



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO
DE DEUS**

**ARTICULAÇÃO SAÚDE-ESCOLA: a
intervenção em contexto comunitário**

Sílvia Alexandra da Silva Cunha

Orientação: Professor Doutor Manuel José Lopes

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

Évora, 2016



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO
DE DEUS**

**ARTICULAÇÃO SAÚDE-ESCOLA: a
intervenção em contexto comunitário**

Sílvia Alexandra da Silva Cunha

Orientação: Professor Doutor Manuel José Lopes

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

Évora, 2016

ARTICULAÇÃO SAÚDE-ESCOLA: a intervenção em contexto comunitário

As perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental infantojuvenil têm vindo a merecer especial atenção por parte da comunidade científica, não só pelo facto de se estimar que 10 a 20% das crianças apresentem um ou mais problemas de saúde mental, não só por estes valores terem tendência a aumentar, mas também pelo impacto humano e financeiro que acarretam para a sociedade.

Em Portugal, o Plano Nacional da Saúde Mental 2007-2016 é categórico ao afirmar a necessidade de promover a saúde mental infantojuvenil junto da população e ao salientar a importância do envolvimento e articulação com outras estruturas comunitárias ligadas à saúde, educação e direito de menores.

Este trabalho vai de encontro a estas linhas de orientação, na medida em que procura identificar, desenvolver e implementar diversos aspetos inerentes à vertente comunitária da saúde mental infantojuvenil. Numa primeira fase é realizado um levantamento das reais necessidades da população infantojuvenil do concelho de Odemira e é definida uma rede de articulação entre os serviços de saúde, escolas e outras entidades locais com competência nesta área. De forma a melhorar a prestação dos cuidados e a garantir respostas adequadas às necessidades identificadas, também se procurou o individual desenvolvimento de competências especializadas na área da saúde mental infantojuvenil. Por último, atendendo à importância da implementação atempada de medidas preventivas de determinados fenómenos psicopatológicos, procurou-se treinar e desenvolver a capacidade de sensibilização e reforço de competências de uma bolsa populacional específica: a comunidade escolar.

De um modo geral, os resultados obtidos demonstram aplicabilidade na prática clínica dos cuidados, contribuindo para a melhoria dos mesmos. Algumas das estratégias utilizadas constituem-se como ponto de partida para projetos futuros, podendo ser replicadas e adequadas a outros contextos de intervenção.

Palavras-chave: *saúde mental, escola, comunidade, articulação, intervenção*

LINK HEALTH-SCHOOL: the intervention in the community context

Psychiatric disorders and problems of youth mental health have been given special attention by the scientific community, not only because it is estimated that 10-20% of children present one or more mental health problems, not only because these values have tendency to increase, but also the human and financial impact to society.

In Portugal, the Mental Health National Plan 2007-2016 is emphatic in affirming the need to promote the mental youth health within the population and to emphasize the importance of the involvement and coordination with other community entities related to health, education and minors rights.

This paper follows these guidelines, it tries to identify, develop and implement various aspects related to the Community part of youth health. In the first phase is carried out a survey of the real needs of youth population of the Odemira County and defined a network between health services, schools and other local organizations with expertise in this area. In order to improve the delivery of health care and ensure appropriate responses to the identified needs, also sought the individual development of expertise in the area of youth mental health. Finally, given the value of timely implementation of preventive measures of certain psychopathological phenomena, it sought to train and develop the awareness and skills improvement of a specific population: the school community.

In general, the results prove the applicability of the procedures in clinical practice, contributing to a practice improvement. Some of the strategies used are the Foundation for future projects, they can be replicated and adapted to other contexts of intervention.

Keywords: *mental health, school, community, coordination, intervention*

Aos meus pais, à avó, à “tia”...

... e ao João.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor Manuel Lopes, pela disponibilidade, orientação e crítica construtiva.

Aos meus supervisores clínicos, Enfermeira Aida Pardal e Enfermeiro Luís Botelho, pela recetividade e pelos conhecimentos transmitidos.

À minha coordenadora, Enfermeira Ana Raquel, pelo incentivo, motivação e apoio.

Ao Conselho de Administração da ULSLA pelo voto de confiança.

À Professora Natália Cabecinha pela recetividade, abertura e colaboração.

À Dra. Fernanda Barros pelo seu contributo e envolvimento.

A toda a equipa do SPIA pela boa vontade e simpatia com que me receberam.

Aos alunos, docentes e não docentes do Colégio Nossa Senhora da Graça pela sua disponibilidade e colaboração.

A todos os utentes e à comunidade local que se envolveu na realização deste Projeto e sem os quais nada disto faria sentido, nem teria sido possível.

Aos responsáveis pela pessoa que eu sou...

Aos meus pais que fizeram do meu ser a sua razão de viver, que tantas vezes se sacrificaram em prol do meu bem-estar e da minha educação, que nunca deixaram de me apoiar e que mesmo à distância continuam sempre presentes. Pelas noites mal dormidas, pelas fraldas trocadas, pela comida na mesa, pelos agasalhos, pelos livros da escola, pelo colo, pelos conselhos, pelos valores transmitidos, pela dedicação e pelo vosso amor incondicional, o meu mais sincero obrigado.

À minha avó, por toda a dedicação, carinho, atenção e ternura. Por todas as “vontadinhas” que me fez, por todos os vestidos que me costurou, pelo seu exemplo de persistência (às vezes teimosia!) e por todo o conhecimento e sabedoria transmitidos.

À minha tia, aquela espécie de irmã, filha e mãe que me dedicou todo o seu amor, me ensinou a questionar, a acreditar e a sonhar. Que sempre acreditou em mim e me deu motivação e inspiração para seguir o meu Caminho... este Caminho!

Ao João, pela paciência, otimismo e incentivo. O meu obrigado por caminhares ao meu lado, por encarares as minhas vitórias como se tuas se tratassem e me ajudares a levantar quando as forças teimam em faltar.

Aos que já partiram fisicamente mas cuja presença se mantém: avô Cunha, avô Batista, avó Olinda e bisavó Encarnação. Sem vocês nada teria sido possível.

Aos meus amigos, poucos mas verdadeiros, por estarem sempre presentes, me apoiarem e acreditarem em mim.

SIGLAS

APCO – Associação de Paralisia Cerebral de Odemira
CAO – Centro de Atividades Ocupacionais
CAT – Centro de Atendimento a Toxicodependentes
CHS – Centro Hospitalar de Setúbal
CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CRI – Centro de Recursos Integrados
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DALY – *Disability Adjusted Life Year*
DASS – *Depression, Anxiety and Stress Scale*
DTPVIP - Vacina contra difteria, tétano, tosse convulsa e poliomielite
EADS – Escala da Ansiedade Depressão e Stresse
EADS-C – Escala da Ansiedade Depressão e Stress para Crianças
EB – Ensino Básico
EESC – Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária
EESMP – Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
ELIP – Equipa Local de Intervenção Precoce
EPRO – Estabelecimento Prisional Regional de Odemira
GAVA – Gabinete de Apoio à Vítima e ao Agressor
GNR – Guarda Nacional Republicana
GPS – Gerar Percursos Sociais
HBSC – *Health Behavior in School-age Children*
HBSC/OMS - *Health Behavior in School-age Children*/Organização Mundial de Saúde
HPV – Vacina contra vírus do papiloma humano
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
NEE's – Necessidades Educativas Especiais
NSE's – Necessidades de Saúde Especiais
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNSM – Programa Nacional para a Saúde Mental
PNV – Programa Nacional de Vacinação
PVS – *Peer Victimization Scale*

SASE – Serviço de Ação Social Escolar

SIV – Suporte Imediato de Vida

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SPIA – Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SUB – Serviço de Urgência Básico

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSBA – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

ULSLA – Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

UPIA – Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência

USP – Unidade de Saúde Pública

VASPR – Vacina contra sarampo, papeira e rubéola

ÍNDICE

1	Introdução	12
2	Análise do contexto	14
2.1	Caracterização do ambiente de realização do Estágio.....	15
2.1.1	Concelho de Odemira.....	15
2.1.2	Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência	17
2.1.3	Contexto escolar do Colégio Nossa Senhora da Graça	19
2.2	Caracterização dos recursos materiais e humanos	20
2.2.1	Recursos ligados à infância e adolescência no concelho de Odemira	20
2.2.2	Estrutura física e equipa multidisciplinar do SPIA	26
2.2.3	Espaço físico e recursos humanos do Colégio Nossa Senhora da Graça	27
2.3	Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências.....	28
2.3.1	Competências a desenvolver no Ensino Clínico I.....	29
2.3.2	Competências a desenvolver no Ensino Clínico II.....	29
2.3.3	Competências a desenvolver no Ensino Clínico III	30
3.	Análise da população/utentes.....	31
3.1	Caracterização geral da população/utentes	31
3.1.1	População infantojuvenil inscrita no Centro de Saúde de Odemira	31
3.1.2	População infantojuvenil acompanhada pelo SPIA	33
3.2	Cuidados e necessidades específicas da população alvo	33
3.2.1	A saúde mental infantojuvenil no concelho de Odemira.....	33
3.2.2	Os cuidados e as necessidades da população acompanhada pelo SPIA	35
3.2.3	Os alunos do 2º ciclo: dois anos, duas transições entre ciclos de ensino	36
3.3	Estudos sobre programas de intervenção com população alvo.....	37
3.3.1	A saúde mental das crianças e jovens	38
3.3.2	Os comportamentos de violência em contexto escolar	40
3.4	Recrutamento da população alvo	44
4.	Análise reflexiva sobre os objetivos.....	46
4.1	Objetivos da intervenção profissional	46
4.2	Objetivos a atingir com a população alvo.....	47
5.	Análise reflexiva sobre as intervenções.....	49
5.1	Fundamentação das intervenções	49

5.2	Análise reflexiva sobre as estratégias acionadas	73
5.3	Recursos materiais e humanos envolvidos	74
5.4	Contactos desenvolvidos e entidades envolvidas	76
5.5	Cumprimento do cronograma	77
6.	Análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo	79
6.1	Avaliação dos objetivos	79
6.2	Avaliação da implementação do programa.....	81
7.	Análise reflexiva sobre competências mobilizadas e adquiridas	82
	Conclusão	86

Referências Bibliográficas

Anexos

Anexo 1 – Questionário aplicado aos alunos do 2º ciclo do ensino básico do Colégio
Nossa Senhora da Graça

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma da articulação de saúde mental infantojuvenil no concelho de Odemira.....	51
Figura 2: Conjunto de gráficos correspondentes às quatro dimensões da vitimização ...	67
Figura 3: Conjunto de gráficos correspondentes às quatro dimensões da agressão	69

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Utentes inscritos no Centro de Saúde de Odemira por grupo etário e género.	31
Tabela 2: Caracterização sociodemográfica da amostra.....	63
Tabela 3: Distribuição da amostra por categorias da dimensão “Ansiedade”	64
Tabela 4: Distribuição da amostra por categorias da dimensão “Depressão”	65
Tabela 5: Distribuição da amostra por categorias da dimensão “Stresse”	66
Tabela 6: Distribuição dos alunos quanto à vitimização na escola	67
Tabela 7: Distribuição dos alunos quanto aos comportamentos de agressão na escola ..	68

I. INTRODUÇÃO

No concelho de Odemira são notórias as carências de recursos na área da saúde mental, particularmente na saúde mental infantojuvenil. Algumas instituições têm respostas na área da psicologia, pese embora insuficientes, mas na área da psiquiatria da infância e adolescência as necessidades são, de facto, ainda mais acentuadas.

Atendendo que as minhas funções na Unidade de Cuidados na Comunidade que integro estão bastante orientadas para a população infantojuvenil, nomeadamente através da Saúde Escolar, julgo que a elaboração de um Projeto passível de continuidade após a conclusão do Curso e que sirva as necessidades da população com a qual, e para a qual, trabalho constitua desde logo uma mais-valia no desempenho do meu papel de enfermeira.

Com este Relatório pretende dar-se cumprimento a três objetivos gerais:

- Diagnosticar a situação da saúde mental infantojuvenil no concelho de Odemira e definir a articulação entre as diferentes entidades da comunidade com competência nesta área.
- Desenvolver competências especializadas no diagnóstico, prestação e avaliação dos cuidados de enfermagem à criança/jovem com doença mental e sua família.
- Caracterizar a saúde mental dos alunos do 2º ciclo do ensino básico e sensibilizar a comunidade educativa para a promoção da saúde mental dos alunos, prevenção da doença e redução do estigma.

Ao tocar em diversos aspetos da saúde mental comunitária, este Projeto assume-se como ambicioso, de concretização exigente e trabalhosa. Para facilitar a organização dos conteúdos abordados e do tipo de intervenções implementadas considerou-se pertinente a disposição do trabalho em três momentos que, embora estruturalmente distintos, se encontram interligados: Ensino Clínico I, II e III. Assim, parte-se de uma intervenção mais geral, com o envolvimento da comunidade local, passa-se para uma aprendizagem mais técnica e para uma intervenção mais específica voltada para o indivíduo e família, e culmina-se com uma intervenção mais precisa e direcionada para uma bolsa populacional com necessidades e características muito próprias.

No aspeto formal este Relatório divide-se em oito partes. A introdução corresponde à primeira parte onde é definido o âmbito e enquadramento do Projeto. A segunda parte consiste na caracterização dos contextos de implementação do Projeto, seguida da caracterização da população e definição da população alvo. A quarta parte comporta uma análise reflexiva dos objetivos e a quinta parte a análise das intervenções implementadas. Segue-se o processo de avaliação e controlo e a análise reflexiva às competências mobilizadas e adquiridas. Por fim, é apresentada a conclusão do trabalho.

Este Relatório encontra-se elaborado segundo a Estrutura de Relatório de Estágio Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria definida pela Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus e as referências bibliográficas presentes obedecem à Norma Portuguesa.

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

Como anteriormente referido, a fim de dar cumprimento aos objetivos pessoais e profissionais estabelecidos para este Estágio de natureza profissional optou-se por dividir este momento de aprendizagem em três Ensinos Clínicos realizados em diferentes locais e contextos, mas interligados de modo a garantir um *continuum* na aprendizagem.

Desta forma, considerou-se pertinente a realização de um primeiro Ensino Clínico no concelho de Odemira, vocacionado para o levantamento das necessidades do concelho e para o estabelecimento de uma rede de articulação que englobasse as escolas, instituições e serviços locais, os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares na área da psiquiatria infantojuvenil. “A articulação entre as equipas de saúde mental da infância e adolescência e os Cuidados de Saúde Primários torna-se imprescindível para um trabalho integrado mais coeso e eficiente”(p.7) ^[1].

A realização do segundo Ensino Clínico visou essencialmente o desenvolvimento de competências especializadas na área da psiquiatria da infância e adolescência, nomeadamente no que se refere à avaliação diagnóstica e ao seguimento das crianças/jovens e respetivas famílias. O contexto do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência da ULSBA, outrora serviço de referência para o concelho de Odemira, por já ter instituído um programa de proximidade à comunidade, por conhecer bem a realidade do concelho de Odemira e pela recetividade demonstrada, tornou-se uma escolha óbvia para o desenvolvimento do segundo momento de aprendizagem profissional.

Por último, atendendo à crescente preocupação dos professores e encarregados de educação face ao aumento dos comportamentos de violência no meio escolar e ao facto de como enfermeira responsável pelo Programa de Saúde Escolar da UCC de Odemira necessitar de responder atempada e eficazmente a esta questão, considerou-se importante o desenvolvimento de um terceiro Ensino Clínico, em contexto escolar, que visasse essencialmente a caracterização dos problemas e necessidades em saúde mental das crianças, bem como a articulação e envolvimento da comunidade educativa no sentido de definir estratégias conducentes a respostas adequadas na área dos comportamentos de violência: “o diagnóstico de situações psicopatológicas e de risco e a implementação atempada de estratégias preventivas e terapêuticas deve pois transformar-se numa

prioridade” (p.7) ^[1]. O Colégio Nossa Senhora da Graça, pelo envolvimento demonstrado na procura de respostas para as necessidades dos seus alunos e pela estreita ligação à equipa de Saúde Escolar do concelho de Odemira, constituiu-se como primeira escolha para local de realização do terceiro Ensino Clínico.

2.1 Caracterização do ambiente de realização do estágio

2.1.1 Concelho de Odemira

Odemira é territorialmente o mais vasto concelho de Portugal, situado na faixa litoral do distrito de Beja, caracterizando-se pela imensa diversidade paisagística, estendendo-se entre a planície, a serra e o mar.

É limitado a norte pelos concelhos de Santiago do Cacém e Sines, a oeste pela costa atlântica, a sul por Monchique e Aljezur, a sudeste pelo concelho de Silves e a leste pelo concelho de Ourique.

As treze freguesias que integram o concelho de Odemira são: São Salvador e Santa Maria, Boavista dos Pinheiros, São Teotónio, Sabóia, Santa Clara-a-Velha, Luzianes-Gare, São Martinho das Amoreiras, Vale Santiago, Colos, Relíquias, São Luís, Vila Nova de Milfontes e Longueira/Almograve.

A extensão geográfica do concelho é de 1720,25 Km², com 26066 residentes distribuídos por treze freguesias, cuja variabilidade de distância à sede do concelho vai de 17 a 46 km, o que lhe confere uma densidade populacional de 15,2 habitantes/km².

A faixa litoral do concelho apresenta cerca de 55 Km de costa atlântica, dos quais 12 Km são de praia, onde se localizam os principais aglomerados urbanos de vocação turística: Vila Nova de Milfontes, Almograve e Zambujeira do Mar. É também no litoral que se encontram as principais focos de produção pecuária (produção de bovinos da raça Limousine e de Holstein Frísia) e produção agrícola do concelho, designadamente a horticultura, fruticultura e floricultura intensiva. Sendo uma faixa litoral, é ainda marcada pelo setor das pescas e recursos marinhos e atualmente cerca de cento e cinquenta pescadores profissionais exercem a sua atividade nos quatro portos de pesca do concelho, numa frota de setenta e cinco embarcações, dedicadas à pesca artesanal.

A faixa central do concelho faz a transição entre a faixa litoral e a faixa interior. Nela encontram-se os principais aglomerados urbanos do concelho, pelo que concentra os espaços de serviços públicos, unidades comerciais e parques de fixação de empresas.

Por último, a faixa interior, dominada pela serra, apresenta a maior mancha florestal do país, sendo constituída essencialmente por sobreiros, azinheiras e também eucaliptos. Associado à paisagem florestal, surge o setor agrícola e pecuário de sequeiro extensivo (bovinicultura, ovinicultura e caprinicultura). Esta grande área do concelho encontra-se limitada a norte pela tradicional planície alentejana e a sul pela belíssima barragem de Santa Clara-a-Velha, que sendo um importante reservatório de água permitiu à região tornar-se num espaço produtivo e tecnologicamente mais desenvolvido.

Percebe-se, assim, que a economia do concelho de Odemira assenta essencialmente em quatro setores: agroflorestal, turismo, comércio/serviços/indústria e pesca/recursos marinhos. É de notar que setor primário ocupa 1/3 das atividades económicas do concelho (31%), mas é o setor terciário que mais se destaca (59%).

O associativismo no concelho assume uma forte expressão sobretudo ao nível social, da cultura, desporto e recreio. Embora com diferentes graus de dinamismo e relevância, são várias as Associações existentes no concelho. Na área humanitária e de carácter social existem 34 associações, ligadas ao desenvolvimento local estão contabilizadas 12, as associações juvenis são atualmente 6, as associações culturais, recreativas e desportivas são 72, existem ainda 2 associações de columbofilia, 20 associações de caçadores e pescadores, 6 do setor agrícola e ainda são passíveis de contabilizar 5 associações de pais e 5 associações de moradores no concelho.

Segundo o diagnóstico social de Odemira (atualmente em atualização), a desestruturação familiar é uma situação recorrente e deve-se sobretudo às insuficientes competências sociais e parentais, mas também ao desemprego e alcoolismo. A dispersão geográfica e a dificuldade de acessos tornam complicado o acompanhamento destas famílias, não existindo no local capacidade de resposta institucional para crianças e jovens em risco. A violência doméstica acontece frequentemente, estando intimamente relacionada com problemas de alcoolismo por parte dos agressores.

O Plano de Desenvolvimento Social de Odemira 2014-2015, no eixo 3 – “Saúde”, considera prioritária a área da saúde mental e da reabilitação social, dada a escassez de

recursos existentes no concelho. Enquadrados nesse eixo foram definidos dois objetivos gerais: conhecer a problemática no território e melhorar as respostas na área da saúde mental (*i*); promover a existência de uma resposta social na área da reabilitação (*ii*). Por enquanto, os resultados ainda não são visíveis nem do domínio público. [2, 3]

2.1.2 Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência

O Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência juntamente com o Serviço de Psiquiatria Geral constituem o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, sediado no Hospital José Joaquim Fernandes (Beja).

Desde fevereiro de 2009 que a direção do Departamento se encontra a cargo da Assistente Graduada Sénior de Psiquiatria da Infância e Adolescência Dra. Maria Isabel Santos, coadjuvada pelo Enfermeiro Chefe Bento César Silveira e pelo Administrador Hospitalar Dr. Carlos Gomes.

O SPIA partilha da visão e valores do Departamento que integra: acesso e equidade em Saúde Mental a cuidados de qualidade e respeito pelos direitos humanos das pessoas com perturbação mental. A missão do Departamento, e por conseguinte do SPIA, assenta essencialmente em dois pilares: tratar todas as pessoas portadoras de doença psiquiátrica, visando a sua reabilitação e reinserção socioprofissional e contribuir para a promoção da saúde mental da população da sua área de abrangência.

No que concerne aos objetivos do SPIA consideram-se:

- Assegurar o acesso equitativo a cuidados em psiquiatria e saúde mental de infância e adolescência.
- Atender prioritariamente os que têm perturbações graves, bem como as crianças e adolescentes com fatores de risco em saúde mental associados a perturbação psíquica.
- Responder em tempo útil às solicitações dos tribunais e CPCJ.
- Assegurar cuidados de qualidade a jovens com comportamentos aditivos e com morbilidade psiquiátrica.
- Garantir a continuidade de cuidados a doentes mentais através das equipas de saúde mental comunitárias.
- Contribuir para a promoção e prevenção da saúde mental desde a primeira infância.

- Contribuir para a redução da taxa de suicídio e do número de tentativas de suicídio.

O SPIA assenta a sua ação em diferentes valências: ambulatório, consultas descentralizadas, ligação ao internamento, urgência, equipas de saúde mental comunitárias, hospital dia e internamento psiquiátrico para jovens.

Em contexto de ambulatório incluem-se consultas de psiquiatria de intervenção precoce (0-5 anos), consultas de psiquiatria da infância (6-11 anos), consultas de psiquiatria da adolescência (12-18 anos), consultas de psiquiatria de crianças e jovens em risco, consultas de psiquiatria no CAT (comportamentos aditivos) e exames periciais. No que respeita às consultas descentralizadas, desde 2013 que são realizadas consultas de psicologia e de enfermagem nos centros de saúde de Aljustrel e Moura e neste último são ainda efetuadas consultas médicas de psiquiatria da infância e adolescência. As consultas de urgência a crianças e jovens, realizadas no serviço de urgência, têm vindo a apresentar um aumento significativo.

Relativamente às equipas de saúde mental comunitárias do SPIA, a sua constituição teve início em fevereiro de 2010 com o objetivo de garantir a descentralização e a continuidade dos cuidados. A equipa A tem como área geográfica de atuação os concelhos de Almodôvar, Alvito, Beja, Castro Verde, Mértola, Ourique, e Ferreira do Alentejo. A equipa B é responsável pela prestação de cuidados nos concelhos de Aljustrel, Barrancos, Beja, Cuba, Moura, Serpa e Vidigueira. O concelho de Beja encontra-se dividido pelas duas equipas. Cada equipa é constituída por um enfermeiro e uma psicóloga, embora atualmente a equipa A se encontre sem psicóloga por ainda não ter sido substituída a técnica que saiu há alguns meses, e a técnica superior de serviço social, bem como a pedopsiquiatra são comuns às duas equipas.

Por último a mais recente valência do Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria é o serviço de internamento, inaugurado em Abril de 2015, que contempla três camas para internamento psiquiátrico de jovens. As principais causas da referenciação para internamento são: tentativas de suicídio com índice de *Weissman* elevado ou com nível de risco elevado segundo o Instrumento para a Avaliação do Risco de Suicídio, perturbação grave do comportamento com recusa de tratamento em ambulatório e perturbação grave do comportamento alimentar.

A par de todas as atividades anteriormente descritas, o SPIA ainda engloba atividades de formação interna e externa, orientação de estágios e projetos de investigação em parceria com outras entidades. ^[4]

2.1.3 Contexto escolar do Colégio Nossa Senhora da Graça

O Colégio Nossa Senhora da Graça localiza-se na freguesia de Vila Nova de Milfontes, concelho de Odemira, e é uma instituição com mais de cinquenta anos ao serviço do ensino e da educação. Nasceu como uma das valências do Instituto Nossa Senhora de Fátima, da vontade do sacerdote Joaquim Maria Lourenço, que permaneceu como diretor do Colégio até ao início dos anos 80.

Em 1981, o Colégio passou a integrar a Rede Pública de Ensino através de uma parceria estabelecida com o Estado e concretizada, em 1982, com o Contrato de Associação celebrado com o então Ministério da Educação e das Universidades. Desde essa data e até aos dias de hoje que a Direção do Colégio é constituída por três elementos: Diretor(a) Pedagógico(a), Subdiretor(a) e Secretário(a).

Inicialmente funcionou em regime de internato feminino, posteriormente alargou também ao internato masculino, e desde finais dos anos 90 que o regime de internato deixou de funcionar. A partir do ano 2000 este estabelecimento de ensino passou a ter uma direção leiga e no ano letivo 2010/2011 conquistou a sua autonomia pedagógica.

Atualmente o Colégio dá resposta às necessidades educativas e formativas desde o 2º ciclo do Ensino Básico até ao Ensino Secundário, passando por Cursos de Educação e Formação, Ensino Recorrente (básico e secundário) e Ensino Secundário Profissional. Inclui ainda oferta da educação do Ensino Pré-escolar.

O Colégio Nossa Senhora da Graça, inspirado no seu fundador, tem como missão “a educação e a formação de cidadãos responsáveis, autónomos e criativos, dotados de competências científicas e técnicas, capazes de uma intervenção social crítica e construtiva, pautada por valores cristãos.”

A sua visão é perpetuar a valorização das práticas educativas, pedagógico-didáticas e uma oferta educativa e formativa diversificada, a fim de promover o sucesso educativo dos alunos e combater o abandono e absentismo escolares.

Os valores desta instituição são pautados por três grandes eixos – valores humanistas e cívicos, valores profissionais e sociais, valores pessoais e interpessoais – considerados essenciais à valorização do ser humano como pessoa única e digna. ^[5]

2.2 Caracterização dos recursos materiais e humanos

2.2.1 Recursos ligados à infância e adolescência no concelho de Odemira

Atendendo aos objetivos a atingir com a realização do Estágio Profissional, optou-se por caracterizar cada uma das entidades locais envolvidas na construção da rede de articulação na área da saúde mental e psiquiatria infantojuvenil do concelho de Odemira. Assim, passam a descrever-se: Centro de Saúde, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens, Equipa Local de Intervenção Precoce e Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral.

O Centro de Saúde de Odemira localiza-se na freguesia São Salvador e Santa Maria, sede de concelho, e inclui três unidades funcionais que, embora distintas, funcionam em complementaridade: A Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e a Unidade de Saúde Pública (USP).

A UCSP, coordenada pela Dra. Alda João, tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita, ao longo de todo o ciclo vital, com base numa visão holística de contínuo de cuidados. Os serviços de carteira básica prestados incluem:

- Planeamento Familiar
- Saúde Materna
- Saúde Infantojuvenil
- Vacinação
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Grupo de risco: Diabetes
- Grupo de risco: Hipertensos
- Vigilância oncológica (rastreios)
- Cuidados no domicílio
- Consulta complementar e consulta aberta

Para além dos serviços de carteira básica ainda estão incluídos como carteira adicional:

- Consulta de Diagnóstico Pneumológico
- Tratamento de úlcera de perna
- Anti coagulação oral
- Pé diabético
- Registos cardiocográficos
- Serviço de Urgência Básica (SUB).

Para além da sede, a UCSP inclui 9 extensões de saúde e 1 sub-extensão, sendo que algumas, dada a escassez de recursos humanos, partilham médico e enfermeiro. A sede do Centro de saúde funciona das 8h00 às 20h00, mas o SUB encontra-se aberto 24 horas por dia, durante sete dias por semana, a fim de responder às necessidades urgentes de saúde da população.

A equipa que presta serviços de carteira básica é constituída por 14 médicos, dos quais 9 são de nacionalidade cubana, 16 enfermeiros, 10 assistentes operacionais, 15 assistentes técnicos, 2 técnicos superiores (assistente social e psicólogo, ambos partilhados com a UCC) e 3 funcionárias da limpeza. Por sua vez, a equipa do SUB dispõe de 11 enfermeiros, dos quais 1 pertence ao INEM, 4 técnicos auxiliares de diagnóstico (Radiologia), os assistentes técnicos são contratados através de empresas estando sempre um profissional por turno e os assistentes operacionais são os mesmos que prestam os serviços de carteira básica estando escalado um por turno. Não existem médios afetos ao serviço, pelo que os cuidados são prestados por médicos contratados através de empresas (2 profissionais por turno) e alguns turnos são assegurados por profissionais da UCSP. Dada a existência de uma ambulância para Suporte Imediato de Vida (SIV), ainda integram o serviço 4 técnicos de ambulância de emergência, também disponibilizados pelo INEM, sendo que 1 dos elementos está partilhado com o núcleo do Algarve pelo que apenas exerce funções na SIV Odemira quinze dias por mês. A rotatividade dos turnos é de 8 em 8 horas, excetuando os turnos médicos que são de 12 em 12 horas.

A UCC, coordenada pela Enfermeira Ana Raquel Pereira, tem como visão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, através de um serviço de elevada qualidade, de acordo com as melhores práticas na prestação de cuidados de saúde, numa lógica de proximidade ao nível da educação, promoção da

saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e palição, ao longo de todo o ciclo de vida.

A UCC localiza-se no edifício sede do Centro de Saúde e dispõe de 4 gabinetes: coordenação, sala multiusos, cantinho da mamã e gabinete do movimento (Fisioterapia). Dispõe ainda de um espaço para armazenamento de ajudas técnicas. As áreas reservadas ao pessoal são comuns à UCSP. O horário de funcionamento é das 8h às 20h durante a semana e das 9h às 13h aos fins-de-semana e feriados, incluindo as atividades no exterior.

A equipa da UCC atualmente dispõe de 5 enfermeiros a 40 horas semanais, 2 enfermeiros partilhados com a UCSP (32h + 8h) e 1 enfermeiro ao abrigo do protocolo da unidade móvel de saúde (35h/semanais). Dispõe também de 1 médico (9h/semanais), 3 técnicos superiores de saúde partilhados com as outras unidades funcionais (dietista, psicólogo e assistente social), 1 técnico superior de saúde a tempo inteiro (fisioterapeuta), uma terapeuta da fala ao abrigo de protocolo com a Intervenção Precoce (17h/semana) e a assistente operacional é cedida pela UCSP consoante as necessidades. Atualmente a equipa ainda se encontra a aguardar substituição da assistente técnica que se reformou há quase dois anos.

A fim de garantir a prestação de cuidados de saúde de âmbito comunitário a grupos populacionais específicos, a UCC tem como programas de carteira básica:

- Preparação para o parto e parentalidade
- Visita domiciliária à puérpera e recém-nascido
- Saúde Escolar
- Mulheres em exclusão (destinado à população reclusa do EPRO)
- Equipa de cuidados continuados integrados
- Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos
- Equipa de coordenação local de Odemira
- Gestão do banco de ajudas técnicas
- Gabinete do movimento
- Proteção da comunidade através da vigilância/monitorização do cumprimento do PNV da comunidade estrangeira
- Núcleo de apoio a crianças e jovens em risco
- Projeto de atualização da informação da UCC em suporte digital

- Comemoração de dias festivos
- Formação de alunos
- Desenvolvimento e formação contínua

Ainda como programas de carteira básica, mas em articulação com outras entidades locais, a UCC ainda presta cuidados no âmbito de:

- Comissão de proteção de crianças e jovens
- Beneficiários do rendimento social de inserção
- Unidade móvel de saúde
- Projeto de intervenção precoce

Por último, a USP (núcleo regional de Odemira) também se localiza na sede do Centro de Saúde de Odemira, dispondo de 3 gabinetes. A equipa é constituída por 2 técnicas de saúde ambiental, 1 higienista oral e 1 dietista (também afeto 6h/semanais à UCC). Estes técnicos desempenham funções nas suas áreas de intervenção e ainda integram a equipa local de saúde escolar. A USP de Odemira trabalha em estreita ligação com a USP do Litoral Alentejano.



A Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) de Odemira é uma instituição oficial não judiciária com autonomia funcional, composta por representantes de diferentes entidades (município, segurança social, instituições particulares de solidariedade social/organizações não governamentais, GNR, educação, saúde, associações de pais, associações culturais, desportivas e recreativas), 4 cidadãos designados pela Assembleia Municipal e elementos cooptados (voluntários de diferentes formações e com particular interesse na área da infância e juventude).

A sua missão é promover os direitos das crianças e jovens do concelho de Odemira e prevenir ou pôr termo a situações de perigo que possam afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral.

Considera-se que a criança/jovem está em perigo e deve ser sinalizada para a CPCJ quando se verifica qualquer das situações tipificadas no n.º 2 do art.º 3.º da Lei 147/99:

- a) Abandono ou viver entregue a si própria;

- b) Sofrer maus tratos físicos ou psíquicos ou ser vítima de abusos sexuais;
- c) Não receber os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- d) Ser obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- e) Estar sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou equilíbrio emocional;
- f) Assumir comportamentos ou entregar-se a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhe oponham de modo adequado a remover essa situação.

A CPCJ só pode intervir após o consentimento expresso dos pais, representante legal ou da pessoa que tenha a guarda de facto da criança/jovem. Além disso, a sua intervenção depende também da não oposição do jovem com idade igual ou superior a 12 anos e com capacidade para compreender o sentido da intervenção. Em qualquer momento o consentimento pode ser retirado, sendo o processo remetido para o tribunal.

Após obter os consentimentos necessários à intervenção, a CPCJ acompanha as crianças/jovens e respetivas famílias a fim de chegarem a um Acordo sobre a melhor resposta à família, podendo aplicar uma medida de promoção e proteção, que vem expressa no Acordo assinado pelos intervenientes. ^[6]



A Equipa Local de Intervenção Precoce (ELIP) de Odemira_enquadra-se num Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), regulamentado pelo Decreto-lei 281/09 de 6 de Outubro e foi criada 2001 apesar de só em 2004 ter sido estabelecido protocolo com Segurança Social.

A sua instituição suporte é a Associação de Paralisia Cerebral de Odemira, onde se localiza a sede de serviço. Como tal, a Equipa Local de Intervenção Precoce também é considerada uma das respostas sociais da Associação de Paralisia Cerebral de Odemira.

A sua população alvo são crianças entre os 0 e os 6 anos e respetivas famílias, residentes no concelho de Odemira, que apresentem condições incluídas nos seguintes grupos:

- «*Alterações nas funções ou estruturas do corpo*» que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas atividades típicas, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, para a respetiva idade e contexto social;
- «*Risco grave de atraso de desenvolvimento*» pela existência de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança.

A equipa é constituída por técnicas de diversas áreas profissionais – educadoras de infância, terapeutas da fala, psicólogas, fisioterapeuta, assistente social e enfermeira (em articulação com a UCC de Odemira) – que intervêm segundo um modelo inclusivo, praticado nos contextos naturais de vida da criança: domicílio, creche, jardim-de-infância ou ama. A sua atuação tem em conta a individualidade, a circunstância e as necessidades de cada criança e sua família, integrando os saberes das diferentes áreas técnicas. Em conjunto e de forma articulada com os diferentes parceiros, a Equipa Local de Intervenção Precoce contribui para a implementação e adaptação de estratégias que promovam o desenvolvimento da criança, o acesso aos seus direitos e à sua participação social. ^[7]



A Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral de Odemira (APCO) nasceu do empenho e motivação de pais e amigos de crianças e jovens portadores de deficiência. Inaugurada em 2001 como Subnúcleo de Odemira da Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral, foi adquirindo autonomia e em abril de 2004 obteve o estatuto de associação, bem como a atual denominação.

A sua missão assenta no direito das pessoas com deficiência à autonomia, à integração social/profissional e à participação na vida da comunidade. Como tal, o objetivo geral da APCO é assegurar as condições de equilíbrio físico, psicológico e social, adequadas às necessidades individuais de cada cliente.

Presentemente conta com 5 respostas sociais: Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Atividades Ocupacionais (CAO), Intervenção Precoce na Infância (anteriormente descrita), Centro de Recursos para a Inclusão (CRI) e Lar Residencial.

O Serviço de Apoio Domiciliário destina-se a pessoas com deficiência, de ambos os sexos, com apoio familiar insuficiente e que não conseguem assegurar a satisfação das

necessidades básicas e/ou atividades de vida diária. Esta resposta social presta serviços de cuidados de higiene, imagem e conforto pessoal, refeições (confeção, acompanhamento e apoio nas refeições), higiene habitacional, tratamento de roupas, atividades de animação, entre outros.

O CAO integra pessoas com deficiência, com idade igual ou superior a 16 anos e capacidades que não permitam, temporária ou permanentemente, o exercício de uma atividade produtiva. Esta resposta social tem como objetivo estimular e facilitar o desenvolvimento possível das capacidades remanescentes das pessoas com deficiência grave, facilitar a sua integração social e potenciar o seu encaminhamento, sempre que possível, para programas adequados à integração socioprofissional.

O CRI pretende dar apoio aos alunos das escolas do concelho, crianças e jovens, com Necessidades Educativas Especiais (NEE's) de carácter permanente com Programa Educativo Individual homologado nos termos do Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de Janeiro. O objetivo geral do CRI é apoiar a inclusão das crianças e jovens com deficiências e incapacidade, em parceria com as estruturas da comunidade, no que se prende com o acesso ao ensino, à formação, ao trabalho, ao lazer, à participação social e à vida autónoma, promovendo o máximo potencial de cada indivíduo.

Finalmente, o Lar Residencial é a mais recente resposta social da APCO, tendo sido inaugurado em Março de 2015. Com capacidade para 24 camas disponibiliza alojamento e apoio residencial permanente ou temporário, proporcional às necessidades das pessoas portadoras de deficiência, principalmente do concelho de Odemira, proporcionando-lhes condições dignas de alojamento e de acompanhamento terapêutico e social. [7]

2.2.2 Estrutura física e equipa multidisciplinar do SPIA

O SPIA funciona no piso -2 do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, que por sua vez está integrado na área assistencial do Hospital José Joaquim Fernandes, em Beja.

Na entrada do serviço encontra-se um gabinete de enfermagem, a área administrativa, um gabinete de arquivo, um gabinete de material de consumo, um gabinete de material de limpeza e um gabinete de material pedagógico.

Ao lado esquerdo apresenta-se uma sala de espera, uma casa de banho para utentes, um gabinete médico, dois gabinetes de psicologia, uma sala de tratamentos de enfermagem, um *atelier* lúdico-expressivo de educação de infância, um gabinete de terapia da fala e duas casas de banho (uma para funcionários e uma para crianças).

Do lado direito da entrada do serviço encontra-se um gabinete de serviço social, uma sala de reuniões/biblioteca, dois vestiários, três salas de arrumação e uma sala para grupos terapêuticos.

No que concerne aos recursos humanos, a equipa do SPIA é constituída por:

- Um assistente graduado sénior de psiquiatria da infância e adolescência;
- Um enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria;
- Um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica;
- Uma psicóloga clínica;
- Uma terapeuta da fala;
- Uma técnica de reabilitação psicomotora (também apoia o Serviço de Psiquiatria Geral);
- Uma educadora de infância;
- Duas técnicas superiores de serviço social (também apoiam o Serviço de Psiquiatria Geral);
- Duas assistentes técnicas.

Mantem-se a carência de mais dois pedopsiquiatras e de, pelo menos, mais um psicólogo.

Centrando a atenção nos elementos de enfermagem, as suas intervenções incluem: consultas de enfermagem, triagem com e sem presença médica, psicoterapia de grupo, treino de atividades lúdicas, técnicas de relaxamento, intervenções na comunidade, intervenções domiciliárias, aplicação e análise de questionário de *Conner*, intervenção precoce, inventariação das necessidades familiares, inventariação dos fatores de risco e proteção, injeções por via intramuscular e outras técnicas terapêuticas. ^[4]

2.2.3 Espaço físico e recursos humanos do Colégio Nossa Senhora da Graça

No que concerne aos recursos físicos, as instalações do Colégio Nossa Senhora da Graça distribuem-se por três blocos distintos e dispersos, com as designações de A, B e C.

O Bloco A, vulgo Edifício Principal, é constituído por quatro pavilhões que abrigam sobretudo a área dos serviços: cozinha, refeitório, dispensas, receção, sala de visitas, gabinetes da Direção Pedagógica, gabinetes de professores e outros técnicos, secretaria, reprografia, gabinete do SASE, capela, salão polivalente e também salas de aula e de informática. Conta ainda com um pátio exterior destinado a atividades lúdicas e desportivas, laboratórios, ginásio, balneários, bar dos alunos e papelaria.

No Bloco B estão localizadas as instalações do Jardim de Infância, o bar dos professores, salas de Educação Especial, instalações do Clube de Ciências e salas de Educação Musical.

No Bloco C, ligado ao Edifício Principal, localiza-se a biblioteca escolar, laboratórios de Biologia e Geologia, sala de Ciências Naturais, balneários, salas de aula e de professores, preferencialmente destinadas ao 2º ciclo do EB.

O Colégio Nossa Senhora da Graça conta ainda com campos de jogos polivalentes a descoberto, com relva sintética, torres de iluminação, um campo de relva natural e uma pista de salto.

No que concerne aos recursos humanos, o corpo docente é constituído por quarenta e cinco professores e educadores, trinta e cinco elementos do corpo não docente com categorias profissionais diversas, uma associação de estudantes e duas associações de pais e encarregados de educação. ^[5]

2.3 Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências

Competência define-se como “o conjunto integrado de habilidades cognitivas, de habilidades psicomotoras e de comportamentos socio-afetivos que permite exercer, ao nível de desempenho exigido à entrada no mercado de trabalho, um papel, uma função, uma tarefa ou uma atividade” (p.2) ^[8]. De forma a regulamentar as competências comuns a todos os enfermeiros especialistas e a comunicar aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais, a Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento nº 122/2011 definiu quatro domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal (*i*), melhoria contínua da qualidade (*ii*), gestão dos cuidados (*iii*) e desenvolvimento das

aprendizagens profissionais (iv).^[9] Com base nestas competências comuns e, sobretudo, com base nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, definidas no Regulamento nº 129/2011 foram selecionadas algumas competências a desenvolver durante os três Ensinos Clínicos a realizar.^[10] Em relação às competências inicialmente definidas no Projeto de Estágio, face ao conhecimento *in loco* do contexto de estágio, suas especificidades e oportunidades, procedeu-se à substituição de uma das competências a desenvolver no Ensino Clínico II.

2.3.1 Competências a desenvolver no Ensino Clínico I

- Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.
- Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.

2.3.2 Competências a desenvolver no Ensino Clínico II

- Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.
- Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.
- Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.
- Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.
- Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.
- Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental

- Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.

2.3.3 Competências a desenvolver no Ensino Clínico III

- Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.
- Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.
- Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.
- Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.

3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

Atendendo aos diferentes contextos do Estágio, também a população alvo apresentou diferentes características consoante o Ensino Clínico desenvolvido. Neste sentido, serão analisadas a população infantojuvenil inscrita no Centro de Saúde de Odemira (que também engloba a maioria dos alunos do 2º ciclo do EB inscritos no Colégio Nossa Senhora da Graça) e a população infantojuvenil acompanhada pelo SPIA.

3.1 Caracterização geral da população/utentes

3.1.1 População infantojuvenil inscrita no Centro de Saúde de Odemira

O Centro de Saúde de Odemira conta com um total de 24171 utentes inscritos, dos quais 51,51% são mulheres e 48,49% são homens, o que contraria a tendência do concelho com uma população residente maioritariamente masculina.

Tabela 1: Utentes inscritos no Centro de Saúde de Odemira por grupo etário e género

GRUPO ETÁRIO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL	%
< 1 ano	68	70	138	0,57
1 - 4 anos	375	376	751	3,11
5 - 9 anos	492	494	986	4,08
10 - 14 anos	543	479	1022	4,23
15 - 19 anos	552	547	1099	4,55
20 - 24 anos	557	595	1152	4,77
25 - 29 anos	662	620	1282	5,30
30 - 34 anos	706	717	1423	5,89
35 - 39 anos	815	865	1680	6,95
40 - 44 anos	799	796	1595	6,60
45 - 49 anos	825	840	1665	6,89
50 - 54 anos	852	910	1762	7,29
55 - 59 anos	828	869	1697	7,02
60 - 64 anos	744	720	1464	6,06
65 - 69 anos	625	737	1362	5,63
70 - 74 anos	603	711	1314	5,44
>= 75 anos	1674	2105	3779	15,63
Total	11720	12451	24171	

Fonte: SINUS, 2015 ^[11]

Facilmente se percebe que a população inscrita é essencialmente envelhecida, com mais de ¼ dos inscritos com idade igual ou superior a 65 anos (26,70%). As crianças e jovens com idades até aos 19 anos são apenas 16,54% da população inscrita, num total de 3996 indivíduos. Destes, 455 não possuem médico de família atribuído (11,38%), pelo que se verifica uma maior dificuldade na sua vigilância de saúde, sobretudo ao nível da realização dos exames globais de saúde.

No que concerne ao cumprimento do Programa Nacional de Vacinação, entre os 0 e os 18 anos verifica-se que as vacinas que registam menor adesão são a vacina para prevenção do HPV (sobretudo as segundas doses), bem como a DTPVIP e a VASPR. Em termos gerais, a cobertura vacinal infantojuvenil do concelho situa-se acima dos 92,2%, valor que tem vindo a subir nos últimos anos. Não obstante, muitos pais ainda recusam vacinar os seus filhos, mesmo estando informados sobre as implicações que poderão advir da sua decisão, e uma vez assinado o termo de responsabilidade é feito esse registo no processo da criança/jovem.

Em relação aos dados do Programa de Saúde Escolar, no ano letivo 2015/2016 o parque escolar é constituído por 3536 alunos, desde o pré-escolar até ao ensino secundário e profissionalizante. A percentagem de alunos com 6 anos e com exame global de saúde realizado é de 59,2% e aos 13 anos a taxa de realização apresenta um preocupante decréscimo para os 44,6%.

No que concerne às crianças com necessidades educativas especiais (NEE's) foram identificados 110 alunos com Programa Educativo Individual homologado nos termos do Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de Janeiro.

A equipa de saúde escolar até final de fevereiro realizou 36 encaminhamentos de alunos com necessidades de saúde especiais (NSE's), dos quais 8 foram no âmbito da psicologia por a resposta existente nas escolas ser manifestamente insuficiente e, por conseguinte, haver necessidade de acompanhamento pelo psicólogo do centro de saúde.

Ainda de salientar que o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) do centro de saúde de Odemira conta com um total de 24 processos em acompanhamento, na sua maioria devido a negligência parental e a comportamentos autodestrutivos da criança/jovem.

3.1.2 População infantojuvenil acompanhada pelo SPIA

O SPIA dá resposta às necessidades das crianças e jovens com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos, residentes nos concelhos de Beja, Almodôvar, Alvito, Castro Verde, Mértola, Ferreira do Alentejo, Aljustrel, Barrancos, Cuba, Moura, Serpa e Vidigueira. Ainda existe um número residual de crianças residentes no concelho de Odemira que se mantêm em seguimento no SPIA, uma vez que outrora este concelho também se incluiu na área de abrangência do SPIA e o serviço manteve esse acompanhamento.

Na consulta predomina o sexo masculino, no entanto esse predomínio tende a esbater-se na faixa da adolescência mais tardia.

O SPIA ainda dá resposta a alguns jovens com idade superior a 18 anos, com uma ligação de longa data aos técnicos do serviço e que se manifestam particularmente sensíveis à mudança para o serviço de adultos (por exemplo, casos de perturbações autistas).

A maioria das crianças em seguimento no SPIA são residentes no concelho de Beja, porém também se podem destacar os concelhos de Aljustrel, Moura, Serpa e Ferreira do Alentejo. Em Moura verificou-se um particular aumento do número de casos em seguimento desde que teve início a consulta descentralizada realizada mensalmente no Centro de Saúde do concelho.

No que ao diagnóstico diz respeito, há um claro predomínio dos transtornos do comportamento e emocionais, seguindo-se os transtornos do humor, bem como as perturbações da ansiedade e os transtornos do desenvolvimento psicológico. Em menor número surgem a esquizofrenia e os transtornos esquizotípicos e delirantes. Com frequência surgem como diagnóstico secundário as perturbações de personalidade e doença mental. ^[4]

3.2 Cuidados e necessidades específicas da população alvo

3.2.1 A saúde mental infantojuvenil no concelho de Odemira

Os cuidados de saúde em Odemira estão integrados na ULSLA e apesar de ser sobejamente conhecida a necessidade de quatro psiquiatras afetos a esta Unidade Local

de Saúde, os concursos abrem e as vagas continuam por preencher. Desta forma, a ULSLA estabeleceu em outubro de 2015 um protocolo com o Hospital Júlio de Matos, através do qual 3 psiquiatras se deslocam quinzenalmente e de forma alternada ao centro de saúde de Odemira. Estas consultas destinam-se apenas a indivíduos adultos.

No que concerne ao atendimento de Pedopsiquiatria, a lista de espera é elevada e a resposta atempada fica muitas vezes comprometida. Para colmatar esta necessidade foi estabelecida uma parceria com a Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital Espírito Santo (Évora), na qual a pedopsiquiatra se desloca quinzenalmente ao centro de saúde de Grândola e realiza o atendimento às crianças e jovens dos cinco concelhos do Litoral Alentejano, nomeadamente do concelho de Odemira. No entanto, como já foi referido anteriormente, algumas crianças do concelho ainda continuam a ser acompanhadas pelo SPIA da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (Beja) e outras permanecem na consulta de saúde mental infantojuvenil do Centro Hospitalar de Setúbal. Facilmente se percebe que esta fragmentação dos serviços e do atendimento dificulta a articulação entre a equipa dos cuidados de saúde primários e a equipa dos cuidados de saúde hospitalares, traduzindo-se num ineficaz acompanhamento das crianças referenciadas para consulta da especialidade.

Ainda em termos de respostas comunitárias, as crianças e jovens do concelho têm apenas disponível o apoio de um único psicólogo afeto a toda a população inscrita no Centro de Saúde de Odemira (24171 utentes), os psicólogos escolares quase sempre afetos apenas a meio tempo em cada agrupamento de escolas e, portanto, impossibilitados de responder às necessidades de todos os alunos e os psicólogos que integram a Equipa Local de Intervenção Precoce e que realizam atendimento apenas às crianças que reúnem critérios para inclusão no apoio da equipa (o que desde logo exclui crianças com mais de 6 anos).

O Município de Odemira, reconhecendo a dimensão do problema, constituiu um grupo de trabalho na área da saúde mental, no âmbito do Plano de Desenvolvimento Social do Município, cuja finalidade era realizar um estudo diagnóstico da situação da saúde mental no concelho. Porém, ainda não foram conhecidos quaisquer dados nesse sentido.

Com efeito, o primeiro Ensino Clínico, vocacionado para o levantamento das necessidades do concelho e para o estabelecimento de uma rede de articulação que engloba as escolas, instituições e serviços locais, os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares na área da psiquiatria infantojuvenil, tornou possível a identificação

das crianças do concelho atualmente em seguimento nas consultas de pedopsiquiatria do sistema nacional de saúde (ULSBA e Hospital Espírito Santo).

3.2.2 Os cuidados e as necessidades da população acompanhada pelo SPIA

A população infantojuvenil em seguimento no SPIA apresenta taxas de atos para suicidários e mesmo tentativas de suicídio superiores à média nacional. São elevados os casos de psicopatologias graves, como perturbações disruptivas do comportamento, perturbações bipolares, depressões major, transtornos graves de ansiedade, perturbações de hiperatividade com défice de atenção e impulsividade. São também notórios os casos de crianças com necessidades educativas especiais com perturbação psiquiátrica associada. A tríade psicopatologia, comportamentos de risco e intervenção judicial é também elevada na população jovem em acompanhamento pelo SPIA. Por último, importa ainda referir que a incidência de perturbações psiquiátricas familiares é elevada, bem como o número de crianças e jovens com psicopatologia institucionalizados em estabelecimentos de acolhimento.

Em relação aos cuidados prestados, a equipa multidisciplinar do SPIA assegura a prevenção primária, secundária e terciária na área da saúde mental e psiquiatria à população da sua área de abrangência. Focando particularmente os cuidados prestados pela equipa de enfermagem do SPIA pode dizer-se que visam a promoção da descentralização dos cuidados através de uma maior proximidade com a sua população alvo, promovem igualmente a articulação com os cuidados de saúde primários e ainda procuram garantir a continuidade dos cuidados aos seus doentes com patologia mental não severa. Como tal, as intervenções de enfermagem incluem reuniões com os agrupamentos escolares, com outras entidades da comunidade (por exemplo, municípios, CPCJ, ELIP, juntas de freguesia...) e com as equipas dos cuidados de saúde primários. Incluem também consultas de enfermagem, visitação e intervenção domiciliária, apoio à adesão terapêutica, psicoterapia de grupo, aplicação de técnicas de relaxamento, aplicação de outras técnicas terapêuticas, realização de ações de sensibilização em escolas e em entidades da comunidade e articulação em situação de crise (domicílio, serviço de urgência e pediatria).

Importa referir que os enfermeiros são o grupo profissional do SPIA que totaliza maior número de intervenções na comunidade. [4]

3.2.3 Os alunos do 2º ciclo: dois anos, duas transições entre ciclos de ensino

Estudos recentes defendem que o momento de transição do 1º para o 2º ciclo é dos mais violentos, sobretudo dada a mudança de escola e a passagem para um regime de ensino com múltiplos docentes. No entanto, o que se constata é que os maiores níveis de insucesso se verificam na passagem do 2º para o 3º ciclo. No Plano Nacional de Prevenção do Abandono Escolar, elaborado em 2004 pelos Ministérios da Educação e da Segurança Social e do Trabalho, pode ler-se:

“Os anos de escolaridade críticos [em termos de retenções] são o 2º, o 5º e o 7º. O 2º é compreensível dado não existir retenção no precedente. Mesmo assim os níveis atingidos são muito preocupantes. Porém, os restantes revelam as dificuldades dos alunos após a passagem de ciclo. (p.5)

O mesmo Plano ainda revela que o “efeito transição” é particularmente sentido na região do Alentejo onde se verificam elevadas e preocupantes taxas de insucesso, tanto ao nível da passagem para o 2º ciclo como da passagem para o 3º. [12]

Pereira e Davide (2005) identificaram três grandes focos das preocupações dos alunos face à vida escolar: o fator académico – novas exigências, maior número de disciplinas e de professores, aumento da carga de trabalho, maior pressão para obtenção de bons resultados, maior competitividade, expectativas irrealistas dos pais –, o fator da relação com o professor e com as regras da escola – diferentes estratégias de ensino, relação professor-aluno mais distante, maior responsabilização pelos seus próprios atos, maior capacidade para gestão do tempo, preocupação em chegar a horas, encontrar o cacifo, saber qual a aula seguinte – e o fator da relação com os pares – desenvolvimento diferenciado entre rapazes e raparigas, insegurança face a comportamentos agressivos dos colegas, maior pressão do grupo de pares, medo do desconhecido –. [13]

Citando Peixoto e Piçarra (p.1552), diversos estudos têm verificado “uma variedade de fatores, como a performance académica, as características familiares, a adaptação social, a relação entre pares, o autoconceito, que podem influenciar o impacto positivo ou negativo da transição de escola”. [13]

Na perspectiva de vários autores, os professores têm um papel preponderante na identificação de jogos de comunicação e de poder que se vão instalando nas turmas e na sala de aula, uma vez que os alunos com maior número de reprovações tendem a ser tomados como “modelos de referência” pelos alunos que chegam pela primeira vez a um novo contexto escolar, contudo, a maioria deste alunos assimilados com líderes já se encontra num processo de desmotivação, desinteresse e até rutura com o sistema educativo.^[12]

Hargreaves (1990) conclui que as consequências negativas do “efeito transição” são especialmente sentidas por alunos com um perfil semelhante: baixo estatuto socioeconómico, maior distância casa-escola, pertença a determinados grupos étnicos, baixa autoestima e resultados escolares anteriores fracos.^[12] Também Fenzel (1992) revelou que em relação às mudanças de escola os alunos mais novos são mais vulneráveis às baixas de rendimento académico do que os alunos mais velhos.^[14]

Vários estudos demonstram que durante o processo de transição entre ciclos os alunos experienciam diminuição da autoestima, diminuição do rendimento escolar, desmotivação e desinteresse pela escola. Estes sintomas caracterizam o chamado “*stress* escolar” que muitas vezes se encontra na origem de problemas de aprendizagem e distúrbios de ordem comportamental e emocional, podendo levar ao evitamento em relação à escola.^[15] Também Gomes e Carvalho (2007) reforçam a existência de um aumento da taxa de insucesso e da prevalência de problemas de aprendizagem e distúrbios emocionais e comportamentais, nos anos de transição entre ciclos.^[13]

3.3 Estudos sobre programas de intervenção com a população alvo

Em Portugal, a avaliação do impacto de programas de intervenção na saúde mental e psiquiátrica das crianças e adolescentes encontra-se bastante dificultada pela escassez de estudos. Mesmo a nível epidemiológico muito ainda há fazer para a obtenção de dados relevantes para o planeamento dos cuidados e serviços de saúde mental na área infantojuvenil. Desta forma, mais do que apresentar estudos sobre programas de intervenção, os subcapítulos que se seguem pretendem dar uma visão mais ampla das problemáticas apresentadas.

3.3.1 A saúde mental das crianças e jovens

O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 declara que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade nas sociedades atuais. Também de acordo com a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e a Organização Mundial de Saúde, uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas de saúde mental, sendo que este número tem tendência a aumentar. ^[1]

Na infância e na adolescência a fronteira entre os comportamentos normais e os patológicos pode ser muito ténue e de difícil identificação. Muitos sintomas são apenas de carácter transitório e normais no desenvolvimento da criança, pelo que um sintoma por si só não é suficiente para estabelecer um diagnóstico de psicopatologia. ^[1]

O final da infância e princípio da adolescência é um período marcado por diversas mudanças, tanto a nível físico como cognitivo, emocional e social, no qual as crianças e adolescentes procuram desenvolver mecanismos e estratégias que lhes permitam adaptar-se a todas essas mudanças e novos desafios que surgem. Os níveis de stresse sentidos durante esta fase são bastante variáveis e nem todas as crianças/adolescentes se conseguem ajustar eficazmente à nova realidade. É neste sentido que surgem algumas perturbações como as ansiosas ou as depressivas. ^[16]

Em 2010, a nível nacional, dentro das perturbações mentais e do comportamento eram as perturbações depressivas e as perturbações da ansiedade que apresentavam maiores taxas de anos vividos com incapacidade entre os 15 e os 49 anos de idade. Estes dados são particularmente importantes se pensarmos que as maiores taxas de anos vividos com incapacidade devido a perturbações da ansiedade existem, justamente, no grupo etário dos 15 aos 49 anos, ou seja, em adolescentes e nos adultos mais jovens. ^[17]

A promoção da saúde é definida como um processo que visa criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a saúde em que se inserem e agir sobre os fatores que a influenciam. ^[18] Neste sentido, a promoção da saúde mental infantil é vital para qualquer sociedade devido a múltiplas razões: são comuns os problemas infantis de foro psiquiátrico (*i*); um número significativo destes problemas têm mau prognóstico (*ii*); e muitas perturbações na idade adulta têm as suas raízes em fatores de risco da infância (*iii*). Para além disso, há evidência que indica que a prevenção de saúde mental

na infância pode ter um importante impacto positivo quer ao micro-nível, para as crianças e suas famílias, quer ao macro-nível, para as instituições e comunidades. [19]

Os profissionais de saúde têm vindo a alterar a visão da intervenção limitada ao tratamento da criança/jovem com perturbação, passando a ter uma visão global do problema e conferindo uma abordagem mais sistémica às suas intervenções. O envolvimento da família, da escola e das redes sociais de apoio são agora parte integrante e fundamental nas abordagens terapêuticas. [20]

Neste sentido, o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 define como objetivos na área da saúde mental infantojuvenil: a promoção da saúde mental das crianças e jovens junto da população e a melhoria dos cuidados através da articulação entre os serviços de saúde mental infantojuvenil e outras estruturas ligadas à saúde, educação, serviços sociais e direito de menores e família. [21]

A melhoria das circunstâncias familiares, as relações positivas de grupos de pares e as boas experiências escolares têm um peso substancialmente maior na mudança de comportamento de crianças com problemas de conduta e perturbações emocionais do que o contacto direto com clínicos tais como os pedopsiquiatras. Esta situação é ainda mais evidente no caso de crianças diagnosticadas em idade precoce. [19]

Portugal inclui o grupo de 44 países que participam no estudo HBSC/OMS, desenvolvido com a colaboração da Organização Mundial de Saúde, e cujo principal objetivo é estudar os estilos de vida dos adolescentes e seus comportamentos. Este estudo realiza-se de quatro em quatro anos e desde 1998 que Portugal o aplica a alunos do 6º, 8º e 10º ano das várias regiões do país. Para além da informação sociodemográfica são também avaliados mais 12 aspetos, dos quais se salienta a relação com a escola, a violência entre pares, as preocupações e a perceção sobre a sua própria saúde física e mental. O HBSC mostrou que, face aos dados internacionais, os adolescentes portugueses são os que mais gostam da escola, embora sejam os que têm pior perceção da sua competência escolar e que maior pressão sentem. A maioria dos alunos refere sentir-se segura na escola, sem nunca se envolver em lutas nem tomar partido em provocações. Porém, ao “aumento generalizado da perceção de sintomas físicos e psicológicos desde 2010, associa-se um aumento de comportamentos autolesivos” (p.204). O estudo também mostrou que cerca de um quarto dos alunos refere ter-se sentido preocupado com o futuro quase todos os dias nos últimos

seis meses, no entanto, a grande maioria dos adolescentes considera-se feliz e satisfeita com a vida. [22]

3.3.2 Os comportamentos de violência em contexto escolar

De acordo com vários autores, a violência escolar é um fenómeno à escala internacional que se apresenta estreitamente relacionado com diversos fatores como as relações estabelecidas na escola, o tipo de escola e o seu grau de exigência, dado que parece existir uma relação de proporcionalidade direta entre o grau de exigência ao nível dos trabalhos escolares e aprendizagem dos alunos e o nível de segurança escolar.

A maioria dos estudos realizados e dos artigos científicos publicados centram o conceito de violência num fenómeno particularmente preocupante pelo carácter intencional e repetitivo que acarreta: o *bullying*. A utilização do estrangeirismo *bullying* na língua portuguesa prende-se com o facto de não existir uma palavra que lhe sirva de equivalência. A definição mais comumente usada na literatura é a de Dan Olweus (1991, 1993, 1994) que apresenta este fenómeno como uma ação ou conjunto de ações negativas e repetidas intencionalmente ao longo do tempo, por um ou mais indivíduos, e que visam causar dano ou mal-estar a outra pessoa ou grupo de pessoas, sendo exercidas num contexto específico – a escola. [23]

No comportamento de *bullying* estão implicados diferentes intervenientes: o *bully* ou provocador que é o indivíduo que exerce a agressão (se for mais do que um indivíduo designam-se *bullies*), o alvo do *bullying*/provocação que é a vítima ou vítimas e os indivíduos que são simultaneamente vítimas e provocadores e que se designam *bully-vítimas*. Por vezes também existem os chamados *bystanders* ou espetadores que vêem o comportamento de *bullying* mas não interferem, ou quando muito apenas tomam partido dos envolvidos sem exercer qualquer ação. [24]

Bullock (2002) distingue três tipos de comportamentos de *bullying*: físico ou direto, psicológico e indireto. “O primeiro abrange comportamentos como bater, pontapear, empurrar, roubar, ameaçar, brincar de uma forma rude e que intimida e usar armas. O segundo refere-se a chamar nomes, arrelhar ou pegar com alguém, ser sarcástico, insultuoso ou injurioso, fazer caretas e ameaçar. Por fim, o terceiro e que é o mais

dissimulado uma vez que não é tão visível, consiste em excluir ou rejeitar alguém de um grupo” (p.5) ^[25].

Os primeiros estudos sobre o fenómeno *bullying* datam dos inícios da década de setenta na Noruega e Suécia e, desde então, têm sido desenvolvidos em diversos países. Um estudo realizado na Austrália demonstrou que cerca de 24% dos estudantes já exerceram algum tipo de violência sobre os colegas, 13% já foram vítimas de violência e 22% foram *bully-vítimas*. ^[25]

Em Portugal também são conhecidas diversas investigações, nomeadamente a de Pereira et al. (1994) realizada em escolas de dois concelhos do Norte do país, e que demonstrou que 5% das crianças entre os 7 e os 12 anos foram agredidas “muitas vezes”, 73% foram agredidas “às vezes” e 21% nunca foram agredidas. ^[23]

O estudo HBSC/OMS, a nível nacional já foi desenvolvido em 1998, 2002 e 2006, tendo-se verificado ao longo dos anos uma diminuição dos alunos vítimas de *bullying* regular. No que concerne ao *bullying* mais intenso, constatou-se que diminuiu de 2002 para 2006, contrariando o crescente registo de 1998 para 2002. ^[24]

Ainda assim, em Portugal, só no ano de 2006 o Programa Escola Segura registou 29 casos de violência escolar (15 por assédio e 14 por injúrias/ameaças). Por sua vez, a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima registou 39 denúncias de violência na escola, durante o ano de 2007.

Um aspeto importante a ter em conta na compreensão deste tipo de comportamento de violência é o perfil tanto do agressor como da vítima. Assim, de uma forma geral os agressores caracterizam-se por serem mais velhos, altos, fortes, com tendência à procura de conflitos e com dificuldade no controlo dos impulsos. Normalmente são populares entre a comunidade escolar, gostam do poder e de dominar, têm pouca empatia com as vítimas e apresentam maior probabilidade de estarem associados a consumo de substâncias. Aparentemente possuem uma rede de relações interpessoais mais alargada do que as vítimas. ^[25] De acordo com DeHaan (1997), os agressores geralmente pertencem a famílias pouco afetuosas, com dificuldades na partilha de sentimentos positivos e com maior distância emocional entre os seus membros. ^[23]

No que se refere ao perfil das vítimas, há que distinguir a vítima passiva e a *bully-vítima*, uma vez que apresentam características diferentes. Com efeito, as vítimas passivas são o tipo mais comum e tendem a ser inibidas, submissas, não gostam de violência, não

retaliam o agressor, são fisicamente mais fracas e reagem apenas através do choro ou do sentimento de tristeza. Por outro lado, as *bully*-vítimas tendem a ser trocistas, implicativas, insensíveis aos colegas, repetem a provocação até obterem resposta e, quando tal acontece, tentam reagir agressivamente, envolvendo-se frequentemente em confrontos físicos. [24]

Num estudo sobre a provocação/vitimização entre pares no contexto escolar português, concluiu-se que os jovens menos envolvidos em comportamentos de *bullying* eram as raparigas, os mais velhos e os que se encontravam a frequentar um nível mais elevado de escolaridade. Também se verificou que a maior parte dos agressores e das vítimas são indivíduos do sexo masculino. [23]

Com base nos estudos de vários autores tem-se vindo a constatar que os agressores exercem poder sobre as vítimas de duas formas distintas: com o recurso a fatores físicos (idade, tamanho, força física) ou com o recurso a fatores sociais (estatuto no grupo de pares e procura de alianças com outros). As vítimas são subjugadas e não têm iniciativa para procurar auxílio ou desforra. [26]

Os estudos sobre *bullying* de crianças e jovens em grupos minoritários não se revelam muitos específicos, dada a dificuldade em isolar estes comportamentos de outros conceitos como o racismo e a discriminação. No entanto, no estudo desenvolvido por Rivers (2004) há registo de uma elevada percentagem de pessoas adultas com stress pós-traumático e depressão pelo facto de terem sido expostas a comportamentos de *bullying* na escola devido à sua orientação sexual. Também as crianças com necessidades de saúde especiais são alvos fáceis nos comportamentos de *bullying* escolar por apresentarem limitações físicas, cognitivas ou de desenvolvimento. [27]

Estudos mais recentes têm-se debruçado sobre uma nova forma de *bullying* que tem vindo a surgir com o avanço da tecnologia e das redes sociais – o *cyberbullying*. Em Portugal, Almeida et al. (2008) realizou um estudo onde concluiu que “utilizando o telefone, 6% das raparigas e 3% dos rapazes relataram estar envolvidos como vítimas, e 3% e 5%, respetivamente, como *bullies*. Através da internet, 6% das raparigas e 4% dos rapazes relataram estar envolvidos como vítimas, e 2% e 4%, respetivamente, como *bullies*”. [27]

Face à extensão dos comportamentos de violência na escola, Mellor (1990) definiu três pré-requisitos básicos para uma política anti-*bullying*: o reconhecimento da existência do problema (identificação), a criação de um ambiente propício para a discussão do

fenómeno (abertura) e o envolvimento dos vários agentes da comunidade escolar, como pais, professores e alunos, na política anti-*bullying*.^[24]

Efetivamente, a cooperação dos pais assume uma importância fulcral no sentido de maximizar a eficácia dos programas de prevenção da violência escolar, dado que muitas vezes são os primeiros a identificar alterações comportamentais nos seus educandos e que podem ser reveladoras de problemas na escola: cefaleias, dores de barriga, perda de apetite, diminuição do rendimento escolar, entre outros. Regra geral, também são os pais que mais sentem e se preocupam com o fenómeno do *bullying*.^[28]

Os professores, os não docentes e os alunos também têm que ser envolvidos no sentido de desconstruir sentimentos positivos face à violência, pois se os comportamentos de *bullying* não forem alvo de reprovação, permitem a aprendizagem de valores negativos e este processo de aprendizagem tem particular relevância na disseminação do fenómeno, uma vez que se os alunos assistirem ao facto dos colegas ganharem respeito e poder através de comportamentos agressivos e impunes, então têm tendência a adoptar este tipo de comportamentos por imitação.^[25]

Também ficou demonstrado que existe uma associação estatisticamente significativa entre os comportamentos disruptivos dos estudantes e o impacto negativo no seu rendimento escolar.^[28] Não obstante, durante o período em que o aluno é vítima de *bullying* apresenta um pior desempenho académico e maior risco de abandono escolar, porém, também os *bullies* revelam dificuldades na aprendizagem.^[27]

Outros autores ainda estabelecem a relação entre comportamentos de violência e (in)sucesso escolar com base numa dupla perspetiva. Desta forma, consideram que as dificuldades na aprendizagem e o baixo rendimento escolar podem constituir um fator de risco para comportamentos disruptivos nos estudantes, nomeadamente nos agressores. Por outro lado, o facto de estar envolvido em comportamentos de *bullying* (como vítima ou agressor) também cria um impacto negativo no rendimento escolar devido à baixa motivação para frequentar a escola e aos níveis de auto-estima.^[26]

Num estudo sobre a prevalência do *bullying* na escola e o sucesso escolar, verificou-se que 54,6% dos alunos com insucesso escolar estiveram envolvidos em comportamentos de violência, sendo que 19,7% como *bullies*, 18,9% como *bully*-vítimas e 16% como vítimas. Assim, os resultados obtidos foram concordantes com a literatura já existente,

demonstrando que há uma relação direta entre o insucesso escolar e os comportamentos disruptivos dos estudantes. [26]

Face à unanimidade das conclusões dos estudos realizados e à extensão da problemática, o Ministério da Educação definiu a área da violência em meio escolar como uma prioridade, sendo a sua abordagem obrigatória em sessões curriculares e extracurriculares, desde o primeiro ao décimo segundo ano de escolaridade. [24]

A escola tem, portanto, que definir estratégias específicas para o combate e a prevenção deste fenómeno, por exemplo através de sessões de aconselhamento em grupo e em pares desenvolvidas nos espaços e tempos extracurriculares, estratégias de trabalho cooperativo inseridas no plano curricular, e atividades culturais e desportivas extracurriculares, como por exemplo criação de clubes de diferentes áreas. [28]

As equipas de saúde escolar também têm um papel fundamental na sensibilização e reforço das competências dos outros agentes da comunidade escolar (pais, educadores, docentes e não docentes), sendo que o Programa Nacional de Saúde Escolar preconiza a intervenção desta equipa na prevenção da violência em meio escolar, incluindo *bullying* e comportamentos autodestrutivos.

3.4 Recrutamento da população alvo

O recrutamento da população alvo constitui-se como um ponto fulcral para o sucesso do trabalho a desenvolver e pode ser bastante mais complexo do que aparenta. De facto, só depois de definir e conhecer o grupo de trabalho é que se podem estabelecer objetivos reais e concretizáveis.

Quando foi proposta a realização do Projeto que serviu de base a este Estágio existiam desde logo duas premissas sobre as quais todo o resto se foi construindo: a primeira assente na importância do projeto trazer algo de novo e positivo para o local no qual exerço a profissão e a segunda relacionada com o facto do trabalho desenvolvido não se esgotar no contexto académico e poder ter continuidade após o Curso de Mestrado. Neste sentido, a escolha da população ficou facilitada e como tal a população infantojuvenil do concelho de Odemira tornou-se uma escolha óbvia.

Dado não existir uma resposta hospitalar no concelho que permitisse a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas na área da saúde mental, nomeadamente no que se refere à avaliação diagnóstica e ao seguimento de crianças/jovens e respetivas famílias, houve necessidade de procurar um serviço cuja população apresentasse semelhanças em relação à população do concelho de Odemira. Assim, a escolha incidu sobre o Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência da ULSBA por já ter instituído um programa de proximidade à comunidade, em articulação com diversas entidades concelhias, mas também por conhecer bem a realidade da população do concelho de Odemira.

No terceiro e último ensino clínico, dentro da população infantojuvenil de Odemira foi selecionada uma amostra constituída pelos alunos do 2º ciclo do Ensino Básico do Colégio Nossa Senhora ds Graça. A faixa etária selecionada deveu-se essencialmente ao facto de ser um período curto (2 anos) em que as crianças/jovens sofrem duas significativas transições a nível escolar, primeiro com a mudança de escola e a passagem de um ensino primário mais protetor para uma realidade completamente diferente, e depois pela transição para o 3º ciclo, outro momento de mudança onde a necessidade de autonomia e autoeficácia ganha um novo peso na identidade do aluno.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Após a integração nos diferentes contextos de estágio e conhecimento da sua dinâmica houve necessidade de reformular e adequar os objetivos inicialmente definidos no Projeto de Estágio.

4.1 Objetivos da intervenção profissional

Objetivo geral: Diagnosticar a situação da saúde mental infantojuvenil no concelho de Odemira e definir a articulação entre as diferentes entidades da comunidade com competência nesta área.

Objetivos específicos:

- ✓ Identificar as respostas existentes no concelho
- ✓ Caracterizar as necessidades e problemas de saúde mental das crianças diagnosticadas
- ✓ Elaborar uma proposta de articulação entre escola, entidades e serviços locais, cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de saúde mental e psiquiatria infantojuvenil

Objetivo geral: Desenvolver competências especializadas no diagnóstico, prestação e avaliação dos cuidados de enfermagem à criança/jovem com doença mental e sua família.

Objetivos específicos:

- ✓ Compreender as principais problemáticas na área da enfermagem de saúde mental e psiquiatria, no contexto da intervenção ambulatória e comunitária
- ✓ Desenvolver competências especializadas de diagnóstico e intervenção de enfermagem, no âmbito da prevenção da doença e promoção da saúde mental
- ✓ Participar na dinamização de grupos terapêuticos de crianças/jovens com perturbações disruptivas do comportamento
- ✓ Integrar a equipa de visitação domiciliária

Objetivo geral: Caracterizar a saúde mental dos alunos do 2º ciclo do ensino básico e sensibilizar a comunidade educativa para a promoção da saúde mental dos alunos, prevenção da doença e redução do estigma.

Objetivos específicos:

- ✓ Realizar uma avaliação diagnóstica da saúde mental das crianças do 2º ciclo do EB do Colégio Nossa Senhora da Graça
- ✓ Contribuir para a compreensão dos problemas de saúde mental da criança e redução do estigma

4.2 Objetivos a atingir com a população alvo

Objetivo geral: Diagnosticar a situação da saúde mental infantojuvenil no concelho de Odemira e definir a articulação entre as diferentes entidades da comunidade com competência nesta área.

Objetivo específico:

- ↪ Definir a articulação entre escola, entidades e serviços locais, cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de saúde mental e psiquiatria infantojuvenil

Objetivo geral: Desenvolver competências especializadas no diagnóstico, prestação e avaliação dos cuidados de enfermagem à criança/jovem com doença mental e sua família.

Objetivos específicos:

- ↪ Realizar pelo menos 6 entrevistas de avaliação diagnóstica
- ↪ Realizar pelo menos 4 consultas de seguimento
- ↪ Realizar pelo menos 3 visitas domiciliárias
- ↪ Participar em pelo menos 1 reunião de articulação com as escolas

Objetivo geral: Caracterizar a saúde mental dos alunos do 2º ciclo do ensino básico e sensibilizar a comunidade educativa para a promoção da saúde mental dos alunos, prevenção da doença e redução do estigma.

Objetivos específicos:

- ↳ Realizar uma avaliação diagnóstica da saúde mental das crianças do 2º ciclo do EB do Colégio Nossa Senhora da Graça
- ↳ Definir estratégias de intervenção em contexto escolar com docentes e não docentes

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

5.1 Fundamentação das intervenções

Face aos objetivos definidos e com vista à satisfação das necessidades identificadas foram implementadas diversas intervenções, entendendo-se por intervenções tudo o que foi executado de modo a provocar uma mudança no contexto de atuação.

1º Objetivo: Diagnosticar a situação da saúde mental infantojuvenil no concelho de Odemira e definir a articulação entre as diferentes entidades da comunidade com competência nesta área.

Intervenções:

- Recolha de dados estatísticos relativos ao acompanhamento de crianças/jovens do concelho de Odemira na consulta de psiquiatria da infância e adolescência dos diferentes serviços de referência.

A documentação e o diagnóstico de situação são fatores essenciais para a eficácia das medidas a instituir. É, pois, necessário conhecer e descrever as necessidades reais para poder intervir sobre elas de forma adequada.

Neste sentido foram contactados os principais serviços de psiquiatria da infância e adolescência que dão resposta às situações identificadas no concelho de Odemira. Como foi anteriormente descrito, este concelho assenta na particularidade da resposta pedopsiquiátrica ainda se encontrar bastante fragmentada, isto é, atualmente o serviço de referência é a UPIA do Hospital Espírito Santo (Évora), mas algumas crianças do concelho ainda continuam a ser acompanhadas pelo SPIA da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (Beja) e outras permanecem na consulta de saúde mental infantojuvenil do Centro Hospitalar de Setúbal.

A concretização desta intervenção revelou-se uma das fases mais complexas deste projeto, uma vez que foi muito difícil e morosa a obtenção dos dados, sobretudo por parte de um dos serviços. Não obstante, foi possível apurar que atualmente 14 crianças do concelho estão em acompanhamento pela UPIA do Hospital Espírito Santo e 16 ainda se mantêm em seguimento pelo SPIA da ULSBA. O Centro Hospitalar de Setúbal, apesar

dos sucessivos contactos com diferentes responsáveis de serviço e do pedido formal efetuado pela Escola ao senhor diretor do Departamento de Psiquiatria, foi colocando sucessivas barreiras ao fornecimento do número de crianças do concelho de Odemira em seguimento na consulta de saúde mental infantojuvenil. Como tal, através da auscultação dos médicos de família estima-se que sensivelmente 7 crianças ainda se mantenham em seguimento pelo referido serviço. De um modo geral, as psicopatologias mais frequentes são as perturbações de ansiedade, as perturbações de hiperatividade com défice de atenção e impulsividade e as perturbações disruptivas do comportamento.

Foi ainda possível apurar que a Equipa Local de Intervenção Precoce está a dar resposta a 52 crianças residentes no concelho de Odemira e o Centro de Recursos para a Inclusão apoia 54 crianças nas escolas concelhias. Ambas as estruturas comunitárias consideram que os recursos humanos de que dispõem são insuficientes para o elevado número de situações, pelo que no caso da Equipa Local de Intervenção Precoce é inevitável a existência de lista de espera.

- Reunião com diferentes entidades da comunidade com competência na área da saúde mental infantojuvenil para apresentação do Projeto de Estágio.

O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 coloca particular enfoque na importância das parcerias entre os Cuidados de Saúde Primários e outras estruturas da comunidade com intervenção na área da saúde mental infantojuvenil.

Desta forma, no dia 25 de setembro de 2015, pelas 10h00, teve lugar nas instalações da CPCJ de Odemira uma reunião com a Sra. Presidente da Comissão, professora Piedade Barradas, no sentido de apresentar a natureza deste Projeto, seus objetivos e assegurar a colaboração da CPCJ no processo de construção de uma rede de articulação entre escolas, entidades e serviços locais, cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de saúde mental e psiquiatria infantojuvenil. A reunião foi relativamente rápida e a Sra. Presidente da CPCJ de Odemira considerou o Projeto bastante pertinente, pelo que garantiu total disponibilidade da Comissão para colaborar na sua realização.

No mesmo dia, pelas 11h30, teve lugar nas instalações do Gabinete de Apoio à Vítima e ao Agressor de Odemira (GAVA) uma reunião com as duas técnicas responsáveis pelo serviço: a psicóloga e coordenadora Dra. Sónia Carvalho e a também psicóloga Dra. Sara

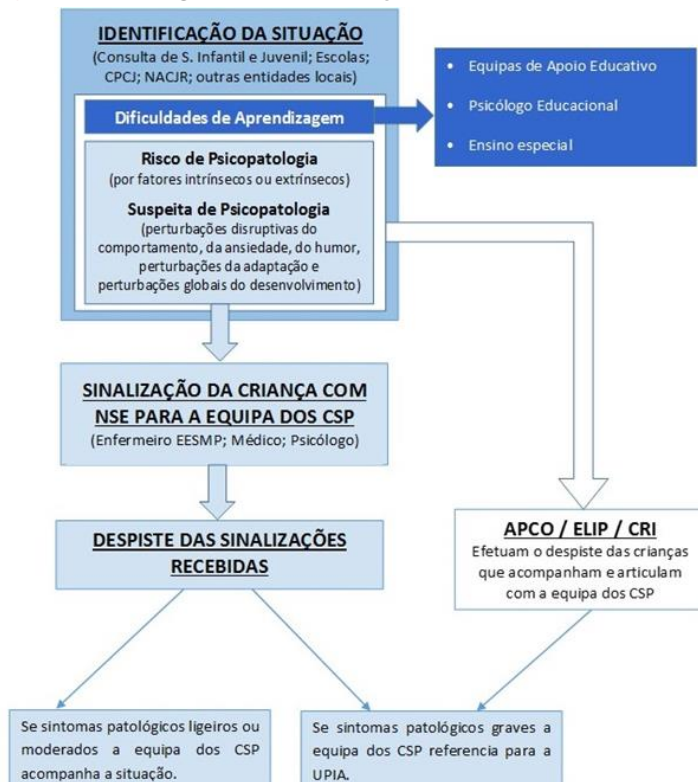
Horta. A reunião teve igual intuito da anterior, foi também relativamente rápida e ainda serviu para que tomasse conhecimento de um novo projeto da Taipa – Organização Cooperativa para o Desenvolvimento Integrado do Concelho de Odemira – o projeto “Feliz mente” no qual viria a participar, e que mais adiante será apresentado.

No dia 28 de setembro teve lugar mais uma reunião, desta vez com a Sra. Coordenadora da Equipa Local de Intervenção Precoce de Odemira, Cidália Silva, e com a Sra. Diretora Técnica da Associação de Paralisia Cerebral de Odemira, Lúcia Canha. Nesta reunião foi apresentado o Projeto, seus objetivos, necessidade da sua realização e resultados esperados. Ambas as entidades representadas validaram a pertinência do Projeto e consideraram que a sua participação no mesmo seria uma mais-valia para a população..

Ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, tanto a coordenadora da UCC, Enf^a. Ana Raquel Pereira, como o Diretor Clínico, Dr. Horácio Feteiro, estiveram sempre a par de todo o Projeto, incentivando as estratégias a implementar e colaborando sempre que necessário para a sua implementação.

- Elaboração de uma proposta da articulação de saúde mental infantojuvenil no concelho de Odemira.

Figura 1: Fluxograma da articulação de saúde mental infantojuvenil no concelho de Odemira



O fluxograma apresentado pretende dar uma visão mais rápida e fácil do processo de articulação entre diferentes entidades e serviços envolvidos na resposta às necessidades em saúde mental infantojuvenil, do concelho de Odemira.

A situação problemática de uma criança pode ser identificada por várias entidades ou serviços locais, como por exemplo, na consulta de saúde infantil e juvenil, pelos estabelecimentos de ensino, pelo NACJR, pela CPCJ, entre outras entidades ligadas à infância e adolescência.

Se a criança tiver até 6 anos de idade e apresentar qualquer condição que dificulte a sua aprendizagem, concomitante ou não com psicopatologia, deverá ser acompanhada pela ELIP. Da mesma forma que, no caso da criança/jovem ser portadora de deficiência e reunir critérios, deverá ser acompanhada pela APCO. Estas duas entidades são constituídas por equipas multidisciplinares com competência para atuar em várias áreas do desenvolvimento infantil.

Salvo as situações acima descritas, quando uma criança/jovem apresenta apenas dificuldades de aprendizagem a resposta deverá ser dada pela escola através dos seus técnicos: equipas de apoio educativo, psicólogos educacionais e professores de ensino especial. Porém, no caso de risco ou suspeita de psicopatologia a criança/jovem deverá ser sinalizada para a equipa dos cuidados de saúde primários, que deverá proceder à sua avaliação e despiste da situação. Atendendo à gravidade da sintomatologia apresentada, a criança/jovem poderá ser seguida pela equipa dos CSP ou ser referenciada para a UPIA do Hospital Espírito Santo, em Évora. O atendimento pela Pedopsiquiatria efetua-se no Centro de Saúde de Grândola, em consulta descentralizada.

Se a criança estiver a ser acompanhada pela ELIP, pela APCO, ou beneficiar de apoio pelo CRI, dada a competência dos técnicos que compõem estas equipas o despiste é efetuado pelas próprias entidades e, caso detetem sintomatologia patológica grave, deverão articular com a equipa dos CSP no sentido de referenciar a criança/jovem para a UPIA.

➤ *Discussão da proposta com as entidades da comunidade envolvidas.*

No dia 27 de janeiro de 2016, pelas 10h30 (data e hora acordadas pela maioria das pessoas envolvidas), estiveram presentes no auditório da Biblioteca Municipal de Odemira

representantes de várias entidades e serviços da comunidade Odemirense. Em representação dos Cuidados de Saúde Primários estiveram presentes o Diretor Clínico e o Psicólogo do Centro de Saúde; o Gabinete de Apoio à Vítima e ao Agressor fez-se representar por uma das suas Psicólogas; a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco esteve representada por 4 comissários, incluindo a Presidente; em representação da Associação de Paralisia Cerebral esteve presente a sua Diretora Técnica e a Equipa Local de Intervenção Precoce fez-se representar pela sua coordenadora. Foi ainda possível contar com a presença da Dra. Fernanda Barros e do Dr. Alberto Magalhães, pedopsiquiatra e psicólogo da UPIA do Hospital Espírito Santo, respetivamente.

Por incompatibilidade de agenda não puderam estar presentes a Diretora do Centro de Saúde, a Coordenadora da UCC, a Técnica de Serviço Social do Centro de Saúde e a Presidente da Taipa. Também não pode estar presente a Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria Aida Pardal, supervisora clínica deste Estágio.

A reunião teve início com a apresentação individual dos presentes, seguindo-se uma breve descrição da natureza do Projeto e dos momentos em que se iria desenvolver. Foram ainda explicados os objetivos e a pertinência da sua realização, bem como os resultados que se esperariam alcançar. De seguida, foi feita uma breve descrição das características geodemográficas do concelho de Odemira e também a descrição das principais respostas comunitárias existentes na área da saúde mental infantojuvenil.

Seguiu-se a apresentação da proposta de fluxograma, tendo sido entregue uma cópia em papel a cada um dos presentes. Após a análise e explicação do fluxograma abriu-se o espaço para discussão e proposta de alterações, momento que a meu ver (e também na opinião dos presentes) foi bastante produtivo dado que permitiu uma troca de ideias conjunta que até então ainda não tinha acontecido. Desta discussão resultou apenas uma proposta de alteração, proveniente do Dr. Alberto Magalhães, que consistiu na introdução do risco de psicopatologia por fatores intrínsecos ou extrínsecos à própria criança (por exemplo, situações de *bullying*), uma vez que também deverá ser alvo da atenção da equipa que acompanha a crianças.

No final da reunião ficou claro para todos os presentes o circuito a seguir na avaliação e encaminhamento de crianças/jovens com problemas na área da saúde mental e psiquiatria.

Posteriormente à reunião, foi enviada via *email* a versão final do fluxograma, a ficha de sinalização de crianças à equipa dos cuidados de saúde primários e a ficha/guião da entrevista familiar a devolver preenchida à UPIA quando a criança é referenciada para consulta da especialidade.

2º Objetivo: Desenvolver competências especializadas no diagnóstico, prestação e avaliação dos cuidados de enfermagem à criança/jovem com doença mental e sua família.

Intervenções:

- Reunião inicial com os enfermeiros do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULSBA e com o orientador do estágio para apresentação do Projeto de Estágio.

No dia 18 de setembro de 2015, às 14 horas, teve lugar uma reunião nas instalações do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULSBA em conjunto com o Professor e orientador de estágio Manuel Lopes, a enfermeira EESMP Aida Pardal, o enfermeiro chefe Bento César Silveira e o enfermeiro EESMP Luís Botelho. A reunião iniciou-se com a EESMP Aida Pardal a apresentar o recém-inaugurado serviço de internamento e prosseguiu com uma visita ao SPIA, onde foi apresentado o Projeto de Estágio, objetivos para o ensino clínico a desenvolver e resultados que se esperariam atingir. Durante a reunião decidiu-se a substituição da enfermeira EESMP Aida Pardal pelo enfermeiro EESMP Luís Botelho na supervisão do II ensino clínico, a realizar entre 26 de outubro e 04 de dezembro no SPIA da ULBA, uma vez que a enfermeira Aida Pardal se encontra atualmente a chefiar o serviço de internamento, tendo sido substituída pelo enfermeiro Luís Botelho nas funções que desempenhava no SPIA. Quanto aos ensinamentos clínicos I e III ficou decidido manterem-se sob a supervisão da enfermeira Aida Pardal.

Nesta reunião foi ainda acordado que a Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus iria formalizar o pedido para que fossem disponibilizados os dados estatísticos do número de crianças e jovens do concelho de Odemira ainda em atendimento pelo SPIA, no sentido de dar cumprimento ao diagnóstico de situação do concelho de Odemira.

- Compreender as principais problemáticas na área da enfermagem de saúde mental e psiquiatria, no contexto da intervenção ambulatória e comunitária

A realização do ensino clínico II que decorreu no SPIA da ULSBA teve a duração de seis semanas, durante as quais dois dias por semana me deslocava ao serviço para participar, integrada na equipa, na prestação e avaliação dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família. Durante esses dias foi-me possível perceber a dinâmica da equipa do SPIA, organização, principais problemáticas e intervir não apenas no serviço mas a nível descentralizado.

Os primeiros dois dias serviram essencialmente para me integrar na equipa e aprender por observação. A partir desse momento, tudo se baseou numa aprendizagem ativa e participante e cedo foi possível perceber que as principais problemáticas da população infantojuvenil abrangida pelo SPIA são idênticas às sentidas a nível nacional: domínio das perturbações de comportamento, seguindo-se as de humor e as de ansiedade. Em menor número figuravam as esquizofrenias e os transtornos esquizotípicos e delirantes.

- Realização de entrevistas familiares de avaliação diagnóstica.

A primeira entrevista com o utente reveste-se de grande importância por se constituir o ponto de partida da relação. Normalmente, esta primeira entrevista consiste na avaliação diagnóstica da situação, servindo essencialmente para colheita de informações provenientes da observação e da interação com o utente e que são fundamentais para um planeamento adequado dos cuidados.

Durante o ensino clínico desenvolvido no SPIA tive oportunidade de realizar dez entrevistas de avaliação diagnóstica, uma vez que é procedimento padrão o enfermeiro realizar a entrevista de avaliação diagnóstica com sensivelmente um mês de antecedência em relação à primeira consulta médica. As entrevistas foram realizadas em diferentes locais, atendendo que o SPIA realiza consultas descentralizadas em vários concelhos do distrito de Beja. Assim, foram realizadas 4 entrevistas de avaliação diagnóstica em Aljustrel, 2 em Moura, 1 em Serpa e 3 nas instalações sede do SPIA.

Todas as entrevistas realizadas foram semidirigidas (utilizando o suporte em papel utilizado pelo SPIA que contém alguns tópicos para orientação), foram realizadas

questões abertas e houve sempre o cuidado de explicar a minha presença e função no SPIA. Houve igualmente o cuidado de iniciar as entrevistas com uma “conversa de circunstância” para facilitar a interação e potenciar uma atmosfera mais empática. Foi sempre pedido o parecer favorável do cuidador para que pudesse tirar algumas notas em papel no decorrer da entrevista e, obviamente, garantida a confidencialidade face às informações fornecidas.

Nas primeiras entrevistas realizadas senti-me mais apreensiva e com algum nervosismo inicial mas julgo ter conseguido criar uma relação empática e de confiança com as crianças e família, ter utilizado uma linguagem adequada aos seus níveis socioculturais e não perder dados que pudessem comprometer o correto diagnóstico e abordagem à situação clínica da criança. Nas entrevistas iniciais senti alguma dificuldade em manter o fio condutor da entrevista, sobretudo com as famílias mais comunicativas onde a probabilidade de existir fuga de ideias era obviamente maior. No entanto, com a prática julgo ter conseguido melhorar estes aspetos e sentir-me mais à vontade na condução da entrevista.

➤ Realização de consultas de seguimento.

O “estar em relação” é definido como “não só a presença física da enfermeira junto do cliente mas também de todo o seu ser”. O profissional de enfermagem envolve-se totalmente e é através do seu olhar, do seu corpo e da sua afetividade que o outro se sente escutado e compreendido, capaz de dar abertura para o estabelecimento da relação de ajuda. ^[30] Na Enfermagem, e sobretudo na Enfermagem de Saúde Mental, esta componente relacional dos cuidados assume um papel preponderante cuja ablação coloca em causa toda a intervenção terapêutica, conduzindo à desumanização dos cuidados e à despersonalização da Enfermagem.

No SPIA, as consultas de enfermagem de seguimento assentam em intervenções específicas como apoio à adesão terapêutica, intervenções domiciliárias, intervenções na comunidade, nomeadamente de articulação com as escolas, psicoeducação de grupo e aplicação de técnicas de relaxamento. A periodicidade das intervenções é variável consoante as necessidades identificadas e muitas vezes o contacto telefónico é utilizado como meio de proximidade e de ligação às famílias.

Durante a minha permanência no SPIA tive oportunidade de realizar duas sessões individuais de relaxamento progressivo a dois jovens: um jovem do sexo masculino com perturbação mista do comportamento e emoções e uma jovem do sexo feminino com atraso cognitivo, défice de atenção e perturbação do comportamento com autoagressão. Na primeira sessão que realizei com o jovem senti-me um pouco apreensiva porque nunca tinha aplicado esta técnica profissionalmente mas julgo não o ter demonstrado e ter conseguido manter um tom de voz baixo e pausado. Como era a primeira vez que o jovem também iria realizar uma sessão de relaxamento, comecei por explicar-lhe a finalidade da técnica, em que consistia e de que forma a poderia aplicar autonomamente no seu domicílio. Durante a sessão fui observando as reações do jovem, tentando perceber os momentos em que ele estava a sentir maior dificuldade em relaxar e no final procurei obter algum feedback no sentido de compreender como o jovem se sentiu e se considerava esta intervenção positiva.

Na segunda sessão que realizei, a jovem já tinha efetuado anteriormente sessões de relaxamento progressivo e, devido ao seu défice de atenção, tinha bastantes dificuldades em manter-se atenta e, por conseguinte, relaxada pelo que a equipa do SPIA estava a ponderar se iria manter esta intervenção. Neste caso específico, o treino de relaxamento foi realizado com a jovem sentada (por se sentir mais confortável nessa posição) e decidiu-se diminuir o tempo da sessão. Julgo ter corrido bem dentro do que seria expectável e a jovem conseguiu alguns momentos de relaxamento.

Incluído nas intervenções de seguimento do SPIA tive oportunidade de participar em duas sessões de psicoterapia em grupo, com 5 jovens do Hospital de Dia com perturbação mista das emoções e comportamento, sendo o principal objetivo desta intervenção fomentar o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, cuja metodologia de orientação se enquadrava no programa de Prevenção e Reabilitação para Jovens com Comportamento Social Desviante (GPS – Gerar Percursos Sociais). As competências desenvolvidas focavam-se nas áreas do “saber-ser”, “saber-estar” e “saber-fazer”, sobretudo ao nível da gestão das emoções e regulação dos comportamentos.

Foi-me também possível contactar com instrumentos de trabalho até então desconhecidos, como por exemplo o questionário de *Conners*, utilizado para o despiste da hiperatividade. Este questionário é constituído por duas versões – uma preenchida pelo pais e outra pelos professores – onde lhe é pedido que reflitam sobre o último mês da

crianças, avaliando numa escala de *Likert* de 0 a 3 (em que 0 corresponde a nada, 1 a pouco, 2 a bastante e 3 a muito) a frequência com que a criança realizou determinado comportamento. Durante a minha permanência no SPIA tive a oportunidade de inserir vários questionários numa base de dados específica para o efeito e aprender a avaliar os resultados obtidos.

➤ Realização de visitas domiciliárias.

A visitação domiciliária consiste na deslocação de um profissional de saúde ao contexto domiciliário da pessoa ou família, sendo uma intervenção inerente à prática profissional da Enfermagem. A intervenção no domicílio surge da perceção do ser humano viver num contexto social, em que a família/vizinhos são, por vezes, a sua rede de suporte mais próxima. Para além de favorecer a articulação entre o utente, a sua família e os serviços de saúde, também é uma forma de conhecer e mobilizar os recursos da comunidade. É uma prática que possibilita a identificação clara do modo como a patologia afeta o utente e família no cumprimento das suas rotinas, que permite avaliar a vivência que o cuidador tem da situação, eventuais pontos de tensão entre os elementos familiares, restrições sociais, entre outros aspetos.

Durante a minha permanência no SPIA realizei três visitas domiciliárias nas quais pude colaborar na gestão do regime terapêutico, na identificação de eventuais riscos ambientais e familiares para os menores, na perceção *in loco* da dinâmica e contexto familiares. Apesar de ainda ter uma quarta visita domiciliária agendada, não foi possível a sua realização por não se encontrar ninguém no domicílio.

➤ Participação em reuniões de articulação com agrupamentos escolares dos concelhos da área de abrangência da ULSBA.

A articulação com as escolas foi um dos aspetos que me suscitou bastante curiosidade, uma vez que sou responsável pelo programa de Saúde Escolar da UCC em que exerço funções e, dado não existir nenhum serviço hospitalar de referência que execute esta atividade no concelho de Odemira, era totalmente do meu interesse perceber em que moldes se realizava esta articulação.

Tive a oportunidade de estar presente em duas reuniões de articulação: uma no Agrupamento de Escolas de Aljustrel e outra no Agrupamento de Escolas de Serpa. A periodicidade das reuniões é trimestral (uma por período letivo), podendo aumentar a frequência caso haja essa necessidade.

Pelo que me foi dado a conhecer, em escolas com maior número de alunos, como as de Beja e Aljustrel, sensivelmente 15 dias antes da reunião a escola envia ao SPIA uma lista dos alunos cuja situação é mais problemática e sobre a qual necessita de feedback por parte do serviço. No dia da reunião, o enfermeiro do SPIA já leva os processos dessas crianças/jovens consigo de forma a poder responder adequadamente às necessidades identificadas.

Nas escolas com menor número de alunos, as crianças/jovens em acompanhamento pelo SPIA conseqüentemente também são em menor número, o que possibilita a abordagem individualizadas de todos os casos na reunião.

Importa referir que logo no primeiro contacto que a criança e família têm com o serviço é-lhes solicitada a autorização por escrito para articulação entre o SPIA e a escola. Nestas reuniões é discutido o tipo de apoio que a escola providencia ao aluno, que outras necessidades poderão estar sem resposta, que terapias é que a criança/jovem usufrui e quais os serviços que lhas prestam (SPIA, CRI, particular...) e ainda é dado o feedback sobre a assiduidade às consultas de pedopsiquiatria.

3º Objetivo: Caracterizar a saúde mental dos alunos do 2º ciclo do ensino básico e sensibilizar a comunidade educativa para a promoção da saúde mental dos alunos, prevenção da doença e redução do estigma.

Intervenções:

- Reunião com a diretora do Colégio Nossa Senhora da Graça para apresentação do Projeto de Estágio.

No dia 11 de dezembro de 2015, pelas 14h30, realizou-se uma reunião com a direção do Colégio Nossa Senhora da Graça, na pessoa da Sra. Diretora Natália Cabecinha, a fim de apresentar o Projeto a desenvolver, seus objetivos e resultados esperados. A Sra. Diretora

considerou bastante pertinente a realização desta intervenção, dando autorização para a sua implementação. Foram desde logo agendadas as datas, horários e turmas nas quais seria aplicado o questionário.

Ainda durante a reunião, a Sra. Diretora considerou não haver necessidade de solicitar o consentimento informado aos encarregados de educação dos alunos participantes nesta avaliação diagnóstica, uma vez que o Projeto Educativo da Instituição prevê a articulação da dinâmica da escola com projetos exteriores que visem colmatar as necessidades profissionais e/ou educativas, bem como a monitorização interna e externa frequente/rotineira sobre aspetos variados. Todavia, antes da sua participação, foi explicado aos alunos o propósito do trabalho e foi-lhes garantida total confidencialidade e anonimato.

- Realização de uma avaliação diagnóstica da saúde mental dos alunos do 2º ciclo do ensino básico.

Importa referir que não se pretende desenvolver um trabalho de investigação, mas antes uma avaliação diagnóstica, que se constitui como o primeiro passo em qualquer processo de intervenção.

MÉTODO

Esta avaliação diagnóstica tem como objetivos específicos caracterizar a depressão, ansiedade e o stresse na população alvo e avaliar a vitimização e agressão da população alvo na escola, através da aplicação da “Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse” para Crianças de 21 itens (EADS-C-21) e do questionário “*Peer Victimization Scale*” (PVS) (anexo 1). É uma avaliação exploratória-descritiva, com abordagem quantitativa.

○ Questões éticas

A autorização para utilização da Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse para crianças foi concedida via *email* pelo Prof. Dr. João P. Maroco. De igual modo, também o Prof. Dr. Feliciano H. Veiga autorizou a utilização da versão portuguesa do questionário *Peer Victimization Scale*.

○ **Participantes**

A amostra deste trabalho contempla os alunos inscritos no 2º ciclo do Ensino Básico do Colégio Nossa Senhora da Graça, sendo critério de inclusão a participação de forma livre e informada. Não foram definidos critérios de exclusão.

○ **Instrumentos**

▪ **Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse para Crianças (EADS-C-21)**

A EADS para adultos, adaptada e validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004) teve por base a *Depression, Anxiety Stress Scale* (DASS) desenvolvida por Lovibond & Lovibond (1995) com o objetivo de melhorar a discriminação entre ansiedade e depressão. A DASS assenta no modelo tripartido de Clark & Watson (1991) no qual os sintomas da ansiedade e depressão se agrupam em três estruturas básicas: o *distress* ou afeto negativo (*i*), a tensão somática e hiperatividade (*ii*) e a anedonia e ausência de afeto positivo (*iii*). Lovibond & Lovibond, ao tentarem discriminar a totalidade dos sintomas de ansiedade e depressão, identificaram um novo fator – denominado “*stresse*” – que inclui dificuldades em relaxar, tensão nervosa, irritabilidade e agitação. ^[32]

A EADS-C, aferida por Leal, Antunes, Passos, Pais-Ribeiro & Maroco ^[33], em termos conceptuais é a mesma que a EADS aplicada a adultos, porém foi reformulada no sentido de tornar a linguagem utilizada em alguns itens mais acessível às crianças, ou seja, foram incluídos exemplos para melhorar a compreensão do que é questionado em determinados itens, sem que por isso a sua validade fosse afetada.

A EADS-C, à semelhança da EADS-21 para adultos, é constituída por um total de 21 itens, distribuídos por três dimensões com sete itens cada. Assim, a dimensão “ansiedade” inclui os itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20. Por sua vez, os itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21 incluem-se na dimensão “depressão”. Finalmente, os itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18 estão incluídos na dimensão “stresse”.

Cada item avalia o estado emocional experimentado pelo sujeito na última semana, sendo a resposta dada numa escala tipo *Likert* em que 0 corresponde a “não se aplicou nada a mim”, 1 corresponde a “aplicou-se a mim algumas vezes”, 2 corresponde a “aplicou-se a

mim muitas vezes” e 3 corresponde a “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. Desta forma, uma pontuação mais alta remete para estados afetivos mais negativos.

O resultado obtido para cada uma das três dimensões da escala resulta da soma dos scores dos sete itens que lhe correspondem, pelo que esse somatório pode variar entre 0 e 21. Inicialmente os autores da EADS aferiram uma escala de 42 itens que converteram na versão constituída por apenas 21. Como tal, o resultado obtido para cada dimensão deverá ser multiplicado por dois.

À semelhança da DASS de Levibond e Levibond, também na EADS-21 (e consequentemente na EADS-C) estão definidas cinco categorias para classificar a intensidade de cada uma das três dimensões:

ANSIEDADE: normal (0-7), leve (8-9), moderada (10-14), severa (15-19), extremamente grave (> 20)

DEPRESSÃO: normal (0-9), leve (10-13), moderada (14-20), severa (21-27), extremamente grave (> 28)

STRESSE: normal (0-14), leve (15-18), moderada (19-25), severa (26-33), extremamente grave (> 34).

▪ Questionário “Peer Victimization Scale” (PVS)

A PVS é uma escala multidimensional criada por Mynard & Joseph (2000), tendo sido adaptada e validada para população portuguesa por Feliciano H. Veiga (2008) ^[34]. É constituída por duas partes com 16 itens cada, sendo que a primeira parte refere-se a comportamentos de vitimização e a segunda a comportamentos de agressão na escola, experimentados pelos sujeitos no último mês de aulas.

Os 16 itens correspondentes aos comportamentos de vitimização distribuem-se por quatro dimensões com quatro itens cada: “vitimização física” (itens 1, 5, 9 e 13), “vitimização relativa à propriedade” (itens 4, 8, 12 e 16), “vitimização verbal” (itens 3, 7, 11 e 15) e “vitimização social” (2, 6, 10 e 14).

De igual modo, os 16 itens referentes aos comportamentos de agressão também se distribuem por quatro dimensões com quatro itens cada: “agressão física” (itens 1, 5, 9 e 13), “agressão relativa à propriedade” (itens 4, 8, 12 e 16), “agressão verbal” (itens 3, 7, 11 e 15) e “agressão social” (2, 6, 10 e 14).

A cada item é dada uma resposta de autorrelato, numa escala tipo *Likert*, em que 0 corresponde a “nunca”, 1 corresponde a “uma vez” e 2 corresponde a “duas ou mais vezes”.

○ Procedimento

A aplicação dos questionários realizou-se por turma e teve lugar em sala de aula, na disciplina de Apoio ao Estudo. A Sra. Diretora contactou previamente os professores para cedência dos tempos letivos, sendo-lhes explicada a finalidade desta avaliação.

Os questionários foram aplicados em iguais circunstâncias, pelo próprio mestrando, que teve o cuidado de explicar aos alunos o propósito deste trabalho, de lhes garantir total confidencialidade e anonimato e assegurar a supervisão do preenchimento, bem como o esclarecimento de dúvidas.

Foram distribuídos e recolhidos 138 questionários e todos foram considerados válidos. Durante a aplicação dos questionários nas sete turmas do 2º ciclo do ensino básico faltaram 46 alunos.

RESULTADOS

O processamento e a análise estatística dos dados realizou-se através do *software* SPSS® (*Statistical Package the Social Sciences*) versão 23.

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica da amostra

		Frequência	Percentagem
Idade	9 anos	1	0,7 %
	10 anos	52	37,7 %
	11 anos	45	32,6 %
	12 anos	27	19,6 %
	13 anos	8	5,8 %
	14 anos	4	2,9 %
	15 anos	1	0,7 %
		N = 138	
Género	Masculino	74	53,6 %
	Feminino	64	46,4 %
		N = 138	
Nível Escolaridade	5º ano	68	49,3 %
	6º ano	70	50,7 %
		N = 138	
Reprovações	Nenhuma	83	60,1 %
	Uma	43	31,2 %
	Duas ou mais	12	8,7 %
		N = 138	

Conforme se pode observar na tabela 2, a maioria dos alunos inquiridos tem idade compreendida entre os 10 e os 12 anos (89,9%). A amostra total (N=138) é composta por 53,6% alunos do sexo masculino e 46,4% alunos do sexo feminino. Também é possível constatar que 49,3% dos inquiridos frequentam o 5º ano e 50,7% estão inscritos no 6º ano. No que concerne ao número de reprovações, 39,9% dos alunos já reprovaram pelo menos uma vez durante o seu percurso escolar e 60,1% não tiveram reprovações.

Tabela 3: Distribuição da amostra por categorias da dimensão “Ansiedade”

		Género		Nível Escolaridade		Reprovações		
		Masculino	Feminino	5º ano	6º ano	Nenhuma	Uma	Duas ou mais
Normal	Frequência	44	41	43	42	58	24	3
	Percentagem	59,5%	64,1%	63,2%	60,0%	69,9%	55,8%	25,0%
Leve	Frequência	4	5	6	3	5	3	1
	Percentagem	5,4%	7,8%	8,8%	4,3%	6,0%	7,0%	8,3%
Moderada	Frequência	11	12	11	12	11	9	3
	Percentagem	14,8%	18,8%	16,2%	17,1%	13,3%	20,9%	25,0%
Severa	Frequência	7	2	3	6	4	3	2
	Percentagem	9,5%	3,1%	4,4%	8,6%	4,8%	7,0%	16,7%
Extremamente Grave	Frequência	8	4	5	7	5	4	3
	Percentagem	10,8%	6,2%	7,4%	10,0%	6,0%	9,3%	25,0%
		N = 74	N = 64	N = 68	N = 70	N = 83	N = 43	N = 12
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Através da tabela 3 pode verificar-se que tanto os alunos do sexo masculino como os alunos do sexo feminino apresentam níveis de ansiedade na sua maioria normais (59,9% e 64,1%, respetivamente). Nas categorias de menor intensidade são as raparigas que apresentam níveis mais elevados de ansiedade (normal=64,1%, leve=7,8% e moderada=18,8%). Por outro lado, são os rapazes que apresentam níveis mais altos de ansiedade nas categorias de maior intensidade (severa=9,5% e extremamente grave=10,8%). Relativamente ao nível de escolaridade, é possível constatar-se que a categoria “ansiedade normal” é a mais frequente nos dois níveis de ensino. São os alunos do 5º ano que apresentam níveis mais altos de ansiedade nas categorias de menor intensidade (normal e leve) enquanto os alunos do 6º ano apresentam níveis mais elevados nas categorias de maior intensidade (moderada, severa e extremamente grave). Finalmente, em relação ao número de reprovações, a “ansiedade normal” é a categoria

que mais sobressai nos alunos que nunca reprovaram ou que o fizeram apenas uma vez. Os alunos que reprovaram duas ou mais vezes são os que apresentam níveis mais altos de ansiedade nas restantes categorias, sendo essa diferença particularmente acentuada no nível “ansiedade extremamente grave” (25%).

Tabela 4: Distribuição da amostra por categorias da dimensão “Depressão”

		Género		Nível Escolaridade		Reprovações		
		Masculino	Feminino	5º ano	6º ano	Nenhuma	Uma	Duas ou mais
Normal	Frequência	48	39	46	41	58	24	5
	Percentagem	64,8%	60,8%	67,7%	58,6%	69,9%	55,8%	41,6%
Leve	Frequência	7	9	7	9	10	5	1
	Percentagem	9,5%	14,1%	10,3%	12,8%	12,1%	11,6%	8,3%
Moderada	Frequência	7	11	12	6	9	7	2
	Percentagem	9,5%	17,2%	17,6%	8,6%	10,8%	16,3%	16,7%
Severa	Frequência	6	1	1	6	3	2	2
	Percentagem	8,1%	1,6%	1,5%	8,6%	3,6%	4,7%	16,7%
Extremamente Grave	Frequência	6	4	2	8	3	5	2
	Percentagem	8,1%	6,3%	2,9%	11,4%	3,6%	11,6%	16,7%
		N = 74 100,0%	N = 64 100,0%	N = 68 100,0%	N = 70 100,0%	N = 83 100,0%	N = 43 100,0%	N = 12 100,0%

Atendendo à tabela 4, pode verificar-se que tanto os alunos do sexo masculino como os alunos do sexo feminino apresentam níveis de depressão na sua maioria normais (64,8% e 60,8%, respetivamente). À exceção da categoria “depressão severa”, todas as outras categorias apresentam um valor mais elevado no sexo feminino. Relativamente ao nível de escolaridade, é possível constatar-se que a categoria “depressão normal” é a mais frequente. Nas restantes, e excetuando a “depressão moderada”, são os alunos de 6º ano que experienciam níveis mais elevados, sobretudo na “depressão extremamente grave”. Por último, no que concerne ao número de reprovações, também a “depressão normal” é a categoria que mais sobressai, porém, os alunos que nunca reprovaram apresentam níveis mais altos nas categorias de menor intensidade (normal e leve) enquanto os alunos com duas ou mais reprovações apresentam níveis de depressão mais elevados nas categorias de maior intensidade (moderada, severa e extremamente grave).

Tabela 5: Distribuição da amostra por categorias da dimensão “Stresse”

		Gênero		Nível Escolaridade		Reprovações		
		Masculino	Feminino	5º ano	6º ano	Nenhuma	Uma	Duas ou mais
Normal	Frequência	52	54	56	50	70	29	7
	Percentagem	70,3%	84,4%	82,4%	71,4%	84,3%	67,4%	58,3%
Leve	Frequência	8	3	6	5	7	4	0
	Percentagem	10,8%	4,7%	8,8%	7,1%	8,4%	9,3%	0,0%
Moderada	Frequência	9	4	5	8	4	7	2
	Percentagem	12,2%	6,3%	7,4%	11,4%	4,8%	16,3%	16,7%
Severa	Frequência	3	2	1	4	1	2	2
	Percentagem	4,1%	3,1%	1,5%	5,7%	1,2%	4,7%	16,7%
Extremamente Grave	Frequência	2	1	0	3	1	1	1
	Percentagem	2,7%	1,6%	0,0%	4,3%	1,2%	2,3%	8,3%
		N = 74	N = 64	N = 68	N = 70	N = 83	N = 43	N = 12
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Conforme se pode observar na tabela 5, tanto nos alunos do sexo masculino como nos alunos do sexo feminino é a categoria “stresse normal” que mais se evidencia (70,3% e 84,4%, respetivamente). Nas restantes categorias são os rapazes que experimentam maiores níveis de stresse. Em relação ao nível de escolaridade, a maioria dos alunos de ambos os níveis de ensino apresentam níveis de stresse normais, todavia, enquanto os alunos de 5º ano demonstram níveis de stresse mais altos nas categorias de menor intensidade (normal e leve), os alunos de 6º ano experienciam maior stresse nas categorias de maior intensidade (moderada=11,4%, severa=5,7% e extremamente grave=4,3%). Por último, relativamente ao número de reprovações, também o “stresse normal” é a categoria que mais sobressai, porém, os alunos que nunca reprovaram ou que o fizeram apenas uma vez apresentam níveis mais altos nas categorias de menor intensidade (normal e leve) enquanto os alunos com duas ou mais reprovações apresentam níveis de stresse mais elevados nas categorias de maior intensidade (moderada, severa e extremamente grave).

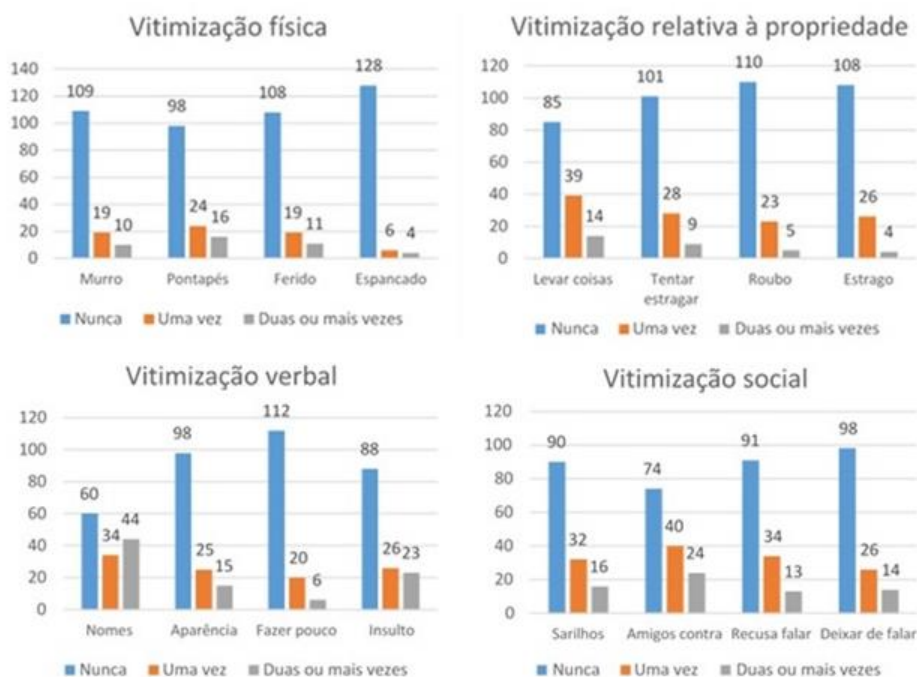
Relativamente aos comportamentos de violência na escola, a sua análise dividiu-se em duas partes: a primeira referente aos comportamentos sofridos (vitimização) e a segunda aos comportamentos cometidos (agressão).

Tabela 6: Distribuição dos alunos quanto à vitimização na escola

	Nunca		Uma vez		Duas ou mais vezes	
	Freq.	Perc.	Freq.	Perc.	Freq.	Perc.
1. Deram-me um murro	109	79,0%	19	13,8%	10	7,2%
2. Tentaram meter-me em sarilhos com os meus amigos	90	65,2%	32	23,2%	16	11,6%
3. Chamaram-me nomes	60	43,5%	34	24,6%	44	31,9%
4. Levaram as minhas coisas sem autorização	85	61,6%	39	28,3%	14	10,1%
5. Deram-me pontapés	98	71,0%	24	17,4%	16	11,6%
6. Tentaram pôr os meus amigos contra mim	74	53,6%	40	29,0%	24	17,4%
7. Gozaram comigo por causa da minha aparência	98	71,0%	25	18,1%	15	10,9%
8. Tentaram estragar algumas das minhas coisas	101	73,2%	28	20,3%	9	6,5%
9. Feriram-me fisicamente	108	78,2%	19	13,8%	11	8,0%
10. Recusaram-se a falar comigo	91	65,9%	34	24,6%	13	9,5%
11. Fizeram pouco de mim sem razão	112	81,2%	20	14,5%	6	4,3%
12. Roubaram-me alguma coisa	110	79,7%	23	16,7%	5	3,6%
13. Espancaram-me	128	92,8%	6	4,3%	4	2,9%
14. Fizeram com que outras pessoas deixassem de me falar	98	71,0%	26	18,8%	14	10,1%
15. Insultaram-me com palavrões	88	63,7%	26	18,8%	23	16,6%
16. Estragaram as minhas coisas de propósito	108	78,3%	26	18,8%	4	2,9%

Com base nos dados apresentados na tabela 6 é possível verificar que em todos os itens da escala a maioria dos alunos considerou nunca ter sido vítima de agressão, à exceção do item “chamaram-me nomes” em que 56,5% dos alunos já foi vítima pelo menos uma vez. De modo a facilitar a visualização das distribuições dos alunos por dimensões da vitimização foram construídos os gráficos da figura 2:

Figura 2: Conjunto de gráficos correspondentes às quatro dimensões da vitimização

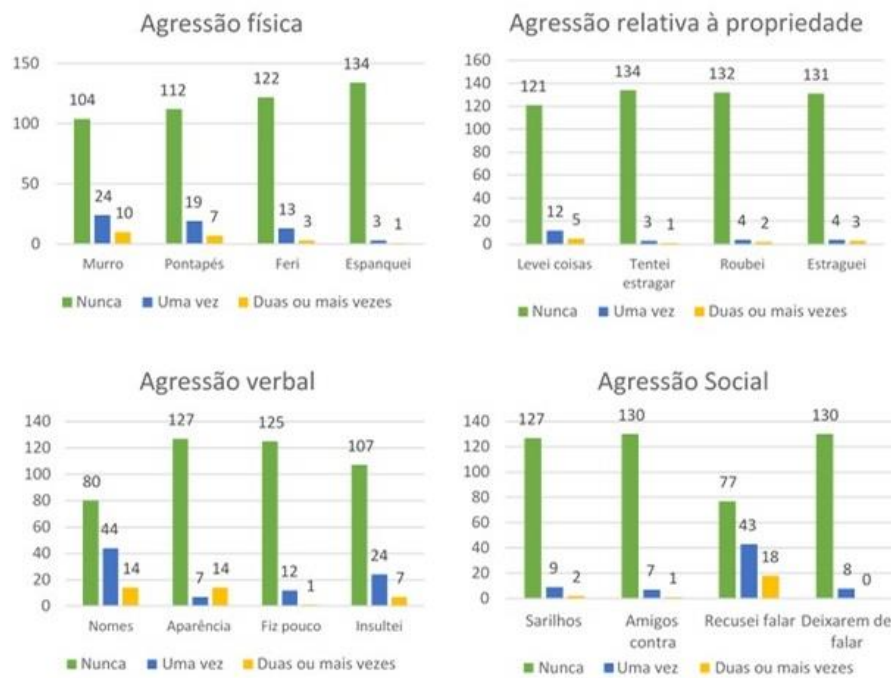


Numa primeira observação dos gráficos é evidente que a dimensão “vitimização física” apresenta o menor registo de vítimas, sobretudo no que se refere ao item “espancaram-me”. Já a dimensão “vitimização social”, de um modo global, apresenta registo de maior número de alunos vítimas. No entanto, de todos os itens avaliados é bem visível que o item “chamaram-me nomes”, incluído na dimensão “vitimização verbal” é o que mais vítimas apresenta.

Tabela 7: Distribuição dos alunos quanto aos comportamentos de agressão na escola

	Nunca		Uma vez		Duas ou mais vezes	
	Freq.	Perc.	Freq.	Perc.	Freq.	Perc.
1. Dei um murro a algum colega	104	75,4%	24	17,4%	10	7,2%
2. Tentei meter alguém em sarilhos com os outros colegas	127	92,0%	9	6,5%	2	1,4%
3. Chamei nomes a alguém	80	58,0%	44	31,9%	14	10,1%
4. Levei as coisas de alguém sem autorização	121	87,7%	12	8,7%	5	3,6%
5. Dei pontapés a algum colega	112	81,2%	19	13,8%	7	5,1%
6. Tentei colocar os amigos de algum colega meu contra ele	130	94,2%	7	5,1%	1	0,7%
7. Gozei com um colega por causa da sua aparência	127	92,0%	7	5,1%	4	2,9%
8. Tentei estragar algumas das coisas dos meus colegas	134	97,1%	3	2,2%	1	0,7%
9. Feri alguém fisicamente	122	88,4%	13	9,4%	3	2,2%
10. Recusei falar com alguém	77	55,8%	43	31,2%	18	13,0%
11. Fiz pouco de alguém sem razão	125	90,6%	12	8,7%	1	0,7%
12. Roubei alguma coisa	132	95,7%	4	2,9%	2	1,4%
13. Espanquei alguém	134	97,1%	3	2,2%	1	0,7%
14. Fiz com que pessoas deixassem de falar com um colega	130	94,2%	8	5,8%	0	0,0%
15. Insultei alguém com palavrões	107	77,5%	24	17,4%	7	5,1%
16. Estraguei as coisas de alguém de propósito	131	94,9%	4	2,9%	3	2,2%

Atendendo à tabela 7 é possível verificar que em todos os itens da escala a maioria dos alunos considerou nunca ter apresentado comportamentos de agressão na escola, sendo particularmente evidente nos itens “tentei estragar algumas das coisas dos meus colegas” e “espanquei alguém” (nunca=97,1%, em ambos). Por sua vez, os itens em que os alunos mais relatam ter agredido os colegas são “recusei falar com alguém” (44,2% pelo menos uma vez) e “chamei nomes a alguém” (42% pelo menos uma vez). De modo a facilitar a visualização das distribuições dos alunos por dimensões da agressão foram construídos os gráficos da figura 3:

Figura 3: Conjunto de gráficos correspondentes às quatro dimensões da agressão

Da observação dos gráficos, à primeira vista verifica-se que a dimensão “agressão relativa à propriedade” regista o menor número de comportamentos de agressão. Já a dimensão “agressão verbal”, de um modo global, apresenta registo de maior número de alunos que cometeram agressão. No entanto, de todos os itens avaliados é bem visível que o item “recusei falar com alguém”, incluído na dimensão “agressão social”, e o item “chamei nomes a alguém”, pertencente à dimensão “agressão verbal”, são os comportamentos de agressão mais comuns.

DISCUSSÃO

Os dados da Organização Mundial de Saúde estimam que 20% de crianças e jovens até aos 18 anos apresentam, pelo menos, uma perturbação mental. Também de acordo com o *Disability Adjusted Life Years (DALY)*, em 2010, a carga de doença, expressa em anos de vida perdidos, deveu-se sobretudo a perturbações mentais, tanto na faixa etária dos 5 aos 14 anos (22%), como na faixa etária dos 15 aos 19 anos (26%).^[35]

Neste trabalho verificou-se que em relação à ansiedade e ao stresse a maioria dos alunos apresenta um nível normal, independentemente do género, nível de escolaridade ou número de reprovações. Estes dados vão de encontro aos resultados relatados por Matos & Equipa (2015).^[22] Porém também é possível constatar-se que nas categorias de maior

intensidade são os inquiridos do sexo masculino, os alunos do 6º ano e os alunos que já reprovaram duas ou mais vezes que apresentam maior ansiedade. No que ao género diz respeito, os estudos demonstram uma maior tendência para as raparigas relatarem níveis mais elevados de ansiedade, tendo-se verificado o contrário na população em análise. Não obstante, em relação ao número de reprovações os dados obtidos são consistentes com os vários estudos realizados, demonstrando que são os alunos com maior número de retenções que evidenciam mais sintomas de tensão e ansiedade. ^[16]

No que concerne à depressão, a maioria dos alunos inquiridos apresenta níveis normais mas é possível verificar-se que, de um modo geral, parece existir uma maior tendência no sexo feminino, nos alunos do 6º ano e nos alunos com duas ou mais reprovações e, portanto, mais velhos. Estes dados são corroborados pelos resultados obtidos no estudo de Matos & Equipa ^[22] efetuado na população infantojuvenil portuguesa, mas também refletem a disposição à escala global para uma maior frequência nas raparigas e o tendencial aumento com a idade e desenvolvimento cognitivo. ^[31]

Finalmente, no que concerne aos comportamentos de violência, a maioria dos alunos relatou nunca ter sido vítima ou agressor, à exceção do item “chamaram-me nomes” em que 56,5% dos alunos já foi vítima pelo menos uma vez. De um modo geral, os resultados obtidos demonstram que o tipo de vitimização mais frequentemente utilizado foi a “vitimização social”, seguida da “vitimização verbal”, da “vitimização relativa à propriedade” e, por último, da “vitimização física”. Todavia, em relação aos comportamentos de agressão na escola, os resultados mostram que o tipo de agressão mais frequente é a “agressão verbal”, seguida da “agressão social” e da “agressão física”, com valores muito semelhantes, e por último a “agressão relativa à propriedade”. Estes dados, de um modo geral, revelam concordância em relação aos diversos estudos efetuados em Portugal, nomeadamente em relação ao HBSC que também aponta para a maioria dos jovens não referir ter sofrido ou cometido comportamentos de violência. À semelhança de outros estudos também neste trabalho é possível verificar que a violência física não é predominante, vigorando a violência verbal e psicológica. ^[27]

Para concluir, importa referir que a documentação e o diagnóstico de situação são fatores essenciais para a eficácia das medidas a instituir e só com um envolvimento e esforço conjunto é possível criar um ambiente escolar acolhedor, cativante, motivador, que

potencie o bem-estar de todos e crie condições favoráveis à aprendizagem e ao sucesso escolar dos alunos.

- Apresentação dos dados obtidos e discussão de estratégias de intervenção com a comunidade educativa.

No dia 3 de fevereiro, pelas 16h30, teve início na sala de formação do Colégio Nossa Senhora da Graça a reunião de apresentação dos resultados da avaliação diagnóstica e a discussão de estratégias de intervenção com docentes e não docentes. Estiveram presentes 13 docentes do 2º ciclo do ensino básico, 1 psicóloga educacional e 2 assistentes operacionais.

Os meios audiovisuais utilizados foram apenas a projeção de slides em PowerPoint. Numa primeira fase foram apresentados os resultados obtidos através da análise dos questionários (cada um dos presentes teve acesso ao questionário em papel) e de seguida apresentaram-se algumas estratégias de intervenção, aplicáveis a diferentes níveis ou contextos e que foram sendo discutidas com todos os presentes.

Vários autores têm destacado a importância da cultura e do clima da escola e diversos estudos demonstram que os comportamentos relacionados com a saúde mental dos alunos têm por base fenómenos de carácter multifatorial, com uma multiplicidade de causas e formas de expressão. Por conseguinte, qualquer estratégia de intervenção deve ser adaptada às necessidades da população escolar e deve contemplar a participação da família, dado ser um veículo primordial nos modelos de conduta.

Assim, em relação ao stress e à ansiedade experienciados pelos alunos, foram sugeridas como estratégias a adotar em sala de aula:

- ✓ Demonstrar simpatia, receptividade e compreensão;
- ✓ Identificar os principais momentos stressores e como isso se manifesta no aluno;
- ✓ Conversar em privado com o aluno para perceber o que o perturba e lhe demonstrar apoio;
- ✓ Evitar críticas ou punições que possam contribuir para a desmotivação do aluno;
- ✓ Dar reforço positivo, valorizando o esforço e não apenas os resultados;
- ✓ Não permitir comentários depreciativos por parte dos colegas;

- ✓ Em situações de crise, incentivar a respiração profunda e canalizar a atenção do aluno para outras tarefas mais simples;
- ✓ Ser paciente – as mudanças serão lentas e graduais!

Relativamente à depressão sugeriram-se as seguintes estratégias:

- Ser conhecedor da história individual do aluno;
- Comunicar com o aluno de forma simpática e afável;
- Treinar uma autoavaliação menos severa e mais realista, ajudando o aluno a identificar as suas maiores dificuldades e a encontrar estratégias para as ultrapassar;
- Incentivar o aluno a participar em trabalhos de grupo;
- Motivar os restantes colegas para o convidarem a participar no grupo;
- Dar reforço positivo sempre que o aluno demonstre iniciativa e responda adequadamente ao esperado ou solicitado;
- Criar situações em que os alunos possam aprender a identificar e expressar os seus sentimentos, bem como, treinar soluções para problemas quotidianos (por exemplo através de jogos, dramatização de histórias ou de atividades como o barómetro dos sentimentos).

No que concerne aos comportamentos de violência, consideram-se três contextos de intervenção:

INSTITUCIONAL

- Diagnóstico da situação feito por questionário aos alunos;
- Criar um dia de conferência sobre problemas de agressão e vitimização destinado a alunos, docentes e não docentes;
- Melhorar a supervisão durante os recreios e a hora do almoço;
- Tornar os recreios escolares mais atrativos;
- Reunir frequentemente com os pais;
- Definir um grupo de professores para o desenvolvimento de um clima positivo na escola.

SALA DE AULA

- Envolver os alunos na criação de um código de regras na turma contra o *bullying*, com sanções previstas no caso de incumprimento;

- Definir, na turma, momentos regulares para apresentação de problemas e discussão de soluções;
- Incentivar a exploração da temática através de dramatizações, literatura ou filmes sobre *bullying*;
- Fomentar a aprendizagem cooperativa (ex: um aluno que termine um trabalho vai ajudar o colega que apresenta dificuldades para o terminar o seu). O docente, mais do que valorizar os resultados, deverá valorizar o processo;
- Difundir atividades de classe “positivas”, isto é, o docente deve recorrer sempre que possível a medidas que reforcem o comportamento positivo da criança, não enfatizando os aspetos negativos do comportamento.

INDIVIDUAL

- ↳ Conversa “séria” com os agressores e as vítimas;
- ↳ Conversa “séria” com os encarregados de educação dos alunos envolvidos;
- ↳ Apelar à ajuda de alunos “neutros”;
- ↳ Mediante a gravidade, ponderar a mudança de turma;
- ↳ Mediante o contexto da situação e a sua gravidade, sinalizar o(s) aluno(s) às entidades da comunidade com competência nesta matéria.

No final da reunião, foi possível constatar que há um descontentamento geral em relação ao sistema de ensino-aprendizagem vigente, demasiadamente voltado para os resultados quantitativos, assente em programas excessivamente longos e que pouca abertura deixa para um ensino individualizado. Não obstante, todos os presentes consideram que a avaliação diagnóstica apresentada foi bastante pertinente para perceber o enquadramento dos aspetos analisados e para sensibilizar a comunidade educativa para a saúde mental dos seus alunos. A apresentação e discussão de estratégias concretas funcionou como um ponto de partida para eventuais projetos futuros. Neste sentido, e face às solicitações, foi disponibilizado o material apresentado em formato digital.

5.2 Análise reflexiva sobre as estratégias acionadas

Todas as intervenções implementadas visaram fomentar não só o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais mas também contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos utentes e à população no geral. Tal como se encontra descrito na

alínea d) do artigo 4º do Regulamento nº 129/2011, é uma competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental prestar “cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.” [10]

A documentação e o diagnóstico de situação, a identificação das reais necessidades da população e a definição de uma rede de articulação estruturada são, pois, fatores essenciais para a eficácia das medidas a instituir. Da mesma forma, o desenvolvimento de competências especializadas torna-se fulcral para melhorar a prestação de cuidados e garantir respostas adequadas às necessidades identificadas. Por último, a sensibilização e o reforço de competências de outros agentes da comunidade é determinante para uma intervenção sistémica e para a implementação atempada de medidas preventivas de determinados fenómenos psicopatológicos.

Por conseguinte, a divisão deste Estágio em três momentos distintos deve-se apenas a uma questão de organização formal dos conteúdos, uma vez que os três momentos se encontram interligados, funcionando como um *continuum* de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

5.3 Recursos materiais e humanos envolvidos

A realização deste Projeto, ao tocar em diversos aspetos da saúde mental comunitária infantojuvenil, exigiu a mobilização de vários recursos materiais mas, sobretudo, humanos.

No que concerne aos recursos materiais, foram utilizados:

- Computador e ligação à internet: necessários para a elaboração de documentos, convocatória para reuniões e articulação entre os diferentes intervenientes;
- Impressora: para impressão dos questionários e documentos produzidos;
- Projector: utilizado na apresentação da proposta de fluxograma da articulação de saúde mental infantojuvenil no concelho de Odemira e na apresentação dos resultados da avaliação diagnóstica e discussão de estratégias no Colégio Nossa senhora da Graça.

- Telefone: necessário para agilizar a articulação entre os diferentes intervenientes e serviços.
- Carro: indispensável às deslocações dentro do concelho de Odemira mas também às viagens para Beja aquando da realização do ensino clínico II;
- Papel e canetas: essenciais em todos os momentos de produção de documentos, recolha de dados e anotações, realização das entrevistas e aplicação dos questionários.

Relativamente aos recursos humanos envolvidos neste Projeto, contam-se:

- Orientador de estágio Professor Manuel Lopes
- Supervisora Clínica enfermeira EESMP Aida Pardal
- Supervisor Clínico enfermeiro EESMP Luís Botelho
- Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Primários Dr. Horácio Feteiro
- Diretora do Centro de Saúde Odemira Dra. Alda João
- Coordenadora da UCC de Odemira enfermeira EESC Ana Raquel Pereira
- Psicólogo do Centro de Saúde de Odemira Dr. Agostinho Grelha
- Técnica de Serviço Social do Centro de Saúde de Odemira Dra. Daniela Valadas
- Presidente da CPCJ de Odemira Prof. Piedade Barradas
- Cinco elementos da comissão restrita da CPCJ
- Diretora Técnica da APCO Dra. Lúcia Canha
- Coordenadora da ELIP Fisioterapeuta Cidália Silva
- Psicólogas do GAVA de Odemira Dra. Sónia Carvalho e Dra. Sara Horta
- Presidente da Taipa Dra. Telma Guerreiro
- Pedopsiquiatra da UPIA do Hospital Espírito Santo Dra. Fernanda Barros
- Psicólogo da UPIA do Hospital Espírito Santo Dr. Alberto Magalhães
- Pedopsiquiatra do SPIA da ULSBA Dra. Isabel Santos
- Enfermeiro Chefe do SPIA da ULSBA Bento César Silveira
- Equipa multidisciplinar do SPIA da ULSBA
- Diretora do Colégio Nossa Senhora da Graça Prof. Natália Cabecinha
- Alunos, docentes e não docentes do 2º ciclo do Colégio Nossa Senhora da Graça

Para obtenção dos dados estatísticos das crianças/jovens do concelho de Odemira em acompanhamento pelo serviço de psiquiatria da infância e adolescência do Centro Hospitalar de Setúbal foram contactados o Diretor do Departamento de Psiquiatria e

Saúde Mental Dr. António Gamito, a Pedopsiquiatra Dra. Olga Cordeiro, o Núcleo de Estatística e Acompanhamento da Produção e a Sra. Enfermeira Diretora Carla Mendes.

5.4 Contactos desenvolvidos e entidades envolvidas

Ao longo de todos o Estágio foram muitos os contactos e as entidades envolvidas na realização do Projeto.

Em abril de 2015 foi estabelecido o primeiro contacto com os intervenientes dos diferentes locais de Estágio a fim de auscultar a disponibilidade para me receber. Desta forma, foi contactado o SPIA no sentido de garantir a disponibilidade da enfermeira EESMP Aida Pardal para supervisionar os ensinamentos clínicos e a recetividade da equipa para me receber durante seis semanas. Foi também contactada a senhora Diretora do Colégio Nossa Senhora da Graça para perceber se o Projeto apresentado teria pertinência para o contexto escolar e se seria exequível na instituição. Face ao parecer favorável das duas entidades, o Projeto de Estágio começou a ser elaborado.

No dia 4 de maio de 2015 reuni presencialmente com a enfermeira Aida Pardal, nas instalações do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULSBA, com o intuito de discutirmos e definirmos as linhas orientadoras do Projeto. Atendendo que as minhas funções na Unidade de Cuidados na Comunidade que integro estão bastante orientadas para a população infantojuvenil, nomeadamente através da Saúde Escolar, desde logo assumi que a população alvo deste Projeto seriam as crianças/jovens. Também tinha a preocupação do Projeto não se esgotar no contexto académico e ser passível de continuidade já em contexto laboral. Face a estas premissas, surgiu a ideia de estruturar uma rede de articulação em saúde mental infantojuvenil no concelho de Odemira, uma vez que a resposta a este nível se encontrava bastante fragmentada. Para tal seria necessário efetuar um diagnóstico de situação, através do levantamento dos dados estatísticos das crianças em acompanhamento pelos diferentes serviços de psiquiatria da infância e adolescência.

Neste sentido, foi contactada a Dra. Fernanda Barros da UPIA do Hospital Espírito Santo, atual serviço de referência para o encaminhamento das crianças/jovens do concelho de Odemira, que se mostrou bastante disponível para colaborar no que fosse necessário,

inclusive pondo desde logo a hipótese de reunir em Odemira com as entidades locais com competência nesta área.

O início do Estágio foi pautado por várias reuniões com entidades e serviços do concelho de Odemira para apresentação do Projeto e auscultação dos envolvidos sobre a pertinência da sua realização. Assim, foram envolvidos os seguintes serviços e entidades: Centro de Saúde, CPCJ, ELIP, APCO, GAVA e Taipa. Todos se mostraram bastante interessados em colaborar no Projeto apresentado.

Por último, foi ainda contactado o Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Setúbal, na pessoa do seu Diretor – Dr. António Gamito –, no sentido de disponibilizar os dados estatísticos referentes ao número de crianças/jovens do concelho de Odemira ainda em acompanhamento pelo serviço de psiquiatria infantojuvenil (a Escola já tinha formalizado este pedido por escrito). O Dr. António Gamito remeteu-me para a pedopsiquiatra Dra. Olga Cordeiro que se mostrou disponível mas que posteriormente verificou que teria que ser o Núcleo de Estatística e Acompanhamento da Produção a facultar os dados. O referido Núcleo, por não ter autonomia para tal, remeteu para a Sra. Enfermeira Diretora que exigiu um segundo pedido formal da Escola, desta feita ao Conselho de Administração. Face aos sucessivos impedimentos, os dados acabaram por ser obtidos através dos médicos de família, porém são um valor estimado.

5.5 Cumprimento do cronograma

Todas as intervenções programadas foram realizadas, todavia e como seria expectável, os tempos em que se realizaram sofreram alterações devido às condicionantes que surgiram durante a sua implementação.

De facto, foi no primeiro Ensino Clínico que se verificou maior dificuldade em cumprir os tempos definidos no cronograma inicial. A obtenção dos dados referentes a número de crianças do concelho de Odemira acompanhadas pelos vários serviços de psiquiatria da infância e adolescência constitui-se um verdadeiro desafio. Também importa salientar que a apresentação e discussão da proposta de fluxograma da articulação só foi realizada dia 27/01/2016 e a apresentação da avaliação diagnóstica sobre a saúde mental dos alunos do 2º ciclo do EB e discussão de estratégias de intervenção realizou-se dia 03/02/2016.

	OBJETIVOS PROFISSIONAIS	7/9 a 11/9	14/9 a 18/9	21/9 a 25/9	28/9 a 2/10	5/10 a 9/10	12/10 a 16/10	19/10 a 23/10	26/10 a 30/10	2/11 a 6/11	9/11 a 13/11	16/11 a 20/11	23/11 a 27/11	30/11 a 4/12	7/12 a 11/12	14/12 a 18/12	4/1 a 8/1	11/1 a 15/1	18/1 a 22/1
ENSINO CLÍNICO I	Identificar as respostas existentes no concelho	✓	✓	✓	✓														
	Caracterizar as necessidades e problemas de saúde mental das crianças diagnosticadas		✗	✗	✓	✓			✓										
	Elaborar uma proposta de articulação entre escola, cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de saúde mental e psiquiatria infantojuvenil				✓	✓	✓	✓											
ENSINO CLÍNICO II	Compreender as principais problemáticas na área da enfermagem de saúde mental e psiquiatria, no contexto da intervenção ambulatória e comunitária								✓	✓	✓	✓	✓	✓					
	Desenvolver competências especializadas de diagnóstico e intervenção de enfermagem, no âmbito da prevenção da doença e promoção da saúde mental								✓	✓	✓	✓	✓	✓					
	Participar na dinamização de grupos terapêuticos de crianças/jovens com perturbações disruptivas do comportamento								✗	✗	✓	✗	✓	✗					
	Integrar a equipa de visitação domiciliária								✗	✓	✗	✓	✗	✗					
ENSINO CLÍNICO III	Realizar a avalia�o diagnóstica da saúde mental das crianças do 2� ciclo do EB do Colégio N. Sra Graça														✗	✓	✓	✓	✓
	Contribuir para a compreensão dos problemas de saúde mental da criança e redu�o do estigma														✓		✓	✓	✓

✓ Executado

✗ Não executado

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação consiste num processo crítico sobre as intervenções e o processo desenvolvido num determinado contexto. É contínua e sistemática, com uma temporalidade definida em função do âmbito em que se insere.

6.1 Avaliação dos objetivos

Objetivo geral: Diagnosticar a situação da saúde mental infantojuvenil no concelho de Odemira e definir a articulação entre as diferentes entidades da comunidade com competência nesta área.

OBJETIVOS PROFISSIONAIS	ANÁLISE	AVALIAÇÃO
Identificar as respostas existentes no concelho	Cumprido através da realização de várias reuniões com diversas entidades.	<i>Atingido</i>
Caracterizar as necessidades e problemas de saúde mental das crianças diagnosticadas	Realizado através da recolha de dados estatísticos junto dos serviços que acompanham crianças com problemas de saúde mental e elaboração de um diagnóstico de situação.	<i>Atingido</i>
Elaborar uma proposta de articulação entre escola, entidades e serviços locais, cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de saúde mental e psiquiatria infantojuvenil	Proposta apresentada e discutida com as várias entidades e serviços envolvidos, numa reunião conjunta. Atualmente esta proposta já é uma realidade e está a ser aplicada no concelho de Odemira.	<i>Atingido</i>

Objetivo geral: Desenvolver competências especializadas no diagnóstico, prestação e avaliação dos cuidados de enfermagem à criança/jovem com doença mental e sua família.

OBJETIVOS PROFISSIONAIS	ANÁLISE	AVALIAÇÃO
Compreender as principais problemáticas na área da enfermagem de saúde mental e psiquiatria, no contexto da intervenção ambulatorial e comunitária	Cumprido através da caracterização da população abrangida pelo SPIA, o que só foi possível pela obtenção de informações junto dos profissionais que integram a equipa multidisciplinar do SPIA e da aprendizagem ativa em contexto de Estágio.	<i>Atingido</i>
Desenvolver competências especializadas de diagnóstico e intervenção de enfermagem, no âmbito da prevenção da doença e promoção da saúde mental	No âmbito do desenvolvimento de competências especializadas foram realizadas 10 entrevistas de avaliação diagnóstica e várias intervenções de seguimento: 2 sessões de relaxamento progressivo, 2 reuniões com agrupamentos escolares, vários testes de despiste de hiperatividade entre outras intervenções de enfermagem no domínio técnico e relacional. Todas as intervenções foram acompanhadas e validadas pelo supervisor clínico.	<i>Atingido</i>
Participar na dinamização de grupos terapêuticos de crianças/jovens com perturbações disruptivas do comportamento	Embora o supervisor clínico não estivesse diretamente envolvido na dinamização de grupos terapêuticos e apesar de 2 dos 3 grupos terem acabado cerca de um mês antes da minha presença no SPIA, ainda me foi possível participar em 2 sessões de grupo.	<i>Atingido</i>
Integrar a equipa de visita domiciliária	A visita domiciliária no SPIA embora não tenha uma periodicidade definida, realiza-se sempre que se considere necessário. Durante o ensino clínico tive oportunidade de realizar 3 visitas domiciliárias supervisionadas e efetuar o registo das mesmas.	<i>Atingido</i>

Objetivo geral: Caracterizar a saúde mental dos alunos do 2º ciclo do ensino básico e sensibilizar a comunidade educativa para a promoção da saúde mental dos alunos, prevenção da doença e redução do estigma.

OBJETIVOS PROFISSIONAIS	ANÁLISE	AVALIAÇÃO
<p>Realizar uma avaliação diagnóstica da saúde mental das crianças do 2º ciclo do EB do Colégio N. Sra. da Graça</p>	<p>Cumprido através da aplicação de questionários aos alunos, tratamento dos dados obtidos e redação de uma avaliação diagnóstica.</p>	<p><i>Atingido</i></p>
<p>Contribuir para a compreensão dos problemas de saúde mental da criança e redução do estigma</p>	<p>Realizada uma reunião com docentes e não docentes do Colégio N. Sra. da Graça para apresentação da avaliação diagnóstica, sensibilização da comunidade educativa para os problemas de saúde mental focados e discussão de estratégias de intervenção.</p>	<p><i>Atingido</i></p>

6.2 Avaliação da implementação do programa

A avaliação, dito de uma forma simplista, consiste na comparação entre o antes e o depois, ou seja, entre o ponto de partida e o que se obteve após a implementação das estratégias definidas e da concretização dos objetivos delineados. ^[36]

Todos os objetivos inicialmente propostos foram alcançados, pelo que as estratégias utilizadas parecem ter sido adequadas à concretização dos mesmos, porém importa salientar que após a integração nos diferentes contextos de Estágio houve necessidade de reformular e adequar os objetivos inicialmente definidos no Projeto de Estágio. Não obstante, um Projeto pressupõe essa dimensão dinâmica, evolutiva e flexível, permitindo o ajustamento a situações que possam ocorrer e que não estavam planeadas, de forma a combater a imprevisibilidade.

Julgo que de uma forma global, as expectativas face ao trabalho a desenvolver ao longo destas dezoito semanas foram cumpridas e frutuosas.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

De acordo com o descrito na alínea a) do artigo 4º do Regulamento nº 129/2011, é uma competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental deter “um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”. Enquanto futuros especialistas cabe-nos trabalhar para o desenvolvimento das competências que cumpram os requisitos que se esperam de nós enquanto profissionais diferenciados. ^[10]

Culminado este longo processo de aprendizagem e evolução importa refletir sobre os ganhos obtidos em termos pessoais e profissionais. De entre as várias competências mobilizadas e adquiridas destaco aquelas em que senti maior evolução.

- ↳ **Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.**

Durante este estágio tive oportunidade de efetuar um levantamento das necessidades da população infantojuvenil do concelho de Odemira, bem como de uma bolsa populacional particularmente vulnerável – os alunos do 2º ciclo do EB. Para tal, foi necessário mobilizar vários recursos da comunidade e serviços de referência, o que implicou o desenvolvimento e utilização de aptidões comunicacionais, relacionais e de negociação. Para que se possa promover a saúde mental de um grupo ou comunidade é primordial a recolha de informações que permitam compreender o estado de saúde desse mesmo grupo ou comunidade. Esta competência é um ponto de partida para a adequação dos cuidados a prestar e, em simultâneo, serve para demonstrar a pertinência das intervenções o que facilita a sensibilização dos parceiros comunitários.

- ↳ **Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.**

O diagnóstico de saúde para além de exigir o desenvolvimento e utilização de capacidades de organização e interpretação dos dados colhidos, também implica a capacidade

reflexiva e crítica tão importante no estabelecimento de prioridades. É o primeiro passo em qualquer processo de intervenção, uma vez que norteia as atividades a implementar. Neste Estágio, mais precisamente no terceiro Ensino Clínico, esta competência assumiu particular relevo, uma vez que foi a partir dos dados obtidos na avaliação diagnóstica da saúde mental dos alunos do 2º ciclo do Colégio Nossa Senhora da Graça que se realizou a discussão de estratégias de intervenção

↳ **Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.**

Como enfermeira ligada à vertente comunitária dos cuidados, a implementação de intervenções planeadas e adequadas às necessidades dessa comunidade tem uma expressão enorme na saúde da população. Foi essa consciência que motivou e permitiu a criação do fluxograma que organiza e sustenta a articulação entre escola, entidades e serviços locais, cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares de saúde mental e psiquiatria infantojuvenil, no concelho de Odemira. O reconhecimento da mais-valia desta intervenção foi imediatamente visível, uma vez que esta estrutura de articulação já saiu do papel e está a ser colocada em prática. Também o facto de se terem discutido e definido estratégias de intervenção na saúde mental dos alunos do 2º ciclo do Colégio Nossa Senhora da Graça poderá constituir um ponto de partida para a implementação dessas mesmas estratégias num futuro próximo, o que reforça o carácter de continuidade deste Projeto.

↳ **Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.**

Uma das intervenções que tive oportunidade de praticar com maior frequência durante a minha permanência no SPIA foi a realização de entrevistas de avaliação diagnóstica, nas quais foi possível o desenvolvimento e treino de competências de avaliação global e a mobilização e aperfeiçoamento de aptidões comunicacionais, de observação, retenção, análise e avaliação. Os registos efetuados sobre a análise ao contexto familiar das crianças/jovens que entrevistei foram validados pelo supervisor clínico e utilizados como ponto de partida para uma intervenção individualizada.

↪ **Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental**

A psicoeducação é uma intervenção particularmente importante no âmbito dos cuidados de enfermagem e, sobretudo, ao nível nos cuidados de saúde mental. O enfermeiro de saúde mental pode e deve assumir um papel de relevo nesta vertente psicoeducativa, uma vez que tem um corpo de conhecimentos que o colocam numa posição privilegiada para dar resposta às necessidades do utente, família, grupo ou comunidade.

Durante a minha permanência no SPIA tive oportunidade de desenvolver estas competências psicoeducacionais, tanto de uma forma individualizada como em contexto grupal. Também com a minha intervenção junto da comunidade educativa do Colégio Nossa Senhora da Graça foi-me possível, uma vez mais, treinar a intervenção psicoeducacional e, neste contexto, com o objetivo de informar sobre características da doença, elucidar sobre estratégias adequadas para lidar com a criança/jovem portador de doença mental, reforçar a importância da inclusão social destes alunos e contribuir para a redução do estigma associado à doença mental.

↪ **Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.**

Durante este Estágio, e de forma tão natural como inesperada, surgiram propostas de colaboração em projetos comunitários paralelos, tendo-me sido possível obter uma validação externa da aquisição de competência de uma prática especializada, diferenciada e avançada. Confesso que foi lisonjeante receber o convite da Taipa, uma instituição que contribui para o desenvolvimento local, para colaborar num novo projeto apoiado pelo Programa Sinergias Sociais do Município de Odemira, designado “Feliz mente”, e cuja finalidade consiste em contribuir para o aumento do conhecimento sobre questões de saúde mental, em jovens, dirigentes e comunidade em geral. Para além da colaboração em várias sessões de educação para a saúde destinadas a jovens do ensino secundário, a minha colaboração no projeto “Feliz mente” também passa pela participação nas Jornadas Comunitárias de Saúde Mental, agendadas para dia 31 de maio de 2016, nas quais irei apresentar o diagnóstico de situação realizado no âmbito deste Estágio e darei a conhecer a forma como a saúde mental infantojuvenil se encontra estruturada, no concelho de Odemira.

Para além deste projeto comunitário, também fui abordada pelo Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Primários da ULSLA e pela coordenadora da UCC que integro no sentido de criarmos um Programa de Saúde Mental a incluir nos serviços de carteira básica da UCC.

CONCLUSÃO

Finda mais uma etapa no meu percurso profissional, humildemente posso afirmar que por várias vezes pensei não ser capaz de conseguir cumprir esta meta, dada a exigência pessoal, profissional, familiar e social vivenciada. É, portanto, com um misto de orgulho e alívio que vejo o culminar deste trabalho, tão ambicioso e exigente como aliciante e, julgo, produtivo.

As perturbações psiquiátricas da infância e da adolescência trazem grandes encargos à sociedade, quer em termos humanos quer financeiros, e muitas delas podem ser precursoras de perturbações na idade adulta. A diminuição da sua prevalência só pode ser conseguida através da redução dos fatores de risco e da valorização dos fatores protetores, quer isto dizer, que só uma política de promoção da saúde mental que envolva um esforço conjunto da sociedade, família e saúde pode cumprir os seus objetivos primordiais que visam assegurar o bem-estar físico, mental e social dos indivíduos.

Com este Projeto pretendeu-se não só desenvolver competências pessoais especializadas mas também mobilizar, articular e potenciar os recursos existentes na comunidade. Neste sentido, e através de sucessivos ajustes e alterações que foram sendo concebidas ao Projeto inicial, julga-se que este trabalho, para além de cumprir os objetivos inicialmente propostos, ainda vai de encontro aos objetivos definidos pelo Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 no que concerne à área infantojuvenil: promover a saúde mental infantil e juvenil junto da população e melhorar a prestação de cuidados, através da articulação entre os serviços de saúde mental e outras estruturas ligadas à saúde, educação, serviços sociais e direito de menores e família.

A maior dificuldade sentida ao longo da elaboração deste Projeto prendeu-se sobretudo com a obtenção dos dados necessários para a realização de um diagnóstico de situação do concelho, uma vez que foi necessário envolver várias entidades e, pese embora a maioria se tenha mostrado bastante cooperativa, alguns desses dados foram de difícil obtenção. Também o cumprimento do cronograma se constituiu como um verdadeiro desafio, especialmente no que se refere à marcação de datas para as reuniões conjuntas, uma vez que é muito difícil conseguir uma data em que todos os envolvidos se encontrem disponíveis.

Não obstante, um dos pontos fortes do trabalho foi justamente esta articulação entre entidades e serviços, imprescindível para uma prática de cuidados coesa e eficaz, quer a nível comunitário como em bolsas populacionais específicas como a escola. Também o desenvolvimento de competências especializadas num serviço de psiquiatria da infância e adolescência que já tem um programa de proximidade à comunidade instituído há alguns anos permitiu não só desenvolver aprendizagens pessoais, mas também conhecer modelos de atuação que poderão ser importados e adaptados à prática profissional futura.

Por último, importa ainda referir que este Projeto não se irá esgotar no contexto académico, dado já estar a ser colocado em prática o fluxograma de articulação de saúde mental infantojuvenil no concelho de Odemira e já estar a ser criado o Programa de Saúde Mental, integrado nos serviços de carteira básica da UCC de Odemira, o qual irei integrar e pelo qual ficarei responsável.

Julgo poder afirmar que o Projeto desenvolvido foi de encontro às minhas necessidades de aperfeiçoamento e evolução pessoal e profissional, mas também serviu as necessidades da população com a qual, e para a qual, trabalho. Como tal, considero que o esforço realizado acabou por ser compensatório e frutífero.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] MARQUES, C. & CEPÊDA, T. – **Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários**. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009. ISBN 978-989-96263-2-4.
- [2] CÂMARA MUNICIPAL DE ODEMIRA. **Município de Odemira**. [em linha]. Odemira: Setor de Relações Públicas e Audiovisuais. [Consul. 10 Out. 2015]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.cm-odemira.pt/>>.
- [3] MENDES, A.; DAVID, A. & DUARTE, A., *et al.* – **Plano Regional de Saúde do Alentejo**. Évora: Administração de Saúde do Alentejo, 2011.
- [4] SANTOS, I. – Serviço de Psiquiatria de Infância e Adolescência. In **Relatório do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da ULSBA**. Beja, 2014.
- [5] CABECINHA, N. – **Projeto Educativo 2013-2017**. Vila Nova de Milfontes: Colégio Nossa Senhora da Graça, 2013.
- [6] CÂMARA MUNICIPAL DE ODEMIRA. **Comissão de Proteção de Crianças e Jovens**. [em linha]. Odemira: Setor de Relações Públicas e Audiovisuais. [Consul. 11 Out. 2015]. Disponível em WWW:<URL: http://www.cm-odemira.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=30452>.
- [7] ASSOCIAÇÃO DE PARALISIA CEREBRAL DE ODEMIRA. APCO: Simplesmente diferente. [em linha]. Odemira: Fundação Odemira. [Consult. 17 Out. 2015]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.apco.pt/index1.htm>>.
- [8] PHANEUF, M. – **Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação**. Loures: Lusociência, 2005.
- [9] REGULAMENTO nº.122/2011. **D.R II Série**. 35 (2011-02-18) 8648-8653.
- [10] REGULAMENTO nº.129/2011. **D.R II Série**. 35 (2011-02-18) 8669-8673.
- [11] SINUS 1.0 [SINUS, Aplicação para computador] Lisboa: SINUS.
- [12] ABRANTES, P. – As transições entre ciclos de ensino: entre problema social e objeto sociológico. **Interacções**, 2 (2005), p.25-53.

- [13] SALGADO, M. & NETO, A. J. – A transição do 1º para o 2º ciclo do ensino básico: um estudo num agrupamento de escolas do Alentejo, envolvendo alunos, pais e professores. In **Práticas de investigação em Educação**. Évora: Departamento de Pedagogia e Educação, 2012. ISBN 978-989-95802-2-0 [CD-ROM].
- [14] BENTO, A. – Efeitos das transições de ciclo e mudanças de escola: perspetivas dos alunos do 5º ano (2º ciclo). In **A escola sob suspeita**. Porto: Edições Asa, 2007, p.375-384.
- [15] AKOS, P. - Advice and Student Agency in the Transition to Middle School. **RMLE Online**. ISSN 1084-8959. 27:2 (2004), p.1-11.
- [16] BORGES, A.; MANSO, D.; TOMÉ, G. & MATOS, M. - Ansiedade e *coping* em crianças e adolescentes: diferenças relacionadas com a idade e género. **Análise Psicológica**. 4:XXVI (2008) 551-561.
- [17] SAÚDE, D. G. – **Portugal: Saúde Mental em números - 2014**. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2014. ISSN: 2183-0665.
- [18] CARTA DE OTTAWA – **Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde**. [Em linha]. Canadá. [Consult. 20 jun. 2015]. Disponível em WWW:<URL:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>.
- [19] BARNES, J. – Promoção da saúde mental: uma perspetiva desenvolvimental. **Psychology, Health and Medicine**, 3:1 (1998).
- [20] MATOS, M., & SAMPAIO, D. – **Jovens com saúde - diálogo com uma geração**. Alfragide: Texto Editores, 2009.
- [21] SAÚDE, D. G. – **Resumo executivo: Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016**. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2008. ISBN 978-989-95146-6-9.
- [22] MATOS, M.; EQUIPA, A.S. – **A Saúde dos Adolescentes Portugueses: relatório do estudo HBSC 2014**. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais /IHMT/UNL/FMH, 2015. ISBN 978-989-98346-1-3.
- [23] CARVALHOSA, S., LIMA, L., & MATOS, M. – Bullying: A Provocação/Vitimização Entre Pares no Contexto Escolar Português. **Interacções**, 4 (2001), p.523-537.

- [24] MATOS, M., SIMÕES, C., GASPAR, T., & EQUIPA, P. – Violência Entre Pares no Contexto Escolar em Portugal, nos Últimos 10 Anos. **Interacções** (2009), p.98-124.
- [25] MATOS, M. & GONÇALVES, S. – Bullying nas Escolas: Comportamentos e Percepções. **Psicologia, Saúde & Doenças**, 10 (2009), p.3-15.
- [26] COSTA, P., & PEREIRA, B. – O Bullying na Escola: a Prevalência e o Sucesso Escolar. Braga: Universidade do Minho, 2010 p.1810-1821 Comunicação apresentada no **I Seminário Internacional "Contributos da Psicologia em Contextos Educativos"**. ISBN 978-972-8746-2.
- [27] CARVALHOSA, S., MOLEIRO, C., & SALES, C. – A Situação do Bullying nas Escolas Portuguesas. **Interacções**, (2009) p.125-146.
- [28] MARTINS, M. – Conduitas Agressivas na Adolescência: Factores de Risco e de Protecção. **Análise Psicológica**, 2 (2005), p.129-135.
- [29] ALMEIDA, M., & LOURENÇO, A. – Comportamentos Disruptivos e Sucesso Académico: a Importância de Variáveis Psicológicas e de Ambiente. **Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento**, 2 (2010), p.18-31.
- [30] LAZURE, H. – **Viver a Relação de Ajuda**. Lisboa: Lusodidacta, 1994.
- [31] MILLER, J. – **O livro de referência para a depressão infantil**. São Paulo, Brasil: M. Books, 2003.
- [32] RIBEIRO, J.; HONRADO, A.; LEAL, I. – Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. **Psicologia, Saúde & Doenças**. 5 (2004) 229-239.
- [33] LEAL, I.; ANTUNES, R.; PASSOS, T.; PAIS-RIBEIRO, J.; MAROCO, J. – Estudo da escala de depressão, ansiedade e stresse para crianças (EADS-C). **Psicologia, Saúde & Doenças**. 10 (2009) 277-284.
- [34] VEIGA, F. - Primeiros elementos da adaptação portuguesa da Multidimensional *Peer Victimization Scale*. **I Congresso Internacional de Violência Escolar na Universidade de Almería, Espanha**. [em linha]. (2007). [Consult. 22 Jun. 2015]. Disponível em WWW:<URL:<http://hdl.handle.net/10451/6591>>.

- [35] SAÚDE, D. G. – **Programa Nacional de Saúde Escolar**. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2015. ISBN: 978-972- 675-227-1.
- [36] IMPERATORI, E.; GIRALDES, M. – **Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais**. 3^a ed. Lisboa:Obras Avulta, 1993.

Anexo 1

Questionário aplicado aos alunos do 2º ciclo do ensino básico do
Colégio Nossa Senhora da Graça

ID: _____

Os questionários que se seguem são realizados no âmbito de um trabalho académico, estando assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos.

A tua colaboração é muito importante, pelo que se solicita que respondas com a maior sinceridade possível a todas as questões. Não há respostas certas ou erradas!

Idade: _____ Género: M _____ F _____ Ano: _____ Nº de reprovações: _____

Questionário EADS-C-21

Por favor lê cada uma das afirmações e assinala 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a ti **durante a semana passada**.

	Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes
Tive dificuldades em acalmar-me.	0	1	2	3
Senti a boca seca.	0	1	2	3
Não consegui sentir nenhum sentimento bom. (Por exemplo não consegui parar de chorar)	0	1	2	3
Senti dificuldade em respirar.	0	1	2	3
Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas. (Por exemplo não me apeteceu ver televisão, estudar, nem jogar computador)	0	1	2	3
Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações. (Por exemplo apeteceu-me bater num(a) colega que não se calava na aula)	0	1	2	3
Senti tremores. (Por exemplo nas mãos e nas pernas)	0	1	2	3
Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0	1	2	3

	Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes
Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula. (Por exemplo ter muito medo, ficar muito assustado e todos os meus amigos gozarem comigo)	0	1	2	3
Senti que não tinha nada a esperar do futuro. (Por exemplo que nada do que sonho, se podia tornar realidade)	0	1	2	3
Dei por mim a ficar agitado.	0	1	2	3
Senti dificuldade em relaxar. (Por exemplo não conseguia estar sentado, parado e quieto)	0	1	2	3
Senti-me desanimado/cansado e melancólico.	0	1	2	3
Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer. (Por exemplo faltar a luz, não conseguir terminar o jogo de computador e ficar muito irritado e resmungão)	0	1	2	3
Senti-me quase a entrar em pânico, ou seja, tive medo e fiquei muito assustado.	0	1	2	3
Não fui capaz de ter entusiasmo por nada. (Por exemplo nem jogar computador ou ver televisão eu tinha vontade)	0	1	2	3
Senti que não tinha muito valor como pessoa, ou seja, senti-me pouco importante.	0	1	2	3
Senti que, por vezes, estava sensível. (Por exemplo tive muita vontade de chorar de repente)	0	1	2	3
Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico. (Por exemplo o coração começou a bater muito depressa, de repente)	0	1	2	3
Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso. (Por exemplo fiquei cheio de medo sem ter acontecido nada)	0	1	2	3
Senti que a vida não tinha sentido. (Por exemplo parece que, de repente, as coisas deixaram de valer a pena)	0	1	2	3

Nos questionários que se seguem, em cada questão, deves assinalar com um X a circunferência que traduz a tua opinião/situação **durante o último mês de aulas**.

Questionário PVR

Atende ao seguinte critério:

Nunca	Uma vez	Duas ou mais vezes
0	1	2

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

Questionário PVF

Atende ao seguinte critério:

Nunca	Uma vez	Duas ou mais vezes
0	1	2

- Ⓐ Ⓑ Ⓒ _ 01. Dei um murro a algum colega
- Ⓐ Ⓑ Ⓒ _ 02. Tentei meter alguém em sarilhos com os outros colegas
- Ⓐ Ⓑ Ⓒ _ 03. Chamei nomes a alguém
- Ⓐ Ⓑ Ⓒ _ 04. Levei as coisas de alguém sem autorização
- Ⓐ Ⓑ Ⓒ _ 05. Dei pontapés a algum colega
- Ⓐ Ⓑ Ⓒ _ 06. Tentei colocar os amigos de algum colega meu contra ele
- Ⓐ Ⓑ Ⓒ _ 07. Gozei com um colega por causa da sua aparência
- Ⓐ Ⓑ Ⓒ _ 08. Tentei estragar algumas das coisas dos meus colegas
- Ⓐ Ⓑ Ⓒ _ 09. Feri alguém fisicamente
- Ⓐ Ⓑ Ⓒ _ 10. Recusei falar com alguém
- Ⓐ Ⓑ Ⓒ _ 11. Fiz pouco de alguém sem razão
- Ⓐ Ⓑ Ⓒ _ 12. Roubei alguma coisa
- Ⓐ Ⓑ Ⓒ _ 13. Espanquei alguém
- Ⓐ Ⓑ Ⓒ _ 14. Fiz com que as outras pessoas deixassem de falar com um colega
- Ⓐ Ⓑ Ⓒ _ 15. Insultei alguém com palavrões
- Ⓐ Ⓑ Ⓒ _ 16. Estraguei as coisas de alguém de propósito

Obrigado!