído por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de Enfermagem”, enquanto a intervenção de Enfermagem é definida como uma “ação tomada em resposta a um diagnóstico de Enfermagem, de modo a produzir um resultado de Enfermagem”.

### 1.5.1- Teoria das Relações Interpessoais e o Processo de Enfermagem

De acordo com Hildegard Peplau o objetivo da assistência de Enfermagem é ajudar os indivíduos e a comunidade a produzir mudanças que influenciem de forma positiva as suas vidas (O'Toole & Weltl, 1996).

Para atingir esse objetivo, Peplau defende que devem ser definidas metas a atingir pelo enfermeiro e pelo doente. Reconhece o papel da família, da sociedade, da cultura e do ambiente nas mudanças, reconhecendo também que um dos papéis que o enfermeiro pode desenvolver é a ponte entre os cuidados de saúde hospitalares e a comunidade (Riehl & Roy, 1980).

Na sua teoria, Peplau opta por descrever o processo de relação interpessoal da Enfermagem em quatro fases: *orientação*, *identificação*, *exploração* e *resolução*, sendo que estas etapas estão interligadas.

Na fase de orientação, o doente apresenta uma necessidade e solicita ajuda profissional. O enfermeiro identifica as necessidades do doente e diante das necessidades identificadas, em colaboração com outros elementos da equipa de saúde, orienta o doente acerca do problema e das suas implicações (Peplau, 1990).

Na etapa de identificação os esforços do enfermeiro devem direcionar-se para o auxílio do doente na consecução de uma aprendizagem construtiva, a qual ocorre quando ele se centra nos elementos essenciais da situação, consoante os seus próprios esforços (Peplau, 1990).

A terceira fase do processo, refere-se à exploração máxima da relação enfermeiro/doente, para a obtenção dos melhores benefícios possíveis. O doente faz pleno uso dos serviços que lhe são oferecidos, podendo eventualmente experienciar conflitos entre o seu estado de dependência e independência.

A última fase, denominada de "resolução", é caracterizada mais como um fenómeno psicológico em que o doente abandona os laços adquiridos e prepara-se para retornar a casa. O ideal seria que essa fase coincidissem com a resolução do seu problema clínico, o que em muitos casos não acontece, pois o doente mesmo recuperado não apresenta o desejo real de concluir o processo patológico (Peplau, 1990).

O doente consegue atingir êxito nessa etapa quando as etapas anteriores foram amplamente satisfeitas e ocorreu um encadeamento adequado entre elas.

Segundo Hildegard Peplau, a Enfermagem é vista, sobretudo, como uma forma de interagir com o doente por meio desta relação, fazendo do adoecer uma oportunidade para o crescimento e o amadurecimento pessoal de ambos (Pinheiro, 2003; Ataíde, Pagliuca & Damasceno, 2002).

A autora enfoca as fases de orientação, identificação, exploração e resolução, na qual o enfermeiro desenvolve diferentes papéis para auxiliar o doente no desenvolvimento de suas necessidades, até que este esteja pronto a assumir uma atuação de forma autónoma.

#### 1.5.2– Modelo de Avaliação Diagnóstica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

O “Processo de avaliação diagnóstica”, consiste na avaliação/reavaliação da situação do doente/família. Esta avaliação/reavaliação é realizada pelos enfermeiros na

conjugação variável da tripla perspetiva: vivencial, de ajuda e biomédica. É feita ainda de modo contínuo, sistemático, dinâmico e integrado nos cuidados (Lopes, 2006).

A natureza da avaliação diagnóstica efetuada pelo enfermeiro depende essencialmente das suas conceções de Enfermagem, Pessoa, Saúde e Ambiente.

Quando cuidamos da Pessoa temos que ter em conta o seu processo de inserção e interação consigo própria e com o seu contexto familiar e comunitário, destacando os elementos a considerar na avaliação diagnóstica, nomeadamente a situação de saúde-doença, as funções e as atividades (Lopes, 2018).

Todos os elementos que integram este processo inter-influenciam-se mutuamente de tal modo que, o que quer que ocorra num dos elementos interfere com todos os outros.

Nesta interação dinâmica, devemos prestar particular atenção ao processo de saúde-doença vivido pela pessoa. Para além do diagnóstico médico, é imprescindível conhecer a narrativa da pessoa (Lopes, 2018), e é com base nesta narrativa, que levantamos os focos a trabalhar e conseguimos compreender o problema que ela nos apresenta.

O passo seguinte é compreender o modo como o processo saúde-doença e a sua narrativa, interagem com as funções e atividades e perceber o impacto de todo o processo no contexto familiar e comunitário. Segundo o mesmo autor, para que isso aconteça, o enfermeiro terá que realizar uma avaliação diagnóstica inicial, recorrendo à entrevista clínica. Com base na narrativa colhida na entrevista, o enfermeiro irá elaborar um plano de intervenção, fazendo uso de todos os instrumentos de avaliação que considere adequados e lhe permitam compreender melhor a sua situação.

O processo de avaliação diagnóstica é contínuo, e para tal, o enfermeiro fará uma reavaliação sistemática no seu dia-a-dia durante a prestação de cuidados.

A última fase do processo de avaliação diagnóstica é o levantamento de diagnósticos de Enfermagem recorrendo às taxonomias existentes (e.g., CIPE, NANDA). Os diagnósticos levantados, para além de informarem sobre a situação de saúde do indivíduo, devem identificar claramente as principais áreas problemáticas sobre as quais é possível intervir.

O recurso a indicadores de resultados é extremamente importante, para uma posterior avaliação da eficácia dos cuidados prestados (Lopes, 2018).

## 2- Identificação e caracterização do contexto

O estágio decorreu numa instituição de saúde, vocacionada para a área dos comportamentos aditivos e dependências, localizada numa cidade do Alentejo.

O acesso à instituição é realizado essencialmente através da referenciação de centros de saúde, hospitais, tribunais e comissões de proteção de crianças e jovens.

Para além deste percurso, o utente pode também, a título individual, dirigir-se à instituição e pedir apoio; do mesmo modo, os tutores legais de adolescentes até aos 18 anos de idade, podem, através de inscrição, fazer a referenciação do seu tutorando e pedir ajuda.

A instituição é constituída por uma equipa de prevenção e intervenção comunitária e por uma equipa de tratamento e reinserção, formada por médicos, psicólogos, enfermeiros e administrativos, atuando ao nível da prevenção, dissuasão, tratamento e reinserção em todas as faixas etárias desde a adolescência.

Dispõe de um programa de tratamento com substitutos opiáceos – buprenorfina e cloridrato de metadona, rastreios rápidos para o VIH, hepatite, consulta de cessação tabágica e consulta de acompanhamento do adolescente, descentralizada da sede, num organismo público vocacionado para os jovens.

Este tipo de programas assume um papel preponderante nos consumidores de substâncias psicoativas e suas famílias, que se vêm envolvidos numa problemática com grande impacto nos próprios, no seio familiar e na sociedade em que estão inseridos, com consequente aumento de vulnerabilidade e fragilidade pessoais.

Desta forma e segundo Cruz, Portela & João cit in Sequeira & Sampaio (2020), a necessidade de cuidados diferenciados e especializados em Enfermagem de Saúde Mental tornam-se uma premissa fulcral, tornando a sua atuação mais eficiente junto deste tipo de utentes, permitindo assim diferenciar os diversos estados emocionais, percecionais e de compreensão que estes utentes vivenciam.

### 2.1 - Consulta de Adolescentes

Para o desenvolvimento de competências clínicas e implementação do projeto de estágio, escolheu-se a consulta de adolescentes, em funcionamento na instituição, a qual é assegurada por uma equipa técnica constituída por um psicólogo clínico e dois

enfermeiros, sendo um deles EEESMP e outro especialista em Saúde Pública e Comunitária, existe também apoio médico e social caso seja necessário.

Esta consulta é descentralizada da sede e localiza-se no centro da cidade, inserida num organismo público vocacionado para jovens, com o objetivo de proporcionar um espaço de atendimento a adolescentes, mais apelativo e de fácil acesso. No passado, aquando da sua criação, as consultas decorriam na sede, mas devido ao estigma associado à área das dependências e ao fato de a sede ser num bairro periférico da cidade, a afluência era baixa, razão pela qual foi necessário repensar a sua localização.

Para aceder às consultas é necessário a marcação prévia, a qual pode ser efetuada pelo próprio adolescente, pelos tutores ou por instituições/organismos legalmente competentes.

A população alvo desta consulta é a seguinte:

- Adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos com consumos de substâncias psicoativas ou outros comportamentos de risco;
- Jovens institucionalizados e em risco;
- Jovens sinalizados por entidades de saúde e judiciais;
- Filhos de utentes (aditos ao álcool e/ou drogas) que frequentam a instituição.

Nesta consulta os enfermeiros realizam entrevistas de avaliação diagnóstica ao jovem, entrevistas de acompanhamento clínico, realização de técnicas de relaxamento e de reestruturação cognitiva, bem como psicoeducação sobre os comportamentos de risco (sexual, consumo de drogas, entre outros). Para além disso, nos adolescentes com consumos de substâncias psicoativas, fazem a despistagem de consumos através de testes à urina e o respetivo registo para conhecimento dos tutores/ instituições.

O EEESMP preconiza um atendimento integrado e holístico, de forma a compreender a experiência de vida dos adolescentes, com o objetivo de os ajudar a desenvolver capacidades para que eles possam viver o seu quotidiano de forma saudável, nos diferentes meios em que estão inseridos. Um dos recursos primordiais para o exercício da Enfermagem Psiquiátrica é a promoção e manutenção do ambiente terapêutico, considerando que as pessoas, o local, a estrutura física e o clima emocional são relevantes para o tratamento (Mancilha et al., 2011).

As características de uma estrutura física adequada, contemplam um ambiente limpo, arejado, que transmita tranquilidade e segurança e que garanta a privacidade dos utentes (Mancilha et al., 2011).

O espaço físico onde se desenrola a consulta de adolescentes, oferece um ambiente seguro, instalações físicas confortáveis, que promovem a privacidade e tranquilidade dos utentes.

Neste espaço existem dois gabinetes, onde funcionam a consulta do Psicólogo e a consulta do Enfermeiro. No gabinete do Enfermeiro há uma janela com luz natural e vista para um pátio interno, as paredes são pintadas de cores coloridas com cartazes e panfletos alusivos a campanhas de sensibilização e projetos da instituição (voluntariado, consulta de planeamento familiar, tabagismo, relações sem violência, sexo seguro, entre outras).

Considera-se que este contexto foi favorável ao desenvolvimento de competências de avaliação diagnóstica, intervenção terapêutica e psicoeducacional com os adolescentes.

## 2.2 - A Escolha do Caminho: Os Adolescentes

A população alvo escolhida, para a implementação do projeto de estágio e o consequente desenvolvimento de competências, foram adolescentes com consumo de substâncias psicoativas.

Escolheu-se trabalhar com esta população específica, para adquirir competências psicoeducativas e psicoterapêuticas de EEESMP com um grupo etário que não nos é habitual trabalhar no contexto da prática profissional, por forma também a sair da nossa “zona de conforto”.

A escolha de adolescentes com consumo de substâncias psicoativas foi intencional, pois é observado em contexto clínico um aumento gradual de jovens com psicoses tóxicas devido a consumos de substâncias, aumentando a comorbilidade para o desenvolvimento de esquizofrenia e outras patologias do foro psiquiátrico.

Muitos destes jovens recorrem frequentemente aos cuidados diferenciados de saúde mental, com internamentos regulares devido a recaídas, despoletadas pelos consumos de substâncias psicoativas. Na maioria deles a LSM e o insight sobre os riscos dos consumos de substâncias é muito baixo, sendo que a maior parte destes jovens tem tratamento ambulatorio compulsivo, representando assim uma parcela significativa no consumo de cuidados de saúde mental.

Deste grupo de jovens, alguns deles, após internamentos sucessivos e com o decorrer do tempo de tratamento, vão adquirindo insight sobre a patologia e

comportamentos de riscos e nesta fase da doença por vezes mostram arrependimento por terem consumido drogas desde muito cedo, “se eu soubesse...” (sic).

Com este projeto, será possível atuar na promoção da saúde mental de adolescentes inseridos na comunidade, que devido aos seus hábitos de vida e comportamentos, têm um alto potencial de virem a desenvolver patologia do foro psiquiátrico.

Aumentando a LSM dos adolescentes, poderá ser possível mudar os seus hábitos de vida e reduzir o consumo de substâncias psicoativas. Para além disso, será possível promover a capacidade dos adolescentes para aceder, compreender e utilizar eficazmente a informação sobre a saúde mental e as respetivas estratégias de promoção, permitindo assim atuar na prevenção da doença mental. Com as intervenções psicoterapêuticas delineadas será possível também promover a saúde mental dos adolescentes.

### 3 – O Caminho a seguir

Neste capítulo serão explanadas as diferentes etapas delineadas que serviram de bússola de orientação para o “caminho a seguir” neste projeto. Iniciando pela definição dos objetivos, será apresentado de seguida o planejamento realizado para as entrevistas de avaliação diagnóstica junto da população alvo, assim como os instrumentos a ser utilizados para avaliação dos resultados.

3.1 - Grupo alvo: Adolescentes com consumo de substâncias psicoativas, que frequentaram a consulta de adolescentes de uma instituição de primeira linha na área dos comportamentos aditivos e dependências.

#### 3.2- Objetivos

Para a realização deste projeto foram delineados objetivos gerais e específicos a alcançar como EEESMP e objetivos a alcançar junto da população alvo.

Objetivos Gerais:

- Aumentar a LSM dos adolescentes
- Desenvolver competências, pertencentes ao EEESMP, através de intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas em adolescentes com consumo de substâncias psicoativas.

Objetivos Específicos:

- Elucidar os adolescentes para o impacto do consumo de substâncias psicoativas na sua saúde mental
- Promover a mudança de comportamentos e a adoção de hábitos de vida saudáveis dos adolescentes
- Desenvolver e implementar programas de psicoeducação e treino em saúde mental com os adolescentes
- Desenvolver competências de avaliação diagnóstica junto dos adolescentes
- Desenvolver competências de planejamento e intervenção, utilizando os princípios da relação de ajuda

- Desenvolver competência de avaliação de resultados, através da aplicação de escalas, inquéritos e avaliação diagnóstica.

### 3.3 – O Planeamento

Os jovens escolhidos para implementação do projeto foram jovens com consumo de substâncias psicoativas, discutidos e selecionados junto da equipa da consulta de adolescentes.

Foram selecionados quatro adolescentes, entre 16 e 17 anos, com história de consumo de substâncias psicoativas e comportamentos de risco. Apresentavam também dificuldade no auto controlo de impulsos e ansiedade.

A equipa considerou que estes adolescentes apresentavam baixa LSM, podendo ser benéfico para eles fazerem parte do projeto.

Para garantir a confidencialidade dos jovens intervencionados foram utilizadas as iniciais dos seus nomes.

Para o início do processo terapêutico segundo Lopes (2006), serão recolhidos dados através da entrevista clínica onde será realizada uma apreciação inicial, através da análise dos dados obtidos. O processo de avaliação diagnóstica de cada adolescente será explanado no próximo capítulo 4.

Nas entrevistas de Enfermagem, para além das necessidades psicoterapêuticas, serão também identificadas junto dos adolescentes as suas necessidades formativas para a realização de ações de psicoeducação com o objetivo de aumentar a sua LSM e promover mudanças comportamentais, sociais e emocionais. Para avaliar as suas necessidades formativas e o nível de LSM será utilizada a escala LSMq – Questionário de literacia em saúde mental – Jovem adulto (**Anexo I**), realizada por Campos, L., Dias, P., Almeida, H., Palha, F. (2018), tendo sido pedido autorização aos seus autores (**Anexo II**). Esta escala será aplicada na 1ª avaliação diagnóstica e na última avaliação diagnóstica dos adolescentes.

As sessões de psicoeducação (**Anexo VI a XIII**), serão realizadas de acordo com os interesses dos adolescentes, escolhendo eles os temas a serem trabalhados. As sessões de psicoeducação estabelecidas para o efeito serão:



A avaliação das intervenções será realizada através da aplicação de escalas, questionários e da observação dos adolescentes.

Para avaliar o nível de ansiedade, será utilizada a **Escala para Ansiedade de Hamilton (Anexo III)**. Esta escala é utilizada para identificar a gravidade dos sintomas de doentes com transtorno de ansiedade e é composta por 12 perguntas pontuadas com um score que varia entre 0 a 4 (conforme a intensidade do sintoma); quanto maior o score maior o grau de ansiedade do utente. Para avaliar a presença de síndrome depressivo será utilizada a **Escala de Beck II (Anexo IV)**. O BDI-II é uma escala de autorrelato, desenvolvida originalmente por Beck et al. (1961). A escala compreende 21 itens descritivos de atitudes e sintomas específicos da depressão. As alternativas de resposta a cada item correspondem a níveis de gravidade crescente de depressão. Deste modo, a soma dos scores dos itens individuais é considerada medida da intensidade da depressão que, pode ser classificada como mínima, leve, moderada ou grave. Estas escalas serão aplicados na primeira e na última avaliação diagnóstica dos adolescentes.

Serão também utilizadas tabelas de avaliação da evolução clínica dos adolescentes, onde estão registadas as avaliações/reavaliações efetuadas ao longo das entrevistas diagnósticas; será aplicado aos adolescentes na última avaliação diagnóstica, o questionário de indicadores de resultados (Anexo V- adaptado de Fagundes, 2016).

Para a criação dos vários indicadores, utilizaram-se os focos de diagnóstico levantados na primeira entrevista de avaliação diagnóstica realizada aos diferentes jovens, tais como: humor, ansiedade, imagem corporal, bem-estar, auto controlo, auto estima, coping, tristeza.

Outro indicador de resultado já predefinido antes das intervenções com os jovens, foi: a adoção de hábitos de vida saudáveis tais como alimentação saudável, praticar desporto, redução dos consumos de substâncias e relações sexuais seguras. No

questionário de indicadores de resultados serão também avaliadas as intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas.

Deste modo, as intervenções com os adolescentes, serão realizadas de acordo com o seguinte planeamento geral, sendo adaptadas às necessidades de cada adolescente como será explanado no capítulo 4:

<b>1ª Entrevista de avaliação diagnóstica inicial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recolha de dados</li> <li>- Avaliação do estado mental e físico</li> <li>- Aplicação da escala de LSM - levantamento das necessidades formativas</li> <li>- Objetivos: conhecer o adolescente e o problema que o leva à consulta; estabelecer uma aliança terapêutica com o mesmo; reduzir o nível de ansiedade do adolescente; Estabelecer um plano individual de cuidados (PIC) de acordo com a dificuldade/problema que o adolescente apresenta; conhecer as expectativas e objetivos do adolescente.</li> </ul>
<b>2ª Entrevista de seguimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuação recolha de dados: ecomapa; genograma; linha de vida</li> <li>- Aprofundamento de questões levantadas: afinamento dos diagnósticos de Enfermagem (Ansiedade; Auto controlo comprometido; Coping comprometido; Tristeza; Auto imagem comprometida, entre outros)</li> <li>- Aplicação escala de Beck II ou Hamilton (no caso de Depressão/ Ansiedade)</li> <li>- Avaliar as dificuldades na resolução dos problemas e as suas causas;</li> <li>- Analisar os meios utilizados pelo adolescente para resolver os problemas;</li> <li>- Propor estratégias de intervenção para lidar com o problema</li> <li>- Aconselhamento; Treino Autocontrolo; Treino Assertividade</li> <li>- Apoio emocional: expressão de sentimentos e emoções</li> <li>- Reforço positivo</li> <li>- Executar intervenção psicoeducativa de acordo com as necessidades levantadas (Ansiedade, Depressão, entre outros).</li> <li>- Promoção de hábitos de vida saudáveis: alimentação, sono, desporto..</li> <li>- Ensino sobre técnicas de relaxamento</li> <li>- Executar técnica de relaxamento.</li> <li>- Trabalho para casa (TPC): controlo impulsos; assertividade; aplicar técnica de relaxamento no dia a dia.</li> <li>- Executar testes de despistagem dos consumos; exploração dos motivos; determinar motivação para a mudança.</li> </ul>
<b>Entrevistas de seguimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista de Ajuda/ Motivacional</li> <li>- Avaliação/ Redefinição das estratégias definidas na sessão anterior;</li> <li>- Reformulação/Avaliação PIC</li> <li>- Aconselhamento; Treino Autocontrolo; Treino Assertividade</li> <li>- Reflexão TPC</li> <li>- Exercícios de auto conhecimento</li> <li>- Apoio emocional: expressão de sentimentos e emoções</li> <li>- Reforço positivo</li> <li>- Executar intervenção psicoeducativa de acordo com as necessidades levantadas e acordada na sessão anterior com o adolescente</li> <li>- Executar técnica de relaxamento</li> <li>- TPC: diário, exercício de auto conhecimento, assertividade, pesquisas</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Executar testes de despistagem dos consumos; redefinir estratégias para a mudança – negociar objetivos.)</li> <li>- Realizar resumo e avaliação da sessão</li> </ul>
<b>Entrevista Final</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar o progresso realizado</li> <li>- Rever o processo de mudança com o adolescente</li> <li>- Assegurar a transição do adolescente entre a sua situação atual e a situação futura</li> <li>- Avaliação PIC; Indicadores de Resultados</li> <li>- Reflexão sobre as sessões (mudanças, benefícios, sugestões)</li> <li>- Reforço positivo</li> <li>- Aplicação escalas de avaliação</li> </ul>

Tabela 1 – Planeamento

#### **4 – Avaliação Diagnóstica dos Adolescentes**

Neste capítulo, iremos descrever a forma como se desenvolveu o processo de avaliação diagnóstica, com os adolescentes selecionados para o desenvolvimento de competências.

A Enfermagem de Saúde Mental tem em vista o diagnóstico e a intervenção “perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição” (OE, 2010, p.1). Durante o processo de Enfermagem, procurou-se auxiliar o adolescente no seu processo de transição, orientando-o para respostas adaptativas saudáveis e adequadas às suas necessidades.

Para atingir esse objetivo, foram realizadas intervenções individualizadas para cada adolescente, com metas definidas pelo enfermeiro e doente.

De acordo com Lopes (2006), realizou-se a entrevista de avaliação diagnóstica inicial; através da colheita de dados, foi possível compreender o problema do jovem e efetuar uma primeira avaliação diagnóstica.

A primeira entrevista permitiu entender o adolescente e a forma como este se vê, sente e age no mundo. De acordo com Chalifour (2008), a primeira entrevista tem como objetivos, criar uma aliança terapêutica que promova a participação do cliente; recolher informações básicas e pertinentes; compreender a situação do cliente; obter informações necessárias para estabelecer um diagnóstico; colocar em prática um plano terapêutico ajustado às necessidades do cliente e reduzir o nível de ansiedade do mesmo.

Após a entrevista de avaliação diagnóstica inicial, realizamos as entrevistas de avaliação diagnóstica de seguimento.

A avaliação diagnóstica foi feita de modo contínuo, sistemático, dinâmico e integrada nos cuidados, uma vez que esta consiste na avaliação/reavaliação da situação do adolescente e/ou família (Lopes, 2006).

As entrevistas foram o meio de intervenção utilizado para ajudar o adolescente a tomar consciência dos seus problemas, a sensibilizá-lo para a necessidade de mudança de comportamentos e também para explorar estratégias de suporte adequadas para si, no seu processo de mudança, como estratégias de coping mais eficazes.

No trabalho com os adolescentes foi utilizada a entrevista semiestruturada, onde foi possível conciliar questões abertas e fechadas.

De acordo com Phaneuf (2005), as questões fechadas permitem a colheita de dados, enquanto que as questões abertas permitem a expressão de sentimentos e emoções.

As questões fechadas foram usadas para colheita de dados e para direcionar a entrevista quando se percebeu a dificuldade por parte do adolescente, em expressar os seus sentimentos e emoções. Esta técnica de entrevista foi facilitadora de uma maior abertura e proximidade entre o adolescente e enfermeiro, o que permitiu abordar temas mais delicados e complexos.

De acordo com Hipólito (2010), o principal objetivo da relação de ajuda é realçar a capacidade natural da pessoa para a autoatualização, criando um ambiente propício ao seu crescimento, no qual a pessoa pode ser autêntica, compreendida e aceita, encontrando assim soluções para o seu problema usando recursos ao seu alcance.

De acordo com Chalifour (2008), para fazer sentido a prescrição da intervenção “relação de ajuda” o problema do cliente deve ser de cariz emocional, a pessoa deve estar interessada no seu desenvolvimento pessoal e na resolução do problema, devendo reconhecer no enfermeiro a capacidade de a ajudar na resolução do mesmo.

Para uma intervenção terapêutica em saúde mental com os adolescentes, é importante o enfermeiro estar disponível para desenvolver trabalho pessoal no âmbito afetivo/emocional, permitindo utilizar-se como instrumento terapêutico na relação com o cliente e família (Nabais, Nunes, Cutcliffe & Santos, 2018).

Phaneuf (2005), refere que o enfermeiro deve reunir algumas características e conhecimentos tais como: aceitação do outro, respeito, empatia, autenticidade, confrontação, conhecimentos sobre si mesmo, sobre o cliente e sobre estratégias de comunicação.

Foi com base nestes teóricos que foram sustentadas as intervenções de relação de ajuda junto dos adolescentes. No âmbito da relação terapêutica, procurou-se estabelecer uma interação dinâmica com os jovens, tendo contribuído para a procura e a resolução dos seus problemas.

A interação que se criou foi através de um processo gradual, com um início e um fim. Phaneuf (2005) refere-se a este processo, é constituído pela fase *de Preparação (obter informação prévia)*; *Fase da Orientação*; *Fase da Exploração*; *Fase Fim da Relação*.

Na fase de preparação da relação terapêutica, procurou-se recolher informação prévia sobre o jovem, junto da equipa multidisciplinar e através do processo clínico. Foram selecionados os materiais a ser utilizados durante a entrevista (escalas, questionários, computador, equipamentos multimédia, papel, canetas) e preparação do espaço, garantindo as condições de privacidade e proxémica adequada. Foram também

delineados os objetivos a alcançar com a entrevista e qual o tipo de entrevista e orientação adequada.

Na fase de orientação inicia-se o primeiro contacto com a pessoa cuidada, é o momento em que a enfermeiro e o doente tomam conhecimento um do outro. O início da entrevista é importante, deve-se colocar a pessoa à vontade para diminuir a ansiedade inicial, o enfermeiro deve adotar uma atitude aberta e calorosa. (Phaneuf, 2005).

Após este momento inicial irá dar-se início à fase de exploração, onde foi possível colher informações relativas à história clínica e familiar, os seus sentimentos, as suas crenças, os seus valores e os seus objetivos na relação terapêutica.

De acordo com Lopes (2006), foi nesta fase que ocorreu a entrevista de avaliação diagnóstica inicial e testamos alguns fatores de aproximação, tais como: a atitude clínica proativa, a disponibilidade, a proximidade, a simpatia, carinho, alegria e a personalização.

Esta é a fase central da relação e corresponde ao espaço de tempo durante o qual se desenvolveu o essencial da intervenção terapêutica. Após se ter construído um clima de confiança, procedeu-se a um trabalho sistemático à volta dos problemas identificados no sentido de os resolver (Lopes, 2006).

A postura e atitude adotadas foram de transparência, confiança, respeito, empatia e isenção de poder. A isenção de poder permitiu a criação de uma parceria, fez com que os adolescentes se sentissem parte ativa neste processo de cuidados, e assim poderem aumentar o seu empoderamento. Respeitou-se o jovem e a sua intimidade, envolvendo-os no trabalho a ser desenvolvido e a sua proteção relativamente aos dados colhidos.

No decorrer da fase de exploração, foi importante ter existido uma interiorização e tomada de consciência do vivido, por parte do adolescente e do enfermeiro, como forma de promoção de mudanças de comportamento e evolução para novos estádios de desenvolvimento de ambos.

Como refere Rogers (1980), na relação terapêutica um dos participantes procura promover numa ou noutra parte, ou em ambas, uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes do indivíduo.

Atingido este patamar de autonomia, de aceitação ou de mudança, considerou-se atingido o objetivo da relação e, conseqüentemente, o seu fim.

Na seqüência da relação terapêutica e avaliação diagnóstica com conseqüente intervenção, procurou-se planejar outras intervenções terapêuticas adequadas para cada adolescente. Este planeamento foi realizado nos intervalos entre as avaliações e as intervenções já efetuadas, ajustando sempre com os jovens.

As entrevistas foram realizadas em semanas alternadas, de acordo com o funcionamento da equipa da consulta dos adolescentes, adaptando ao contexto de pandemia, em que houve uma redução do número de consultas.

Neste processo de desenvolvimento de competências que foi contínuo e de avaliação, foram realizados, no final de cada entrevista, juízos de diagnóstico que elaboramos segundo a CIPE, versão 2.

Durante as entrevistas, para além das intervenções psicoterapêuticas, foi criado também um espaço para o momento psicoeducativo, de acordo com as necessidades levantadas pelos jovens na primeira entrevista de avaliação diagnóstica, através da aplicação da escala LSM (**Anexo I**), com o intuito de aumentar a LSM dos mesmos.

De acordo com Phaneuf (2005), este tipo de intervenções implicam uma colheita de dados e preparação prévia. Para além disso, é importante avaliar a motivação do doente para fazer uma aprendizagem, elemento essencial que pode influenciar negativamente o sucesso da intervenção.

As estratégias pedagógicas a utilizar devem ser adequadas ao doente e ao seu estado de saúde, desenvolvendo-se num clima de respeito, aceitação e compreensão empática. O comportamento e a clareza da linguagem são importantes e influenciam a eficácia da intervenção. (Phaneuf, 2005).

Nas intervenções com os adolescentes procurou-se ir de encontro a estes princípios. As intervenções foram adequadas às suas necessidades, utilizando uma linguagem simples e métodos adequados à sua faixa etária. Procurou-se utilizar métodos interativos e fáceis de utilizar pelos jovens (e-mail; filmes no Youtube; links, sites, PowerPoint).

Devido à situação pandémica não foi possível realizar intervenções de grupo.

## **4.1 - A apresentação de Casos Clínicos**

### **4.1.1 - Jovem BS**

#### História Clínica

Jovem do sexo feminino com 16 anos, reside numa cidade alentejana com os avós maternos e a irmã de 12 anos. Estudante, a frequentar o 10º ano do curso de teatro.

Sem antecedentes psiquiátricos conhecidos.

A avó materna é sua tutora legal desde há 4 anos. Os pais são divorciados, residem numa vila alentejana, apresenta contactos esporádicos com os mesmos. Pais com antecedentes de alcoolismo.

Foi admitida na consulta dos adolescentes em setembro de 2021 por consumos de substâncias psicoativas, nomeadamente canábis.

Iniciou consumos de tabaco aos 12 anos (4 cigarros por dia), canábis aos 13 anos (7 cigarros por dia) e álcool aos 14 anos. Teve um consumo experimental de cocaína e ecstasy aos 15 anos, os consumos geralmente são em grupo.

## **Processo de Enfermagem BS**

### **Entrevista de avaliação diagnóstica inicial**

A jovem BS foi encaminhada para o projeto, devido aos consumos de substâncias psicoativas, comportamentos de risco, sintomas de ansiedade e dificuldade no auto controlo. A equipa considera que a utente tem baixa LSM, podendo ser benéfico para ela fazer parte do projeto.

A primeira entrevista, foi de encontro aos objetivos mencionados por Chalifour (2008). Esta primeira entrevista foi realizada num gabinete com ambiente calmo e acolhedor, favorecendo a segurança e privacidade da adolescente.

Devido à situação da pandemia foram mantidas as máscaras de proteção, e foram usados acrílicos transparentes para colocar nas mesas das entrevistas, criando assim uma barreira de proteção entre o técnico e o paciente.

Durante a entrevista, BS foi cordial no contacto, apresentou um fâcies expressivo que foi avaliado através da expressão do olhar e franzir da testa e sobrancelhas, devido à presença das máscaras.

Humor tendencialmente deprimido, tendo apresentado uma postura um pouco ansiosa. Aspeto cuidado, roupa limpa e adequada para a época.

O discurso foi um pouco acelerado, adequado no seu conteúdo.

Nesta primeira entrevista, foi apresentado o projeto de estágio tendo sido explicando à jovem o trabalho que iríamos realizar e a importância de ser parte ativa neste processo, mostrou-se interessada em participar. Após esta explicação, percebeu-se um aumento da sua segurança e redução da ansiedade inicial.

Depois da apresentação efetuada, colocaram-se algumas questões abertas, tendo a utente ficado gradualmente mais à vontade.

Fez referência à sua história familiar, ao seu passado e foram abordadas as suas dinâmicas familiares com a avó e irmã mais nova. Quando se pronunciou sobre a mãe apresentou período de labilidade emocional, com choro fácil. *“Sinto raiva dela...por não ter lutado por nós...”* (sic).

Mencionou um episódio de abuso sexual por um companheiro da mãe aos 7 anos de idade... *“tenho nojo de mim...”* (sic) Nesse momento, ficou mais tensa. Mudou-se o rumo da entrevista, ficamos de explorar esse assunto noutra entrevista, se ela concordasse.

Disponibilizado apoio emocional, através da escuta ativa. Foi convidada a refletir sobre os aspetos positivos da sua vida e instilada esperança para o futuro. Nega ideação suicida e ideias de morte.

Falou do seu percurso escolar com agrado *“adoro o teatro...tenho tido boas notas...gostava muito de ser atriz..”* (sic) Refere ter uma boa relação com os colegas e professores, foi realizado reforço positivo.

Foi explorado o motivo de procura de ajuda e os objetivos com o seguimento na consulta dos adolescentes. Refere que tem como objetivo principal parar os consumos, pois estão a afetar a sua vida familiar e o rendimento escolar. *“a minha avó chora,...não sabe o que me fazer,...quando consumo tenho mais dificuldade em me concentrar no teatro, fico mais irritada, sem paciência... Esta semana puseram-me de castigo, o meu tio descobriu que estou a consumir, ...a minha avó vai me buscar todos os dias à escola...”* (sic).

Realizado reforço positivo pelos seus motivos do pedido de ajuda e disponibilizado apoio emocional.

Foi lhe facultado o questionário de LSM (**Anexo I**), que preencheu sem dificuldades. Foi pedido à jovem que selecionasse os temas de maior interesse, por forma a adequar as sessões de psicoeducação às suas necessidades.

A utente mostrou-se interessada nos temas de esquizofrenia, técnicas de relaxamento e os efeitos dos canabinoides na saúde mental. No fim do questionário, ficou com um score de 108 pontos (num intervalo de 29-145 pontos).

Por apresentar sinais e sintomas de ansiedade e depressão, foi também aplicada a escala de Hamilton (**Anexo III**) e a escala de Beck II (**Anexo IV**). Obteve um score de 19 na escala de Hamilton – ansiedade patológica moderada. Relativamente à escala de Beck II apresentou um score de 27 - depressão moderada a grave.

Delineadas algumas estratégias para o controlo de impulsos, tendo sido incentivada a realizar desporto, ouvir música, praticar a leitura. Ficou agendada na

próxima entrevista explorar o tema das técnicas de relaxamento para auxiliar na redução dos níveis de ansiedade.

Foi realizada a apresentação do conceito de LSM, Saúde Mental, Perturbação Mental (Sinais e Sintomas) e Estratégias Promotoras de Saúde Mental (**Anexo VI**). Ficou agrada com a intervenção.

Foi-lhe proposto um trabalho para casa, que seria investigar sobre os efeitos dos consumos de canabinoides no cérebro. Fornecido site do *Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD)*, na secção “Tu Alinhas?” para pesquisa e estudo.

No final da entrevista, foi realizado o despiste na urina para os consumos, de acordo com o protocolo da instituição, tendo dado positivo para Tetrahydrocannabinol (THC). Referiu que nessa semana, esteve com os amigos e devido ao stress dos castigos impostos pela família, não conseguiu evitar os consumos.

Nesta primeira entrevista inicial de acordo com Chalifour (2008), foi possível atingir os objetivos propostos que seriam conhecer o cliente e o problema que o leva à consulta. Foi realizada a recolha de dados para compreender a situação do cliente e para estabelecer uma aliança terapêutica com o mesmo, tendo sido criado espaço para expressão de sentimentos e emoções.

Após a primeira entrevista foram levantados os seguintes diagnósticos de Enfermagem, segundo a CIPE (versão 2): **Ansiedade Atual; Imagem Corporal Comprometida; Tristeza Atual; Autocontrolo Comprometido; Comportamento Assertivo Comprometido; Comportamento Aditivo Atual; Processo Familiar Comprometido; Coping Ineficaz**

### **Entrevista de seguimento 1**

Humor estável, discurso e comportamentos adequados

Aspeto cuidado, maquilhada, roupa nova. Realizado reforço positivo, pela sua imagem cuidada.

Fazia anos nesse dia, foi parabenizada. Recebeu visita do tio materno, que reside na Madeira, para o seu aniversário; agradada com a visita. Depois da entrevista iam comprar a sua prenda de aniversário.

Fez referência a conflitos com a avó esta semana, tendo-lhe sido retirado o telemóvel, “*uma funcionária da escola disse à minha avó que eu ando com más*

*companhias...agora vai-me levar e buscar todos os dias á escola...não confia em mim”*.  
 (sic). Utente um pouco triste e injustiçada com a situação.

Questionada em relação ao rendimento escolar, refere que tem sido assídua nas aulas e tem corrido bem, tem boa relação com os colegas.

Para uma melhor compreensão e perceção das relações familiares, e do comportamento que adota com alguns membros da família, elaborou-se o genograma (Figura 1).

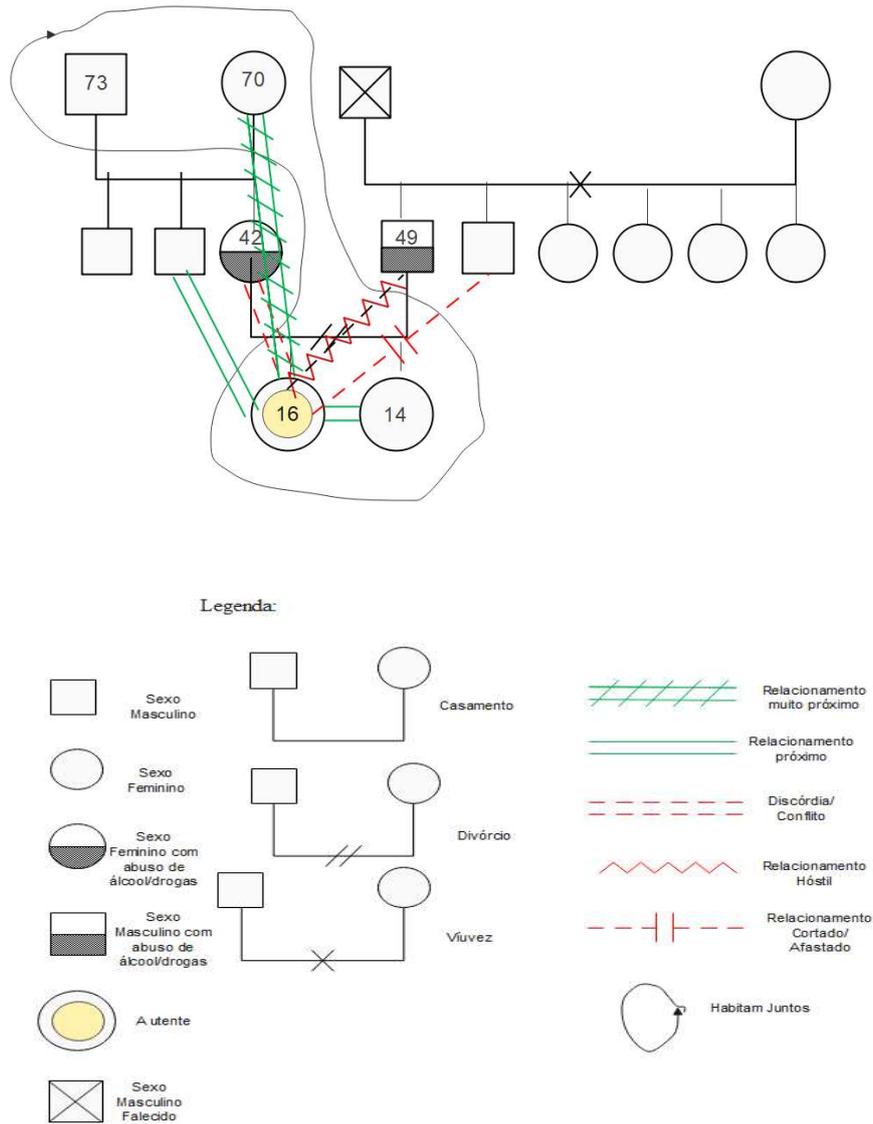


Figura 1 - Genograma familiar BS

O genograma é um instrumento de análise da estrutura familiar, que permite fazer uma imagem sucinta evidenciando as filiações e as ruturas de laços. Permite também

perceber os comportamentos de dependência ou de vulnerabilidade, entre gerações. Esta ferramenta clínica está relacionada com a teoria dos sistemas familiares de Murray Bowen (1978). (Phaneuf 2005)

Após ter interrogado a jovem acerca da sua família e das relações no seio da mesma, tentei perceber o que a jovem sente e o que a preocupa.

Refere que gosta de viver com os avós e com a irmã, mudou-se para casa dos avós há 5 anos *“estou muito grata pela minha avó me ter recebido, se não fosse ela estaríamos numa instituição.”(sic).*

Tem uma relação muito próxima com o tio materno *“é o meu padrinho e tem ajudado muito a minha avó a nos criar...está muito presente, vem me visitar muitas vezes apesar de viver na Madeira...ele anda muito preocupado comigo...sabe que consumo...tenho medo que me leve para lá...gosto de viver aqui...” (sic).*

Tem uma relação afastada com o pai *“mal o conheço...às vezes falamos ao telefone...” (sic).*

Fez referência a uma má relação com a mãe, culpabiliza-a pelos abusos na infância *“quando falo com ela ao telefone, fico muito nervosa, irritada, apetece-me chorar e às vezes acabo por consumir...não a consigo perdoar”(sic).* Aconselhada a espaçar os contactos telefónicos com a mãe já que são motivo de inquietação, refere que não está com ela presencialmente há alguns meses por decisão dos avós e do tio e também devido à pandemia, não mostra interesse no reencontro *“talvez no Natal...não sei bem..” (sic).*

A jovem BS devido ao episódio de abusos sexuais na infância apresenta um comprometimento da sua auto imagem e culpabiliza-se pelos fatos do passado.

De acordo com Galindo et al (2017), a criança ou adolescente que são submetidos a situações de violência sofrem consequências imediatas associados ao impedimento de um bem-estar físico, emocional, mental e cognitivo. Além das consequências imediatas terão que lidar com este trauma durante toda a vida, o que se torna muito difícil quando a família não apoia e ainda a culpa.

Na Europa, a prevalência de violência física e sexual por elementos conhecidos e/ou desconhecidos é de cerca 5,2%, em que 25,4% são nas relações de intimidade [Organização das Nações Unidas (ONU), 2006]. Em Portugal, 92,2% das vítimas são do sexo feminino e em 57,2% foi praticada por elementos da família e/ou conhecidos (Sistema de Segurança Interna, 2015).

De acordo com Jesus, Lima, Martins, Matos & Souza (2011), a vítima nem sempre procura a ajuda necessária, por medo ou vergonha e por se sentir culpada, devido ao fato de o agressor ser alguém próximo, que de forma direta ou indireta, exerce um certo poder sobre ela.

A culpa, humilhação, medo, desconfiança, baixa auto estima, comportamentos auto destrutivos, tristeza, perturbação do sono, ansiedade e consumo de substâncias, são alguns exemplos dos sinais e sintomas resultantes de violência sexual (Araújo, Souza, Martins, Carvalho & Martins, 2015).

A intervenção do enfermeiro deverá ser de acordo com as necessidades da vítima, priorizando os seus direitos e escolhas; uma intervenção sustentada numa rede bem coordenada, promove um sentimento de proteção e promove a recuperação da vítima (Araújo et al., 2015).

A jovem BS refere que a mãe sempre a culpabilizou do sucedido “*diz que fui eu que o provoquei...tinha apenas 7 anos...cresci a sentir nojo de mim e culpa...*” (sic). Foi disponibilizado apoio emocional.

Algumas das intervenções propostas por Sequeira & Sampaio (2020), para o diagnóstico de auto imagem comprometida são: encorajar o utente a identificar as forças, reforçar as forças pessoais identificadas, assistir o utente na procura da auto aceitação, encorajar o utente a falar de si mesmo no dia-a-dia e a verbalizar afirmações positivas.

Tendo por base estas orientações sugeri a realização de uma análise SWOT com a adolescente BS.

A análise SWOT, foi uma análise desenvolvida na década de 1960, por Edmund P. Learned, C. Roland Christiansen, Kenneth Andrews, and William D. Guth. (Varga, 2015).

SWOT, trata-se de um acrónimo para Forças (Strengths), Fraquezas (Weaknesses), Oportunidades (Opportunities) e Ameaças (Threats). Com esta aplicação podem-se avaliar os pontos fortes e fraquezas dentro do ambiente interno, assim como as ameaças e oportunidades que surgem do ambiente externo, contribuindo para a melhoria do desempenho (Barbosa *et al.*, 2017).

A nível pessoal, pode ser aplicada para promover o autoconhecimento, de modo a atingir metas pessoais. Com esta análise, foi possível promover as verbalizações positivas acerca de BS, elogiando as suas forças, como forma de promover a sua auto estima. Foi possível também a utente realizar uma reflexão sobre os aspetos positivos da

sua vida (Oportunidades e Forças), assim como identificar as fraquezas e ameaças de uma forma construtiva, de acordo com a figura 2.

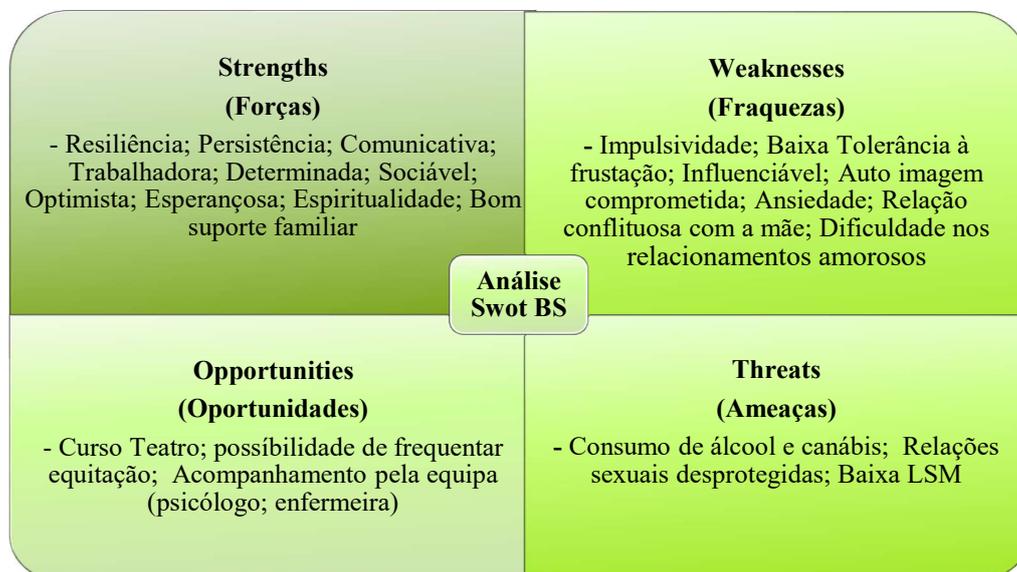


Figura 2 - Análise Swot BS

A utente mostrou-se determinada a trabalhar as suas fraquezas e a tentar reduzir/eliminar algumas ameaças da sua vida presente. Foram criadas metas realistas com a utente e apelada a sua responsabilidade para a mudança de hábitos de vida.

O tema da sexualidade foi também explorado nesta entrevista, tendo sido realizados ensinamentos sobre a importância de utilizar um método contraceutivo de barreira, para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e explicado que o implante transdérmico apenas a protege de uma gravidez indesejada. Mostrou-se receptiva e agradada com a intervenção.

Foi realizada psicoeducação sobre o tema Stress e Ansiedade (**Anexo VII**) e Depressão (**Anexo VIII**). Ficou agradada com a intervenção, identificou-se com alguns dos sintomas discutidos.

Tal como acordado, na sessão anterior, foram exploradas técnicas de relaxamento para diminuição dos níveis de ansiedade.

Segundo Payne (2003), o relaxamento pode ser definido como um estado de consciência, através do qual se obtêm sensações agradáveis e se afastam pensamentos perturbadores causadores de stress.

O relaxamento contribui para a diminuição do stress e diminuição da angústia levando a uma homeostasia, permitindo sentir a tranquilidade e o equilíbrio (Carvalho, Rodrigues e Salvador, 2008).

Os principais objetivos do relaxamento são prevenção, tratamento e desenvolvimento de competências para lidar com o stress (Payne 2003).

Foi realizado um planeamento para exemplificar três técnicas de relaxamento diferentes: relaxamento muscular progressivo de Jacobson, respiração diafragmática e imaginação guiada, no sentido de a adolescente BS escolher o método mais eficaz para si, para aplicar no seu dia-a-dia. Foram escolhidas estas três técnicas de relaxamento por serem mais simples e fáceis para que os jovens possam aplicar no seu dia a dia.

Iniciou-se pelo treino de relaxamento muscular progressivo de Jacobson - foi preparado o ambiente da sala e reduzida a luminosidade. As salas destinadas à consulta eram pequenas e também devido à pandemia, não foi possível utilizar colchões de relaxamento, para fazer a técnica numa posição deitada. O relaxamento foi realizado sentado, segundo guião presente numa apresentação PowerPoint (**Anexo IX**).

No fim da técnica, foi feita uma avaliação com a doente sobre a eficácia da mesma. A adolescente referiu que não conseguiu relaxar na posição de sentada, teve dificuldade em se concentrar nas orientações.

Passou-se ao treino de respiração diafragmática (**Anexo IX**), a jovem BS compreendeu as indicações e conseguiu utilizá-las de forma eficaz. Refere que esta técnica de relaxamento é eficaz e fácil de usar “*vou conseguir usar esta técnica antes das minhas peças de teatro*” (sic).

Por último, realizamos a técnica de imaginação guiada através de um filme do Youtube. Utilizou-se o computador da sala que tinha colunas, sendo possível ouvir bem a música e orientações do filme (**Anexo IX**).

Com este tipo de relaxamento, a utente conseguiu relaxar “*quase adormeci*” (sic) e gostou do método. Foi enviado para o seu e-mail o link do filme, para realizar a técnica em casa ou onde achar adequado, podendo usar o seu telemóvel pessoal ou o seu computador. Ficou agradada e agradeceu a intervenção.

Foi incentivada a aplicar este método quando se encontra mais ansiosa e nos momentos de impulsividade e stress que a levam aos consumos.

Foi também aconselhada a realizar exercício físico, como forma de prevenir e ajudar nos momentos em que se sente mais ansiosa; desta forma poderá canalizar a

energia para o exercício físico e hábitos mais saudáveis, com o objetivo de diminuir a ansiedade, aumentar a auto estima e melhorar a imagem corporal.

Segundo Payne (2003) o exercício físico contribui para o bem-estar e consequente paz de espírito do indivíduo, registando assim menos tensão, fadiga, agressividade, depressão e insónia. Os benefícios psicológicos do exercício incluem também a distração em relação às preocupações, a libertação de frustrações, sentimento de realização e sensação de melhor aparência física.

Durante a entrevista referiu que o tio materno se ofereceu para lhe pagar aulas de equitação, foi incentivada a aceitar.

Questionada sobre o trabalho de casa, que seria pesquisar sobre os efeitos nocivos dos canabinoides no cérebro, refere que não teve tempo. Incentivada a participar nas atividades sugeridas com vista a atingir mais rapidamente as metas propostas.

Na próxima sessão, a pedido da utente, serão abordados os efeitos dos canabinoides no cérebro e as psicoses/esquizofrenia.

Realizada despistagem para a urina para consumos, de acordo com o protocolo da instituição e deu positivo para THC, refere que manteve consumos durante esta semana.

## **Entrevista de seguimento 2**

Humor estável, veio acompanhada da avó.

Aspeto cuidado, cabelo arranjado e maquilhada. Elogiada pela sua imagem, *“resolvi seguir as suas indicações...estou a sentir-se bem assim”* (sic).

Refere que o curso está a correr bem, está a preparar uma peça de teatro para o Natal.

Iniciou aulas de equitação com bastante agrado, *“quando estou em cima do cavalo não penso em mais nada...ainda não consigo dominar muito bem a minha égua...vai ser desafiante, mas eu gosto de desafios”* (sic).

Refere que quer parar os consumos e gostava de ter um teste negativo na próxima semana. Está a ser muito pressionada pela família *“só me dão o telemóvel quando levar para casa um teste negativo...não tenho permissão para estar com os meus amigos..”* (sic). Refere que anda mais ansiosa devido a essa situação.

Incentivada a praticar o relaxamento em casa e a manter as aulas de equitação, com vista a reduzir os níveis de ansiedade.

Nesta entrevista desenhamos a sua linha de vida com o objetivo de identificar as estratégias que a utente utilizou para superar situações negativas da sua vida, ativando assim, técnicas que ela mesmo possui para enfrentar os seus problemas atuais ou futuros.

A linha de vida é considerada uma ferramenta auto-narrativa, que contém importantes eventos positivos e negativos do passado, presente e futuro de uma pessoa (Takkinen & Suutama, 2004).

O utente é o protagonista da sua história, permitindo assim abordar e compreender a vida do indivíduo a partir da sua perspetiva (Goodson, 2013).

Para contruí-la, ele recupera informações do passado e realiza uma reconstrução interpretativa e subjetiva, organizando cronologicamente os eventos que ocorreram nos vários contextos em que está inserido (Waldman, 2014).

Esses acontecimentos são representados graficamente, para que seja de mais fácil entendimento para o utente e o enfermeiro. É importante que o enfermeiro esteja atento e trabalhe com o utente as emoções que forem surgindo durante a construção do instrumento.

A fase atual também é incluída na linha, e é uma oportunidade para verificar como o utente se percebe no momento atual. Na construção da linha da vida pode ser incluída uma projeção do futuro, podendo auxiliar na definição de metas e objetivos.

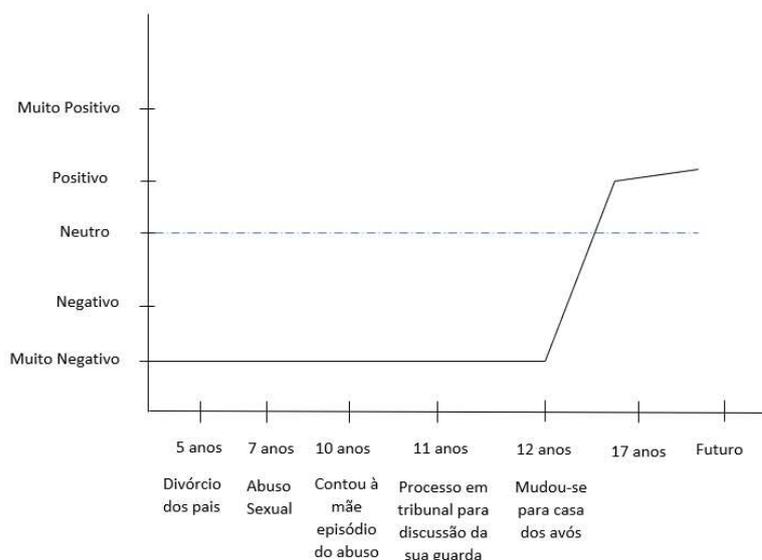


Figura 3 - Linha da Vida BS

Com o desenho da linha da vida foi possível entender junto da BS que a sua infância foi um momento negativo da sua vida, onde se desenrolaram vários acontecimentos que a marcaram profundamente. (Figura 3)

Fez referência ao abuso sexual aos 7 anos por um companheiro da mãe, fato que ocultou até aos 10 anos; refere que a mãe sofre de alcoolismo já desde essa altura, e que viviam numa pequena vila alentejana nesse momento. A família materna apercebe-se da situação de negligência e avançam com o pedido de guarda da BS e da sua irmã mais nova.

Aos 12 anos os avós ficam com a guarda total da BS e irmã, momento em que mudam de residência para casa dos avós maternos. A utente refere que esta mudança de residência foi um marco de viragem na sua vida para melhor, sendo muito grata à família materna por terem avançado com o processo no tribunal.

No momento atual, sente-se otimista em relação ao futuro *“acredito que a fase pior na minha vida já passou...sofri muito e andei um pouco perdida...o acompanhamento nas consultas tem me ajudado muito..”* (sic).

Após a realização da linha de vida e da análise da mesma, realizámos também o ecomapa, para um melhor entendimento e perceção das ligações da adolescente com as pessoas e estruturas sociais do meio em que habita. (Figura 4).

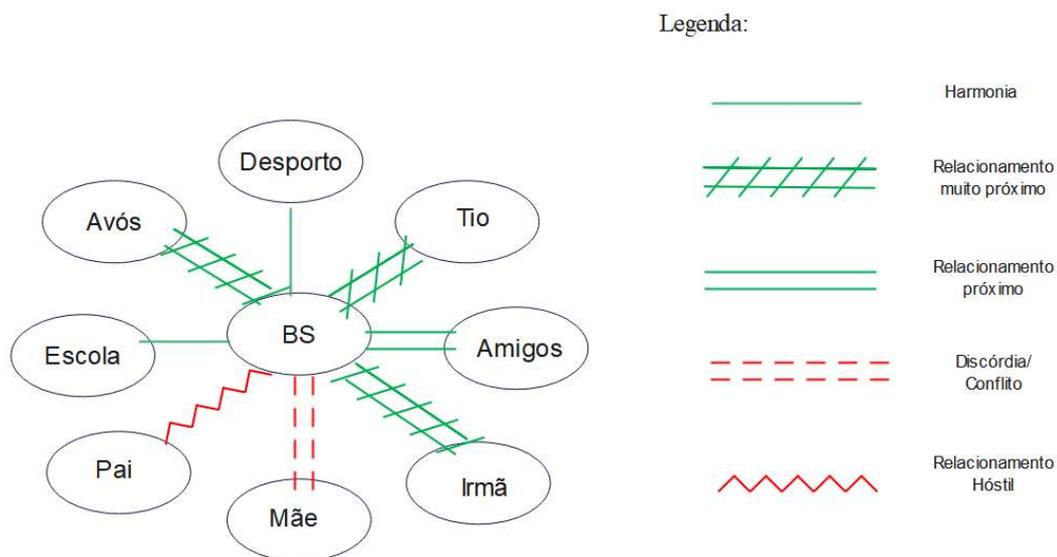


Figura 4 - Ecomapa BS

A realização do ecomapa permitiu que a utente percebesse que de uma forma geral tem uma boa relação com as instituições em que está inserida. No que diz respeito às

relações no seio familiar, é visível que a relação com o tio, avós maternos e irmã é muito boa e próxima sendo um fator de proteção e conforto.

Em contrapartida, a relação com os progenitores, nomeadamente com a mãe, é tensa e de discórdia, sendo um dos principais motivos de descompensação da jovem, aumentando os seus níveis de stress, levando-a a uma perda do seu auto controlo e consequentemente um aumento dos consumos.

A análise do ecomapa e linha de vida foi difícil para a utente, reviveu momentos muito difíceis da sua vida, com carga emotiva muito negativa, tendo tido vários episódios de labilidade emocional, acompanhada de choro fácil.

Como interveniente procurou-se adotar uma postura de respeito, compreensão empática e escuta ativa, dando-lhe espaço para a expressão de sentimentos e emoções. Agradeceu-se á utente a confiança depositada.

Nesta entrevista terminamos com um exercício de relaxamento de centração através da respiração, com o objetivo de reduzir o nível de ansiedade, adaptado de Chalifour (2008, p.260) (**Anexo X**). Esta técnica de relaxamento surtiu efeito, tendo a jovem conseguido relaxar.

Foram reforçados os ensinamentos de relaxamento, e foi incentivada a realizá-los com mais frequência em casa ou onde achar adequado.

Foi adiada para a próxima sessão a psicoeducação sobre os efeitos do canábis no cérebro, uma vez que a utente não se encontrava estável emocionalmente para realizar um momento de psicoeducação.

### **Entrevista de seguimento 3**

Postura ansiosa, veio acompanhada do tio e da avó maternos. Chorosa, refere que a família não a entende *“eles não sabem o que eu sinto...o nojo que sinto do meu corpo todos os dias...não fazem ideia do que é viver assim...com a raiva que tenho da minha mãe...ainda dizem que sou fraca de cabeça...”(sic)*

Na última semana, a avó deixou-a sair para ir a uma festa de anos de um amigo e voltou a consumir canábis.

A utente encontra-se revoltada com a postura da família, continua sem o telemóvel e não tem liberdade para sair com os amigos. Refere que a escola tem corrido bem, tem tido um bom aproveitamento e gosta muito do curso de teatro. Mantém também a motivação para frequentar as aulas de equitação e tem sido assídua.

Relativamente ao TPC, refere que repetiu o relaxamento em casa, através do filme do Youtube, enviado por e-mail, no computador do seu quarto. Sente que esta técnica de relaxamento é eficaz no controlo da sua ansiedade, “*quando tiver o telemóvel...até posso ouvir no campo ou quando for à praia e o relaxamento ao ar livre..*” (sic).

A família quis discutir a situação com a equipa, encontra-se muito preocupada com a BS, principalmente com a influência que o grupo exerce sobre ela.

Foi realizada intervenção junto da família com a utente presente. Tio e avó encontravam-se muito tensos e chateados com a utente “*damos-lhe tudo...não percebemos...qual a necessidade que ela tem de consumir..*” (sic).

A utente refere que tem andado mais tensa, devido às privações a que tem sido sujeita, e nega a influência dos pares. Associa o consumo da festa a uma necessidade de compensação devido ao stress a que tem sido sujeita.

Compreende a preocupação da família e sente-se triste por os ter desiludido. A família foi elucidada que a BS é apenas seguida há 2 meses pela equipa e os consumos já iniciaram há 2 anos, apelada à sua tolerância com a BS e necessidade de diminuir a pressão, pois aumenta os níveis de stress e ansiedade da jovem.

Agradeceram a intervenção e pareceram compreender, elogiei a família pela preocupação e disponibilidade demonstrada para a recuperação da BS.

Após esta intervenção com a família, a utente foi aconselhada a negociar com a mesma e trabalhar o seu auto controlo para evitar o consumo. Se conseguir ter análises negativas e mantiver o aproveitamento escolar, poderá voltar a negociar as saídas com os amigos e ter o seu telemóvel de volta.

Após esta intervenção familiar, a BS ficou mais tranquila estando assim mais disponível para a sessão de psicoeducação proposta, sobre os efeitos dos consumos de canabinoides no cérebro.

Para esta psicoeducação foi utilizado o computador disponível na sala, e realizada a exposição através de uma apresentação PowerPoint (**Anexo XI**). No fim da exposição, procedeu-se à visualização de um filme sobre o tema intitulado “*O Canábis faz mal ao cérebro?*”.

No final do filme foi realizada uma pequena reflexão sobre o mesmo. A jovem ficou um pouco impressionada com a possibilidade de o canábis poder potenciar o desenvolvimento de psicoses, não tinha informação sobre este assunto, tendo agradecido a intervenção.

Após esta dinâmica, foi discutido, tal como pedido pela utente, o tema da patologia Esquizofrenia, através de uma apresentação PowerPoint (**Anexo XII**) “*acho que tenho um amigo com essa doença...fala sozinho, tem conversas estranhas...*” (sic).

Agradeceu a intervenção, tendo ficado esclarecida relativamente aos sinais e sintomas da patologia, ficou preocupada com o amigo. Informada sobre as ajudas disponíveis através da apresentação PowerPoint “*Procura de Ajuda em Saúde Mental*” (**Anexo XIII**), ficou de falar com o amigo e sua família para irem a um médico avaliar a situação.

Com o objetivo de aumentar o seu auto conhecimento e promover o controlo de impulsos, foi proposto como trabalho de casa, o preenchimento de um quadro intitulado “*Eu tomo a responsabilidade do meu bem-estar*” (Chalifour, 2008 p.266) (**Anexo XIV**).

Mostrou-se recetiva e agradecida com a intervenção.

#### **Entrevista de Seguimento 4**

Humor eutímico, postura calma e confiante, com fáceis sorridente.

Refere que nesta semana conseguiu parar os consumos, encontra-se feliz com o resultado do seu esforço. Foi elogiada pelos seus progressos.

Questionada sobre as estratégias utilizadas para o controlo dos impulsos. Refere que tem ido às aulas de equitação com mais frequência e tem corrido bem, vai passar para o nível seguinte “*criei uma ligação boa com o cavalo, transmite-me calma e confiança...eu também ando mais tranquila...os animais sentem isso!*”(sic); realizado reforço positivo.

Tem executado em casa as sessões de relaxamento através do filme do Youtube; foi elogiada pela sua dedicação e esforço.

Refere que continua sem telemóvel até ter umas análises negativas para THC, pois foi o que combinou com a família. Mostrou-se mais compreensiva com os castigos impostos pela mesma.

Refere que tem conseguido ler e que se tem refugiado também na espiritualidade, refere que tem fé em Deus e quando frequenta a igreja sente-se mais tranquila e confiante. Incentivada a fazê-lo com mais frequência se sente que é benéfico para si, ficou acordado que irá acompanhar a avó na Eucaristia ao domingo.

Falou do seu corpo, refere que emagreceu devido ao aumento dos consumos e ansiedade em que se encontrava. Neste momento, quer cuidar mais de si e do seu corpo, ambiciona engordar mais 2/3 kg.

Realizada psicoeducação sobre alimentação saudável, foi incentivada a manter o desporto e os exercícios de relaxamento.

Fez referência também a um rapaz que se tem aproximado dela *“parece que gosta de mim...é muito querido e preocupado...se calhar vou aceitar o convite para sair...não sinto nada por ele para já...quem sabe..”* (sic). Falou-se de relacionamentos anteriores, refere ter tido um relacionamento abusivo e violento com um rapaz mais velho, que terminou no início da pandemia, fez referência a violência física e psicológica *“ele é que me incentivou a consumir...não me respeitava, agora estou diferente, mereço melhor”* (sic). Realizado reforço positivo pela sua postura e auto valorização.

Realizada psicoeducação sobre comportamentos sexuais de risco, tem o implante anticoncepcional. Admite que já teve relações sexuais sem proteção de barreira, alertada para as doenças sexualmente transmissíveis, foram fornecidos preservativos que agradeceu.

Questionada sobre o trabalho de casa, refere que não teve tempo de fazer em casa. Realizou-se o exercício no momento da entrevista (Tabela 2).

### ***Tomo a responsabilidade do meu bem-estar***

	Do ponto de vista pessoal	Eu escolho	Do ponto de vista escolar/social
<b>O que me incomoda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A raiva que sinto da minha mãe</li> <li>- Sentimento de culpa</li> <li>- Pressão da família para parar de consumir</li> <li>- Nojo de mim</li> </ul>	<b>Escolho ocupar-me de...</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escola e Desporto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antigos colegas que me pressionam para consumir</li> </ul>
<b>O que quero</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paz</li> <li>- Parar os consumos</li> <li>- Ser livre e independente</li> </ul>	<b>O que desejo é...</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidar mais de mim e da minha saúde</li> <li>- Parar os consumos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter boas notas</li> <li>- Poder voltar a sair com os amigos</li> <li>- Ter o telemóvel</li> <li>- Ser atriz</li> </ul>
<b>O que deveria fazer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter calma</li> <li>- Ter fé</li> <li>- Evitar discussões</li> <li>- Ser responsável</li> <li>- Parar de consumir</li> </ul>	<b>O que decido fazer, é...</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Focar em mim</li> <li>- Amar quem me ama</li> <li>- Manter consultas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afastar-me das más companhias</li> <li>- Focar nas aulas</li> </ul>

Tabela 2 - Exercício auto conhecimento BS (Adaptado de Chalifour 2008)

Com a realização desde exercício de auto conhecimento foi possível explorar o que a incomoda na sua esfera pessoal, social/escolar e de que forma estes fatores influenciam o seu humor, pensamentos no seu dia a dia e sua paz interior. Foi possível com este exercício centrar nos desconfortos e insatisfações e delinear estratégias para lidar com eles de forma mais equilibrada (Chalifour 2008).

Incentivada a manter-se abstinente, esta semana não será ainda realizada despistagem para THC porque a substância ainda não foi completamente eliminada do organismo, estará ainda positiva.

Elogiada pelos progressos e incentivada a manter-se focada nos seus objetivos. Agradeceu a intervenção.

### **Entrevista de seguimento 5**

Nesta entrevista BS apresentava humor eufímico, postura tranquila, fáceis sorridente. Veio acompanhada da avó.

Aspetto cuidado, maquilhada, unhas arranjadas.

Conseguiu manter-se abstinente para os consumos, foi elogiada pelos seus progressos *“estou orgulhosa de mim...estou a conseguir..”* (sic). Realizado reforço positivo.

Está muito ansiosa para saber o resultado da análise de urina, pede para iniciar a entrevista com a análise, *“a minha avó está lá fora, quer saber o resultado...o meu tio já me ligou...estão todos à espera..”* (sic).

Realizou-se o teste e deu negativo para THC, a utente ficou muito feliz e emocionada. Pediu para ir mostrar o resultado à avó e choraram abraçadas, foi um momento muito emotivo, pediu permissão para ligar ao tio a informar do resultado.

Família e BS ficaram muito felizes pelo resultado, parabenizada pelo seu trabalho, resiliência e determinação.

*“Não tem noção do que isto é importante para mim...sinto que já não preciso mais dos charros...estou melhor comigo mesma...ver a minha família orgulhosa de mim, foi muito bom...”* (sic). Incentivada a manter e trabalhar nas estratégias adotadas.

Mostrou-se interessada em realizar voluntariado numa instituição de animais, nas férias do Natal, *“gosto muito de animais. .tenho uma amiga que vai...felizmente os animais ainda não nos passam covid”* (sic), incentivada a participar. Os preparativos para a peça de teatro estão a correr bem, referiu que gostava que a equipa das consultas pudesse assistir, mas com as restrições da pandemia não será possível. Agradeceu-se o convite.

Refere que a avaliação do 1º período vai ser boa e tem esperança que o 2º período corra melhor, está otimista em relação ao seu futuro.

Esta semana foi sair com o colega que tinha falado na sessão anterior, refere que correu bem, por agora são só amigos. *“Ele não consome...acho que vai ser boa companhia para mim...ficou contente com o meu resultado da última sessão.”(sic)*

Tem tido mais atenção à sua auto imagem, o tio enviou dinheiro para comprar roupa nova e realizar manicure. Elogiada pelos seus progressos, incentivada a manter esses cuidados para se sentir bem.

Falou-se da pandemia, dos receios que tem de passar o vírus aos avós *“tenho medo que eles morram, os casos estão a aumentar lá na escola”* (sic). Realizado apoio emocional, incentivada a manter os cuidados que tem tido até então e tentar não pensar muito nesse assunto.

Incentivada a manter os exercícios de relaxamento em casa e as aulas de equitação, foi proposto a compra de um livro novo para ler nas férias do Natal, ficou agradada com a ideia.

Durante as férias do Natal, haverá interrupção das consultas e redução da atividade devido às restrições do governo português com o agravamento da situação pandémica.

Trocados votos de boas festas e incentivada a manter o TPC do relaxamento das férias. Ficou acordado manter-se o contacto via e-mail ou telefone.

### **Entrevista Seguimento 6**

Esta entrevista de seguimento, foi realizada tal como combinado, via telefone.

Utente refere que tem conseguido manter a abstinência para os consumos e tem estado mais por casa, devido ao confinamento.

Questionada sobre a peça de teatro, refere que correu muito bem *“toda a gente gostou, recebi alguns elogios”* (sic), foi parabenizada pelo seu sucesso.

Refere que o Natal correu bem, em família. Não esteve com a mãe por opção pessoal e da família, sentiu-se tranquila em relação a esse aspeto.

Comprou um livro novo, tem também ouvido música. Realizou caminhada com uma amiga e a avó. As aulas de equitação foram interrompidas, devido à pandemia, incentivada a reforçar mais as caminhadas ou realizar corrida, mostrou-se recetiva.

Tem realizado o relaxamento à noite, quando se deita, refere que ajuda no sono.

Desde que parou os consumos está mais calma e colaborante nas atividades domésticas, tem recebido elogios dos avós e da irmã mais nova. *“Pareço outra...quando*

*fumava os charros ficava mais irritada, sem paciência para os meus avós...às vezes era um bocado mal educada..” (sic).*

Realizada psicoeducação sobre os consumos e possíveis efeitos secundários no organismo, tais como alterações na memória, perceção, orientação, humor, coordenação motora, entre outros.

Refere também que desde que parou os consumos já conseguiu engordar 1 kg, encontra-se agradada com essa situação *“estou a ficar mais bonita” (sic)*, elogiada pela sua postura e progressos realizados.

Trocados votos de boas férias e boas festas.

Convidada a enviar e-mail se necessitar de ajuda, agradeceu a disponibilidade.

### **Entrevista Seguimento 7**

Esta entrevista foi cancelada devido a confinamento da utente, por um contacto com colega positivo para covid-19, foi realizada chamada telefónica.

A utente refere que está estável, sem sintomas e aguarda resultado do teste covid, encontrava-se preocupada com a situação dos avós.

Realizadas algumas orientações relativas ao isolamento em casa e cuidados a ter, foi disponibilizado apoio emocional.

Tem mantido abstinência para os consumos, realizado reforço positivo.

Leu o livro completo nas férias e ouviu muita música. Avó autorizou algumas caminhadas com amigos e já tem o seu telemóvel de volta. *“Já tinha saudades de falar com os meus amigos nas redes sociais...é lá que se sabem as novidades da escola.” (sic)*

Tem realizado o relaxamento todos os dias *“gosto de fazer à noite, deitada na cama, ponho aqui no telemóvel, com os phones...durmo como um anjo!” (sic)*. Incentivada a manter, já que lhe permite proporcionar paz, tranquilidade e um sono reparador.

Refere que vai ter aulas online durante o confinamento.

Questionada sobre mais algum tema que gostasse de obter mais informações a nível da saúde mental, refere que não.

Elucidada que as intervenções estão a chegar ao fim, foi enviado por e-mail, um questionário de LSM para reavaliação e outro questionário para avaliar os progressos realizados desde o início das sessões – Indicadores de Resultados (**Anexo V**).

Convidada a enviar e-mail, se tiver alguma dúvida. Agradeceu a intervenção.

## **Entrevista Final**

Humor eutímico, postura tranquila. Veio acompanhada da avó.

Aspetto cuidado, maquilhada, unhas arranjadas, foi elogiada pelos seus progressos.

Tem se mantido abstinente para os consumos e refere melhorias no ambiente em casa com os avós e o tio.

Refere que se sente mais calma, com maior capacidade de concentração para os estudos.

Afastou-se de algumas companhias por considerar que não eram “*boas influências*” (sic); explorado um pouco o assunto, refere que eram grupos de colegas que a pressionavam para consumir canábis.

Tem se dedicado ao grupo de teatro da escola e à equitação “*vou ter provas no fim do ano, quando estou em cima do cavalo não penso em nada...consigo sentir paz*” (sic). Realizado reforço positivo, incentivada a manter a atividade.

A utente trouxe o questionário de LSM (**Anexo I**) preenchido, apresentou um score de 128.

Foi-lhe também aplicada a escalas de Hamilton (**Anexo III**), tendo ficado com um score de 8 (ansiedade normal) e de Beck II (**Anexo IV**) com um score de 10 (estado de depressão leve a moderada).

Utente trouxe também o questionário dos indicadores de resultados preenchido (**Anexo V**), para validação das avaliações efetuadas e dos resultados obtidos. Os resultados serão avaliados no capítulo da discussão dos resultados.

Foi realizado com a jovem o balanço final das intervenções, das expectativas criadas e dos objetivos atingidos.

Parabenizei a jovem pelos progressos efetuados ao longo das intervenções, pela sua determinação e resiliência.

Incentivada a manter os hábitos saudáveis adquiridos e aplicá-los ao longo da sua vida, com vista a obter ganhos na sua saúde; agradeceu a intervenção.

A jovem vai continuar a ser seguida pela equipa da consulta de adolescentes, foi disponibilizado e-mail para utilizar caso necessário.

Agradei à jovem o seu empenho e oportunidade de aprendizagem.

### **4.1.2 – Jovem MC**

## **História Clínica**

Jovem do sexo feminino com 17 anos, solteira, reside com a mãe e avó numa vila alentejana. Os seus pais separaram-se quando tinha 4 anos de idade, altura em que foi viver com a mãe e avó materna.

Estudante, a frequentar um curso profissional na área da saúde com equivalência ao 12ºano, encontra-se neste momento a estagiar numa unidade de saúde no seu local de residência.

Veio para a equipa da consulta de adolescentes através de referenciação do médico de família em 2018 e a pedido do Ministério Público. Apresenta um processo de Promoção e Proteção desde 2018, por consumo de drogas.

Apresentava na altura comportamentos desadequados nas aulas, frequentes saídas da escola para consumos (canábis, haxixe, drogas bebidas - codeína + seven up). Tinha várias idas ao serviço de urgência por suspeita de consumos.

Iniciou consumo de tabaco aos 12 anos (40 cigarros por dia), canábis aos 13 anos (4/5 cigarros por dia), benzodiazepinas aos 13 anos (Xanax – 5 comprimidos por dia). O consumo de substância geralmente era acompanhado pelo grupo de pares.

História de outros comportamentos de risco na altura, como relações sexuais desprotegidas.

### **Processo de Enfermagem MC**

#### **Entrevista de avaliação diagnóstica inicial**

. A jovem MC foi encaminhada para o projeto, devido à sua história pesada de consumos e comportamentos de risco. A equipa considera que a utente tem baixa LSM, podendo ser benéfico para ela fazer parte do projeto para prevenção de recaída e promoção da sua saúde.

MC é seguida pela equipa desde os seus 12 anos de idade, há sensivelmente 5 anos, e encontra-se abstinente há 1 ano.

Esta primeira entrevista foi realizada num gabinete com ambiente calmo e acolhedor, favorecendo a segurança e privacidade da adolescente de acordo com o preconizado por Mancilha (2011).

Durante a entrevista, MC foi cordial no contacto, apresentou um fâceis expressivo, contacto ocular mantido.

Humor eutímico, postura descontraída, discurso fluído e organizado.

Aspetto cuidado, roupa adequada à idade, maquilhada.

Foi apresentado o projeto e os seus objetivos, mostrou-se interessada em participar.

Refere que hoje está um pouco cansada porque ontem fez o turno da tarde no seu local de estágio e saiu à meia-noite. Falou-se do curso, diz que está a gostar “*tenho sido elogiada pelas enfermeiras...estão sempre a chamar por mim, acho que tenho jeito para isto*” (sic). Realizado reforço positivo.

Questionada sobre os motivos de frequência da consulta “*tenho um processo no tribunal, fui apanhada a consumir aos 12 anos...tenho que me manter na consulta até aos 18 anos, foi a melhor coisa que me aconteceu, se não fossem eles, estava perdida...*” (sic).

Falou da sua dinâmica familiar, vive com a mãe e avó materna, não tem irmãos. Pais estão divorciados desde os seus 4 anos de idade, refere que está com o pai esporadicamente “*somos afastados...não me identifico com ele*” (sic).

Fez referência a uma relação conflituosa com a mãe “*mete-se em tudo...não me respeita...quero muito acabar este curso para trabalhar, quando fizer os 18 anos, saio de casa..*” (sic). Refere que este é atualmente o seu principal objetivo, considera a relação com a mãe o principal motivo de descompensação neste momento, ambiciona muito a sua independência.

Para uma melhor compressão e perceção das relações familiares e do comportamento que adota com alguns membros da família, elaborou-se o genograma (Figura 5).

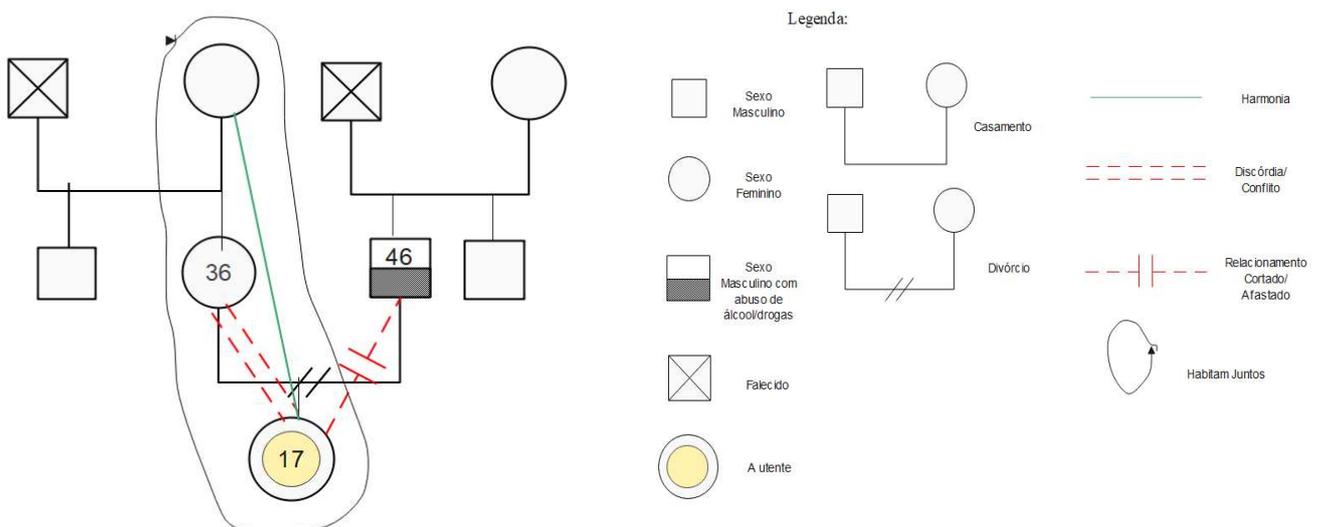


Figura 5 - Genograma Familiar MC

A utente refere que a pessoa com quem se relaciona melhor é com a avó materna.

A família materna tem um café na aldeia onde vive “*não gosto do ambiente...não me identifico, às vezes vou lá ajudar a minha mãe*” (sic). Refere que a mãe é seguida nas consultas de psiquiatria por depressão. “*A minha mãe é doente...passa muito tempo na cama deprimida...toma muita medicação..*” (sic).

O pai da utente, reside noutra aldeia do seu concelho e explora um bar, é trabalhador rural, tem história de abuso de álcool no passado. “*Bebia muito quando eu era pequena...foi por isso que os meus pais se divorciaram...não tenho memórias deles juntos*” (sic). Explorado um pouco sobre este afastamento do pai, refere “*nunca quis saber de mim...quando mais precisei, teve vergonha de mim...*” (sic).

Para um melhor entendimento e perceção das ligações da adolescente com as pessoas e estruturas sociais do meio em que habita, foi realizado o ecomapa (Figura 6).

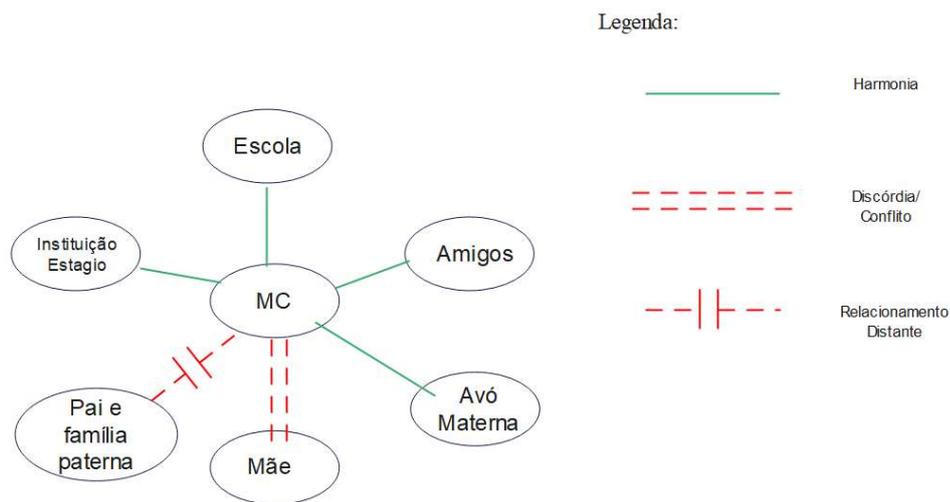


Figura 6 - Ecomapa MC

Com a realização do ecomapa foi possível entender melhor as relações de MC com o seu meio envolvente.

No que diz respeito ao grupo de pares e amigos, MC refere que houve um afastamento dos amigos do passado e neste momento está a tentar aproximar-se de outro tipo de pessoas, a sua rede de amigos é estreita. “*Tive que me afastar deles, se não continuava a consumir...eles só vivem para aquilo...começaram a roubar e fazer outras coisas...afastei-me, teve que ser assim...*” (sic). Refere que não é fácil fazer amigos no meio onde vive “*é uma aldeia...todos falam mal de mim, sei que fiz coisas erradas...mas*

*há quem mude para melhor” (sic). Tem como objetivo mudar de residência quando terminar o curso “quero começar uma vida nova onde ninguém me conhece” (sic).*

Questionada em relação a relacionamentos amorosos, fez referência a uma relação que terminou *“ainda gosto dele, mas ele consome, queria que viesse a esta consulta, mas ele não quer...tenho pena, mas sou nova, a vida continua...” (sic).*

Foi dado espaço para expressão de sentimentos, falou do seu passado e dos consumos. *“Andei perdida muito tempo...com a ajuda desta equipa consegui parar de consumir...a minha vida girava à volta disso...estava sempre à espera do fim das aulas para me juntar ao meu grupo...era o único prazer que tinha...” (sic)*

Neste momento refere que já só fuma tabaco (20 cigarros por dia). *“Aprendi a gostar de outras coisas...quando estou mais triste e nervosa...vou caminhar, ouço música...agora com este estágio ando mais calma...é duro...dou muitos banhos, transferir os doentes...mas faz-me bem...durmo como um anjo!” (sic).* Realizado reforço positivo, elogiada pela sua determinação e força de vontade.

Foi aplicada a escala de LSM (**Anexo I**), tendo apresentado um score de 109 (num intervalo de 29-145), foi pedido à jovem que seleccionasse os temas de maior interesse, por forma a adequar as sessões de psicoeducação às suas necessidades. Fez referência a técnicas de relaxamento, depressão e efeitos dos canabinoides no cérebro.

Apliquei a escala de ansiedade de Hamilton (**Anexo III**), tendo tido um score de 18 (ansiedade patológica moderada). Na escala de Depressão de Beck II (**Anexo IV**), teve um score de 12 (depressão leve a moderada).

Foi-lhe proposto um trabalho para casa, que seria investigar sobre os efeitos dos consumos de canabinoides no cérebro. Foi-lhe fornecido o site do SICAD na secção “Tu Alinhas?” para pesquisa e estudo. No final da entrevista, foi realizado o despiste na urina para os consumos, deu negativo. Foi elogiada pelo resultado, pediu para passar o comprovativo do resultado *“tenho que levar para a minha mãe ver!”(sic).*

Ficou acordado na próxima sessão abordarmos as técnicas de relaxamento e o tema stress e ansiedade.

Nesta primeira entrevista inicial foi possível atingir os objetivos propostos de acordo com Chalifour (2008), que seriam, conhecer o cliente e o problema que o leva à consulta. Foi realizada a recolha de dados para compreender a situação do cliente e para estabelecer uma aliança terapêutica com o mesmo, tendo sido criado espaço para expressão de sentimentos e emoções.

Após a primeira entrevista foram levantados os seguintes diagnósticos de Enfermagem, segundo a CIPE (versão 2): **Ansiedade Atual; Tristeza Atual; Autocontrole Comprometido; Comportamento Assertivo Comprometido; Processo Familiar Comprometido.**

### **Entrevista Seguimento 1**

Nesta entrevista MC encontrava-se inquieta, com discurso acelerado.

Fez referência a conflitos com a mãe com perda de controlo de impulsos, teve um episódio de heteroagressividade dirigida aos familiares a semana passada. Foi levantado o diagnóstico de Enfermagem: **Coping Ineficaz.**

Nesse episódio a família chamou uma instituição de proteção civil, tem crítica sobre o sucedido *“fui impulsiva...senti raiva e não me controlei, já lhes pedi desculpa..”* (sic). Nega consumos.

Procurou-se aprofundar o motivo do conflito, refere que a mãe chamou um ex-namorado seu para casa, sem a consultar. *“Não tinha o direito de me fazer isto...eu já não namoro com ele, nem quero...faz parte do meu passado!”* (sic). Convidei-a a refletir sobre o sucedido, fazendo uma síntese do episódio relatado.

Refere que já não é a primeira vez que a mãe se intromete nas suas relações afetivas, sentindo-se constrangida por invasão da sua privacidade; aconselhada a tentar ser assertiva com a mãe.

Questionada sobre a frequência dos episódios de heteroagressividade, refere que no passado, quando consumia, era comum acontecer.

Admite andar mais irritada e cansada *“ando sem paciência para as pessoas...ando cansada por causa do estágio...”* (sic)

Desde esse episódio refere que o ambiente em casa ficou mais calmo.

Fez alusão a conflitos com colegas do curso, *“qualquer dia...não me controlo”* (sic). Convidada a refletir sobre a sua conduta e sobre a sua necessidade de ajuda para o auto controlo dos seus impulsos, que a poderão prejudicar na sua vida pessoal e profissional.

Aconselhada a “parar e pensar” antes de agir, admite ter sérias dificuldades nesse processo e pede ajuda na resolução do problema.

Segundo Sequeira (2020), o enfermeiro tem um papel importante na assistência ao doente na gestão do seu comportamento impulsivo, com a aplicação de estratégias de resolução de problemas.

O objetivo destas intervenções é ajudar o utente a reconhecer o seu problema, a discutir a sua causa, a identificar estratégias para lidar com o problema selecionando as mais adequadas ao seu nível de desenvolvimento e capacidade cognitiva, a implementar e treinar as estratégias que foram identificadas e por fim, realizar reforço positivo aquando da implementação das estratégias identificadas.

Segundo Chalifour (2009), o processo de resolução de problemas permite ajudar o utente a formular os seus problemas e as fontes de dificuldade, assim como ajudá-lo a reconhecer os recursos que possui para agir perante as mesmas.

Para além disso, através do ensino de um método sistemático de resolução de problemas, é possível promover a autonomia do cliente e aumentar a sua auto confiança no controlo dos seus problemas.

Neste sentido, procurou-se junto de MC desenvolver um método de resolução para o problema identificado – **auto controlo comprometido** (Figura 7).



Figura 7- Processo Resolução Problemas MC (Adaptado Chalifour 2009)

Neste processo de resolução de problemas, procurou-se explorar com MC quais as causas que despoletam a perda do auto controlo.

Procurou-se explorar a relação de MC com a mãe, refere que a mesma foi sempre conflituosa, *“acho que ela nunca quis ser mãe...tinha 19 anos quando engravidou de mim...às vezes dizia-me quando eu era mais pequena, que era mais feliz se eu não existisse..”* (sic). Disponibilizado apoio emocional.

Refere que após o divórcio dos pais, ela e a mãe foram viver com a avó.

Segundo MC, a mãe é seguida em psiquiatria há vários anos por depressão *“Nunca tivemos relação...sou um estorvo na vida dela...por isso não admito que se intrometa na minha vida!”* (sic).

Foi explorado com MC se esta relação poderia ter sido um fator precipitante para o início dos consumos, admite que sim *“não me sentia amada pelos meus pais...só pela minha avó”*(sic), também para ter prazer e afirmação junto do grupo de pares *“naquele grupo sentia-me bem...eram a minha família...depois alguns começaram a fazer coisas menos boas e eu afastei-me..”* (sic)

De acordo com Moreira (2014), a vulnerabilidade individual perante a droga pode ser explicada por exposição precoce a situações de ansiedade e acontecimentos “stressantes”, sendo o conflito familiar e a dificuldade na vinculação entre pais e filhos, fatores de risco. Um maior envolvimento no grupo de pares do que na família, também é considerado um fator de risco.

Neste momento MC está abstinente há mais de um ano, foi parabenizada pela mudança de comportamentos e pela sua força e determinação.

Com o objetivo de clarificar a causa do problema e para a ajudar na escolha das soluções mais adequadas, realizou-se um exercício de auto conhecimento (Tabela 3) *“Eu tomo a responsabilidade do meu bem-estar”* (Chalifour, 2008).

Com a realização deste exercício foi possível promover a expressão de sentimentos e emoções por parte de MC. Fez referência à tristeza que sente por não ter uma boa relação com os pais. Neste momento, sente-se mais insatisfeita com a sua vida pessoal, tem poucos amigos *“afastei-me do grupo habitual...eles mantêm os consumos, não me respeitam...isso não é bom para mim..”* (sic).

Outro fator de stress identificado por MC é o ambiente em que vive *“as pessoas sabem o que fiz, sabem que consumi...olham para mim de lado...”* (sic). Admite dificuldades de integração na sua comunidade, mostra grande vontade de ser independente e mudar de residência a partir dos 18 anos.

## Eu tomo a responsabilidade do meu bem-estar

	Do ponto de vista pessoal	Eu escolho	Do ponto de vista escolar/social
<b>O que me incomoda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A raiva que sinto da minha mãe</li> <li>- Indiferença do meu pai</li> <li>- Irritabilidade persistente</li> </ul>	<b>Escolho ocupar-me de...</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Curso Profissional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tenho poucos amigos</li> <li>- O ambiente</li> <li>- Estigma das pessoas</li> <li>- Não me identifico com as pessoas da minha aldeia</li> </ul>
<b>O que quero</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser independente</li> <li>- Mudar de residência</li> </ul>	<b>O que desejo é...</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser feliz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter boas notas</li> <li>- Trabalhar</li> </ul>
<b>O que deveria fazer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter calma</li> <li>- Evitar discussões</li> </ul>	<b>O que decido fazer, é...</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Focar em mim e nos meus objetivos</li> <li>- Manter consultas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Focar no estágio, ter um bom currículo.</li> </ul>

Tabela 3 - Exercício auto conhecimento MC (Adaptado de Chalifour 2008)

Como fator positivo na sua vida atual, fez referência ao curso profissional que está a realizar na área da saúde e o seu estágio profissional que está a ser do seu agrado, refere que se imagina a trabalhar nesta área. *“Quando terminar vou entregar currículos no país inteiro...vou para qualquer lado..”* (sic). Realizado reforço positivo pela sua determinação.

De acordo com Maslow (1970, 1972, 1980) cit in Chalifour (2008) o ser humano apresenta vários tipos de necessidades, provocadas por uma deficiência ou carência do organismo, sendo elas as necessidades de ordem fisiológica, as associadas à segurança física e psicológica, as ligadas ao amor e à pertença, e as necessidades relativas à autoestima.

Após colheita de dados junto de MC é notória uma grande carência nas necessidades de segurança, necessidade de amor e pertença, necessidade de estima, que poderão comprometer o desenvolvimento da necessidade de auto atualização, de acordo com Chalifour (2008).

MC vive em grande frustração e sofrimento, sendo a perda de auto controlo expressa sobre a forma de agressividade, sugestiva de uma externalização do seu sofrimento.

Através de uma escuta ativa e compreensão empática, procurou-se delinear soluções para lidar com o problema.

Refere que no passado tomou medicação para “*ficar mais calma*”(sic), com efeitos positivos, não soube especificar a medicação. Aconselhada a não se auto medicar, sem orientação médica. Alertada para o risco de recaída, uma vez que no passado teve um comportamento aditivo com benzodiazepinas “*tomava a medicação da minha mãe*” (sic).

Delineadas algumas estratégias que poderão ajudar no controlo dos impulsos, como praticar desporto, ouvir música, relaxamento e treino de assertividade. Mostrou-se recetiva a aprender mais sobre o relaxamento e treino de assertividade.

Tal como planeado foram preparadas três técnicas de relaxamento diferentes: relaxamento muscular progressivo de Jacobson, respiração diafragmática e imaginação guiada (**Anexo IX**), no sentido da adolescente MC escolher o método mais eficaz para si, de forma a poder aplicá-lo no seu dia-a-dia.

Destas três técnicas de relaxamento MC considera a mais eficaz a imaginação guiada. “*Nunca tinha experimentado...é muito bom...voei daqui...sinto-me bem*” (sic). Foi disponibilizado por e-mail o link do relaxamento para realizar em casa ou onde achar adequado. Agradeceu a intervenção.

Para TPC, ficou acordado utilizar este método de relaxamento quando sentir que a irritabilidade está a escalar, tendo-se mostrado recetiva.

No final da entrevista foi realizado o despiste na urina para os consumos, deu negativo, foi elogiada pelo resultado.

Tal como combinado, foi apresentado também o PowerPoint sobre o tema stress e ansiedade (**Anexo VII**), tendo sido utilizado para esta psicoeducação, o computador disponível na sala. Durante a apresentação mostrou-se interessada, colocou algumas questões e agradeceu a intervenção.

Nesta entrevista terminámos com um exercício de relaxamento de centração através da respiração, com o objetivo de reduzir o nível de ansiedade (**Anexo X**), tendo sido eficaz.

## Entrevista Seguimento 2

Humor eutímico, discurso e comportamentos adequados. Fáceis sorridente e aspeto cuidado.

Pedi reagendamento da consulta porque se encontrava em estágio. Refere que o estágio está a correr bem, termina em junho de 2022. Falou do seu futuro profissional, discutiram esse assunto em casa, a mãe referiu que se quiser e terminar o 12º ano com boas notas, que lhe paga propinas para um curso superior.

Mostrou-se agrada com a postura da mãe, “*não contava com isto...o único senão é que fico mais tempo dependente dela..*” (sic). Convidada a refletir sobre os prós e os contras. Embora a vontade de ser independente seja muito forte, admite que se puder estudar terá uma maior estabilidade profissional e financeira. Questionada sobre o curso que gostaria de ingressar, pondera tirar o curso de Enfermagem.

Refere que as coisas em casa estão mais tranquilas, não voltou a ter alterações de comportamento.

Nesta entrevista, tal como agendado, foi realizada a sessão de psicoeducação proposta sobre os efeitos dos consumos de canabinoides no cérebro.

Para esta psicoeducação foi utilizado o computador e as colunas disponíveis na sala, realizada exposição através de uma apresentação PowerPoint (**Anexo XI**). No fim da apresentação, procedeu-se à visualização de um filme sobre o tema intitulado “*O Canábis faz mal ao cérebro?*”.

A jovem desconhecia os efeitos do canábis do cérebro e consequentemente na saúde mental “*ainda bem que parei...*” (sic). Realizado reforço positivo.

Ficou preocupada com o aumento da comorbilidade de doenças psiquiátricas com os consumos, mostrou interesse em saber mais sobre Esquizofrenia, foi realizada apresentação PowerPoint sobre o assunto (**Anexo XII**), agradeceu a intervenção.

Questionada sobre o seu trabalho de casa, refere que conseguiu fazer e sentiu melhorias na gestão da irritabilidade e ansiedade, “*fico zen...gosto de me sentir assim*” (sic), foi incentivada a continuar a praticar.

Refere que tem andando um pouco mais cansada, tem feito muitos turnos e o serviço está pesado. Falou da presença de uma suspeita de covid-19 no seu serviço e do medo que tem de transmitir o vírus à sua avó, foi disponibilizado apoio emocional.

Refere que o exercício de auto conhecimento da última sessão foi importante e permitiu perceber melhor o que sentia. “*O passado não consigo mudar...nem a minha*

*mãe...tenho que cuidar mais de mim..”* (sic). Elogiada pela sua atitude, realizado reforço positivo.

No final da entrevista, foi realizado o despiste na urina para os consumos que deu negativo, elogiada pelo seu resultado.

Convidada a contactar por e-mail se necessário; como TPC ficou de continuar a aplicar as técnicas de relaxamento.

### **Entrevista de Seguimento 3**

Humor eutímico, discurso e comportamentos adequados. Aspeto cuidado.

Refere que vai aumentar os turnos do curso e não vai poder continuar a vir as consultas.

Ficou acordado ser enviado por e-mail, material relativo às sessões de psicoeducação. Agradeceu a disponibilidade.

Foi realizada psicoeducação sobre sinais e sintomas de alerta, tais como alterações nos seus hábitos de sono, apetite, humor, irritabilidade crescente. Incentivada a pedir ajuda junto dos profissionais de saúde mental da sua área de residência, solicitando referenciação ao seu médico de família.

Neste sentido e para melhor elucidar a jovem, foi realizada apresentação PowerPoint “*Procura de Ajuda em Saúde Mental*” (**Anexo XIII**).

Como combinado nas sessões anteriores foi realizada uma apresentação sobre o tema Depressão (**Anexo VIII**), mostrou-se interessada pelo tema, tendo colocado várias questões.

Infelizmente não foi possível continuar com as atividades propostas do treino de assertividade, para posterior avaliação do método de resolução de problemas.

Aplicou-se novamente a escala de LSM (**Anexo I**), tendo tido um score de 113.

Foi-lhe também aplicada a escala de Hamilton (**Anexo III**), tendo ficado com um score de 11 (ansiedade normal) e de Beck II (**Anexo IV**), com um score de 11 (estado de depressão leve a moderada).

A jovem preencheu o questionário dos indicadores de saúde (**Anexo V**), para avaliação das intervenções.

Parabenizei a jovem pelos progressos efetuados, pela sua determinação e força de vontade.

Incentivada a manter o relaxamento para auto controlo dos impulsos. Aconselhada a manter psicoterapia e ir à consulta de Psiquiatria.

Foi disponibilizado e-mail para colocar dúvidas ou para caso de necessidade. Agradeceu a intervenção.

Agradececi à jovem o seu empenho e oportunidade de aprendizagem.

#### 4.1.3 - Jovem JN

##### **História Clínica**

Jovem de 17 anos, reside com os tios maternos numa cidade do Alentejo. Estudante, a frequentar um curso profissional na área da estética.

Iniciou seguimento na consulta de adolescentes em 2019 por história de consumo de substâncias psicoativas. Iniciou consumo de tabaco aos 12 anos (5/6 cigarros por dia) e canábis aos 14 anos (1 cigarro por dia).

Os pais são divorciados desde a sua gestação.

Residiu sempre com a mãe até 2019, altura em que se iniciou processo de promoção e proteção em tribunal, por alteração de conduta e por ter tido uma relação com um indivíduo mais velho, suspeito de práticas ilícitas, consumos e tráfico de estupefacientes. A mãe da jovem apresentou queixa contra o indivíduo por pedofilia e coação sexual.

Após avaliação do tribunal, foi considerado haver lacunas no agregado familiar no que diz respeito à sua segurança da JN, tendo sido nomeado o tio materno para seu tutor.

##### **Processo de Enfermagem JN**

##### **Entrevista de avaliação diagnóstica inicial**

A jovem JN foi encaminhada para o projeto, devido à sua história de consumos de substâncias psicoativas; a equipa considera que a utente tem baixa LSM, podendo ser benéfico para ela fazer parte do projeto.

Humor eutímico, postura descontraída, discurso fluído e organizado.

Aspeto cuidado, roupa adequada à sua idade, maquilhada.

Foi apresentado o projeto e os seus objetivos, mostrou-se interessada em participar.

Refere que se encontra a frequentar o curso profissional na área da estética que lhe dará equivalência ao 12º ano, mostrou-se agradada com o curso e mostrou vontade de

ser independente e iniciar a sua atividade profissional.

Reside com os tios maternos, há cerca de 2 anos. Fez referência a uma relação conflituosa com a tia “*ela não gosta que eu viva lá com eles...eles não tem filhos por opção e eu vim dar mais trabalho...mas se não fossem eles estava numa instituição..*” (sic).

Questionada sobre o motivo de ser o tio materno o tutor, fez referência a um processo no tribunal levantado pela mãe, “*fez a queixa para se livrar de mim...baixou os braços...tive que mudar a minha vida toda...não a perdoo..*” (sic).

Refere que viveram sempre as duas e que foi difícil para ela ir viver com os tios para uma cidade nova. Não consegue entender a ação da mãe “*percebo a queixa...não entendo é porque desistiu de mim tão facilmente...*” (sic). Assume ter tido condutas incorretas e consegue entender o cansaço e frustração da mãe, contudo encontra-se muito triste com a situação. Disponibilizado apoio emocional.

Para uma melhor compreensão e percepção das relações familiares, e do comportamento que adota com alguns membros da família, elaborou-se o genograma familiar (Figura 8).

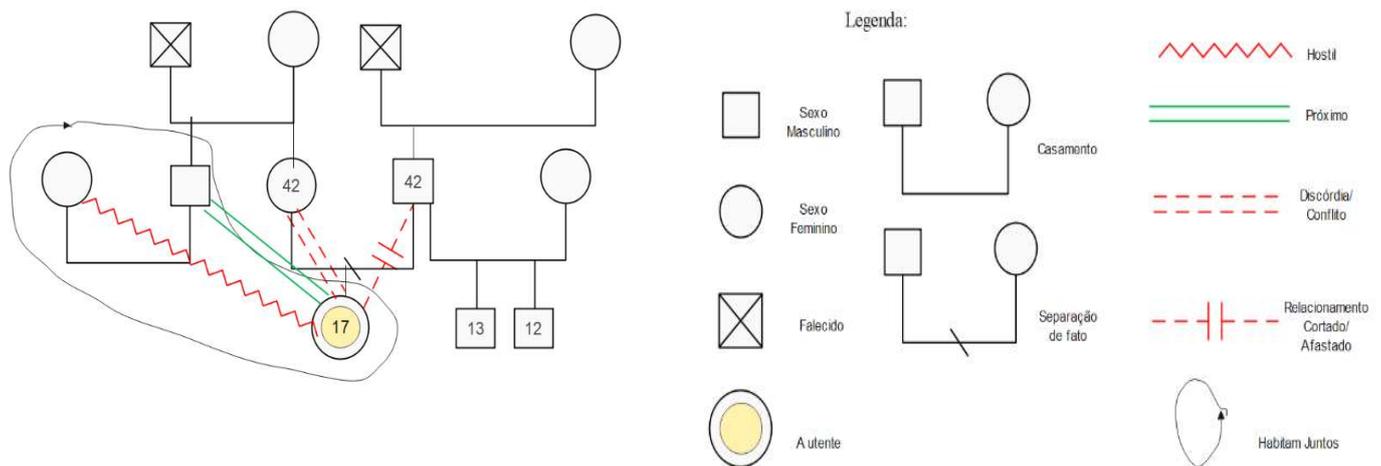


Figura 8 - Genograma Familiar JN

Questionada acerca da sua relação com o pai, refere que os pais se separaram ainda na sua gestação e que esteve com ele recentemente desde que foi viver com os tios. “*Chamaram-no para decidirem qual seria o meu tutor...disse logo que não podia, que tinha mais filhos..*” (sic). Tem conhecimento da existência de dois irmãos de 13 e 12 anos, mas nunca teve a oportunidade de os conhecer.

“ O meu pai nunca quis saber de mim...a minha mãe teve que ir a tribunal algumas vezes porque não pagava a pensão de alimentos, nunca passei um fim de semana com ele e os meus irmãos, agora já é tarde! “ (sic). Disponibilizado apoio emocional.

Questionada sobre os objetivos de frequência nas consultas, para além da obrigação judicial até completar os 18 anos, refere que quer parar os consumos para bem da sua saúde, foi elogiada pela sua determinação e força de vontade.

Refere que tem conhecimento que os consumos afetam a sua saúde “*fico mais irritada quando consumo...altera-me o sono...para além disso, faz mal à minha pele e cabelo, se quero trabalhar na estética tenho que ter uma boa imagem.*” (sic). Realizado reforço positivo.

A utente refere que vai ter uma audiência em tribunal no espaço de um mês e quer muito parar os consumos até lá “*estou decidida...tenho que conseguir, é importante para mim levar um teste negativo*” (sic), foi elogiada pela sua determinação.

Admite recorrer aos consumos em situações de stress ou quando sai com amigos. “*Eu não preciso disto...é um escape...para ficar mais alegre e desinibida..*” (sic)

Foi aplicada a escala de LSM (**Anexo I**), tendo apresentado um score de 121, num intervalo de 29-145. Foi pedido à jovem que seleccionasse os temas de maior interesse, por forma a adequar as sessões de psicoeducação às suas necessidades. Fez referência a técnicas de relaxamento, stress e ansiedade e efeitos dos canabinoides no cérebro.

Aplicamos a escala de ansiedade de Hamilton (**Anexo III**), tendo tido um score de 7 (ansiedade normal). Na escala de Depressão de Beck II (**Anexo IV**), teve um score de 6 (sem depressão).

Foi-lhe proposto um TPC, que seria investigar sobre os efeitos dos consumos de canabinoides no cérebro, tendo sido fornecido o site do SICAD na secção “Tu Alinhas?”, para pesquisa e estudo.

Ficou acordado na próxima sessão abordarmos o tema dos efeitos dos canabinoides no cérebro, mostrou-se recetiva e agradeceu a intervenção.

Foi realizada despistagem na urina, segundo protocolo da instituição, deu positivo para THC.

Após a primeira entrevista, foram levantados os seguintes diagnósticos de Enfermagem, segundo a CIPE (versão 2): **Ansiedade Atual; Tristeza Actual; Comportamento Assertivo Comprometido; Processo Familiar Comprometido; Coping Ineficaz; Comportamento Aditivo Actual**

## Entrevista de seguimento 2

Humor eutímico, fáceis sorridente e discurso adequado. Vinha acompanhada de uma amiga.

Refere que o curso está a correr bem, embora gostasse mais de trabalhar com crianças, “*gostava mais de ter ido para o curso de auxiliar de infância, mas não tinha vagas*” (sic). Incentivada a pedir transferência de curso ou frequentar esse curso à posterior.

“*Já tinha pensado nisso, mas a minha prioridade é ter 18 anos e sair de casa dos meus tios, estou cansada de tribunais...relatórios, sempre a avaliarem-me. Quero a minha liberdade, o meu espaço, estou cansada de andar de casa em casa e não ter voto na matéria!*” (sic).

Para perceber melhor as interações da jovem JN com membros da família e o meio envolvente, foi proposto a realização do ecomapa (Figura 9).

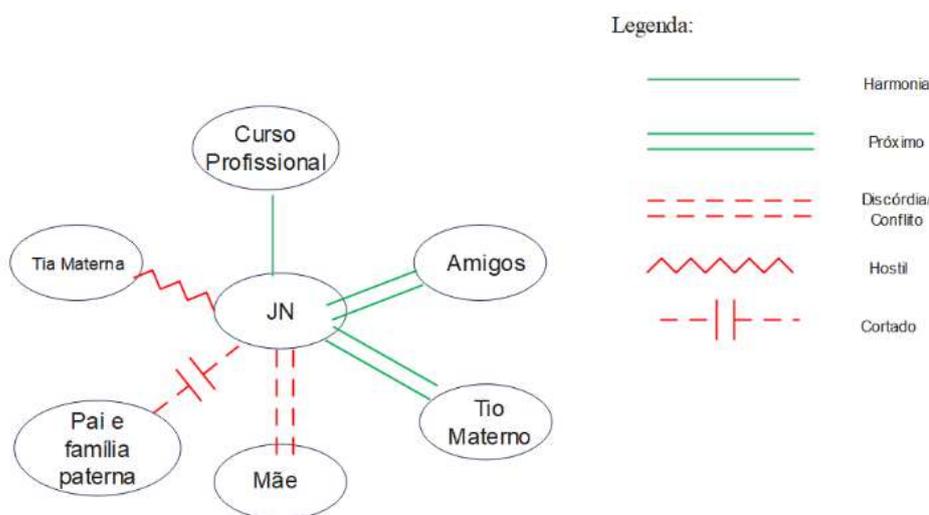


Figura 9 - Ecomapa JN

Durante a realização do ecomapa, JN foi explanando as relações com a família, fez referência a conflitos com a tia. “*Ela não me recebeu bem em casa, está sempre a criticar tudo o que faço...mas consigo entender, estavam habituados a estar sozinhos e eu vim trazer problemas..*”. Disponibilizado apoio emocional, incentivada a evitar conflitos com os tios e a participar nas atividades domésticas e familiares, tendo-se mostrado recetiva.

Com o tio refere que a relação é boa “*ele tem-me ajudado muito...no início foi complicado, impunha-me muitas regras...horas para tudo, foi difícil habituar...mas agora entendo que era para o meu bem*” (sic).

Refere que fez um grupo de amigos desde que se mudou para casa dos tios, manteve alguns na cidade onde vivia com a mãe. Neste momento refere que não tem namorado.

A relação com o pai foi sempre afastada, fala dele com alguma indiferença, não mostra abertura para aproximação com a família paterna.

Para auxiliar a jovem JN na definição das suas metas e objetivos, realizou-se um exercício de auto conhecimento (Tabela 4).

Mostra uma grande vontade de ser independente e terminar a sua formação profissional, tendo sido auxiliada a delinear as estratégias para atingir os seus objetivos pessoais e profissionais.

Com este exercício foi possível a JN refletir sobre os aspetos que a incomodam na sua vida pessoal e social/escolar, nomeadamente na relação com os tios e na relação com as instituições em que está envolvida.

Tal como agendado, foi realizada a sessão de psicoeducação proposta sobre os efeitos dos consumos de canabinoides no cérebro.

Perguntou se a amiga que a estava a acompanhar também poderia assistir à sessão, “*ela também consome, acho que era bom para ela, pode ser que também queira parar de consumir*” (sic). Foi consentido, assistiram as duas à sessão com entusiasmo.

Para esta sessão de psicoeducação foi utilizado o computador disponível na sala, realizada exposição através de uma apresentação PowerPoint (**Anexo XI**). No fim da apresentação, procedeu-se à visualização de um filme sobre o tema intitulado “*O Canábis faz mal ao cérebro?*”.

As duas jovens desconheciam os efeitos dos canabinoides no cérebro e consequentemente na saúde mental, agradeceram a intervenção.

Na próxima entrevista, tendo em conta as preferências da jovem JN, serão abordados os temas de stress e ansiedade e técnicas de relaxamento.

Foi realizado o teste de urina para despistagem de consumos, deu positivo para THC.

## Eu tomo a responsabilidade do meu bem-estar

	Do ponto de vista pessoal	Eu escolho	Do ponto de vista escolar/social
<b>O que me incomoda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os outros decidirem a minha vida</li> <li>- Ter que andar sempre a ser avaliada pelo tribunal</li> <li>- Ter que viver com os meus tios</li> <li>- A relação com a minha tia</li> </ul>	<b>Escolho ocupar-me de...</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Curso Profissional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nada</li> <li>“tenho muitos amigos, saio quando o meu tio deixa”.</li> </ul>
<b>O que quero</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser independente</li> <li>-Parar os consumos</li> </ul>	<b>O que desejo é...</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser feliz e saudável</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter boas notas</li> <li>- Trabalhar</li> </ul>
<b>O que deveria fazer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter calma</li> <li>- Evitar discussões</li> <li>- Ser mais responsável</li> </ul>	<b>O que decido fazer, é...</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Focar em mim e nos meus objetivos</li> <li>- Manter consultas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter o aproveitamento do curso</li> <li>- Escolher um bom campo de estágio</li> </ul>

Tabela 4 - Exercício auto conhecimento JN (Adaptado de Chalifour 2008)

### Entrevista de seguimento 3

Humor eutímico, postura descontraída, fáceis sorridente e discurso adequado.

Refere que o curso está a correr bem, vão iniciar um estágio profissional e está entusiasmada, foi realizado reforço positivo.

Fez referência ao filme assistido na entrevista anterior, “*fiquei a pensar na última sessão e aquilo assustou-me um bocado, não quero ficar doente por causa do canábis. Se já tinha vontade em parar, agora ainda tenho mais...esta semana sinto que já consegui reduzir os consumos, gostava de ter um resultado negativo daqui a duas semanas. A minha amiga também ficou impressionada.*” (sic). Realizado reforço positivo e incentivada a manter a sua determinação e linha de pensamento.

Para auxiliar nesse processo de auto controlo, nesta entrevista, foi instruída sobre técnicas de relaxamento e stress e ansiedade (**Anexo VII e IX**).

Tal como planeado foram preparadas três técnicas de relaxamento diferentes: relaxamento muscular progressivo de Jacobson, respiração diafragmática e imaginação

guiada (**Anexo IX**), no sentido de a adolescente JN escolher o método mais eficaz para si, de forma a poder aplicá-lo no seu dia-a-dia.

Destas três técnicas de relaxamento, JN considera a mais eficaz a respiração diafragmática e a imaginação guiada, “*é muito bom gostei muito*” (sic).

Foi disponibilizado por e-mail o link do relaxamento para realizar em casa ou onde achar adequado, agradeceu a intervenção.

Para TPC ficou acordado utilizar este método de relaxamento quando se sentir mais ansiosa, tendo-se mostrado recetiva. Incentivada também a praticar desporto e ouvir música, para reduzir os níveis de ansiedade.

Realizada despistagem no teste de urina, deu positivo para THC. “*Continuo a fumar quando saio ao fim de semana, mas quero parar...quero ir a tribunal com um teste negativo*” (sic). Realizado reforço positivo e incentivada a pôr em prática as estratégias delineadas.

#### **Entrevista de Seguimento 4**

Humor eutímico, postura descontraída. Discurso adequado e organizado.

Aspetto cuidado, cabelo arranjado e maquilhada.

Refere que já iniciou o estágio e está a gostar muito “*imagino-me a fazer isto, estou a gostar mais do que imaginei...*” (sic). Realizado reforço positivo.

Questionada sobre o seu TPC, refere que desde a última consulta há 2 semanas, tem aplicado o relaxamento e conseguiu não consumir “*fumei só tabaco...acho que hoje vou ter o meu primeiro teste negativo*” (sic), referiu também que começou a realizar caminhadas com uma amiga.

Por se apresentar ansiosa para saber o resultado do teste, o mesmo foi antecipado e estava negativo. A jovem ficou muito satisfeita e feliz dando pulos de alegria “*finalmente consegui!*” (sic). Parabenizada pelo seu sucesso e determinação. “*Não imagina o que isto representa para mim...é o passaporte para a minha liberdade, os meus tios vão confiar mais em mim e vai ser bom para mim quando for à audiência no próximo mês..*” (sic).

A jovem completará 18 anos este ano de 2022, refere que tem como planos trabalhar e alugar uma casa com umas amigas “*quero a minha independência*” (sic).

Realizado reforço positivo, incentivada a refletir sobre as suas decisões – *prós e contras* de sair de casa dos tios, segundo a figura 10.

Com a realização deste exercício de reflexão, a jovem JN foi capaz de perceber melhor os prós e os contras de ser independente, auxiliando-a assim na tomada de decisão e definição de objetivos pessoais.

Agradeceu a intervenção *“percebo que nem tudo são rosas e que não vai ser fácil...mas com a ajuda das amigas, vai ser melhor, dividimos as despesas...a liberdade não tem preço!”* (sic).

Incentivada a focar-se no seu estágio profissional para garantir um emprego no fim do curso. Encontra-se focada e determinada, elogiada por isso.

JN refere que não vai poder vir às consultas com tanta frequência, devido ao seu estágio profissional.

Pediu o link do filme dos canabinoides no cérebro para mostrar a uns amigos *“pode ser que eles também fiquem impressionados e parem os consumos..”*(sic).

Foi entregue à jovem JN, o questionário dos indicadores de resultados (**Anexo V**) para trazer preenchido na próxima entrevista de avaliação diagnóstica, que será a última.

Elogiada pelos seus progressos e incentivada a manter as estratégias para se manter focada nos seus objetivos pessoais.



Figura 10 - Decisões JN

### Entrevista Final

Humor eutímico, fáceis sorridente e postura descontraída. Discurso fluído e adequado.

Aspeto cuidado, maquilhada, roupa adequada à sua idade.

Tal como combinado, devido à sua situação profissional, esta será a sua última entrevista.

Aplicou-se novamente a escala de LSM (**Anexo I**), tendo tido um score de 130 (num intervalo de 29-145).

Foi-lhe também aplicada a escala de Hamilton (**Anexo III**), tendo ficado com um score de 6 (ansiedade normal) e de Beck II (**Anexo IV**) com um score de 5 (sem depressão). A jovem trouxe o questionário dos indicadores de saúde (**Anexo V**) preenchido, tal como solicitado.

Foi realizada despistagem de urina para os consumos, tendo dado negativo. Ficou bastante satisfeita com os resultados, foi parabenizada pelos progressos efetuados, pela sua determinação e força de vontade.

Incentivada a manter as estratégias trabalhadas para auto controlo e gestão de conflitos. Disponibilizado e-mail para colocar dúvidas ou para caso de necessidade. Agradeceu a intervenção.

Agradeceu à jovem o seu empenho e oportunidade de aprendizagem.

A jovem vai manter o acompanhamento nas consultas de adolescentes, até completar os 18 anos.

#### 4.1.4 – Jovem NS

##### **História Clínica**

Jovem com 17 anos, sexo masculino, solteiro, reside com os pais e um irmão de 15 anos, numa cidade alentejana.

Estudante, a frequentar o 10º ano num curso de multimédia.

Foi admitido nas consultas por encaminhamento da escola, com um processo na CPCJ. Segundo relatório da escola, o jovem apresentava um elevado número de faltas desde o início do ano letivo, com um comportamento desadequado nas aulas, adotando uma postura desafiadora e vocabulário desadequado. Quando chamado à atenção é agressivo e desafiador com os professores.

Foi encaminhado para a pedopsiquiatria, é seguido por Psicologia.

Apresenta história de consumo de substâncias psicoativas (canábis), tendo iniciado consumo de tabaco aos 11 anos, álcool aos 13 anos e canábis aos 14 anos. Costuma consumir com o grupo de pares.

Em 2017 foi seguido nas consultas de adolescentes, tendo conseguido parar os consumos, abandonou o seguimento. Teve uma recaída e retomou as consultas em Outubro de 2021.

## **Processo Enfermagem NS**

### **Entrevista de avaliação diagnóstica inicial**

O jovem NS foi encaminhado para o projeto porque apresenta pouco insight sobre os consumos e tem-se mostrado pouco recetivo às intervenções da equipa.

Postura tensa e desconfiada, não faz contacto visual, discurso pobre e provocado. Aspeto emagrecido, palidez facial e olheiras.

Reside com os pais e o irmão, encontra-se a frequentar um curso profissional de multimédia, com agrado.

Questionado sobre o motivo de frequência e objetivos *“venho aqui obrigado pelo tribunal e pelos meus pais...”* (sic).

Foi fornecido espaço para expressão de emoções e sentimentos, mas o jovem submeteu-se ao silêncio, que foi respeitado.

Foi apresentado o projeto, mostrou-se pouco recetivo em participar *“eu já sei isso tudo...não preciso disso para nada.”* (sic).

Colaborou no preenchimento do questionário de LSM (**Anexo I**), tendo tido um score de 110 (num intervalo de 29-145). Agradeceu-se a colaboração.

Recusou colaborar no preenchimento das escalas de Hamilton (**Anexo III**) e Beck II (**Anexo IV**) *“estou muito bem, não tenho nada disso”* (sic).

Realizada despistagem na urina, deu positivo para THC.

Agendada nova entrevista.

Após a primeira entrevista foram levantados os seguintes diagnósticos de Enfermagem, segundo a CIPE (versão 2): **Ansiedade Atual; Tristeza Atual; Auto Controlo Ineficaz; Coping Ineficaz; Comportamento Aditivo Atual.**

### **Entrevista de Seguimento 1**

O jovem NS faltou à entrevista agendada, tendo abandonado o programa.

Não foi possível prosseguir com as intervenções, foram informadas as instituições e a família.

## 4.2 – Discussão de Resultados

Após a apresentação do processo de avaliação diagnóstica dos jovens trabalhados, irá proceder-se à análise dos resultados obtidos.

Será realizada uma análise caso a caso e os resultados serão sintetizados com base nos indicadores de resultados definidos previamente. Para facilitar a análise, será apresentada uma tabela com os dados das várias entrevistas ao longo do processo de Enfermagem.

No final da análise individual de cada jovem, serão apresentados os gráficos referentes às escalas aplicadas, assim como a respetiva análise dos mesmos.

### Jovem BS

	1ª Avaliação Diagnóstica	2ª Avaliação Diagnóstica	3ª Avaliação Diagnóstica	4ª Avaliação Diagnóstica	5ª Avaliação Diagnóstica
<b>Humor</b>	Deprimido	Eutímico	Eutímico	Deprimido	Eutímico
<b>Comunicação</b>	Postura ansiosa, discurso acelerado mas adequado no conteúdo.	Postura mais aberta, expressou sentimentos e emoções.	Postura descontraída, discurso fluído	Postura ansiosa e tensa. Conflitos com a família.	Postura calma e confiante
<b>Imagem Corporal</b>	Comprometida “Tenho nojo de mim”	Veio maquilhada, com roupa nova	Cabelo arranjado e maquilhada.	Melhorada	Melhorada
<b>Autocontrolo</b>	Comprometido Positivo p/ THC	Comprometido Positivo p/ THC	Comprometido Positivo p/ THC	Comprometido Positivo p/ THC	Melhorada Sem consumos
<b>Auto estima</b>	Baixa auto estima	Baixa auto estima	Baixa auto estima	Baixa auto estima	Ligeiras melhorias
<b>Ansiedade</b>	Atual	Atual Começou a frequentar as aulas de equitação	Atual	Atual	Melhorada Tem realizado o relaxamento e frequenta as aulas de equitação com agrado
<b>Coping</b>	Comprometido	Comprometido	Comprometido	Comprometido	Melhorado
<b>Tristeza</b>	Atual	Atual	Atual	Atual	Fáceis sorridente

Jovem BS	6ª Avaliação Diagnóstica	7ª Avaliação Diagnóstica	Avaliação Diagnóstica Final
<b>Humor</b>	Eutímico	Entrevista telefônica Eutímico	Eutímico
<b>Comunicação</b>	Postura tranquila	Discurso adequado	Postura calma e confiante
<b>Imagem Corporal</b>	Maquilhada, unhas arranjadas	Melhorada	Maquilhada, unhas arranjadas
<b>Autocontrole</b>	Melhorado Sem consumos	Melhorada Sem consumos	Melhorada Sem consumos
<b>Auto estima</b>	Melhorada	Melhorada	Melhorada
<b>Ansiedade</b>	Melhorada Tem realizado o relaxamento e frequenta as aulas de equitação com agrado	Melhorada Tem praticado o relaxamento	Melhorada Tem praticado o relaxamento
<b>Coping</b>	Melhorado	Melhorado	Melhorado
<b>Tristeza</b>	Fáceis sorridente	Nega tristeza	Fáceis sorridente

Tabela 5 - Tabela de Avaliação BS

Através da análise destas tabelas de avaliação diagnóstica é possível verificar uma melhoria gradual do humor da jovem BS ao longo das entrevistas, passando de Humor deprimido para eutímico. Na quarta entrevista, devido a conflitos familiares, apresentou um ligeiro agravamento do estado clínico (Tabela 5).

No que diz respeito à comunicação, houve uma melhoria na sua postura e conteúdo do discurso, passando de uma postura ansiosa para uma postura calma e confiante nas entrevistas.

A jovem BS apresentava na avaliação inicial um grave comprometimento da imagem corporal e auto estima, tendo sido visível uma evolução significativa na sua percepção da auto imagem. Nas primeiras entrevistas, estava muito presente a sensação de mal estar com o próprio corpo, muito relacionado ao episódio de abuso sexual na infância. Nos episódios de tristeza e frustração, esse mal estar ainda se manifesta. Contudo, ao longo das intervenções, com a redução dos níveis de ansiedade e incentivo para cuidar da sua imagem, foi melhorando o seu auto cuidado e na última avaliação, apresentava-se

maquilhada e de unhas arranjadas. Paralelamente à sua auto imagem, foi visível um gradual aumento da auto estima ao longo das intervenções.

No que diz respeito ao auto controlo, a partir da quinta avaliação diagnóstica foi visível uma melhoria, tendo conseguido parar os consumos. As principais estratégias adotadas pela jovem foi a utilização das técnicas de relaxamento e a prática de exercício físico (equitação e caminhadas).

A Ansiedade também foi melhorada a partir da quinta avaliação, através da aplicação no dia a dia das técnicas de relaxamento e do desporto. A partir da quinta sessão, quando a jovem BS conseguiu ter resultado negativo para THC, foi notória uma evolução significativa nos níveis de Ansiedade e no Coping, melhorando gradualmente o ambiente familiar, pois conseguiu reconquistar a confiança da família e foi obtendo mais independência.

Consequentemente, a Tristeza sentida por BS foi melhorando ao longo do processo de Enfermagem, conforme ia melhorando no Humor, Ansiedade, Auto Controlo e Coping.

Na entrevista de avaliação diagnóstica final, a jovem preencheu o questionário dos indicadores de resultados (**Anexo V**), tendo-se obtido as seguintes respostas:

- 1 - **Enfrenta os problemas de forma:** “mais eficaz” – coping melhorado;
- 2 – **Auto estima:** “aumentou, sinto-me melhor” – auto estima melhorada;
- 3 - Em relação ao **bem-estar:** “mais alegre” – tristeza melhorada;
- 4 – **Imagem corporal:** “sinto-me melhor” – imagem corporal melhorada;
- 5 – **Mudança de Hábitos de Vida:** “sim, faço desporto, já não consumo, estou a comer melhor” – mudança para hábitos de vida saudável atingido;
- 6 - A **Ansiedade:** “diminuiu, aprendi a fazer relaxamento” – ansiedade melhorada
- 7 – **Auto Controlo** – “tenho mais controlo das situações ” – Auto controlo melhorado;
- 8 – O **consumo de substâncias psicoativas:** “consegui parar os consumos” – Comportamento aditivo melhorado;
- 9 - Relativamente à **avaliação das intervenções psicoeducacionais:** “aprendi coisas novas que não sabia, ajudaram a mudar os meus hábitos de vida para melhor...fiquei mais alerta para as doenças mentais e consequências dos consumos na nossa saúde”.
- 10 - Relativamente à **avaliação das intervenções psicoterapêuticas:** “foi bom, aprendi a olhar para mim de forma diferente, a valorizar-se mais, ajudou-me a focar nos

meus sonhos, mereço ser feliz” (sic).

Analisando as respostas de BS ao questionário, é possível constatar que a sua autoavaliação relativamente aos diagnósticos de Enfermagem levantados, vai de encontro às observações e avaliações realizadas por nós ao longo do processo de Enfermagem.

Relativamente a mudança de hábitos de vida, a jovem considera que as intervenções auxiliaram na adoção de hábitos de vidas mais saudáveis, como a prática de desporto, melhor alimentação e suspensão dos consumos de substâncias psicoativas.

A jovem BS considerou também que as intervenções psicoeducacionais e psicoterapêuticas foram positivas para a sua vida, contribuindo para obtenção de ganhos em saúde.

### Jovem MC

	1ª Avaliação Diagnóstica	2ª Avaliação Diagnóstica	3ª Avaliação Diagnóstica	4ª Avaliação Diagnóstica
<b>Humor</b>	Eutímico	Irritável	Eutímico	Eutímico
<b>Comunicação</b>	Postura descontraída, discurso fluído	Postura ansiosa, discurso acelerado . Tensa, conflitos com a mãe.	Postura descontraída, discurso fluído	Postura descontraída, discurso fluído
<b>Autocontrolo</b>	Comprometido	Comprometido Episódio de hetero agressividade	Ligeiras Melhorias	Melhor
<b>Auto estima</b>	Baixa auto estima	Baixa auto estima	Ligeiras melhorias	Melhor
<b>Ansiedade</b>	Atual	Atual	Ligeiras Melhorias  Tem realizado o relaxamento	Melhor  Tem realizado o relaxamento
<b>Coping</b>	Comprometido	Comprometido	Comprometido	Ligeiras melhorias, tem refletido mais sobre os seus atos.
<b>Tristeza</b>	Atual	Atual	Atual	Atual

Tabela 6 - Tabela de Avaliação MC

Através da análise desta tabela de avaliação diagnóstica é possível verificar que o Humor da jovem MC ao longo das entrevistas, foi quase sempre Eutímico, à exceção da

segunda entrevista de avaliação em que apresentava um humor irritável despoletado por conflitos familiares. (Tabela 6).

No que diz respeito à comunicação, a MC durante as entrevistas teve sempre uma postura descontraída e um discurso fluído, à exceção da segunda entrevista em que se apresentava tensa e com um discurso acelerado.

A jovem MC apresentava na avaliação inicial uma baixa auto estima, não se identificando com o meio onde vive, apresentando uma pequena rede de amigos e conflitos frequentes com a mãe. Ao longo das intervenções a auto estima foi melhorando gradualmente, à medida que foi delineando com mais afinco os seus objetivos pessoais e foi tendo êxito no estágio do seu curso profissional.

No que diz respeito ao auto controlo, na segunda avaliação relatou um episódio de heteroagressividade dirigida a familiares, num contexto de discussão. Foi fazendo também referência a conflitos com colegas no trabalho. A partir da terceira avaliação diagnóstica foi visível uma ligeira melhoria, tendo começado a aplicar as técnicas de relaxamento no seu dia a dia, bem como a reflexão ativa sobre os seus objetivos e comportamentos. Manteve-se sempre abstinente, com resultados negativos.

A Ansiedade também foi melhorada a partir da terceira avaliação através da aplicação das técnicas de relaxamento. O Coping apresentou melhorias na quarta avaliação, em que foi visível uma maior capacidade de reflexão e insight sobre os seus comportamentos.

A tristeza esteve sempre presente em todas as entrevistas.

Na última entrevista a jovem preencheu o questionário dos indicadores de resultados (**Anexo V**), tendo-se obtido as seguintes respostas:

- 1 - **Enfrenta os problemas de forma:** “mais eficaz” – coping melhorado;
- 2 – **Auto estima:** “sinto-me bem” – auto estima melhorada;
- 3 - Em relação ao **bem-estar:** “mais calma”;
- 4 – **Imagem corporal:** “igual” – imagem corporal não comprometida;
- 5 – **Mudança de Hábitos de Vida:** “comecei o relaxamento e gosto da sensação, fico mais calma” – mudança para hábitos de vida saudável atingido;
- 6 - A **Ansiedade:** “diminuiu, aprendi a fazer relaxamento” – ansiedade melhorada
- 7 – **Auto Controlo** – “ consigo pensar mais antes de agir, tenho mais controlo das situações ” – Auto controlo melhorado;
- 8 – O **consumo de substâncias psicoativas:** “mantenho-me sem consumir” – Comportamento aditivo não comprometido;

9 - Relativamente à **avaliação das intervenções psicoeducacionais**: “aprendi coisas que não sabia, deram-me mais força para manter os consumos fora da minha vida, faz muito mal, fiquei um pouco impressionada...ainda bem que parei a tempo..” (sic).

10 - Relativamente à **avaliação das intervenções psicoterapêuticas**: “foi bom, ajudou-me a pensar antes de agir e focar mais nos meus objetivos” (sic).

Analisando as respostas de MC ao questionário, é possível constatar que a sua auto avaliação relativamente aos diagnósticos de Enfermagem levantados, vai de encontro às observações e avaliações realizadas por nós ao longo do processo de Enfermagem.

Relativamente à mudança de hábitos de vida, a jovem faz referência às técnicas de relaxamento, considerando-as um ganho em saúde e no seu bem-estar.

Considerou também que as intervenções psicoeducacionais e psicoterapêuticas foram benéficas, contribuindo para a obtenção de mais conhecimento, o que reforçou a vontade de se manter abstinente e permitiu aumentar o seu insight sobre os seus objetivos pessoais . Refere ter obtido ganhos no auto controlo dos impulsos.

MC foi encaminhada para as consultas de Psiquiatria pois necessita de ajuda no auto controlo dos impulsos, possivelmente, através da introdução de fármacos.

Devido ao estágio profissional MC teve que parar as intervenções e não foi possível continuar o treino de assertividade.

## Jovem JN

	1ª Avaliação Diagnóstica	2ª Avaliação Diagnóstica	3ª Avaliação Diagnóstica	4ª Avaliação Diagnóstica	Avaliação Diagnóstica Final
<b>Humor</b>	Eutímico	Eutímico	Eutímico	Eutímico	Eutímico
<b>Comunicação</b>	Postura descontrainda, discurso fluído e organizado	Fáceis sorridente discurso adequado	Postura descontrainda, fáceis sorridente, discurso adequado.	Postura descontrainda. Discurso adequado e organizado.	Postura descontrainda. Fáceis sorridente e discurso fluído e adequado.
<b>Autocontrolo</b>	Comprometido Positivo p/ THC	Comprometido Positivo p/ THC	Comprometido Positivo p/ THC	Melhorado Sem consumos Negativo p/ THC	Sem consumos. Negativo p/ THC

<b>Ansiedade</b>	Atual	Atual	Atual	Ligeiras Melhorias Tem realizado o relaxamento	Melhor Tem realizado o relaxamento e caminhadas
<b>Coping</b>	Comprometido	Comprometido	Comprometido	Melhor	Melhor
<b>Tristeza</b>	Atual	Atual	Melhor	Melhor	Melhor

Tabela 7 - Tabela de Avaliação JN

Através da análise da tabela de avaliação diagnóstica é possível verificar que o Humor da jovem JN ao longo das entrevistas, foi sempre Eutímico (Tabela 7).

No que diz respeito à comunicação, JN durante as entrevistas teve sempre uma postura descontraída, fáceis sorridente e um discurso fluído e adequado.

Em relação ao auto controlo, apresentou melhorias a partir da quarta entrevista, tendo conseguido o seu primeiro resultado negativo para THC.

A ansiedade também foi melhorada a partir da quarta avaliação, através da aplicação das técnicas de relaxamento. O Coping apresentou melhorias na quarta avaliação, tendo sido visível uma maior capacidade de definição dos seus objetivos pessoais, ao mesmo tempo que os conflitos com a tia diminuíram.

A tristeza em JN foi melhorando a partir da terceira entrevista, principalmente quando conseguiu obter resultados negativos para THC, associado ao desempenho positivo no seu estágio profissional e definição dos seus objetivos.

Na última entrevista a jovem preencheu o questionário dos indicadores de resultados (**Anexo V**), tendo-se obtido as seguintes respostas:

- 1 - **Enfrenta os problemas de forma:** “mais eficaz” – coping melhorado;
- 2 – **Auto estima:** “sinto-me bem” – auto estima não comprometida;
- 3 - Em relação ao **bem-estar:** “mais calma” – tristeza melhorada;
- 4 – **Imagem corporal:** “igual” – imagem corporal não comprometida;
- 5 – **Mudança de Hábitos de Vida:** “comecei o relaxamento, fico mais calma e comecei a caminhar” – mudança para hábitos de vida saudável atingido;
- 6 - A **Ansiedade:** “diminuiu” – ansiedade melhorada
- 7 – **Auto Controlo** – “consegui controlar-me e não consumir; tenho discutido menos com a minha tia ” – Auto controlo melhorado;
- 8 – O **consumo de substâncias psicoativas:** “parei os consumos” –

### Comportamento aditivo não comprometido:

9 - Relativamente à **avaliação das intervenções psicoeducacionais**: “aprendi coisas novas, que ainda me deram mais força para mudar para melhor..” (sic).

10 - Relativamente à **avaliação das intervenções psicoterapêuticas**: “ajudou-me a focar na minha vida e nos meus objetivos” (sic).

Analisando as respostas de JN ao questionário, é possível constatar que a sua auto avaliação relativamente aos diagnósticos de Enfermagem levantados, vai de encontro às observações e avaliações realizadas por nós ao longo do processo de Enfermagem.

Relativamente à mudança de hábitos de vida, a jovem faz referência ao início da prática desportiva e à prática das técnicas de relaxamento, considerando-as um ganho em saúde e no seu bem-estar.

A jovem JN considerou também que as intervenções psicoeducacionais e psicoterapêuticas foram benéficas, contribuindo para obtenção de mais conhecimento o que permitiu aumentar o seu insight sobre os seus objetivos pessoais.

### **Jovem NS**

O Jovem NS abandonou as consultas não sendo possível realizar a avaliação dos resultados.

Após esta explanação, com o objetivo de dar relevo às respostas dos jovens ao questionário de LSM e às escalas BDI-II e Hamilton, apresentamos o gráfico 1, 2 e 3.



Gráfico 1 - Questionário LSM

Analisando o **gráfico 1**, é possível verificar um aumento da LSM de todos os jovens intervencionados. No jovem NS não foi possível realizar uma segunda avaliação, pois abandonou as consultas.



Gráfico 2 - Escala Hamilton

No **gráfico 2** é possível verificar uma diminuição do score da escala de Hamilton em todos os jovens, o que sugere uma diminuição dos níveis de ansiedade dos mesmos.



Gráfico 3 - Escala de Beck II

Com base nos resultados da aplicação do BDI-II na entrevista de avaliação diagnóstica inicial e na última avaliação, através da análise do **gráfico 3** é evidente a diminuição do score, ou seja, a diminuição do nível de depressão no final das intervenções.

Através da análise dos gráficos é possível verificar que JN foi a jovem com mais LSM (Gráfico 1) na primeira e na última avaliação diagnóstica. Foi também a jovem com menos score na escala de Hamilton e de Beck II (Gráfico 2 e 3).

A jovem BS e MC iniciaram as intervenções com o mesmo nível de LSM (Gráfico 1), sendo que BS apresentou um maior nível de LSM que MC no final das intervenções. Talvez porque MC devido a motivos profissionais teve que abandonar os sessões.

A Jovem BS foi a jovem com maior aumento de LSM ao longo das sessões e com maior diminuição de níveis de ansiedade e sintomas depressivos.

A jovem MC ao longo das sessões aumentou a sua LSM e teve uma redução significativa dos níveis de ansiedade (Gráfico 2). Teve apenas a redução de 1 ponto nos sintomas depressivos (Gráfico 3).

Fazendo uma relação entre o nível de LSM e os scores de ansiedade e sintomas depressivos é possível verificar, em todos os jovens que quanto maior o nível de LSM, menor é o nível de ansiedade e sintomas depressivos.

## **5- Reflexão sobre a aquisição de Competências**

No domínio da saúde a competência combina múltiplas dimensões, onde os saberes se interpenetram e se alimentam uns aos outros. Podemos dizer que estamos perante um saber agir, que implica, saber mobilizar as suas capacidades e conhecimentos (Phaneuf, 2005).

Assim, o presente capítulo destina-se à análise de aquisição de várias competências: competências específicas do EEESMP, competências comuns do Enfermeiro Especialista, , assim como as competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, através da reflexão sobre os conhecimentos adquiridos durante o Estágio Final.

### **5.1 – Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica**

#### **5.1.1 – Competência de Intervenção Psicoterapêutica**

Em Enfermagem de Saúde Mental a relação terapêutica é central no processo de cuidar, pois o restabelecimento do equilíbrio do paciente em sofrimento mental, assenta em relações interpessoais significativas (Chalifour, 2008)

O seu desenvolvimento desta competência compreende domínios técnicos e pessoais, o enfermeiro mobiliza conhecimentos teóricos mas também se utiliza a si próprio como instrumento terapêutico (Pontes, Leitão, & Ramos, 2008).

A intervenção psicoterapêutica é uma execução informada e intencional de técnicas de psicoterapia, tendo como objetivo assistir o utente na modificação positiva nas suas emoções, comportamentos e cognições (Norcross, cit. por Zeig & Munion, 1990).

O que distingue, na prática clínica, um enfermeiro de cuidados gerais de um EEESMP é a competência específica que este último tem para prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico.

No Regulamento nº515/2018 publicado em Diário da República, consta que o EEESMP: “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 (p.21430)

Procurou-se, durante este estágio, desenvolver esta competência de acordo com o processo de avaliação diagnóstica (Lopes, 2018) junto dos adolescentes nas entrevistas realizadas.

Durante as entrevistas criou-se um ambiente terapêutico, que proporcionasse uma sensação de segurança e privacidade dos jovens intervencionados. De acordo com Lopes (2006) o início da relação é de toda a importância, uma vez que se trata do primeiro passo no desenvolvimento de uma relação que se pretende terapêutica.

Em relação às competências específicas, mobilizou-se e desenvolveu-se o conhecimento e consciência enquanto pessoa.

No que diz respeito ao conhecimento e consciência de mim, foi importante perceber quais os fatores que poderiam interferir na relação com os adolescentes e não permitir conscientemente que isso acontecesse. Antes de iniciar este estágio com jovens com consumo de substâncias psicoativas, admite-se a existência de algum estigma, relativo aos consumos na adolescência, tendo a ideia de que os consumos seriam apenas uma “bandeira” de irreverência típica da adolescência.

No decorrer do estágio e ao longo do trabalho desenvolvido com os jovens, apercebeu-se que se estaria errado e que os jovens, eram apenas vítimas do meio social e familiar em que cresceram e para eles os consumos eram um escape para os problemas do dia a dia, uma forma de lidar com a frustração e a dor, e também uma necessidade de afirmação junto dos pares.

Procurou-se também ao longo das entrevistas focar-me no aqui e agora e não deixar que algumas emoções, sentimentos, valores pessoais pudessem interferir na relação terapêutica com os jovens, nomeadamente em situações graves relatadas pelos jovens de abusos e negligências vividas na infância. Nestes momentos teve-se em atenção as reações corporais, por forma a não dar a transparecer o que se estava a sentir para não interferir na relação terapêutica.

Durante as entrevistas procurou-se manter os limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico; foi notório em algumas jovens o excesso de familiaridade e a procura de afetos e atenção. Procurou-se balancear a relação, não sendo excessivamente fria, nem a detentora do poder, adotando uma atitude de compreensão empática, respeito e autenticidade, fazendo-os sentir (eles, os adolescentes), os principais agentes do processo terapêutico.

No decorrer do estágio foram vivenciadas algumas dificuldades inerente à pandemia, que trouxeram certas limitações na avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica.

Destacamos o uso de máscaras de proteção, em que a avaliação do fâceis ficou comprometida e limitada ao olhar e ao franzir da testa e sobrancelhas. A proxémica foi desadequada, muito distante, com acrílicos e desinfetantes a separar dos jovens, tornando o ambiente um pouco mais frio.

Para além disso, foram sentidos constrangimentos relativamente ao toque terapêutico na expressão do apoio emocional, pois não foi possível devido às condições de higiene e segurança, tendo os cumprimentos sido limitados a “cotoveladas”.

Algumas entrevistas tiveram que ser realizadas via telefónica devido aos confinamentos por infeções por Covid 19, as férias do Natal também foram aumentadas para três semanas devido ao agravamento da pandemia, tendo sido desmarcadas algumas consultas. O número de consultas também foi reduzido para garantir as condições de segurança, tendo as mesmas que ser mais espaçadas, o que veio reduzir o número de entrevistas com os jovens.

Contudo, apesar destes constrangimentos que a pandemia levantou, foram atingidas as competências delineadas. Os resultados obtidos foram positivos nos diagnósticos de Enfermagem levantados e o feedback por parte dos jovens intervencionados foi bastante positivo.

### 5.1.2 - Competência de Intervenção Psicoeducacional

O Regulamento nº515/2018 (publicado em Diário da República) refere que:

“O EEESMP implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais; Ensina os clientes, pessoas significativas e família, acerca dos efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (farmacológicas e não farmacológicas); Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental (p.21430)

De acordo com Sampaio (2011), a psicoeducação é uma intervenção de Enfermagem que compreende intervenções sistemáticas, didáticas e psicoterapêuticas, adequadas para informar o doente e os seus familiares acerca da doença e do seu tratamento, facilitando a compreensão e a gestão responsável da doença.

Durante este estágio procurou-se realizar ações específicas de informação e treino de competências, capazes de promover a LSM e empoderar os adolescentes para a tomada de decisão e adoção de comportamentos de saúde, como a procura de ajuda profissional para os problemas de saúde mental.

Para o desenvolvimento desta competência, realizaram-se sessões de psicoeducação individuais com o adolescente, adaptadas às necessidades de cada um, tendo cada jovem selecionado as áreas do seu interesse.

No planeamento prévio das sessões foram desenvolvidas apresentações PowerPoint, deu-se preferência aos métodos áudio visuais (Youtube, e-mail) pois para além de serem mais atrativos para os jovens são de fácil acesso e utilização por parte deles, uma vez que têm acesso à internet nos seus telemóveis e computadores. O feedback dos jovens foi bastante positivo em relação aos filmes e apresentações realizadas.

Os jovens mostraram-se interessados e foram participativos ao longo das sessões.

Foi aplicado o questionário de LSM (**Anexo I**), no início e no fim das sessões, o que permitiu verificar um aumento de LSM dos jovens intervencionados.

Com o questionário dos indicadores de resultados, os jovens avaliaram as sessões de psicoeducação, tendo sido positivo o feedback da sua parte. Assumiram terem adquirido mais conhecimentos sobre saúde mental, o que lhes proporcionou alteração de hábitos de vida, nomeadamente, a suspensão do consumo de substâncias psicoativas.

Devido ao fato do estágio ter decorrido num momento de agravamento da pandemia por Covid 19, não foi possível realizar intervenções de grupo, o que teria sido francamente benéfico para os adolescentes intervencionados.

### 5.1.3 - Competências De Avaliação Diagnóstica e de Planeamento de Cuidados

De acordo com o Regulamento nº515/2018 (publicado em Diário da República):

“ O EEESMP recolhe a informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental; executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente; Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.”(p.21428)

Deste modo, durante o estágio foram realizadas entrevistas iniciais e de seguimento aos adolescentes com consumo de substâncias psicoativas.

Através da relação terapêutica com os adolescentes, foi possível compreender as suas necessidades e, desta forma, poder ajudá-los a ultrapassar os problemas sentidos e atingir os objetivos delineados.

Na primeira entrevista procurou-se ir de encontro às orientações de Chalifour (2008), criando uma aliança terapêutica com o adolescente, recolher dados para a história clínica e fazer a avaliação do estado mental e físico.

Para a recolha de dados utilizou-se o genograma, linha da vida e ecomapa, permitindo ao jovem refletir sobre as suas dinâmicas familiares e sociais. Como complemento à colheita de dados foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação: Escala de Hamilton (**Anexo III**); Escala de Beck II (**Anexo IV**). A aplicação destes instrumentos foi importante pois permitiu avaliar posteriormente a efetividade das intervenções implementadas.

Após a recolha e análises de dados, foram identificados os diagnósticos de Enfermagem adequados a cada adolescente, de acordo com o Regulamento nº515/2018. Depois do levantamento desses diagnósticos de Enfermagem, foi elaborado um planeamento dos cuidados, onde foram definidos os objetivos centrados no utente, assim como as intervenções para se atingir os objetivos. (Potter & Perry, 2006).

As intervenções foram adaptadas às necessidades dos jovens, de forma a dar mais e melhores respostas às suas necessidades e ajudá-los nesta fase das suas vidas.

Trabalhar com os jovens e as suas famílias foi um grande desafio pela especificidade que caracteriza a adolescência e fundamentalmente, por se enquadrar numa faixa etária com a qual não se estava familiarizado a trabalhar. Enquanto enfermeira, desenvolveu-se, mobilizou-se e adquiriu-se conhecimentos e habilidades relacionais, de forma a prestar cuidados aos jovens.

A maioria dos jovens intervencionados têm pouco suporte familiar ou veem na família uma fator de destabilização, não tendo sido possível incluir a família de todos os jovens no plano de cuidados.

Procurou-se nas intervenções empoderar os jovens e diminuir o impacto de alguns diagnósticos na sua qualidade de vida, por forma a trabalhar a sua autonomia e promover os seus nichos saudáveis. Este processo foi motivador e gratificante, porque assistiu-se a uma evolução positiva dos jovens.

## **5.2 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

Segundo o Regulamento nº 140/2019 (publicado em Diário da República), o EEESMP tem que desenvolver, para além das competências específicas da área de saúde mental, competências Comuns do Enfermeiro Especialista, tais como: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Pretendeu-se desenvolver estas competências ao longo do estágio na relação com os utentes/ família e na relação com os profissionais da equipa multidisciplinar.

Durante este percurso formativo desenvolveu-se o trabalho tendo sempre em conta as questões éticas e deontológicas, nomeadamente dos valores humanos, dever de informação e de sigilo. (Nunes *et al*, 2005).

No que respeita ao dever de informação e sigilo, foi explicado aos jovens o objetivo do trabalho, salvaguardando a sua confidencialidade ao longo do processo terapêutico.

Procurou-se ao longo do estágio desenvolver o autoconhecimento, a assertividade e o trabalho foi desenvolvido baseado na clínica especializada em evidência científica.

Neste domínio, procurou-se mobilizar os conhecimentos que se possuía de base, mobilizando também os adquiridos durante o processo académico teórico e prático (estágio), procurando aprofundá-los e consolidá-los. Como tal, foi importante a discussão com a Enfermeira Orientadora e os elementos da equipa, sobre a prática diária, bem como a pesquisa bibliográfica realizada, por forma a que esta partilha e discussão de informações fomentasse o crescimento enquanto pessoa e enquanto enfermeiro especialista.

Assim, a atuação durante o estágio alicerçou-se nos princípios éticos e legais que regulam a profissão, procurando utilizar métodos científicos eficientes.

## **5.3 - Competências de Mestre em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.**

De acordo com o Decreto-Lei nº 65/2018 publicado em Diário da República para adquirir competências de Mestre o enfermeiro deve:

- “a) Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva

- e) aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”(p. 4162).

Neste estágio final, foi possível aprofundar os conhecimentos na área da adolescência e do consumo de substâncias psicoativas. Prestar cuidados nesta área específica foi uma situação nova, que nos permitiu trabalhar com uma equipa multidisciplinar especializada nesta área. Foi um processo exigente, mas muito enriquecedor.

Foi possível partilhar com os adolescentes situações complexas vivenciadas pelos mesmos, garantindo sempre a sua confidencialidade e respeito.

Os estudos de caso foram discutidos com a equipa multidisciplinar, sendo bastante favorável a troca de experiências e opiniões para resolução dos casos clínicos. Nestas discussões de casos clínicos foi possível aplicar os conhecimentos adquiridos na resolução de situações complexas, procurando as melhores soluções tendo sempre em conta as implicações e responsabilidades éticas e sociais.

Com a realização deste relatório de estágio procuramos explicar e divulgar o conhecimento, raciocínios e conclusões adquiridas, a toda a comunidade, de uma forma clara.

Este processo de aprendizagem na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica está apenas no início, sendo a aprendizagem e aperfeiçoamento profissional, um compromisso para toda a nossa carreira enquanto pessoa e enfermeira.

## 6 - Considerações Finais

O percurso que se realizou ao longo do estágio final contribuiu para o desenvolvimento profissional e pessoal, através do aprofundamento de conhecimentos, da análise crítica e das reflexões da prática clínica.

Este percurso formativo proporcionou o desenvolvimento de competências de EEESMP no cuidado aos adolescentes com consumo de substâncias psicoativas. Foi um caminho importante e enriquecedor quer a nível pessoal quer a nível profissional, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde na população alvo selecionada.

Com a realização deste relatório, foi possível através do enquadramento teórico aprofundar conhecimentos na área da literacia em saúde mental, adolescência e comportamentos de risco, processo de Enfermagem e avaliação diagnóstica. Esta sustentação teórica, permitiu apoiar a prática ao longo do estágio bem como um adequado planeamento de cuidados.

Com o desenvolvimento deste projeto, elucidou-se os adolescentes para o impacto do consumo de substâncias psicoativas na sua saúde mental, aumentando assim a sua LSM a qual foi avaliada através da aplicação da escala de LSM no início e no fim das intervenções. Com as intervenções psicoterapêuticas foi possível também promover a mudança de comportamentos e a adoção de hábitos de vida saudáveis.

Através das intervenções de Enfermagem desenvolvidas com os adolescentes selecionados, desenvolveram-se competências de avaliação diagnóstica, utilizando os princípios da relação de ajuda.

As intervenções junto dos jovens foram exigentes e foi necessário sair da “zona de conforto”, procurando adaptar às necessidades dos jovens e suas famílias.

O apoio da equipa multidisciplinar e a discussão de casos foi importante para orientação e apoio no planeamento de cuidados.

Através da análise e discussão de resultados foi notória uma evolução positiva nos diagnósticos de Enfermagem levantados. Através da aplicação de escalas de Hamilton e Beck II, no início e no fim das intervenções foi possível observar uma diminuição de ansiedade e melhorias na depressão dos adolescentes intervencionados.

Foi aliciente poder trabalhar na área da prevenção e promoção da saúde mental, numa população alvo muito vulnerável ao desenvolvimento de patologia do foro psiquiátrico devido ao consumo de substâncias psicoativas, comportamentos de risco, estrutura familiar, história de vida e baixa LSM.

A maioria dos jovens não tinham conhecimentos sobre os efeitos secundários do consumo das substâncias psicoativas e qual as repercussões que poderiam ter na sua saúde mental. Apenas uma jovem já teria ouvido falar de psicose e esquizofrenia.

Os sinais de alerta e o caminho para a procura de ajuda em saúde mental também era desconhecido pela maioria dos jovens.

Através do preenchimento do questionário dos indicadores de resultados, os jovens consideraram o conhecimento adquirido e as estratégias desenvolvidas nas intervenções, úteis e benéficas para o seu dia-a-dia.

Através da análise de resultados foi possível perceber que quanto maior o nível de LSM, menor era o nível de ansiedade e sintomas depressivos, o que nos desperta para a pertinência de desenvolver mais projectos de prevenção na comunidade junto dos adolescentes para obterem ganhos na sua saúde mental

Este processo de desenvolvimento de competências fortaleceu conhecimentos e confiança nas capacidades para desenvolver projetos com jovens em risco

As principais limitações do trabalho estiveram relacionadas com as condicionantes impostas pela pandemia, que interferiram no processo de avaliação diagnóstica e no tipo de intervenções realizadas.

O tema de LSM já tem sido trabalhado por alguns autores, contudo cremos que é um tema que merece uma maior atenção. O consumo de substâncias psicoativas está a aumentar entre os adolescentes, cada vez numa idade mais precoce e conseqüentemente aumentam os riscos de desenvolver patologia psiquiátrica.

De acordo com a experiência profissional desenvolvida neste últimos sete anos, nos cuidados diferenciados em saúde mental, tem sido visível que a afluência de jovens com sintomas psicóticos, despoletados por consumos de substâncias, está a aumentar exponencialmente. É importante voltar ao terreno após a pandemia e aumentar os projetos de promoção e prevenção de saúde mental junto dos adolescentes.

Numa breve análise ao estágio realizado, consideramos ter atingido os objetivos inicialmente propostos para o mesmo, realçando a importância desta experiência enquanto meio de crescimento profissional e pessoal, na medida em que implicou uma nova visão, nova linguagem, e no fundo, a adaptação a um novo contexto. São os desafios e as experiências mais inquietantes o que nos faz crescer e evoluir.

## 7- Referências Bibliográficas

Agostini, A., Lyra, L., & Tosi, P. (2014). Comportamentos de risco entre adolescentes. *Unoesc & Ciência-ACHS*, 5(1), 53–62.

Amaral, A. Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental (2010) Loures: Lusociência

Aquino, DR (2004). Construção e implantação da prescrição de Enfermagem informatizada em uma UTI. Rio Grande, Fundação Universidade Federal do Rio Grande.

Araújo, C., Souza, T., Martins, C., Carvalho, M., Silva, L. - Revista Ciência e Conhecimento – ISSN: 2177-3483 97 . Da necessidade de psicoeducação em prevenção às drogas. *Ciênc. Conhecimento* – v. 9, n. 1, 2015.

Ataíde M., Pagliuca L., Damasceno M. Interrelação dos propósitos da teoria de Peplau com o cuidado ao diabético. *Rev Bras Enferm* 2002; 55(6):674-9.

Baker D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of general internal medicine*, 21(8), 878–883. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1831571/>

Barbosa, N., Cordeiro, B., Abrahão, A., Xavier, M., Carvalho, R., Silva, R., Vieira, M. (2017). Health Education: The use of SWOT Matrix for project analysis. *Journal of Nursing UFPE online*, 11(11), 4298-304. Retrieved from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25148-50449-1-SM.doc/24626>

Barcelata, B. (2015). Adolescentes en riesgo. Una mirada desde la resiliencia. México: Manual Moderno

Barret, P. Amigos para a vida: Manual de líderes de grupo para crianças, 2010

Beck, A. et al. (1961). An inventory for measuring depression, *Archives of General Psychiatry*, vol. 19, nº 4, p. 561-571.

Beentjes, T., Gaal, B., Goossens, P., & Schoonhoven, L. (2016). Development of an e-supported illness management and recovery programme for consumers with several mental illness using intervention mapping, and design of an early cluster randomized controlled trial. *BioMed Central Health Services Research*, Vol. 16, N. 20. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26782620/>

Benavente, A., Rosa, A., Firmino, A., Ávila, P. (1996). A literacia em Portugal: resultados de uma pesquisa extensiva e monográfica. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Breinbauer, C. e Maddaleno, M. – Youth: Choices and change – Promotion healthy behaviours in adolescents. Washington DC: Pan American Health Organization – WHO, 2005

Brener, N. D., Kann, L., Kinchen, S. A., Grunbaum, J. A., Whalen, L., Eaton, D., . . . Ross, J. G. (2004). Methodology of the Youth Risk Behavior Surveillance System. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports/Centers for Disease Control*, 53(RR-12), 1-13.

Campos, L., Dias, P., Palha, F., Duarte, A., & Veiga, E. (2018). Development and psychometric properties of a new questionnaire for assessing Mental Health Literacy in young people. *Universitas Psychologica*, 15(2), 61-72. DOI: 10.11144/Javeriana.upsy15-2.dppq

Canadian Institute for Health Information. (2009). *Improving the Health of Canadians: Exploring Positive Mental Health*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information. Disponível em: [https://cpa.ca/cpsite/UserFiles/Documents/Practice\\_Page/positive\\_mh\\_en.pdf](https://cpa.ca/cpsite/UserFiles/Documents/Practice_Page/positive_mh_en.pdf)

Carpenito-Moyet, L.J. (2007). *Understanding the nursing process: Concept mapping and care planning for students*. Filadélfia, PA: Lippincott Williams & Wilkins

Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica. Fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta

Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica. Estratégias de intervenção*. Loures: Lusodidacta

Chick N, Meleis AI. Transitions: a nursing concern. In: Chinn PL, ed. *Nursing research methodology: issues and implementation*. Rockville: Aspen; 1986. p. 237-57.

Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012. Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012 (<http://www.health-literacy.eu>).

Cruz, V., Portela, P; João H,, (2020). *Enfermagem de Saúde Mental nos Comportamentos Aditivos*. In Sequeira & Sampaio, *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1ªed – pp. 301-306). Lisboa: LIDEL – Edições técnicas, Lda.

Decreto-Lei nº 65/2018 da Presidência do Conselho de Ministros. (2018, 16 Agosto). *Diário da República: I Série*, nº 157/2018. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>

Diehl, A., Cordeiro, D. C., Laranjeira, R. Abuso de cannabis em pacientes com transtornos psiquiátricos: atualizações para uma antiga evidência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 32, n.1, p. 41-45, mai., 2010

Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de prevenção do suicídio 2013-2017. Lisboa: DGS

Direção-Geral da Saúde (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar Lisboa: DGS

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

Direção-Geral da Saúde (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa

Doenges, M.E & Moorhouse, M.F. (2010). Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem: Um texto interativo para o raciocínio diagnóstico. (5ª edição). Loures: Lusociência

Ekhtiari, H., Rezapour, T., Aupperle, R. L., & Paulus, M. P. (2017). Neuroscience-informed psychoeducation for addiction medicine: A neurocognitive perspective. In *Progress in Brain Research* (Vol. 235, pp. 239– 264). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2017.08.013>

Espanha, R., Ávila, P. & Mendes, R.V. (2016). Literacia em Saúde em Portugal: Relatório síntese. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

European Commission & Portuguese Ministry of Health (2010). Background document for the thematic conference - Promoting social inclusion and combating stigma for better mental health and well-being. Obtido em [http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/docs/ev\\_20101108\\_bgdocs\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ev_20101108_bgdocs_en.pdf)

Fagundes, N. (2016) - A depressão, um problema para os adolescentes. Universidade de Évora

Fasciano, K., Souza, P., Braun, I., & Trevino, K. (2015). An innovative website in the United States for meeting the emotional and supportive care needs of young adults with cancer. *Journal of adolescent and young adult oncology*, Vol. 4, N. 1, pp.44-49.

Freud, A. (1986) *O Ego e os Mecanismos de Defesa*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira

Galindo NA., Gonçalves CFG, Neto NMG, Santos SC, Santana CSC, Alexandre ACS. Violência infanto-juvenil sob a ótica da enfermagem. *Recife: Revenferm UFPE online*. 2017; 11:1420-9.

Galustyan, A. M. (2019). A Literacia em Saúde Mental e o Bem-Estar do Cuidador Informal de Pessoas com Doença Mental. *Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto para a obtenção do grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Unidades de Saúde*. Porto.

Gaspar, T., Tomé, G., Baya, D., Guedes, F., Cerqueira, A., Borges, A & Matos, M. (2019) - O bem-estar e a saúde mental dos adolescentes portugueses. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*. ISSN 1647-4120. 10:1 (Janeiro-Dezembro 2019) 17-27.

Goodson, I. (2013). *Developing Narrative Theory: Life histories and personal representation*. Nueva York, Estados Unidos: Routledge

Guedes, D. P. & Lopes, C. C. (2010). Validação da versão brasileira do Youth Risk Behavior Survey 2007. *Revista de Saúde Pública*, 44(5), 840-850. Recuperado a partir de <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000500009>

Herdman, T. H. & Kamitsuru, S. (2015). *Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação, 2015-2017*. Porto Alegre: Artmed

Hess, A., Almeida, R., Moraes, M., Luiz, A. Comorbidades Psiquiátricas em Dependentes Químicos em Abstinência em Ambiente Protegido. *Estudos de Psicologia*, vol. 17, n. 1, p. 171-178, jan./abr. 2012.

Hipólito, J (2010). *Auto Organização e Complexidade: Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano*. Lisboa: Edidual.

Inchley, J. C., Currie, D. B., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., ... Barnekow (2016). *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey.*) Denmark: WHO Regional Office for Europe.

Internacional Council of Nurses (2011) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 2.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

International Council of Nurses (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2015*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros 2016.

Jesus FB, Lima FCA, Martins CBG, Matos KF, Souza SPS. Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. *Porto Alegre: Rev. Gaúcha Enferm.* (Online). 2011; 32(2)

Jorm, A. (2000). *Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental*

disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.

Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67, 231-243. doi: 10.1037/a0025957

Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B. & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, 166-182;

Jung, H., Sternberg, K. Von, & Davis, K. (2016). Expanding a Measure of Mental Health Literacy: Development and Validation of a Multicomponent Mental Health Literacy Measure. *Psychiatry Research*, 243, 278–286. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.034>

Kaplan, H., Sadock, B. & Grebb, J. (1997). *Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica (7ª edição)*. Porto Alegre: Artmed

Kelly, C., Jorm, A., & Right, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.

Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC. Prevalência vitalícia e distribuições de idade de início de transtornos mentais na Iniciativa Mundial de Pesquisa em Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde. *Psiquiatria Mundial* 2007; 6: 168–76.

Kutcher, S., & Wei, Y. (2014). School mental health literacy. *Education Canada*, N° 54, pp. 22-26.

Kutcher, S., Wei, Y., & Morgan, C. (2015). Mental health literacy in post-secondary students. *Health Education Journal*, pp. 1-9.

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau

Lopes, M. J. (2018). Forming and Maintaining Interpersonal Relationships. In J. Santos & J. Cutcliffe (Eds.), *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century. Principles of Specialty Nursing (Under the auspices of the European Specialist Nurses Organisations (ESNO))* (pp. 247–257). Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4\\_19](https://doi.org/10.1007/978-3-319-31772-4_19)

Loureiro et al (2012c). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e

desafios. Revista de Enfermagem Referência III, 6, 157-166

Loureiro, L. (Ed.). (2014). Literacia em saúde mental - capacitar as pessoas e as comunidades para agir. Coimbra, Portugal. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.

Loureiro, L., Jorm, A., Mendes, A., Santos, J., Ferreira, R., & Pedreiro, A. (2013). Mental health literacy about depression: a survey of portuguese youth. *BioMed Central Psychiatry*, 13, 129. Obtido em <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/129>

Loureiro, L.; Rosa, A., Sequeira, C. - Literacia em saúde mental sobre depressão: Um estudo com adolescentes portugueses Article in *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* · August 2018 DOI: 10.19131/rpesm.0236

Luize Lima e. Adolescentes e o uso de drogas ilícitas: um estudo transversal. *Revista de Enfermagem- UERJ*, Rio de Janeiro, vol.20, n.3, p. 344-348, jul.-set., 2012.

Maas, Tânia, Zagonel, Ivete; Palmira, Sanson – Transição de saúde-doença do ser adolescente hospitalizado. *Cogitare Enfermagem*, Volume 10: n.º2, 2005; pp. 68-75. [Consult. Fevereiro de 2022]. Disponível na Internet em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/5014/3790>

Mancilha, G., Pereira, T., Correia, L., Carvalho, R., Katz, P. (2011). A importância do ambiente terapêutico no cuidado ao adolescente dependente químico em unidade de internação. - III Simpósio Internacional de Enfermagem Cuidado centrado no paciente/família - Instituto de Conhecimento Ensino e Pesquisa – ICEP – HS, Hospital Samaritano São Paulo.

Mancuso, J. (2008) Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing & health sciences*, 10, 248-255.

Martins, M.M., Martinho, M.J., Carvalho, J. C., Fernandes, H.I, Figueiredo, M. (2012). Enfermagem e Famílias: Concepções e práticas dos enfermeiros em unidades de internamento. In J. C. Carvalho, et al. (Eds), *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família*. Porto: ESEP

Maslow, HA. (1970). *Motivation and Personality*, New York, Harper and Row

Maslow, HA. (1972). *Vers une psychologie de l'êtré*, Paris, Fayard

Maslow, HA. (1980). *The Farther Reaches of Human Nature*, 4 éd. Esalen, Penguin Books

Matos, M.G., & Equipa Aventura Social (2018). *A Saúde dos Adolescentes após a*

Recessão - Dados nacionais do estudo HBSC de 2018 ebook, ([www.aventurasocial.com](http://www.aventurasocial.com)).

Matos, M.G., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2015). A Saúde dos Adolescentes em Tempo de Recessão - Dados nacionais do estudo HBSC de 2014 - Relatório do estudo HBSC 2014 ([www.aventurasocial.com](http://www.aventurasocial.com)).

Mcluckie, A., Kutcher, S., Wei, Y. & Weaver, C. (2014). Sustained improvements in students' mental health literacy with use of a mental health curriculum in Canadian schools. *BMC Psychiatry*, N° 14, V. 1, pp. 1694. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4300054/>

Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42 (6), 255-259.

Meleis, A. (2010) - Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A. I. (2007). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. (4th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H. & Shumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.

Mesquita, C., Ribeiro, F., Mendonça, L., & Maia, Â. (2011). Relações familiares, humor deprimido e comportamentos autodestrutivos em adolescentes. Obtido de <http://repositorio.ulusiada.pt/handle/11067/115>

Ministério da Saúde (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Obtido de <http://adeb.pt/ficheiros/uploads/02a75f2c0346f49717d171c23b7f56a2.pdf>.

Monteiro, P., (2014) . *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*. Lisboa: Lidel

Moreira, R. (2014). Consumo de Substâncias na Adolescência. In Monteiro (2014) *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*. Lisboa: Lidel

Morgado, T., Loureiro, L., & Rebelo Botelho, M. A. (2020). Intervenção psicoeducacional “ProLiSMental” para adolescentes em contexto escolar: Validade de conteúdo através de e-Delphi modificado. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (24), 43-50.

Nabais, A., Nunes, L., Cutcliffe, J., & Santos, J. (2018). Psychiatric/Mental Health Nursing Care of Children and Adolescents. In J. Santos & J. Cutcliffe (Eds.), *European*

Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century (pp. 507-520). Coimbra: Springer

Neto, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes – Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol.60, n.º3 (Maio-Jun 2007), pp.279-285 [Consult. Fev 2022]. Disponível na Internet <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a06.pdf>.

Nogueira, C., Crisostomo, K., Souza, R. & Prado, J. A importância da psicoeducação na terapia cognitivo comportamental: uma revisão sistemática. *Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano*. Barreiras, v. 2, n. 1, p. 108-120, 2017. Disponível em: <http://fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/190/211>. Acesso em: Fevereiro. 2022.

Norcross, J. C. (2005). A primer in psychotherapy integration. In J. C. Norcross, & M. R. Goldfried (eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 3-23). Nova Iorque: Oxford University Press

Norcross, J.C (1990). An electric definition of psychotherapy. In J.K. Zeig & W.M.Munion (Eds), *What is psychotherapy? Contemporary prespectives* (pp.218-220). São Francisco: Jossey-Bass.

Nunes, L., Amaral, M. e Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15, 259-267. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108>

Nutbeam, D. (2009) Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health*, 54, 303-305. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19641847/>

Office of the Surgeon General (US). (2006). *Proceedings of the Surgeon General's Workshop on Improving Health Literacy*. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44257/>

Oliveira, S., Carolino, L., & Paiva, A. (2012). Programa Saúde mental sem Estigma: Efeitos de estratégias diretas e indiretas nas atitudes estigmatizantes. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde mental*, 8, 30-37

Orcasita, L.T., Mosquera, J. A. & Carrillo, T. (2018). Autoconcepto, autoeficacia y conductas sexuales de riesgo en adolescentes. *Informes Psicológicos*, 18(2), 141-168 <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v18n2a08>.

Ordem dos Enfermeiros (2007). Sistema de Informação de Enfermagem (SIE): Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2012). Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Divulgar. Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Obtido de Ordem dos Enfermeiros:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/docs/ottawa.html>

Organização Mundial de Saúde. (1998). Health promotion glossary, WHO, Geneva. Disponível em:

<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>

Organização Mundial de Saúde. (2001). Mental health: new understanding, new hope. The World Health Report. WHO, Geneva. Disponível em: [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1)

Organização Mundial de Saúde (2001). Prevention of Mental Disorders – Effective interventions and policy options. Genebra: OMS

Organização Mundial de Saúde (2013). Mental health action plan 2013-2020. Geneva: OMS

Organização Mundial de Saúde (2017). Saúde adolescente. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/opasoms-e-ministerio-da-saude-lancam-publicacao-sobre-saude-deadolescentes>. Acesso em: 18 setembro 2021.

Organização Mundial de Saúde (2018). Adolescents Mental Health. WHO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341147/9789240023864-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

O'Toole AW, Welt SR. Teoría interpersonal en la práctica de la enfermería: trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau. Barcelona: Masson; 1996.

Payne, R. (2003). Técnicas de Relaxamento – Um guia prático para Profissionais de Saúde, 2º Edição, Lusociência.

Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 34(3), 259-275. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v34n3/v34n3a08.pdf>

Peplau HE. Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona: Masson-Salvat; 1990.

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

Pinheiro AKB. Depois do parto tudo muda: um novo olhar sobre adolescentes nutrizes. [tese] Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2003.

Pinheiro PS. World report on violence against children: Secretary-General's study on violence against children. New York: United Nations (ONU); 2006.

Pinho, L. G. (2020). Intervenção Familiar na Doença Mental Grave. In Sequeira & Sampaio, Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções (1ªed – pp. 216-219). Lisboa: LIDEL – Edições técnicas, Lda.

Pinho, L.G. & Pereira, A.S. (2015). Intervenção familiar na esquizofrenia: Redução da sobrecarga e emoção expressa. Revista Portuguesa de Enfermagem na Saúde Mental, 14, 15-23. doi: 10.19131/rpesm.0101.

Pinto, A.; Luna, I.; Silva, A.; Pinheiro, P.; Braga, V., & Alves e Souza, A. (2014). Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 48(3), 555-564.

Pollett, H. (2007). Mental Health Promotion : A Literature Review. Prepared for the Mental Health Promotion Working Group of the Provincial Wellness Advisory Council. Toronto: Canadian Mental Health Association.

Pontes, A., Leitão, I., & Ramos, I. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem:

instrumento essencial do cuidado. Revista Brasileira de Enfermagem. 61 (3), pp. 312-8.

Potter, P., Perry, A. (2006) Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos: guia de estudo. 5ª edição: Loures: Lusociência, 2006

Ramos, A. L. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. Lidel, Lisboa

Ramos, Maria Eveline Cascardo; PENSO, Maria Aparecida. Adolescentes e o abuso de álcool e substâncias ilícitas. In: FIGLIE, Neliana Buzi; Payá, Roberta. Dinâmicas de Grupo. São Paulo: Roca, 2013, p. 415-473.

Regulamento n.º 129/2011 De 18 Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República. 2ª Série. N.º 35, 8669-8673. (2011). Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20129\\_2011\\_CompetenciasEspecifEnfSMental.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20129_2011_CompetenciasEspecifEnfSMental.pdf)

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: Série II, n.º 26 (2019). Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

Regulamento n.º 356/2015 de 25 de Junho da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: Série II, n.º 122 (2015). Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2015/06/122000000/1703417041.pdf>

Regulamento n.º 515/2018 de 7 de Agosto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: Série II, n.º 151 (2018). Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/115932570/details/maximized>

Relatório Anual de Segurança Interna (2015), República Portuguesa. Disponível em: <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3d%3dBAAAAB%2bLCAAAAAAABAAzNjYwBgB%2fhGGFBAAAAA%3d%3d>

Resende, C., Santos, E., Santos, P., Ferrão, A.. Depressão nos adolescentes – mito ou realidade? Revista nascer e crescer. Porto, Portugal, v. 22, n. 3, p. 145-150, 2013. Disponível em : <https://scielo.pt/pdf/nas/v22n3/v22n3a03.pdf> . Acesso em: Fevereiro 2022.

Ribeiro, C. M. (2015). Qualidade de Vida em Doentes Mentais Crónicos Institucionalizados. Universidade da Beira Interior. Disponível em: [https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/6022?locale=pt\\_PT](https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/6022?locale=pt_PT)

Ribeiro, K. C. S., Pereira, L. B., Wiesel, I. R. B., Silva, J., & Saldanha, A. A. W. (2017). Consumo de álcool e tabaco e associação com outras vulnerabilidades em jovens. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18 (2), 348-359. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd1802>

Riehl JP, Roy C. *Conceptual models for nursing practice*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Appleton-Century-Crofts; 1980.

Rogers, C. (1980). *Tornar-se pessoa*, Lisboa, 5<sup>a</sup> ed, Moraes Editores.

Rootman, I., & Gordon-El-Bihbety, D. (2008). *Vision for health literate Canada: report of the expert panel on health literacy*. Ottawa: Canadian Public Health Association

Rosa, A. (2018). *Literacia em saúde mental em adolescentes: desenvolvimento de um instrumento de avaliação*. (Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências biomédicas de Abel Salazar, Porto). Disponível em: [http://oasisbr.ibict.br/vufind/Record/RCAP\\_52](http://oasisbr.ibict.br/vufind/Record/RCAP_52)

Salvador, M., Rodrigues, C., Carvalho, E. (2008). Emprego do relaxamento para alívio da dor em oncologia. *Revista RENE*. Volume 9, nº1. Fortaleza. S.e. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027961015.pdf>.

Sampaio F.M.C, Sequeira. C. & Lluch-Canut, T. (2017). Content validity of a psychotherapeutic intervention model in nursing: A modified e-Delphi study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31 (2), 147-56. Doi: 10.1016/j.apnu.2016.09.007

Sampaio, D. & Guerreiro, D (2014). *Comportamentos Autolesivos na Adolescência*. In Monteiro, P., (2014) . *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*. Lisboa: Lidel

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2014). Intervenciones NIC del dominio conductual: Um estudio de focus group de intervenciones psicoterapêuticas de enfermería. In Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE) (ed.), X Simposium AENTDE “Lenguaje enfermero: identidad, utilidad y calidad” (pp. 718-721). Sevilla: AENTDE

Sampaio, F.M.C (2011). A psicoeducação e a sobrecarga dos cuidadores informais do idoso com demência: análise baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5, 30-6.

Saraiva, C. B., & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria Fundamental*. Lidel – Edições, Lisboa.

Schumacher K, Meleis AI. Transitions: a central concept in nursing. *Image J Nurs Sch* 1994;26(2):119-27.

Sequeira C & Sampaio S. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa : Lidel.

Serviço de Intervenção dos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (*SICAD*):  
<https://www.sicad.pt/PT/Cidadao/Tu-alinhas/Paginas/default.aspx>

Shalini, L., & Adair, C. (2014). E-mental health: a rapid review of the literature. *Psychiatric Services*. Vol. 65, N. 1, pp. 24-32. Disponível em:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24081188/>

Silva, I. (2012). *Abrir espaço à saúde mental – Estudo piloto sobre conhecimentos, estigma e necessidades relativas a questões de saúde mental, junto de alunos do 7o ano de escolaridade (Tese de mestrado não publicada)*. Universidade Católica Portuguesa. Obtido em [repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9260/1/Dissertação.pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9260/1/Dissertação.pdf)

Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (2016). *Guia Essencial para Jornalistas Sobre Saúde Mental*. *Informemente*, 30. Disponível em:  
[https://www.adeb.pt/files/upload/guias/guia-informe\\_mente-201609.pdf](https://www.adeb.pt/files/upload/guias/guia-informe_mente-201609.pdf)

Sousa L; Almeida E, Amaral A. (2020) – *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa. Lidel

Takkinen, S. & Suutama, T. (2004). Lifelines of finnish people aged 83–87. *International Journal of Aging and Human Development*, 59(4), 339-362. doi: 10.2190/ wjku-btuj-mcgm-2alj

Tavares, M., Reinaldo, A., Villa, E., Henriques, B., & Pereira, D. (2017). Perfil de adolescentes e vulnerabilidade para o uso de álcool e outras drogas. *Revista de Enfermagem UEFP On Line*, 11 (10), 3906-3912. Doi: 10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201727

Varga, M. (2015). Analysis of the Health Information and Communication System and Cloud Computing. *TEM Journal*, 4(2), 149-155. Retrieved from:  
<http://www.temjournal.com/content/42/05/temjournal4205.pdf>

Waldman, G. (2014). La historia en primera persona: mirada(s) al pasado. *Política y Cultura*, 41, 91-109.

Wandekoken, K. D., Vicente, C. R., & Siqueira, M. M. (2011). Alcoolismo parental e fatores de risco associados. *Revista Eletrônica de Saúde Mental. Álcool e Drogas*, 7 (3), 161-167. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/49590/53665>

Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J. M., Magalhães, P., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2013a). Implementing the world mental health survey initiative in Portugal – rationale,

design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems* 2013, (7),1-10.

Xavier, S.; Klut, C.; Neto, A.; Ponte, G., & Melo, J.(2013b). O estigma da doença mental: Que caminho percorremos? *PsiLogos*, 11(2), 11-21.

Zagonel, I. P. S. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista latino-americana enfermagem*, 7 (3), 25-32.

Zavaschi, M. (2009). *Crianças e adolescentes vulneráveis*, Porto Alegre, Artmed

## **Anexos**

## Anexo I - LSMq – Questionário de literacia em saúde mental – Jovem adulto.

Campos, L., Dias, P., Almeida, H., Palha, F. (2018)

### LSMq – Questionário de literacia em saúde mental – jovem adulto

Dias, P.; Campos, L.; Almeida, H.; Palha, F. (2018)

Este questionário tem como objetivo compreender o que as pessoas pensam sobre questões de saúde mental.

As questões centram-se em aspetos tais como, o que é que já ouviu falar e o que pensa sobre este tipo de problemas, que recursos podem procurar para serem ajudadas, entre outros.

Pedimos-lhe agora alguns minutos para responder às perguntas que se seguem. Responda de forma sincera, sem se preocupar em responder "certo".

Agradecemos a sua colaboração.

Código: |x|x|x|\_|\_|\_|x|\_|\_|\_|\_|

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1 – Data de Nascimento ___/___/_____	2 – Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
3 – Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a)/ União de facto
<input type="checkbox"/> Divorciado(a)/ Separação de facto	<input type="checkbox"/> Viúvo(a)
4 – Nacionalidade: <input type="checkbox"/> Portuguesa <input type="checkbox"/> Outra: _____	
5 – Concelho de Residência: _____	
6 – Habilitações literárias (Pode assinalar uma ou mais opções):	
<input type="checkbox"/> Ensino secundário	
<input type="checkbox"/> Licenciatura	Por favor, especifique a área: _____
<input type="checkbox"/> Mestrado	Por favor, especifique a área: _____
<input type="checkbox"/> Doutoramento	Por favor, especifique a área: _____
<input type="checkbox"/> Outra	Por favor, especifique: _____
7- Profissão / Ocupação: _____	
<input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Trabalhador-estudante	
7.1 Se <b>estudante</b> , indicar: curso: _____ ano: _____	
8 - Conhece alguém que tem ou teve um problema de saúde mental?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	
8.1 Se sim, qual o problema de saúde mental? _____	
8.2 Qual a relação que tem com essa pessoa (selecione abaixo):	
<input type="checkbox"/> Familiar - Por favor, especifique a relação de parentesco: _____	
<input type="checkbox"/> Amigo(a)	
<input type="checkbox"/> Eu próprio(a)	
<input type="checkbox"/> Outro(a)	

Centro de Investigação para o Desenvolvimento Humano, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

Contacto: [mcampos@porto.ucp.pt](mailto:mcampos@porto.ucp.pt)

Dias, P.; Campos, L.; Almeida, H.; Palha, F. (2018). Mental Health Literacy in Young Adults: Adaptation and Psychometric Properties of the Mental Health Literacy Questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 1318. DOI: 10.3390/ijerph15071318

## LSMq – Questionário de literacia em saúde mental – jovem adulto

Dias, P.; Campos, L.; Almeida, H.; Palha, F. (2018)

Em seguida, vai encontrar várias afirmações com as quais pode, ou não, concordar.  
Para cada uma delas, indique o quanto concorda ou discorda, assinalando com uma cruz (X).

Exemplificando, uma pessoa que concorda muito com uma afirmação:

**As pessoas que praticam desporto com regularidade são mais saudáveis.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito
				X

**1. A prática de exercício físico contribui para uma boa saúde mental.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**2. Uma pessoa com depressão sente-se muito infeliz.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**3. Em casos de esquizofrenia, é comum as pessoas terem ideias delirantes (p. ex., podem acreditar que estão a ser constantemente perseguidas e observadas).**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**4. Se eu estivesse com uma perturbação mental procuraria a ajuda de pessoas da minha família.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**5. Se uma pessoa próxima de mim estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-a a procurar um psicólogo.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**6. Uma perturbação mental não afeta o comportamento.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**7. Dormir bem contribui para uma boa saúde mental.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

Centro de Investigação para o Desenvolvimento Humano, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

Contacto: [mc campos@porto.ucp.pt](mailto:mc campos@porto.ucp.pt)

Dias, P.; Campos, L.; Almeida, H.; Palha, F. (2018). Mental Health Literacy in Young Adults: Adaptation and Psychometric Properties of the Mental Health Literacy Questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 1318. DOI: 10.3390/ijerph15071318

### LSMq – Questionário de literacia em saúde mental – jovem adulto

Dias, P.; Campos, L.; Almeida, H.; Palha, F. (2018)

**8. Se eu estivesse com uma perturbação mental procuraria ajuda de um psicólogo.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**9. Uma pessoa com perturbação de ansiedade pode entrar em pânico perante situações de que tenha medo.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**10. As pessoas com perturbação mental são de famílias com baixos recursos económicos.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**11. Se uma pessoa próxima de mim estivesse com uma perturbação mental, eu ouvia-a sem julgar ou criticar.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**12. O consumo de álcool pode causar perturbações mentais.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**13. Uma perturbação mental não afeta os sentimentos.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**14. Quanto mais cedo forem identificadas e tratadas as perturbações mentais, melhor.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**15. Só os adultos têm perturbações mentais.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

**16. Alterações no funcionamento cerebral podem levar ao aparecimento de perturbações mentais.**

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

Centro de Investigação para o Desenvolvimento Humano, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

Contacto: [mcampos@porto.ucp.pt](mailto:mcampos@porto.ucp.pt)

Dias, P.; Campos, L.; Almeida, H.; Palha, F. (2018). Mental Health Literacy in Young Adults: Adaptation and Psychometric Properties of the Mental Health Literacy Questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 1318. DOI: 10.3390/ijerph15071318

### LSMq – Questionário de literacia em saúde mental – jovem adulto

Dias, P.; Campos, L.; Almeida, H.; Palha, F. (2018)

17. Se uma pessoa próxima de mim estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-a a procurar um médico psiquiatra.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

18. Se eu estivesse com uma perturbação mental procuraria a ajuda de amigos.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

19. Uma alimentação equilibrada contribui para uma boa saúde mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

20. Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

21. Se uma pessoa próxima de mim estivesse com uma perturbação mental, eu não poderia fazer nada para a ajudar.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

22. A duração dos sintomas é um dos critérios importantes para o diagnóstico de uma perturbação mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

23. A depressão não é uma verdadeira perturbação mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

24. O consumo de drogas pode causar perturbações mentais.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

25. Uma perturbação mental afeta os pensamentos.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

Centro de Investigação para o Desenvolvimento Humano, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

Contacto: [mcampos@porto.ucp.pt](mailto:mcampos@porto.ucp.pt)

Dias, P.; Campos, L.; Almeida, H.; Palha, F. (2018). Mental Health Literacy in Young Adults: Adaptation and Psychometric Properties of the Mental Health Literacy Questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 1318. DOI: 10.3390/ijerph15071318

### LSMq – Questionário de literacia em saúde mental – jovem adulto

Dias, P.; Campos, L.; Almeida, H.; Palha, F. (2018)

#### 26. Fazer algo que dê prazer contribui para uma boa saúde mental.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

#### 27. Uma pessoa com esquizofrenia pode ver e ouvir coisas que mais ninguém vê e ouve.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

#### 28. Situações de grande stress podem causar perturbações mentais.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

#### 29. Se eu estivesse com uma perturbação mental procuraria ajuda de um médico psiquiatra.

Discordo muito	Discordo	Não concordo, nem discordo	Concordo	Concordo muito

Por favor, confirme se respondeu a todas as questões. Muito obrigado pela sua colaboração.

Centro de Investigação para o Desenvolvimento Humano, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

Contacto: [mcampos@porto.ucp.pt](mailto:mcampos@porto.ucp.pt)

Dias, P.; Campos, L.; Almeida, H.; Palha, F. (2018). Mental Health Literacy in Young Adults: Adaptation and Psychometric Properties of the Mental Health Literacy Questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 1318. DOI: 10.3390/ijerph15071318

## Anexo II – Autorização para uso do LSMq

**Joana Rodrigues** <joana.isabel.rodrigues@gmail.com> terça, 21/09, 19:12 (há 5 dias) ☆ ↶ ⋮  
para mc campos ▾

Boa Tarde Dra Luisa,

O meu nome é Joana Rodrigues, sou mestranda na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Escola São João de Deus Évora. Irei fazer o meu estágio final no CRI de Évora, junto de adolescentes com comportamentos de risco.

Gostaria de pedir a sua autorização para usar a escala de Literacia em Saúde Mental no âmbito do seu trabalho.

Muito obrigada.

Com os melhores cumprimentos,

Joana Rodrigues

**Lúisa Campos** quarta, 22/09, 15:20 (há 4 dias) ☆ ↶ ⋮  
para mim ▾

Cara Joana

Antes de mais, muito obrigada pelo seu interesse no nosso trabalho.

Junto anexo Questionários em Literacia em saúde Mental – versão jovens e versão adultos.

Bom trabalho.

Luisa Campos

**Lúisa Campos**  
PhD



**CATOLICA**  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

PORTO

**Faculdade de Educação e Psicologia**  
Universidade Católica Portuguesa | Porto  
Rua de Diogo Botelho, 1327  
4169-005 Porto, Portugal  
Tel.: +351 22 619 62 00  
Email: [mc campos@ucp.pt](mailto:mc campos@ucp.pt)  
[www.fea.porto.ucp.pt](http://www.fea.porto.ucp.pt)

### Anexo III – Escala Ansiedade de Hamilton

Mestrado em Associação de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica

Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton

#### Escala de avaliação da Ansiedade de Hamilton

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

<b>Categoria I – Ansiedade Psíquica</b>	Ausente <b>0</b>	Ligeira <b>1</b>	Moderada <b>2</b>	Frequente <b>3</b>	Muito frequente <b>4</b>
Humor ansioso (Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade, etc.)					
Tensão (Sensações de tensão, fadiga, reacção de sobressalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação.)					
Medos (De escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões, etc.)					
Insónia (Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, pesadelos, terrores nocturnos, etc.)					
Dificuldades intelectuais (Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.)					
Humor depressivo (Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilação do humor, etc.)					
<b>Categoria II – Ansiedade Somática</b>					
Sintomas musculares (Dores musculares, rigidez muscular, contracções espásticas, contracções involuntárias, etc.)					
Sintomas sensoriais (Ondas de frio ou calor, sensações de fraqueza, visão turva, sensação de picadas, formigueiro, câibras, dormências, sensações auditivas de tinidos, zumbidos, etc.)					
Sintomas cardiovasculares (Taquicardia, palpitações, dores torácicas, sensação de desmaio, sensação de extra-sístoles, vertigens, batimentos irregulares, etc.)					
Sintomas respiratórios (Sensações de opressão ou constrição no tórax, sensações de sufocamento ou asfixia, suspiros, dispnéia, etc.)					
Sintomas genito-urinários (Polaquiúria, urgência miccional, amenorreia, menorragia, erecção incompleta, ejaculação precoce, impotência, diminuição da libido, etc.)					
Sintomas do sistema nervoso autónomo (Boca seca, rubor, palidez, tendência a sudorese, mãos molhadas, inquietação, tensão, dor de cabeça, pêlos eriçados, tonturas, etc.)					
TOTAL.....20					

#### Resultados:

- <12: ansiedade normal;
- >12 e <18: reacção patológica ligeira;
- >18 e <25: ansiedade patológica moderada;
- >25: ansiedade patológica grave.

## Anexo IV– Escala de Avaliação de Depressão de Beck II

Mestrado em Associação de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica

### Escala de Avaliação de Depressão de Beck II

O BDI-II compreende 21 premissas referentes ao actual momento do sujeito e quantificadas numa escala de 4 pontos de intensidade (0 a 3). O propósito desta escala é avaliar a medida da depressão. É um instrumento de fácil manipulação e aplicação, além de possuir grande aceitação. Os *scores* variam de zero até 63, onde o zero indica não existir nenhum traço de depressão, enquanto o *score* mais alto indica maior gravidade da depressão. O guia de interpretação é o que se segue: (a) 0 = pontuação mínima, sem depressão; (b) 10 à 16 = indica estado de depressão leve a moderada; (c) 17 à 29 = compreende um estado de depressão moderada a grave; e (d) 30 à 63 = indica um estado de depressão grave.

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Profissão/Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Este indicadores de resultados consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como se tem sentido nas duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem aplicar-se igualmente bem, escolha a de número mais alto nesse grupo. Verifique se não marcou mais de uma afirmação por grupo, incluindo o item 16 (alterações no padrão de sono) e o item 18 (alterações de apetite).

#### 1 - Tristeza

- 0 Não me sinto triste
- 1 Sinto-me triste grande parte do tempo
- 2 Estou triste o tempo todo
- 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar

#### 2 - Pessimismo

- 0 Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro
- 1 Eu sinto-me mais desanimado(a) a respeito do futuro do que de costume
- 2 Não espero que as coisas dêem certo para mim
- 3 Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar

#### 3- Fracasso passado

- 0 Não me sinto um fracasso
- 1 Tenho fracassado mais do que devia
- 2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos
- 3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total

#### 4 – Perda de prazer

- 0 Continuo a sentir o mesmo prazer que sentia com as coisas de que gosto
- 1 Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir
- 2 Tenho muito pouco prazer nas coisas de que eu costumava gostar
- 3 Não tenho nenhum prazer nas coisas que costumava gostar

#### 5 – Sentimentos de culpa

- 0 Não me sinto particularmente culpado(a)
- 1 Sinto-me culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito
- 2 Eu sinto-me culpado(a) a maior parte do tempo
- 3 Eu sinto-me culpado(a) o tempo todo

#### 6 – Sentimentos de punição

- 0 Não sinto que estou a ser punido(a)

- 1 Sinto que posso ser punido(a)
- 2 Eu acho que serei punido(a)
- 3 Sinto que estou a ser punido(a)

**7 – Auto- Estima**

- 0 Eu sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a)
- 1 Perdi a confiança em mim mesmo(a)
- 2 Estou desapontado(a) comigo mesmo(a)
- 3 Não gosto de mim

**8 – Auto crítica**

- 0 Não me sinto nem me culpo mais do que o habitual
- 1 Estou a ser mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser
- 2 Eu crítico-me por todos os meus erros
- 3 Eu culpo-me por tudo de mal que me acontece

**9 – Pensamentos ou desejos suicidas**

- 0 Não tenho nenhum pensamento de me matar
- 1 Tenho pensamentos de me matar mas não levaria isso adiante
- 2 Gostaria de me matar
- 3 Eu matava-me se tivesse oportunidade

**10 - Choro**

- 0 Não choro mais do que chorava antes
- 1 Choro mais agora do que costumava chorar
- 2 Choro por qualquer coisa
- 3 Sinto vontade de chorar mas não consigo

**11- Agitação**

- 0 Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes
- 1 Eu sinto-me mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes
- 2 Eu sinto-me tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a)
- 3 Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre a mexer-me ou a fazer alguma coisa

**12 – Perda de interesse**

- 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas ou pelas minhas atividades
- 1 Estou menos interessado(a) pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar
- 2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas
- 3 É difícil interessar-me por alguma coisa

**13 - Indecisão**

- 0 Tomo as minhas decisões tão bem como antes
- 1 Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes
- 2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes
- 3 Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão

**14 - Desvalorização**

- 0 Não me sinto sem valor, valorizo-me como antes
- 1 Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes
- 2 Eu sinto-me com menos valor quando me comparo com as outras pessoas
- 3 Eu sinto-me completamente sem valor

**15 – Falta de energia**

- 0 Tenho tanta energia hoje como sempre tive
- 1 Tenho menos energia do que costumava ter
- 2 Não tenho energia suficiente para fazer muitas coisas
- 3 Não tenho energia suficiente para nada

**16 – Alterações no padrão de sono**

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu sono
- 1a Durmo um pouco mais do que o habitual
- 1b Durmo um pouco menos do que o habitual
- 2a Durmo muito mais do que o habitual
- 2b Durmo muito menos do que o habitual
- 3a Durmo a maior parte do dia
- 3 Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir

**17 - Irritabilidade**

- 0 Não estou mais irritado(a) do que o habitual
- 1 Estou mais irritado(a) do que o habitual
- 2 Estou muito mais irritado(a) do que o habitual
- 3 Fico irritado(a) o tempo todo

**18 Alterações do apetite**

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu apetite
- 1a O meu apetite está um pouco menor do que o habitual
- 1b O meu apetite está um maior do que o habitual
- 2a O meu apetite está muito menor do que antes
- 2b O meu apetite está muito maior do que antes
- 3a Não tenho nenhum apetite
- 3b Quero comer o tempo todo

**19 – Dificuldade de concentração**

- 0 Posso-me concentrar tão bem como antes
- 1 Não me posso concentrar tão bem como habitualmente
- 2 É muito difícil para mim manter a concentração em alguma coisa por muito tempo
- 3 Eu acho que não me consigo concentrar em nada

**20 – Cansaço ou fadiga**

- 0 Não estou mais cansado(a) ou fatigado(a) do que o habitual
- 1 Fico cansado(a) ou fatigado(a) mais facilmente do que o habitual
- 2 Eu sinto-me muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer
- 3 Eu sinto-me muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer

**21 – Perda de interesse por sexo**

- 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo
- 1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar
- 2 Estou muito menos interessado(a) em sexo agora
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo

TOTAL: \_\_\_\_/máx. 63      Classificação: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Anexo V - Indicadores de resultados

Mestrado em Associação de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica  
(Adaptado de Fagundes, 2016)

- ✓ Reflete acerca de como te sentias, quando iniciamos as intervenções e como te sentes agora.
- ✓ Assiná-la a opção mais adequada, ao que sentes neste momento.

2 – Como pensas que **enfrentas os teus problemas**:

- De uma forma mais eficaz
- Da mesma forma
- De forma ineficaz

1 – Como consideras a tua **auto estima**:

- Aumentou
- Manteve-se
- Diminuiu

3 – Como consideras o teu **bem-estar**:

- Mais Alegre
- Na mesma
- Mais triste

6 - Relativamente à tua **imagem corporal**. O te sentes em relação ao teu corpo:

- Senteste-te melhor
- Na mesma
- Senteste-te pior

7 – Consideras-te que adquiriste **hábitos de vida mais saudáveis**:

- Sim
- Não

Se sim. Quais? \_\_\_\_\_

8 – No que diz respeito à **ansiedade**. Consideras que:

- A ansiedade aumentou
- A ansiedade manteve-se
- A ansiedade diminuiu

10 – No que diz respeito ao teu **auto controlo**. Consideras que:

- Tenho mais controlo das situações, penso antes de agir
- Estou igual
- Estou pior

11- Relativamente ao **consumo de substâncias psicoativas**:

- Consegui parar os consumos
- Mantenho o mesmos consumos
- Aumentei os consumos

11 – Relativamente às **intervenções realizadas psicoeducativas**. Consideras que:

- As intervenções te ajudaram
- As intervenções não te ajudaram

Justifica a tua resposta:

---

---

12 – Relativamente às **intervenções realizadas psicoterapêuticas**. Consideras que:

- As intervenções te ajudaram
- As intervenções não te ajudaram

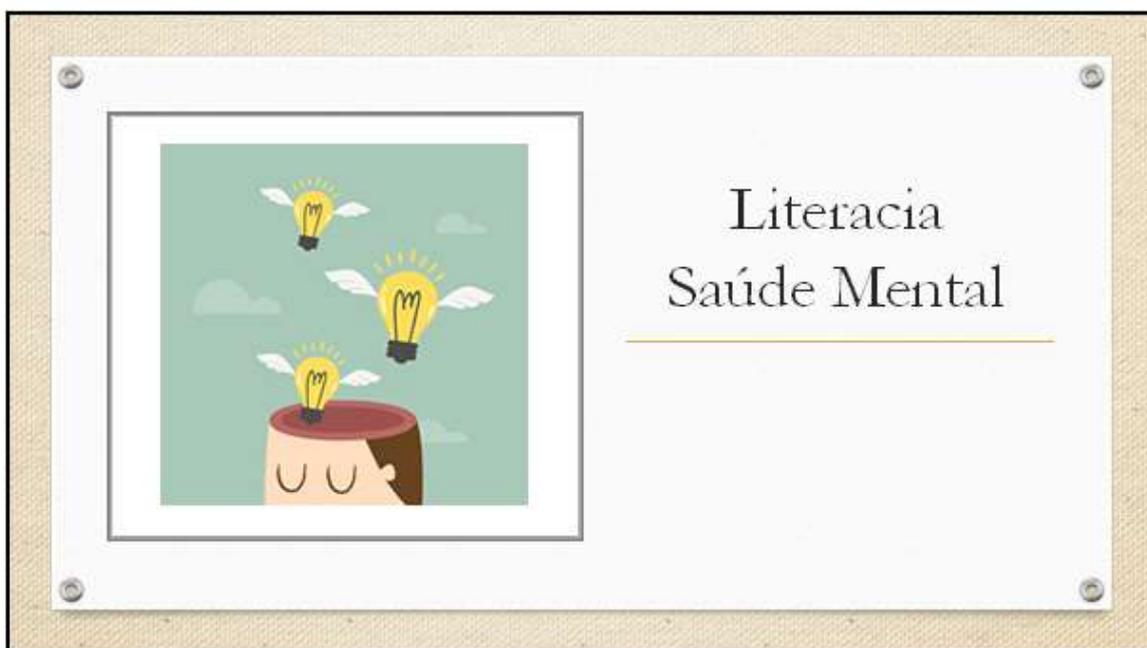
Justifica a tua resposta:

---

---

Obrigada!

## Anexo VI – Literacia em Saúde Mental



1





## Saúde Mental

3

## SAÚDE MENTAL



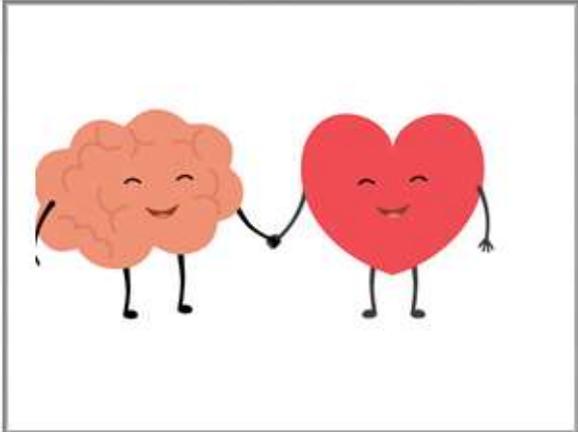
• É definida como um estado de bem-estar em que a pessoa:

Realiza as suas capacidades

Consegue trabalhar/estudar de forma produtiva e frutífera

Consegue fazer face ao stress normal da vida

Consegue contribuir para a comunidade em que se encontra

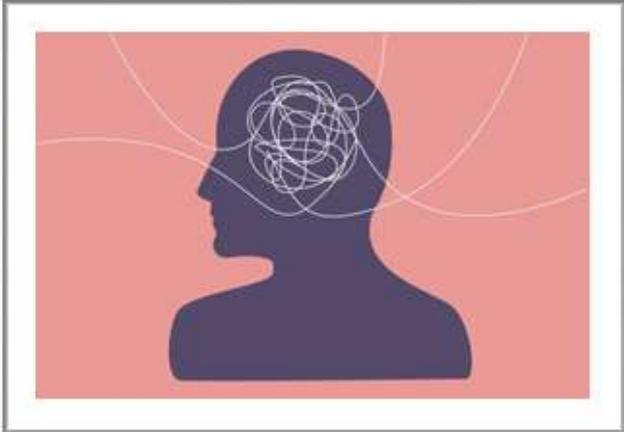


Não há saúde física sem saúde mental. A saúde mental é essencial para o nosso bem-estar.

Saúde Mental

Saúde Física

5



**Perturbação Mental**



- Alteração da nossa organização mental
- A pessoa não consegue exercer os seus papéis sociais (familiares, relacionais ou atividades do quotidiano),
- Podendo existir sofrimento.

7

## Sinais e Sintomas de Alerta



- Perda de interesse ou abandono do convívio com as pessoas habituais;
- Mudança de comportamentos (na escola, trabalho ou em casa);
- Problemas de concentração, memória ou do pensamento lógico;
- Isolamento;

59



- Medo ou desconfiança dos outros ou uma sensação estranha de se sentir nervoso;
- Alterações graves no sono ou no apetite;
- Mudanças nos hábitos de higiene;
- Mudanças grandes e rápidas nos sentimentos, ou nos níveis de energia.

9



Identificar precocemente sinais e sintomas

Procura de ajuda médica mais rápida

Reduzir a gravidade dos sintomas  
Atrasar ou prevenir a evolução de uma Perturbação Mental







## Como podemos promover a nossa Saúde Mental?



11

Exercício físico

Bom rotina de sono

Alimentação equilibrada

Relações próximas com pares

Estratégias de Auto Cuidado

Atividades de gratificação e prazer

Falar sobre os problemas e pedir ajuda

Auto-conhecimento

Meditação/  
Mindfulness



# Exercício Prático

## Respiração Abdominal

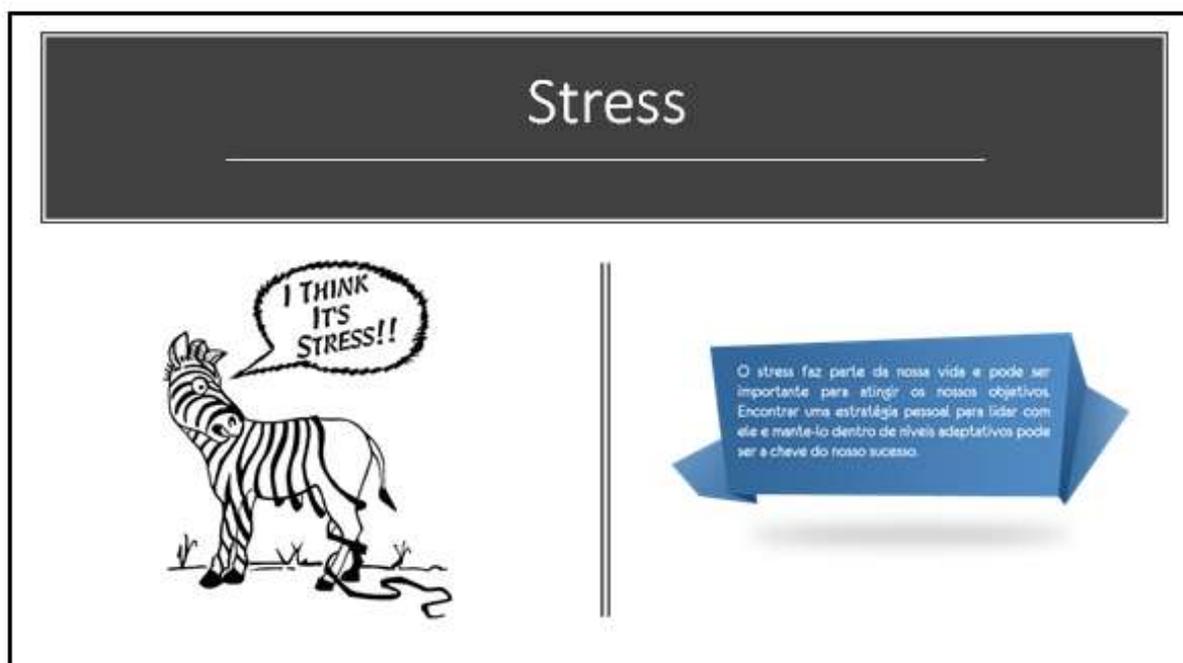
---



## Anexo VII – Stress e Ansiedade



1



2

## O que é o Stress?

Ausência de  
Paz Interior

Mudança

Perda de  
Controlo

Será sempre negativo?



3

## Stress

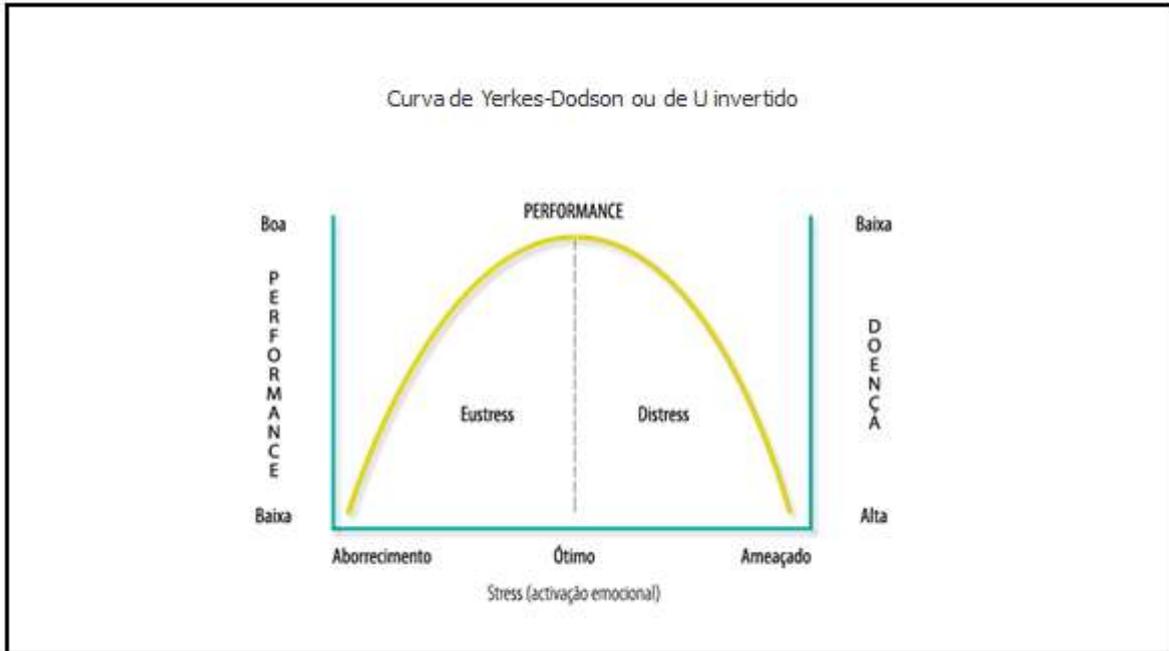
- Situações novas, exigências às quais temos ou queremos responder e não nos sentimos capazes de dar uma resposta satisfatória automática.
- Todo o nosso corpo, físico e mente, se mobiliza na busca de uma melhor resposta.
- São produzidas alterações fisiológicas, como o aumento de ritmo cardíaco ou a tensão muscular.
- No entanto, quando esta reacção é exagerada, pode tornar-se prejudicial.

### Os sinais físicos típicos de stress



Organização  
Mundial de Saúde

4



5.

## Sinais de Stress

- Agitação psicomotora;
- Roer as unhas (onicofagia), arrancar o cabelo;
- Alterações repentinas no humor;
- Insatisfação com tudo e impaciência;
- Agressividade;
- Aumento da utilização de álcool e tabaco (e/ou medicamentos);
- Consumo excessivo de determinados alimentos (ex.: chocolate);
- Diminuição da performance/desempenho;
- Evitamento da situação que gera stress.

6.

## Sintomas Stress

Sintomas cognitivos	Sintomas emocionais
<ul style="list-style-type: none"><li>- Problemas de memória</li><li>- Incapacidade de concentração</li><li>- Incapacidade de avaliar as situações</li><li>- Medo constante</li><li>- Hipervigilância</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mudança de humor</li><li>- Irritabilidade</li><li>- Incapacidade de relaxar</li><li>- Sentir-se esmagado pelas situações</li><li>- Sentimento de solidão e isolamento</li></ul>
Sintomas físicos	Sintomas comportamentais
<ul style="list-style-type: none"><li>- Dores e tensão muscular</li><li>- Alterações no sistema digestivo (prisão de ventre, diarreia)</li><li>- Náuseas e vômitos</li><li>- Dores no peito e taquicardia (batimento acelerado do coração)</li><li>- Alergias e constipações frequentes</li><li>- Sensação de cansaço e fadiga</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Inquietação e inquietude</li><li>- Alterações do apetite</li><li>- Alterações do sono</li><li>- Isolamento dos outros</li><li>- Evitar as situações negligenciando as responsabilidades</li><li>- Uso de drogas (café, tabaco, álcool) para relaxar</li></ul>

7

## Ajuda

Se não conseguires gerir o stress e este se tornar um problema incapacitante, podes pedir ajuda a um profissional de saúde:

- Médicos de família;
- Psiquiatra;
- Enfermeiros de Saúde Mental;
- Psicólogo.



8

## Tratamentos e Intervenções Disponíveis



Psicológicos: Terapia  
cognitivo-comportamental



Medicamentos



Estratégias de Autoajuda

9

## Estratégias de Auto Ajuda

- Relaxamento
- Antecipar situações de stress – maior controlo da situação
- Adoptar uma atitude positiva em relação à vida e às situações stressantes
- Meditação
- Massagens
- Realizar exercício físico
- Evitar o consumo de álcool, tabaco e outras substâncias estimulantes

10

## A tua tolerância ao stress depende:

- **Do teu sentido de controlo:** se tens autoconfiança e a percepção que consegues controlar de forma adequado os acontecimentos.
- **Da tua atitude e perspetiva acerca da vida:** normalmente as pessoas que têm uma atitude mais optimista, tendem a abraçar a vida, aceitar os desafios e as mudanças que vão surgindo como uma parte normal da vida.
- **Do teu conhecimento e preparação:** quanto mais sabemos ou temos informação sobre a situação que envolve ou potencia o stress, mais fácil se torna lidar com a situação.
- **Da tua capacidade para lidar com as tuas emoções:** se não consegues manter a calma e gerir as emoções, como por exemplo, a tristeza, angústia e mesmo o medo, é provável que sejas mais vulnerável ao stress.

11



Estar ansioso não significa estar stressado. É uma das emoções possíveis quando se está stressado. A ansiedade é uma emoção universal, dirigida para a sobrevivência e está associada aos sentimentos de medo, incerteza e preocupação.

## Ansiedade

12



Ansiedade

- O que distingue a ansiedade dita «normal» do dia a dia, daquilo que é **perturbação de ansiedade**, é que a ansiedade excessiva é mais grave, dura mais tempo e interfere de modo significativo nas atividades do teu quotidiano e nas relações com os outros.

A perturbação de ansiedade tem manifestações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas.

- As perturbações relacionadas com a ansiedade podem ter o seu início na adolescência ou mesmo na infância. A perturbação de ansiedade muitas vezes pode ocorrer em simultâneo com a depressão e o **abuso de substâncias**.



13



Existem diferentes tipos de perturbações relacionados com a ansiedade. As principais são:

- Perturbação generalizada de ansiedade
- Perturbação de pânico e agorafobia
- Perturbações relacionadas com fobias incluindo fobia social
- Perturbação obsessivo-compulsiva

14



## Perturbação generalizada de Ansiedade

- Preocupação excessiva, irracional e incontrolável com situações do quotidiano e que interfere de modo significativo nas atividades diárias.
- Na ansiedade generalizada a presença do medo é algo constante (ex.: medo de perder o controlo, medo de não ser capaz de enfrentar a vida, medo de ser rejeitado e medo do sofrimento e inclusive da própria morte).
- **Sinais:**
  - Irritabilidade;
  - Suores intensos;
  - Ruborização da face (ficar «corado»);
  - Agitação;
  - Perda ou aumento de peso;
  - Evitamento de situações geradoras de stress.

15

## Perturbação generalizada de Ansiedade

---

- **SINTOMAS**
  - Dificuldade de concentração;
  - Impaciência;
  - Tensão muscular;
  - Fadiga fácil e perda de energia;
  - Taquicardia (batimentos acelerados do coração);
  - Dificuldade de concentração;
  - Alterações gastrointestinais;
  - Modificação do padrão de apetite (falta ou excesso de apetite);
  - Dificuldade em adormecer (insónia).



16

## Perturbação de pânico e agorafobia

- Um ataque de pânico pode desenvolver-se repentinamente e é composto por sintomas súbitos de apreensão, medo ou terror, e ainda interpretação catastrófica das sensações corporais (ex.: sensação de morte iminente, desmaio ou mesmo ficar louco).
- Os jovens com **agorafobia** evitam situações com receio de originar um ataque de pânico. O foco da sua ansiedade centra-se no embaraço e dificuldade de sair do local onde pode ocorrer um ataque de pânico, ou que não esteja ninguém presente que o possa ajudar, evitando algumas situações. (evita multidões, espaços fechados como centros comerciais ou elevadores, ou poderão mesmo evitar sair de casa).



17

### SINTOMAS MAIS COMUNS EM UMA CRISE DE PÂNICO



## Perturbação de pânico e agorafobia

### SINTOMAS

- Tensão muscular;
- Sensação de falta de ar;
- Taquicardia (batimentos acelerados do coração);
- Suores intensos;
- Náuseas e vômitos;
- Tonturas;
- Sensação de formigueiro nas extremidades das mãos e pés;
- Medo de perder o controlo;
- Medo de morrer.

18

## Perturbações relacionadas com Fobias

- Um jovem com uma perturbação de ansiedade fóbica evita ou restringe as atividades por causa do medo quando confrontado com o objeto ou situação.
- A fobia social surge num espaço relacional, habitualmente com medo de se comportar de forma embaraçosa ou humilhante. A fobia social pode desenvolver-se em crianças tímidas quando avançam para a adolescência.
- Existem fobias de objetos ou situação específicas. Os medos mais comuns são aranhas (aracnofobia), insetos (entomofobia ou insetofobia), ratos (musofobia), cobras (ofidiofobia) e alturas (acrofobia).
- O que diferencia um jovem com perturbação fóbica de alguém com um simples medo, é que o jovem com fobia evita situações que desencadeiam as crises, muitas vezes alterando a sua rotina de vida.



19



## Perturbações relacionadas com Fobias

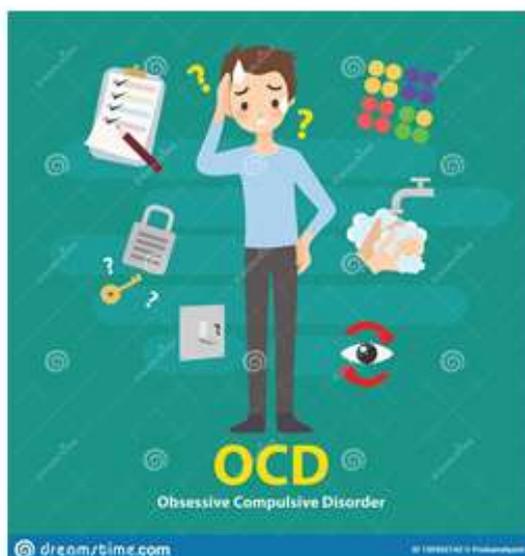
- **SINTOMAS**
  - Dor ou desconforto no peito;
  - Falta de ar;
  - Palpitações;
  - Sensação de sufocamento ou afogamento;
  - Tonturas ou vertigens;
  - Sensação de formigamento;
  - Sensação de calor ou de frio;
  - Sensação de desmaio;
  - Tremores;
  - Medo de morrer ou de perder o controlo.

20

## Perturbação obsessivo-compulsiva

- Este tipo de perturbação pode ter início na adolescência e é das menos comuns mas é uma condição bastante incapacitante, pois interfere significativamente na rotina normal do jovem, no seu trabalho, nas atividades e relações sociais e familiares.

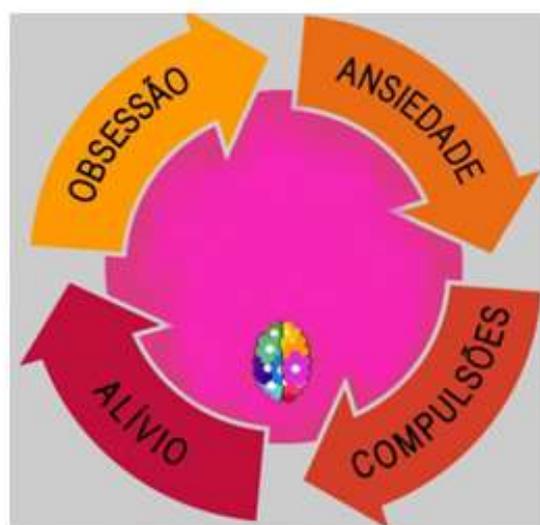
Os pensamentos obsessivos são pensamentos e/ou imagens recorrentes e intrusivas que causam ansiedade avassaladora e incontrolável. As **obsessões** são ideias recorrentes, absurdas e não desejadas que estão sempre presentes na mente e tendem a aumentar a ansiedade e causam sofrimento à pessoa.



21

## Perturbação obsessivo-compulsiva

- Os **comportamentos compulsivos** são comportamentos repetitivos, em que a pessoa executa as ações em resposta a uma obsessão de forma a reduzir a ansiedade
- **SINTOMAS**
  - Ansiedade;
  - Sensação de descontrolo;
  - Angústia.



22

## Ajuda

- Médicos de família;
- Psiquiatra;
- Enfermeiros de Saúde Mental;
- Psicólogo.



23

### Tratamentos e Intervenções Disponíveis



Psicológicos: Terapia  
cognitivo-comportamental



Medicamentos



Estratégias de Autoajuda

24

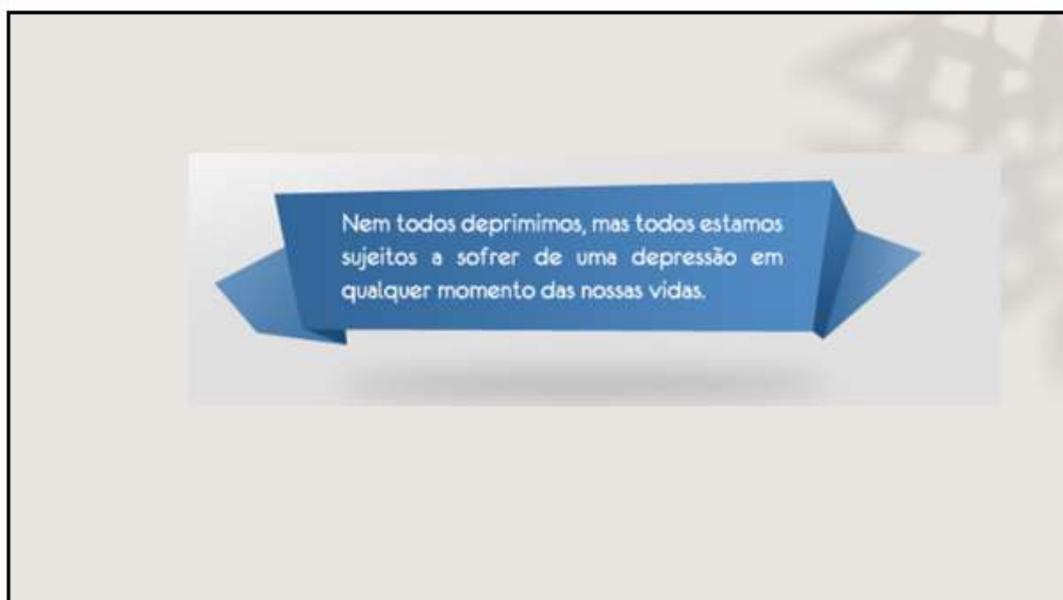
Obrigada.



## Anexo VIII – Depressão



1



2

51



A adolescência corresponde a períodos de desenvolvimento que se caracterizam por mudanças e transições significativas na sua vida.

Este é um período de transformações físicas, psicológicas, cognitivas, relacionais e afetivas.

Esta etapa da sua vida é intensa e pode implicar que te sintas estranho contigo mesmo e com os outros.

Muitas destas vivências, emoções e sentimentos são normais, por isso não deves alarmarte porque te sintas triste, ansioso, insatisfeito ou mesmo irritado.

Convido, nem todos os adolescentes e jovens reagem da mesma forma a estas situações. Em alguns casos estes problemas podem vir a agravar-se com o tempo, tornando-se incapacitantes.

3

## Sinais



- Alterações do peso
- Consumo de drogas/alcool
- Choro Fácil
- Desmotivação
- Isolamento
- Baixar Redimento escolar
- Pessimista
- Desinteresse - faltar as aulas
- Agressividade
- Irritabilidade
- Comportamentos auto mutilação

4



5

**A Ajuda é possível e eficaz**

A depressão tem cura, mas se não for tratada a tempo, pode ter problemas sérios que comprometem o futuro, nomeadamente:

- Queda do rendimento escolar com implicações a longo prazo;
- Perda do suporte dos amigos e da família;
- Dependência de álcool e drogas;
- Elevado risco de suicídio.

Uma ilustração no canto inferior direito mostra duas figuras de médicos em jalecos brancos. Uma mulher à esquerda segura um coração vermelho com uma cruz branca no centro. Um homem à direita toca a cabeça de um perfil humano em tons de azul, que está aberto para revelar o cérebro. O fundo da ilustração é verde-água.

6

## Tratamentos e Intervenções Disponíveis

- **Terapias psicológicas**
  - Terapia cognitivo-comportamental
  - Terapia familiar sistémica
  - Terapia de resolução de problemas
- **Medicação**



7

## Estratégias de Auto Ajuda

- Leitura de livros de autoajuda;
- Envolveres-te em atividades de voluntariado e participação em grupos de ajuda cívica;
- Prática de exercício físico regular;
- Técnicas de relaxamento;
- Não consumir álcool e outras drogas.

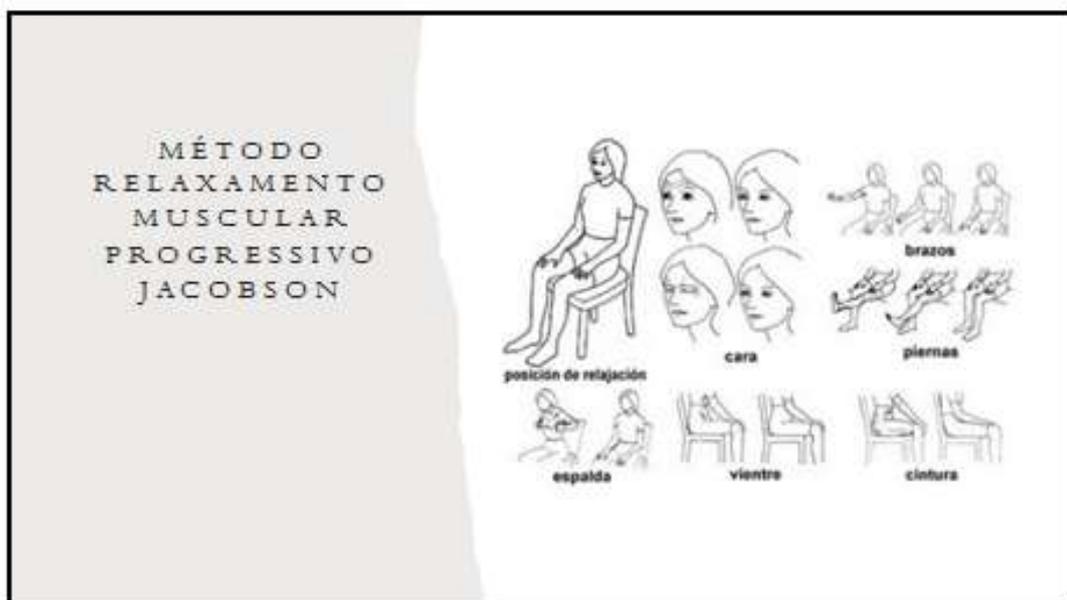


8

## Anexo IX – Relaxamento



1



2

## MÉTODO RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO JACOBSON

- <https://www.youtube.com/watch?v=C2hFGcJi48k>
- <https://www.youtube.com/watch?v=-FG0Z6V9Mpw>

3

## TÉCNICA RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA

O ciclo da respiração diafragmática:



1) Quando inspiramos, empurramos o abdômen para fora

2) Ao expiramos, encolhemos a barriga e há pouca ou nenhuma movimentação do tórax. Isso garante maior concentração de oxigênio, acalma e relaxa.

4

## MEDITAÇÃO GUIADA

- <https://www.youtube.com/watch?v=pv-avmg97IM>
- <https://www.youtube.com/watch?v=fKQ4-wcByFU>



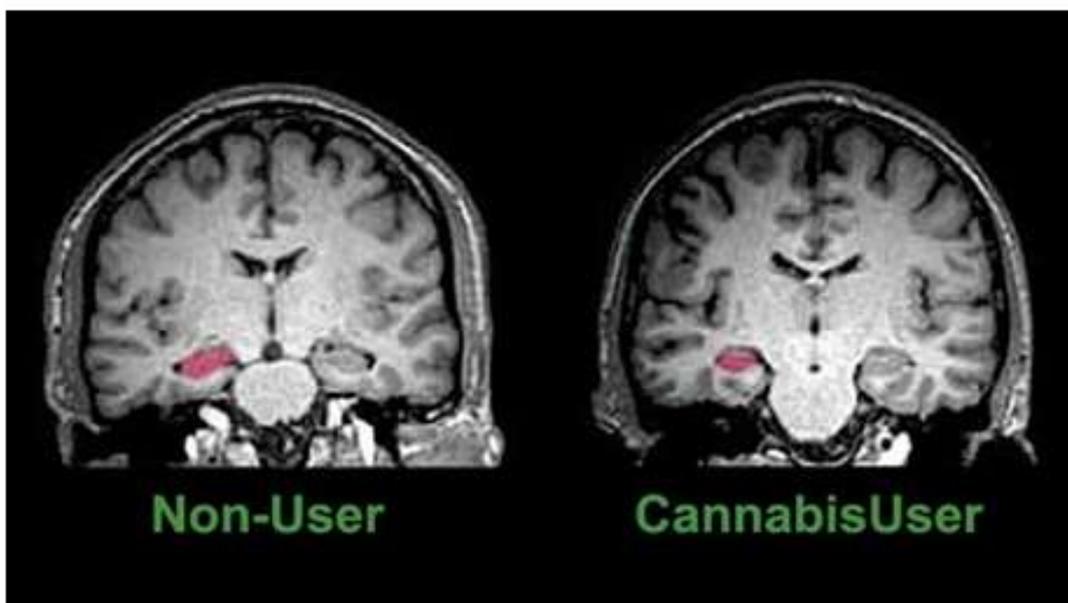
## **Anexo X – Relaxamento de contração através da respiração (Adaptado de Chalifour 2008)**

- Escolha um lugar calmo onde não seja incomodado;
- Sente-se confortavelmente, num sofá ou numa almofada no chão, mantendo as costas direitas;
- Desaperte as roupas que possam prejudicar a sua respiração:
- Feche os olhos;
- Centre-se na sua respiração, sinta o ar que entra e sai dos seus pulmões;
- Lentamente, faça uma inspiração profunda pelo nariz;
- Guarde o ar nos seus pulmões, conte até sete e sinta a energia que circula dentro de si;
- Lentamente, expulse o ar dos pulmões pela boca
- Realize este exercício sete vezes;
- Depois retome a respiração habitual;
- Entre em contacto com o que sente interiormente (no seu corpo, emoções e pensamentos);
- Lentamente, abra os olhos, olhe à sua volta, estique os membros.

## Anexo XI – Efeitos dos carabinóides no cérebro



1



2

## EFFECTOS NEGATIVOS DEL CANNABIS EN EL CEREBRO

**BAJO RENDIMIENTO**  
Aprendizaje pobre.  
Afectación sobre la cognición y la memoria.  
Baja el rendimiento académico y laboral.

**AFECTACIÓN PSÍQUICA**  
Afecta a la estructura  
hipocámpica, la parte  
frontal del cerebro  
responsable del control  
de los impulsos.

**ENFERMEDAD MENTAL**  
El consumo se ha relacionado  
con ansiedad, paranoia y  
esquizofrenia.  
-Recientes estudios apuntan a  
mayor probabilidad de otros  
problemas.

**RESPUESTA/REACCIÓN**  
Estrés al manejar  
situaciones de estrés.  
Se piensa más lento.  
-Disminuye el tiempo de  
reacción.  
-Divide y altera la atención.

**DEPENDENCIA**  
Desorden caracterizado por el  
uso compulsivo,  
debilidad para desistir el  
consumo pese a las  
consecuencias negativas  
asociadas de adicción.  
-Incluso tras el consumo.

**DATOS DE INTERÉS**

Fumar hoy un 'porro' equivale a  
4 'porros' de los años 80

El contenido de THC (sustancia  
psicoactiva) ha pasado de 3-5% a 20%  
en la actualidad

Fuente: Kyrle, 'Who got pot? A review of the state-based data on U.S. medical  
cannabis dispensaries', Volume 13, Number 2-4, March - April 2016

3

## SISTEMA ENDOCANABINOIDE: COMO AGE A CANNABIS NO CEREBRO

**1 HIPOTÁLAMO**  
Coordena las emociones e  
apetito. El THC interfiere  
directamente en esta función, eso  
explicaría a veces el hambre. No  
a su a macorra y usada para  
perda de apetito causada por la  
quimioterapia, por ejemplo.

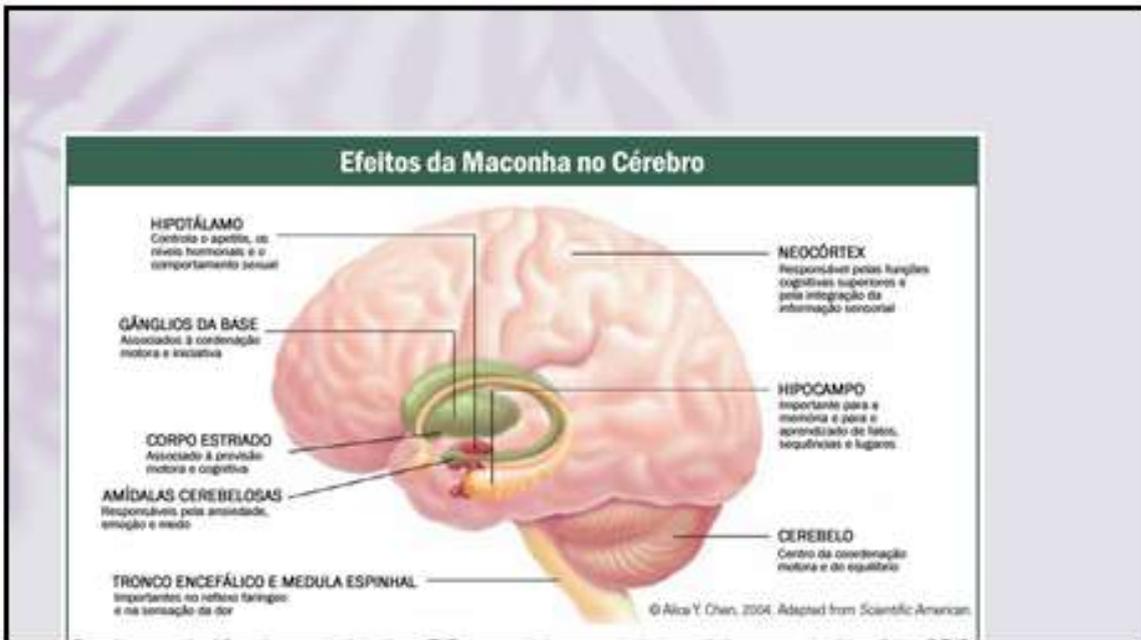
**2 NÚCLEOS DE BASE**  
Coordenan la actividad  
motora. A cannabis puede  
regular el movimiento de  
una persona con mal de  
Parkinson, por ejemplo.

**3 NEOCÓRTEX**  
Coordena el raciocinio, el  
planeamiento y el sono. Si  
estiver desregulado, a  
macorra aguda a cambios  
distintos como la ansiedad.

**4 HIPOCAMPUS**  
Coordena la memoria, el peso  
de tiempo y la memoria a  
largo plazo. Su  
desregulación puede estar  
relacionada con ansiedad,  
estrés por traumático, fobias  
y dolor crónico. A macorra aguda  
muchos otros casos.

**5 TRONCO ENCEFÁLICO**  
Coordena las funciones  
cardíacas, respiratorias, cuando  
desreguladas provoca ansiedad.  
Por eso, a presencia de  
receptores de cannabis puede  
controlar náuseas.

4



5

## Potenciais efeitos colaterais da cannabis

A Cannabis pode causar mudanças no:

- Humor
- Sono e fadiga
- Memória
- Apetite
- Paranoia e alucinações
- Dependência e abstinência
- Tempo de reação

Para mais informações sobre outros efeitos colaterais, consulte seu médico antes de utilizar a cannabis.

6

Cannabis faz mal ao cérebro?

- [https://www.ted.com/talks/anees\\_bahji\\_is\\_marijuana\\_bad\\_for\\_your\\_brain?utm\\_c](https://www.ted.com/talks/anees_bahji_is_marijuana_bad_for_your_brain?utm_c)

Tabaco

- [Krishna Sudhir: How do cigarettes affect the body? | TED Talk](#)

## Anexo XII – Esquizofrenia



1

- Delírio, alucinação, paranoia, são termos que fazem parte de um grupo de doenças designadas de psicoses no qual a esquizofrenia se enquadra.
- Afeta cerca de 1% da população e muitas vezes os primeiros sinais e sintomas aparecem na juventude.
- É uma doença que afeta gravemente a forma de pensar e estar da pessoa, a sua vida emocional e o seu comportamento, com reflexos em si e naqueles que o rodeiam.

2

- 
- A esquizofrenia, existem diferentes tipos, e compreende diversos **sinais** e **sintomas**, como **delírios**, **alucinações**, **desorganização do discurso**, do **comportamento** e os designados **sintomas negativos** (embotamento emocional, anedonia, isolamento social)



3

#### Tratamentos e Intervenções Disponíveis

- Terapia cognitivo-comportamental
- Tratamento na comunidade
- Psicoeducação
- Medicação (antipsicóticos)



4

## Anexo XIII – Procura de Ajuda em Saúde Mental



Procura de Ajuda Informal

- É prestada por alguém que não é profissional de saúde: um amigo, familiar ou profissional.

Permite:

- Providenciar ajuda, de forma a prevenir que os problemas de saúde mental se agravem;
- Providenciar conforto;
- Diferenciar ajuda informal e garantir acesso de tratamentos adequados e/ou outros apoios.

2

This slide features the title 'Procura de Ajuda Informal' in a black, handwritten-style font on the left. To the right is an illustration of a diverse group of people in profile, some with their arms around each other, representing informal support. Below the title is a list of bullet points and a section titled 'Permite:' followed by another list of bullet points. A small number '2' is located at the bottom left of the slide.

## Procura de Ajuda Formal

- A ajuda formal é prestada por profissionais com formação adequada e com competências reconhecidas ao nível da capacidade de ajuda e aconselhamento, tais como os profissionais de saúde mental e outros profissionais de saúde.



3

## Factores inibidores e/facilitadores na Procura de Ajuda em Saúde Mental



- Reconhecimento do problema,
- Nível de literacia em Saúde Mental,
- Vácuo de rede social de apoio,
- Crença sobre os tratamentos e os profissionais de saúde,
- Estigma associado à Saúde Mental,
- A disponibilidade e acessibilidade da ajuda

4

# Procurar Ajuda



Sistema Nacional de Saúde (SNS)

Linhas Telefónicas de Apoio

- Centros de Saúde Primários

Centro de Saúde da área de residência

- Servico de Urgência do HUS
- IPU
- CR Alentejo Central

- Linha Saúde 24 808 24 24 24 - todos os dias 24 h/24h
- Linha SOS Via-Aérea 01 264 45 45 / 91 280 26 69 - durante o dia 15.00h a 00.00h
- Linha Emerg. Ameg 808 237 377 / 210 037 559 - durante o dia 15.00h a 22.00h
- Linha Saúde SOS Urg. (112) - 24h - todos os dias 24h a 24h
- Linha Via de Apoio 025 50 60 30 - durante o dia 17h a 00.00h

**Anexo XIV – Exercício Auto Conhecimento (Adaptado de Chalifour 2008)**

**Eu tomo responsabilidade pelo meu bem-estar**

	<b>Do ponto de vista pessoal</b>	<b>Eu escolho</b>	<b>Do ponto de vista escolar/social</b>
<b>O que me incomoda</b>		<b>Escolho ocupar-me de...</b>	
<b>O que quero</b>		<b>O que desejo é...</b>	
<b>O que deveria fazer</b>		<b>O que decido fazer, é...</b>	