



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiatria
Relatório de Estágio

Avaliação do Estado de Saúde Mental em
Crianças de Idade Escolar

Vera Ferraria Lavrador

Lisboa

2017





Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiatria
Relatório de Estágio

Avaliação do Estado de Saúde Mental em
Crianças de Idade Escolar

Vera Ferraria Lavrador

Orientador: António Jorge Soares Antunes Nabais

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Recomeça...
Se puderes,
Sem angústia e sem pressa.
E os passos que deres,
Nesse caminho duro
Do futuro,
Dá-os em liberdade.
Enquanto não alcances
Não descanses.
De nenhum fruto queiras só metade.
E, nunca saciado,
Vai colhendo
Ilusões sucessivas no pomar
E vendo
Acordado,
O logro da aventura.
És homem, não te esqueças!
Só é tua a loucura
Onde, com lucidez, te reconheças”

Miguel Torga

DEDICATÓRIA

Um longo caminho que entre desafios e obstáculos se foi mostrando mais belo a cada passo. Olho-o agora com orgulho, satisfação e gratidão. Agradeço pelas experiências, pelas aprendizagens, pelo crescimento, pela mudança... por aquilo que sou hoje. Obrigada...

... Ao Prof. António Nabais pela mestria, pela disponibilidade, por me desafiar, por acreditar e proporcionar um acompanhamento em que nunca me senti sozinha.

... À Lurdes pelas horas infinitas, pela partilha, pelas aprendizagens, pela liberdade, pela persistência, pelo companheirismo, por nunca me deixar desistir, pela motivação, pela construção, pela exigência... sinto que sem ti este caminho seria tão mais difícil e tão menos rico.

... Ao Ricardo pelo olhar, pelo constante suporte, pelas horas de reflexão, pela inspiração, por me motivar a Ser.

... À Susana pelo olhar, incentivo e partilha.

... Ao Dr. Daniel Virella pelo empenho e disponibilidade em todo o processo de tratamento e análise de resultados.

... À família, em particular mãe, pai, irmão e avós pela motivação, por acreditarem comigo, pelo cuidado, compreensão e por me construírem todos os dias, por se manterem por perto quando os quilómetros nos distanciam.

... Aos amigos, Mariana, Vítor e Joana pela paciência, pela compreensão nas ausências, pela motivação e ajuda. Em particular ao João pelos cafés, pelo incentivo, pela paciência e pelos sorrisos; e à Vera por me acompanhar neste caminho de amadurecimento, pelos desabafos, pelas reflexões, por me ajudar a acreditar, pela partilha, pelos sorrisos, pelas lágrimas, pelos sonhos e por me ajudar a ver quando, tantas vezes, os olhos já não conseguem... é um privilégio ter-te por perto.

... À Dr.^a Rita por me acompanhar num caminho de constante descoberta interna.

... Às crianças que me permitiram entrar nas suas vidas e me possibilitaram visitar e reinventar a minha própria infância.

Levo um pouco de cada um de vós comigo...

A todos, um sincero obrigado.

LISTA DE SIGLAS

AACAP - American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

CHLC - Centro Hospitalar Lisboa Central

CNPCJR - Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Criança e Jovem em Risco

CNPSM - Coordenação Nacional Para A Saúde Mental

DGS - Direção Geral de Saúde

EEESM - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

OR - *Odds Ratio*

PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SDQ - Questionário de Capacidades e Dificuldades (*The Strengths And Difficulties Questionnaire*)

UIPIA - Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência

RESUMO

A criança, com base na teoria de Meleis (2012), encontra-se a viver uma transição desenvolvimental, o que *per si* necessitaria de um olhar atento do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental (EEESM). A taxa de prevalência de perturbação mental na criança estima-se em 20% em Portugal, estas encontram-se em vulnerabilidade acrescida por viverem, em simultâneo, uma transição de saúde-doença. Considerando que apenas 1/5 das crianças com necessidades de intervenção recebe acompanhamento, mostra-se relevante o desenvolvimento de competências na área de psiquiatria da infância e adolescência (coordenação nacional para a saúde mental (CNPSM), 2008).

Este relatório integra um estágio em contexto hospitalar e um estágio em contexto comunitário. Tendo como finalidade a aquisição e desenvolvimento de competências de EEESM, no contexto comunitário foi desenvolvido em simultâneo um estudo de investigação clínica no âmbito da avaliação do estado de saúde mental em crianças de idade escolar.

O estudo de investigação clínica teve como objetivo geral verificar numa amostra de crianças do 1º ciclo de uma escola do concelho de Lisboa, quais as necessidades de apoio específico em saúde mental e qual a cobertura dessas necessidades. Neste sentido foi realizado um estudo transversal com um estudo caso-controlo aninhado numa amostra de 64 crianças. Após aplicação do Questionário de Capacidade e Dificuldade (*Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ*) foram identificadas 33 (51,6%) crianças com possíveis alterações do estado de saúde mental. Das crianças em risco de perturbação 43,3% apresentavam acompanhamento em saúde mental.

Constatou-se que o acompanhamento em saúde mental prestado às crianças da escola do 1º ciclo não é adequada às suas necessidades. Contudo verificou-se uma taxa de crianças referenciadas superior, comparativamente às referências internacionais encontradas.

Palavras-chave: Criança, Avaliação Clínica, SDQ, Enfermagem de Saúde Mental.

ABSTRACT

According to Meleis (2012) theory, children experience a developmental transition that in itself requires an attentive observation from the mental health nursing specialist. The mental disorder prevalence index in children is estimated at 20% in Portugal, these are in increased vulnerability because they live, simultaneously, a health-disease transition. Considering that only 1/5 of the children requiring intervention receives treatment, the development of competences in the area of psychiatry of childhood and adolescence is relevant(CNPSM).

This report integrates an internship in a hospital context and an internship in a community context. With the purpose of acquiring and developing skills of the mental health specialist nurse, in the context of the community, a clinical research study was carried out in the context of the evaluation of the state of mental health in children of school age

The study aims to identify what were the specific mental health needs and how they were being met inside the sample of a primary school in Lisbon. A transversal study was conducted with a nested case-control study, through a sample of 64 children. Applying a Capacity and Difficulty Questionnaire (SDQ) 33 children (51.6%) were identified as having possible mental disorder, from which 43.3% were already being supported.

The study concluded that the support and follow up in mental health to primary school children is not adequate to their needs. Nonetheless, the number of children referred to specialist care is higher than international references.

Key Words: Children, Assessment, SDQ, Mental Health Nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	16
1.1. JUSTIFICAÇÃO E PERTINÊNCIA	16
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	19
2.1. A CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR	19
2.2. TEORIA DAS TRANSIÇÕES – AFAF MELEIS	20
2.3. O ENFERMEIRO EM SAÚDE MENTAL	24
3. ÁREA CLÍNICA – ESTÁGIO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO	28
3.1. ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO	28
3.1.1. Objetivos e Finalidades	28
3.1.2. Metodologia	30
4.1.2.1 Tipo de estudo.....	30
4.1.2.2 População e Amostra	31
4.1.2.3 Instrumento de Colheita de dados.....	31
4.1.2.4 Colheita de dados	33
4.1.2.5 Análise de Dados	34
4.1.2.6 Definição de Casos	35
4.1.2.7 Cumprimento dos requisitos éticos legais	35
3.1.3. Resultados.....	37
4.1.3.1 Descrição sociodemográfica e contexto familiar	37
4.1.3.2 Prevalência de perturbação do estado de saúde mental segundo SDQ.....	38
4.1.3.3 Resultados do SDQ - Versão de Pais e Versão de Professores com Suplemento de Impacto	38
4.1.3.4 Fatores associados à existência de alterações do estado de saúde mental identificadas pelo SDQ.....	40
3.1.4. Discussão	44
3.2. ESTÁGIO NO HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA.....	51
3.2.1. Objetivos e finalidades	51
3.2.2. Prática Clínica desenvolvida.....	51

4. ÁREA CLÍNICA – ESTÁGIO EM CONTEXTO HOSPITALAR	60
4.1. OBJETIVOS E FINALIDADES	60
4.2. CARACTERIZAÇÃO DA UIPIA	60
4.3. PRÁTICA CLÍNICA DESENVOLVIDA	61
5. CONCLUSÃO	75
6. BIBLIOGRAFIA	79

ANEXOS

Anexo 1 - SDQ - Versão de Pais com Suplemento de Impacto

Anexo 2 - SDQ - Versão de Professores com Suplemento de Impacto

Anexo 3 - Cotação do SDQ com Suplemento de Impacto Versão Pais e Professores

Anexo 4 - Questionário complementar

Anexo 5 - Procedimento Multisectorial - Consentimento Informado e Esclarecido para a Investigação do CHLC

APÊNDICES

Apêndice 1- Descrição da amostra

Apêndice 2- Análise Multivariável

Apêndice 3 - Sessão 1

Apêndice 4 - Sessão 8

Apêndice 5 - Sessão 30

Apêndice 6 - Plano de sessão e avaliação

Apêndice 7 - Projeto terapêutico

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I - Distribuição da amostra pela idade.	Apêndice 1
Tabela II - Distribuição da amostra pela nacionalidade.	Apêndice 1
Tabela III - Distribuição da amostra pelos elementos com quem coabita.	Apêndice 1
Tabela IV - Distribuição da amostra pela profissão do pai.	Apêndice 1
Tabela V - Distribuição da amostra pela profissão da mãe.	Apêndice 1
Tabela VI - Distribuição da amostra por família com acompanhamento em saúde mental.	Apêndice 1
Tabela VII - Distribuição da amostra por crianças com acompanhamento em saúde mental	Apêndice 1
Tabela VIII - Cronicidade das dificuldades (SDQ - Versão de Pais com Suplemento de Impacto).	Apêndice 1
Tabela IX - Percepção dos pais do sofrimento global do filho (SDQ - Versão de Pais com Suplemento de Impacto).	Apêndice 1
Tabela X - Avaliação da sobrecarga para os pais/família das dificuldades avaliadas (SDQ - Versão de Pais com Suplemento de Impacto).	Apêndice 1
Tabela XI - Cronicidade das dificuldades (SDQ - Versão de Professores com Suplemento de Impacto).	Apêndice 1
Tabela XII - Percepção dos professores do sofrimento global do aluno (SDQ - Versão de Professores com Suplemento de Impacto).	Apêndice 1
Tabela XIII - Avaliação da sobrecarga para professores/classe/turma das dificuldades avaliadas (SDQ - Versão de Professores com Suplemento de Impacto).	Apêndice 1
Tabela XIV - Diagnóstico de perturbação em saúde mental previsto pelo algoritmo do SDQ (as categorias “Possível” e “Provável” são consideradas como casos)	Apêndice 1

Tabela XV - Distribuição dos resultados do SDQ, por gênero.	Apêndice 2
Tabela XVI - Distribuição dos resultados do SDQ, por nacionalidade.	Apêndice 2
Tabela XVII - Distribuição de total de crianças com risco de perturbação mental avaliado pelo SDQ - <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> com coabitação	Página 40
Tabela XVIII - Distribuição dos resultados do SDQ, por profissão do pai.	Apêndice 2
Tabela XIX - Distribuição dos resultados do SDQ, por profissão da mãe.	Apêndice 2
Tabela XX - Distribuição dos resultados do SDQ, por familiar com acompanhamento em saúde mental.	Apêndice 2
Tabela XXI - Distribuição dos resultados do SDQ, pela cronicidade das dificuldades (SDQ – Versão de Pais com suplemento de Impacto).	Apêndice 2
Tabela XXII - Distribuição dos resultados do SDQ, pela percepção dos pais do sofrimento global do filho (SDQ - Versão Pais com suplemento de Impacto).	Apêndice 2
Tabela XXIII - Distribuição dos resultados do SDQ, pela sobrecarga para pais/família (SDQ - Versão de Pais com Suplemento de Impacto).	Apêndice 2
Tabela XXIV - Distribuição dos resultados do SDQ, pela cronicidade das dificuldades (SDQ – Versão de Professores com suplemento de Impacto).	Apêndice 2
Tabela XXV - Distribuição dos resultados do SDQ, pela percepção dos professores do sofrimento global do aluno (SDQ - Versão Professores com suplemento de Impacto).	Apêndice 2

Tabela XXVI - Distribuição dos resultados do SDQ, pela sobrecarga para professor/classe/turma (SDQ - Versão de Professor com Suplemento de Impacto). Apêndice 2

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico I - Distribuição de total de crianças com risco de perturbação mental avaliado pelo SDQ - *Strengths and Difficulties Questionnaire* com acompanhamento em saúde mental. Página 41

Gráfico II – Possibilidade de acompanhamento de saúde mental na amostra de crianças do primeiro ciclo, consoante o género e o risco de perturbação de saúde mental avaliado pelo SDQ - *Strengths and Difficulties Questionnaire*. Página 42

Gráfico III – Possibilidade de acompanhamento de saúde mental na amostra de crianças do primeiro ciclo, consoante coabitação. Página 43

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do 6.º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Este relatório tem como finalidade a discussão pública a fim da atribuição do grau de Mestre em Enfermagem.

Com este relatório pretende-se demonstrar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências do EEESM, enaltecendo o processo de crescimento no decorrer dos estágios realizados e, no desenvolvimento de um projeto de investigação.

O meu percurso profissional de seis anos sempre se ligou aos cuidados à criança¹, num serviço de internamento de Pediatria geral de um hospital da periferia de Lisboa. Nesse local construí a minha identidade profissional e desenvolvi o meu caminho enquanto enfermeira generalista.

Com as instituições de saúde, na sua grande maioria, ainda regidas na prática por um modelo maioritariamente biomédico na sua organização, o corpo e a mente são por vezes cuidados em locais diferentes e não de uma forma integrada nos cuidados ao cliente. Ao longo dos anos de prática clínica, tornou-se mais evidente o aumento da necessidade de cuidados diferenciados na área de saúde mental, tanto nas crianças como nas famílias. Contudo, muitas vezes, a resposta não era a mais efetiva.

Na literatura verifica-se um agravamento significativo no que se refere à saúde mental da criança (CNPSM,2008). Dado esse que é fundamentado pela diminuta referenciação das crianças em risco de perturbação, que por conseguinte leva a uma intervenção tardia, por vezes até inexistente, aquando os primeiros sinais, progredindo negativamente ao longo dos anos.

¹ No 1º artigo da Convenção sobre os Direitos da Criança, criança é definida como “todo o ser humano até à idade de 18 anos” (CNPJ, 2015, p. 1). Ao longo deste trabalho será mobilizado este conceito.

O meu projeto de estágio foi construído com o foco na saúde mental da criança, com a principal finalidade de adquirir e desenvolver competências na área de saúde mental da infância e adolescência.

Os locais de estágio pretendem ser o local de experimentação e aplicação do conhecimento adquirido a nível teórico, constituindo-se como um pilar fundamental para este processo. O estágio mostra-se como “um espaço de intervenção psicoeducativo, psico e sócio terapêutico, de partilha, de reflexão e discussão das intervenções de enfermagem e das experiências vividas nos vários contextos” (ESEL, 2015, p. 3). Neste sentido, o estágio de contexto hospitalar decorreu numa Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UIPIA) com o objetivo de adquirir e desenvolver competências de EEESM na prestação de cuidados à criança em situação aguda e subaguda de doença e sua família.

O estágio em contexto comunitário integrou dois momentos distintos de aprendizagem, os quais se tocam no que concerne ao desenvolvimento de competências de EEESM. Um dos momentos teve palco num Hospital de Dia de Psiquiatria da Infância, com o objetivo de desenvolver competências do EEESM no âmbito da prestação de cuidados socioterapêuticos num grupo terapêutico inserido na comunidade. Um outro momento prendeu-se ao desenvolvimento de um estudo de investigação, com a finalidade de realizar uma avaliação clínica em saúde mental das crianças de uma escola do 1º ciclo de Lisboa, verificando quais as necessidades específicas em saúde mental e a cobertura dessas necessidades. Para tal foi realizado um estudo transversal com estudo caso-controlo aninhado, permitindo o estudo transversal numa primeira fase identificar as crianças com possível alteração do estado de saúde mental, através da aplicação do SDQ; e o estudo de caso controlo aninhado identificar potenciais fatores de risco e como estes se associam com ter alteração do estado de saúde mental e ter acompanhamento em saúde mental.

No desenvolvimento deste projeto, a teoria de médio alcance de Afaf Meleis mostra-se como modelo conceptual de suporte para a conceptualização e para a prestação de cuidados à criança. O período da infância e adolescência é repleto de processos de transição, sendo o EEESM capaz de identificar com o cliente fatores

que indiquem a transição, com a finalidade de facilitar essa mudança em direção a uma transição saudável (Zagonel, 1999).

Este relatório encontra-se organizado em seis capítulos. No primeiro capítulo é identificada a problemática de partida e justificada a pertinência da mesma. O segundo capítulo integra o enquadramento conceptual onde são aprofundados os conceitos basilares que atravessam a construção deste trabalho tal como a teoria de Afaf Meleis, o modelo que sustentou a minha prática durante este processo de aquisição e desenvolvimento de competências de EEESM. O terceiro capítulo refere-se ao estágio em contexto comunitário, que se encontra dividido em dois subcapítulos: Estudo de Investigação e Estágio no Hospital de Dia de Psiquiatria da Infância. No primeiro subcapítulo são especificados todas as etapas de elaboração do estudo de investigação. No segundo subcapítulo encontram-se os objetivos e o percurso desenvolvido no estágio no que se refere ao desenvolvimento de competências específicas EEESM enquanto coterapeuta, num grupo terapêutico. No quarto capítulo é realizada uma reflexão acerca da prática clínica desenvolvida no estágio em contexto hospitalar. Este relatório encerra-se com a conclusão.

1. IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

1.1. Justificação e pertinência

Na década de 1970-80 os problemas socio-emocionais das crianças não eram discutidos ou referenciados pelos pais, educadores ou profissionais de saúde (Major e Seabra-Santos, 2013). As manifestações dos pais, quando confrontados com os comportamentos agressivos, desobediência ou reduzido controlo de impulsos dos seus filhos ligavam-se a uma desvalorização tanto pelos familiares como pelos profissionais, sendo justificado como características do próprio desenvolvimento da criança ou mesmo por ansiedade dos pais (Major & Seabra-Santos, 2013).

Nos últimos anos tem-se assistido a uma mudança de paradigma com a literatura a enfatizar o desenvolvimento emocional harmonioso das crianças como plataforma para o seu bem-estar futuro. Esta perspetiva é considerada como “fundamental para a sua [criança] capacidade crescente de interação, e de estabelecimento de relações com os outros, sucesso na escola e até na escolha profissional e relacionamentos na vida adulta” (Major e Seabra-Santos, 2013, p. 102). A deteção precoce de problemas emocionais e comportamentais na criança torna-se assim alvo de maior valorização e investigação, sendo constatado que o apoio profissional tardio pode dificultar a sua recuperação (Major e Seabra-Santos, 2013).

Desta forma, o desenvolvimento emocional da criança ganha um lugar de destaque por parte dos profissionais de saúde sendo equiparado ao foco dado, até então, ao desenvolvimento cognitivo (Major e Seabra-Santos, 2013). Os estudos científicos têm demonstrado que grande parte dos adultos com perturbações mentais têm as raízes dos seus problemas localizados na infância (Bayer, Hiscock, Ukoumunne, Price e Wake, 2008). Deste modo investir na promoção de saúde mental na infância e adolescência é investir no futuro.

Segundo Bayer et al (2008) os problemas de saúde mental afetam cerca de 20% das crianças nas sociedades ocidentais. A CNPSM (2008) reafirma este facto assumindo que uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas de saúde mental, números estes que tendem a aumentar. Dos quais, cerca de metade

apresenta uma perturbação psiquiátrica diagnosticável, sendo que os restantes apresentam problemas subliminares que beneficiam, de igual modo, de intervenção especializada.

Como principais manifestações de desordem mental na criança surgem as perturbações emocionais (ansiedade, medo, fobia, depressão), perturbações do comportamento (PHDA, perturbação disruptiva do comportamento, perturbação de conduta, comportamento de oposição), perturbações do espectro do autismo, perturbações psicóticas, perturbações alimentares e consumos de substâncias (Poulou, 2015). Contudo alguns autores identificam os problemas emocionais e do comportamento como os mais comuns, tanto em crianças referenciadas a consulta de saúde mental (Bagner, Rodríguez, Blake, Linares, e Carter, 2012) como em crianças identificadas em contexto escolar (Poulou, 2015). A CNPSM (2008) reafirma que 90% das perturbações psiquiátricas na idade escolar estão ligadas às perturbações do comportamento e perturbações emocionais.

As perturbações psiquiátricas da infância e da adolescência assumem ainda um grande encargo à sociedade quer em termos humanos, quer financeiros, pois muitas delas são recorrentes e com índice de cronicidade elevado mostrando-se muito incapacitantes na idade adulta (comissão nacional para a reestruturação dos serviços de saúde mental, 2007). No entanto a CNPSM (2008) afirma que apenas duas em cada dez crianças, com necessidades de acompanhamento, recebe tratamento especializado.

Uma avaliação clínica criteriosa permite um diagnóstico precoce de situações psicopatológicas ou identificação de situações de risco, permitindo a implementação de uma intervenção terapêutica atempada e atingir assim índices elevados de recuperação no que se refere ao bem-estar nas crianças.

Barker (2004) desenvolveu o seu trabalho de estudo em volta da avaliação (termo em inglês: *assessment*) em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Entende-se como avaliação “*the decision-making process, based upon the collection*

of relevant information, using a formal set of ethical criteria, that contributes to an overall estimation of a person and his circumstances”² (Barker, 2004, p. 7).

No decorrer dos anos a avaliação de enfermagem em saúde mental tem vindo a tornar-se mais ampla, considerando o indivíduo como ser único, individual com características específicas, com as suas experiências e vivências, rodeado por uma determinada família e num determinado contexto. Com um olhar holístico sobre o seu cliente de cuidados, o enfermeiro tende a identificar não só as suas fragilidades, mas também as suas forças (Barker, 2004).

Na psiquiatria da infância e adolescência a avaliação clínica prende-se na compreensão do indivíduo, “mais do que definir uma entidade nosológica em vias de organização, parece-nos vantajoso apreciar o modo como se processa o desenvolvimento psicológico da criança e o significado do seu sofrimento psíquico” (Malpique e Freitas, 2014, p. 28).

Desta forma o desenvolvimento de competências de avaliação clínica em saúde mental na criança insere-se na compreensão do seu sofrimento psíquico, bem como na prevenção e promoção de saúde mental nesta faixa etária. Através da avaliação clínica e intervenção precoce é possível acompanhar a criança e família nas transições que se encontram a vivenciar, com o fim de recuperar o equilíbrio e o bem-estar.

No período de construção e elaboração do projeto de trabalho surge integrado no Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC) a oportunidade de realizar um estudo de investigação que parte da questão: O acompanhamento em saúde mental das crianças de uma escola do 1º ciclo de Lisboa é adequada às suas necessidades?

A avaliação clínica rigorosa permite identificar situações psicopatológicas e de risco, sendo possível posteriormente implementar uma intervenção terapêutica eficaz.

² Tradução: “um processo de tomada de decisão baseado na recolha de informação relevante, seguindo um conjunto de critérios éticos, que contribui para uma compreensão geral da pessoa e das suas circunstâncias”

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1. A criança em idade escolar

No primeiro artigo da Convenção sobre os Direitos da Criança, criança é definida como “todo o ser humano até à idade de 18 anos (...)” (CNPJ, 2015). No entanto a literatura apresenta designações específicas para determinadas idades ao longo do desenvolvimento entre a infância e a adolescência. Segundo Hockenberry e Wilson (2014) a idade escolar refere-se ao período compreendido entre os seis e os 12 anos. Estes autores justificam como sendo “um período fortemente influenciado pelo ambiente escolar” (Hockenberry e Wilson, 2014, p. 684). O início do 1º ciclo mostra-se de grande influência no que se refere ao desenvolvimento cognitivo e emocional com aumento das relações interpessoais.

Nesta fase a criança torna-se mais complexa, com capacidade de comunicar de uma forma mais estruturada, de conceptualizar (ainda de uma forma singular, própria da infância) e desenvolve comportamentos motores e sociais de maior complexidade (Hockenberry e Wilson, 2014).

Trata-se de um período onde existe um “crescimento mais lento e harmonioso do corpo e uma maior estabilidade emocional” (Malpique e Freitas, 2014, p. 27). O que resulta como resposta ao declínio do conflito edipiano, daí também denominado como período de latência³ por S.Freud (Marcelli, 2005). Nesta fase a criança altera o foco de atenção, libertando-se do egocentrismo, o que a torna mais disponível para a relação com os pares com movimentos de interajuda, aprendizagem e socialização. Pretende alcançar a autoconfiança através do reconhecimento positivo pelos pares, família e conhecidos (Townsend, 2009). Com o aumento da capacidade lógica do pensamento aprende a diferenciar e classificar, desenvolve o entendimento da reversibilidade e espacialidade e apresenta um aumento da compreensão e aceitação das regras estabelecidas (Townsend, 2009).

³ Freud caracteriza o período da latência como “o declínio do conflito edipiano”

João dos Santos, primeiro e grande impulsionador da psiquiatria da infância e adolescência em Portugal, assume a criança como ser único e irrepetível, com o seu ritmo próprio, curiosidades e interesses individuais e capacidades específicas. A criança “precisa de ter Espaço para descobrir, para se ver o espelho, no Outro, nos outros, para que alguém lhe possa estender as mãos, para que ela receba a mensagem da cultura (...) possa adquirir sabedoria, para que possa ter um nome, pôr nomes e criar OBRA” (Santos, 2007, p. 213).

A criança deve ser considerada, não como um elemento isolado, mas sim como elemento inserido numa família e ambiente que influenciam diretamente o seu desenvolvimento (Madeira, 2013). A avaliação clínica da criança apenas se pode realizar considerando o indivíduo nas suas dimensões bio-psico-sociais, num paradigma holístico centrado nas necessidades do cliente e família.

2.2. Teoria das transições – Afaf Meleis

A enfermagem é reconhecida hoje como uma disciplina pois ao longo dos anos foi construindo através dos seus teóricos um corpo de conhecimento próprio, que possibilita uma prática sustentada na evidência.

Como modelo teórico para orientação e desenvolvimento deste trabalho foi definido o modelo de Afaf Meleis e a sua teoria de médio alcance - Teoria das transições. Esta autora como grande parte dos teóricos utilizados na atualidade considera o indivíduo como ser único, inserido na sua família e numa determinada comunidade. O foco da enfermagem encontra-se nas experiências humanas ao longo do ciclo de vida, não se limitando apenas aos processos de saúde-doença.

Os acontecimentos transicionais na vida do ser humano provocam momentos de *stress* acrescido, exigindo a implementação de esforços adaptativos, mais ou menos ajustados, numa conjuntura de mudança a fim do reencontro com o bem-estar e equilíbrio (Meleis, 2010). Os profissionais de enfermagem devem acompanhar o cliente nos seus processos de transição, não apenas numa fase anterior aos mesmos, com uma atuação preventiva e com a preparação para a mudança, mas também

durante o período transicional e ainda após esse período, com o acompanhamento no reencontro do equilíbrio (Meleis, 2012).

Os momentos de transição são definidos como *“change in health status, or in role relationships, expectations, or abilities. It denotes changes in needs of all human systems”*⁴ (Meleis, 2012, p. 100). Este processo exige do indivíduo a incorporação de novo conhecimento promotor de uma alteração do comportamento, assumindo assim uma nova definição do *Self* no contexto social (Meleis, 2012). Apesar de se tratar de um momento de crise, pois existe uma ruptura com o estado anterior à mudança com um conseqüente luto de partes do Eu, Meleis considera o momento de transição como positivo pois trata-se de uma fase privilegiada para o desenvolvimento do indivíduo (Meleis, 2012). Contudo são também esses os momentos onde o indivíduo pode vivenciar estados de maior desequilíbrio, podendo experienciar fases de declínio e fragmentação (Meleis, 2012).

Para Meleis existem quatro tipos de transições: as transições desenvolvimentais (centram o seu foco de atenção no desenvolvimento humano, compreendendo os processos maturativos e aquisição de novos papéis no decorrer do ciclo vital, como exemplo destaca-se a infância, adolescência, parentalidade, a menopausa, entre outras); transições de saúde-doença (alteração de um estado de bem-estar para um estado de doença aguda ou crônica, exigindo as alterações súbitas de papel tal como uma nova adaptação do indivíduo ao ambiente); transições situacionais (relacionadas com eventos individuais ou familiares que desencadeiam alterações, mudanças de papéis e adaptação à nova situação que desencadeou mudança, como exemplo o internamento numa unidade hospitalar, divórcio, entre outras); e por fim a transição organizacional (desenvolvem-se no contexto ambiental e são precipitadas por mudanças na estrutura e dinâmica da organização, como exemplo, as alterações do contexto político, económico e social) (Meleis, 2012).

Apesar de existir uma tipologia de transições as experiências transicionais são multidimensionais. O que implica que os enfermeiros considerem os padrões de todas

⁴ Tradução: “mudança no estado de saúde, ou no papel relacional, expectativas ou capacidades. Implicam mudanças em todas as necessidades dos sistemas humanos”

as transições significativas na vida individual e familiar do cliente, pois podem dar-se em simultâneo vários tipos de transições (Meleis, 2010).

Na prática de enfermagem:

it is proposed that the nurse interacts (interaction) with a human being in a health/illness situation (nursing client), who is in an integral part of his sociocultural context (environment), and who is in some sort of transition or is anticipating a transition (transition); the nurse-patient interactions are organized around some purpose (nursing process, problem solving, holistic assessment, or caring actions), and the nurse uses some actions (nursing therapeutics) to enhance, bring about, or facilitate health (health)⁵ (Meleis, 2012, p. 97).

Com isto, para além do conceito de transição já definido anteriormente, apresentam-se outros seis conceitos basilares deste modelo, tais como: Cliente, Interação, Processo de Enfermagem, Ambiente, Intervenções Terapêuticas e Saúde.

Assume-se Cliente como:

human being with needs, who is in constant interaction with the environment and has an ability to adapt to that environment but, due to illness, risk, or vulnerability to potential illness, is experiencing disequilibrium or is at risk of experiencing disequilibrium. Disequilibrium is manifested in unmet needs, inability to take care of oneself, and nonadaptive responses⁶ (Meleis, 2012, p. 99).

A Interação enfermeiro-cliente é a principal ferramenta da profissão de enfermagem, pois é através dela que se desenrola todo o processo de enfermagem e é construída a relação e Intervenção Terapêutica (Meleis, 2012).

O Processo de Enfermagem:

is built on communication and interaction tools and processes for nursing practice (...) it is proposed here that propositions about the nursing process, about approaches that are more

⁵ Tradução: "propõe-se que o enfermeiro interaja (interação) com um ser humano numa situação de saúde/doença (cliente), que se encontra numa parte integral do seu contexto sociocultural (ambiente), e que se encontra ou antecipa alguma forma de transição (transição); as interações enfermeiro-cliente são organizadas em torno de um objetivo (processo de enfermagem, resolução de problemas, avaliação holística ou momentos do cuidado), e o enfermeiro usa determinadas ações (intervenções terapêuticas) para realçar, devolver ou proporcionar saúde (saúde)".

⁶ Tradução: "ser Humano com necessidades, que esta em constante interação com o ambiente tendo a habilidade de se adaptar a esse mesmo ambiente mas que, devido a situações de doença, risco ou vulnerabilidade, experiencia o desequilíbrio ou encontra-se em risco de experienciar um desequilíbrio. Desequilíbrio manifesta-se através de necessidades insatisfeitas, incapacidade de cuidar de si próprio e respostas não adaptadas".

*effective in the process of assessing, diagnosing, or providing nursing therapeutics and about the goals of the nursing process can be derived from the work of several theorists*⁷ (Meleis, 2012, p. 104).

Ambiente é entendido *“as a central domain concept, includes but is not limited to immediate client settings, family, significant others, health care professionals, and the socioeconomic and political contexts of the client’s families and communities”*⁸ (Meleis, 2012, p. 104). O indivíduo encontra-se em constante Interação com o Ambiente, pelo que as mudanças num desses elementos (cliente e/ou ambiente) são integrais e simultâneas às mudanças do outro (Meleis, 2012).

Como Intervenções Terapêuticas consideram-se todas as ações deliberadamente concebidas para o cuidado ao cliente, seguindo uma prática sustentada em padrões teóricos desenvolvidos para a avaliação, diagnóstico, planeamento e intervenção. A Intervenção Terapêutica engloba tanto a intervenção propriamente dita, tal como os resultados da mesma, sendo o seu objetivo *“to promote, maintain, regulate, or change the environment and/or the life processes of people to effect changes in either or in both”*⁹ (Meleis, 2012, p. 104).

O conceito de Saúde caracteriza-se pela homeostase interna do indivíduo e a sua capacidade de funcionamento através da constante adaptação com o Ambiente, como consequência do desenvolvimento e desempenho adequado dos diferentes papéis exigidos ao longo do ciclo vital. Desta forma Saúde *“is viewed in terms of awareness, personal control, personal empowerment, and mastery over body”*¹⁰ (Meleis, 2012, p. 106).

O conceito de transição integra três dimensões que o influenciam diretamente: o processo (tem início com a rutura provocada pelo evento de vida e integra a resposta desencadeada pelo indivíduo para atingir a mudança); o tempo (vai desde a fase de

⁷ Tradução: “é construído na comunicação, ferramentas e processos de interação da prática de enfermagem (...) propõe-se que as definições referentes ao processo de enfermagem e das abordagens mais eficazes na avaliação, diagnóstico, das intervenções terapêuticas de enfermagem e dos seus objetivos derivam do trabalho de diversos teóricos”.

⁸ Tradução: “ambiente, como conceito central, inclui, mas não é limitado, as circunstâncias do cliente, da família e pessoas significantes, profissionais de saúde, e os contextos políticos e socioeconómicos das famílias e comunidades do cliente”.

⁹ Tradução: “promover, manter, regular ou mudar o ambiente e/ou os processos de vida de pessoas de maneira a criar mudanças eficazes em ambos ou em cada um individualmente”.

¹⁰ Tradução: “é entendida no que respeita ao conhecimento, controlo pessoal, empoderamento pessoal e domínio sobre o corpo”.

antecipação da mudança até à reorganização e integração da mesma); e a percepção (o olhar que o indivíduo atribui ao período de transição, o que influencia a forma como este irá interagir com a situação) (Meleis, 2010).

A fase entre o início (ou a sua antecipação) e o fim da transição é caracterizada por um aumento acentuado da vulnerabilidade, incerteza em relação ao futuro, ansiedade e sofrimento, o que pode por vezes desencadear desorientação, irritabilidade, mudanças na autoestima e/ou depressão (Meleis, 2010). A forma como o indivíduo responde às transições e como o ambiente influencia essas respostas são questões centrais para a profissão de enfermagem, tal como o significado que o indivíduo atribui ao processo e estratégias que mobiliza para responder à situação (Meleis, 2010).

Assim, é relevante analisar o contributo da enfermagem para a facilitação da transição, através do desenvolvimento de intervenções terapêuticas de enfermagem a fim de promover processos de transição saudáveis.

2.3. O enfermeiro em saúde mental

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001) define saúde mental como um “estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stresse normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribui para a comunidade em que se insere” (OMS, 2001, p. 4). Sequeira (2006) define saúde mental como o desenvolvimento ótimo do indivíduo no contexto em que se insere.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) (2004) a

saúde mental da criança e do adolescente integra-se no contexto mais alargado da Saúde e Bem-estar, em que a saúde mental e física são interdependentes. Os problemas de saúde mental resultam de uma interação complexa entre a criança ou jovem, a família e o meio sócio-cultural em que estão inseridos (DGS, 2004, p. 33).

Seguindo o referencial teórico de Meleis, esta considera que é do domínio da Enfermagem

deals with clients who are assumed to be in constant interaction with their environments, human beings who have unmet needs related to their health or illness status, who are not able to care for themselves or are not adapting to their environments due to interruptions or potential interruptions in health (...) incorporates a central focus on environments that includes sociopolitical and economic contexts for nursing clients and their significant others (...) includes a focus on nursing therapeutics to help in meeting the needs of human beings for health and health care, to enhance adaptation capability, to develop self-care abilities, and to maintain or promote health and well-being¹¹ (Meleis, 2012, p. 108).

A Ordem do Enfermeiro (OE) define como finalidade do exercício do profissional generalista “ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (OE, 2010, p. 1). A especificidade do EEESM prende-se com a “incorporação de intervenções psicoterapêuticas durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, visando a promoção e proteção da saúde mental, a prevenção da perturbação mental e o tratamento, a reabilitação psicossocial e a reinserção social da pessoa” (Nabais, 2008, p. 40).

Neste sentido a OE assume como domínio da enfermagem de saúde mental

a promoção da saúde mental e do bem-estar, na identificação dos riscos para a saúde mental, na prevenção da doença mental, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental, no tratamento e reabilitação de pessoas com doença mental (OE, 2011, p. 20).

O EEESM desenvolve assim uma prática que evidencia maior profundidade na compreensão dos processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente,

¹¹ Tradução: “lidar com clientes assumidos em constante interação com o seu ambiente, seres humanos com necessidades insatisfeitas relacionadas com o seu estado de saúde ou doença, incapazes de cuidar de si mesmos, ou de se adaptarem aos seus ambientes devido interrupções ou potenciais interrupções na sua saúde (...) incorpora um foco central no ambiente dos clientes e das suas famílias e pessoas significantes, incluindo os contextos sociopolíticos e económicos (...) foca-se nas intervenções terapêuticas de forma a ajudar a que as necessidades humanas de saúde e serviços de saúde sejam alcançadas, realçar a capacidade de adaptação, a desenvolver habilidades de autocuidado e manter ou promover saúde e bem-estar”.

tal como das implicações para os seus projetos de vida, potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelo seu contexto (OE, 2010).

Na sua prática clínica o EEESM mobiliza-se a si mesmo como instrumento terapêutico tal como um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos permitindo assim o estabelecimento de um relação de confiança e parceria com o cliente. Esta relação entre enfermeiro-cliente promove o *insight* sobre as suas dificuldades, tal como o desenvolvimento em conjunto de novas vias de reparação (OE, 2010). Posto isto, a OE construiu um conjunto de competências clínicas especializadas para o EEESM assegurando a qualidade dos cuidados prestados¹².

Considerando que todos os cidadãos devem ter acesso a cuidados de enfermagem especializados numa “perspectiva de promoção da saúde mental, prevenção de doença, tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, capacitação, participação e direitos humanos, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível” (OE, 2011, p. 3), reporto-me à problemática de partida e à necessidade urgente de intervenção do EEESM no que se refere à promoção e prevenção de saúde mental na criança.

A criança em idade escolar, com base na teoria de Meleis encontra-se *per si* a viver uma transição desenvolvimental pelo que necessita do acompanhamento e prestação de cuidados de enfermagem especializados. Os números mostram-nos que não se trata de uma preocupação estritamente teórica pois estima-se uma prevalência de perturbação mental na criança de 20%, valor este que tende a aumentar. Destas apenas 20% das crianças com necessidades de intervenção é referenciada e recebe acompanhamento (CNPSM, 2008).

¹² “ [F1] Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoa e profissional;

[F2] Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidades na otimização da saúde mental; [F3] Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;

[F4] Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, família de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.” (OE, Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, 2010, p. 3). Cada competência é apresentada com descritivo, unidades de competências e critérios de avaliação. Ao longo deste relatório seguem em nota de rodapé sempre que considero ser merecedor de destaque.

O EEESM no âmbito da sua prática clínica deverá focar-se na “promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (OE, 2010, p.1). Com a avaliação clínica em saúde mental de crianças do 1ºCiclo de uma escola de Lisboa, pretendo identificar situações precoces de sofrimento, ou mesmo possíveis alterações em saúde mental, provocadas por respostas desadaptadas aos processos de transição que essas crianças estejam a viver, contribuindo para uma deteção, referenciação e intervenção precoce pela equipa multidisciplinar.

3. ÁREA CLÍNICA – ESTÁGIO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

O Estágio em contexto Comunitário integrou, simultaneamente, a realização do estudo de investigação clínica no âmbito da avaliação clínica em saúde mental numa amostra de crianças em idade escolar e o desenvolvimento e aquisição de competências do EEESM na prestação de cuidados a crianças que integram um grupo terapêutico.

3.1. Estudo de Investigação

3.1.1. Objetivos e Finalidades

No estágio em contexto comunitário surgiu a oportunidade de integrar um estudo de investigação clínica, o que considerei uma mais-valia para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Segundo o Regulamento Competências Específicas do EEESM, este para além de sustentar a sua prática em evidência científica, deve também participar em projetos de investigação científica com a finalidade de “aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização” (OE, 2010, p. 2). A necessidade de investigação científica na área de saúde mental e psiquiatria é crescente, sendo realçada no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 como um ponto crucial para a melhoria dos cuidados de saúde mental (CNPSM, 2008).

O estudo de investigação clínica tem como objetivo geral:

- Verificar, numa amostra de crianças do 1º ciclo do concelho de Lisboa, quais as necessidades de apoio específico em saúde mental e a cobertura dessas necessidades.

Neste sentido constituíram-se como objetivos específicos para o estudo:

- Determinar a prevalência de crianças em risco de perturbação mental¹³ do 1º ciclo de uma escola básica de Lisboa;

¹³ Considerou-se perturbação mental conforme os critérios de risco previsto pelo algoritmo do SDQ.

- Identificar as crianças dessa escola com acompanhamento em saúde mental¹⁴;
- Explorar fatores associados à existência de alterações do estado de saúde mental nas crianças;
- Explorar fatores que influenciam a cobertura do acompanhamento em saúde mental dessas crianças.

A elaboração do estudo de investigação vai ao encontro das competências requeridas ao EEESM nomeadamente a competência F2 - “assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupo e comunidade na optimização da saúde mental”¹⁵ (OE, Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, 2010, p. 4); e a competência F3 - “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupo e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”¹⁶ (OE, 2010, p. 5).

Como questão de investigação:

O acompanhamento em saúde mental das crianças de uma escola do 1º Ciclo de Lisboa é adequada às suas necessidades?

Como hipóteses formuladas:

- A prevalência de perturbação do estado de saúde mental em crianças de uma escola básica de Lisboa é semelhante à esperada;
- As crianças com risco de perturbação do estado de saúde mental têm acompanhamento em saúde mental;

¹⁴ Neste estudo considerou-se acompanhamento em saúde mental todas as crianças acompanhadas por técnicos de saúde mental tal como pedopsiquiatra, psicólogo ou EEESM.

¹⁵ “Unidade de Competência F2.1 Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente; F2.2. Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família; Critérios de avaliação F2.1.2. Avalia factores promotores e protectores do bem-estar e saúde mental, assim como factores predisponentes de perturbação mental na comunidade e grupos; F2.2.1. Executa uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do cliente; F2.2.3. Avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia” (OE, 2010, p. 4).

¹⁶ Unidade de Competências “F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade, especificamente no que diz respeito aos critérios de avaliação; Critério de avaliação F3.1.1. Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental; F3.1.2. Avalia o impacto na saúde mental de múltiplos factores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar; F3.1.3. Identifica apresentações típicas e atípicas de perturbações mentais e problemas associados” (OE, 2010, p. 5).

- As dificuldades apresentadas pelas crianças com perturbação sobrecarregam “muito” as famílias e a escola;
- As perturbações associam-se a “muito” sofrimento da criança.

3.1.2. Metodologia

4.1.2.1 Tipo de estudo

Foi desenvolvido um estudo transversal com estudo caso-controlo aninhado. Gordis (2011) define epidemiologia como “o estudo da distribuição da doença nas populações e dos fatores que influenciam ou determinam essa distribuição” (Gordis, 2011, p. 3). Desta forma, possibilita uma análise e controlo dos problemas de saúde (Last, 2001).

Os estudos epidemiológicos transversais medem a prevalência da doença pelo que, frequentemente, na literatura são nomeados estudos de prevalência (Bonita, Beaglehole e Kjellstrom, 2010). Este tipo de estudos são regularmente realizados no sentido de examinar a frequência de doenças em relação à idade, sexo, grupo étnico, etc. (Bonita et al, 2010). Na investigação em causa, a realização de um estudo transversal permitiu numa primeira fase identificar as crianças com possível alteração do estado de saúde mental, através da aplicação do SDQ.

O estudo de caso controlo aninhado *“is an efetive tool for examining the influence of risk factors”*¹⁷ (Nordentoft, 2007, p. 329). Neste tipo de estudo *“the cases emerge from a well-defined source population and the controls are sampled from that same population”*¹⁸ (Biesheuvel et al, 2008, p. 2) o que permite a análise e identificação de variáveis que possam pertencer ao grupo de casos ou ao grupo de controlo na população em estudo. Este desenho permite identificar potenciais fatores de risco e como estes se associam com ter alteração do estado de saúde mental e ter acompanhamento em saúde mental.

¹⁷ Tradução: “é uma ferramenta eficaz para determinar a influência de fatores de risco”.

¹⁸ Tradução: “os casos emergem de uma amostra bem definida da população e os grupos de controlo são escolhidos de entre a mesma população”.

4.1.2.2 População e Amostra

A População alvo deste estudo foram as crianças que frequentavam o ensino básico em Lisboa, no ano letivo de 2015/2016.

Segundo Fortin (2003) a amostra “é o sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população” (Fortin, O Processo de Investigação- da concepção à realização, 2003, p. 202).

Como critérios de inclusão foram considerados a criança estar inscrita na escola básica selecionada e os pais aceitarem participar no estudo assinando o consentimento informado no período entre 26 Janeiro (data da reunião de pais para a apresentação do estudo) e 31 de Março.

Desta forma foi encontrada uma amostra de conveniência¹⁹ constituída por 64 crianças de ambos os géneros e com idades compreendidas entre os seis e os onze anos inclusive²⁰; os pais e professores também participaram no estudo ao preencherem o SDQ.

4.1.2.3 Instrumento de Colheita de dados

Os instrumentos de colheita de dados utilizados foram o SDQ - Versão com Suplemento de Impacto e um questionário complementar para colheita de dados sociodemográficos.

O SDQ foi desenvolvido por Goodman em 1997 com o propósito de complementar a avaliação em saúde mental de crianças e adolescentes. Este questionário constitui “*a brief behavioural screening questionnaire that ask about children’s and teenagers’ symptoms and positive attribute*”²¹ (Goodman, 1999, p. 791). O autor desenvolveu este instrumento para ser de fácil aplicabilidade e que fosse

¹⁹ Segundo Carmo e Ferreira (1988) a amostra de conveniência utiliza um grupo de indivíduos que esteja disponível. Apesar de ser possível obter informações significantes, não podem ser extrapoláveis à população à qual pertence o grupo.

²⁰ Segundo o autor do instrumento após os 11 anos é possível a própria criança preencher o SDQ - Versão de Autoavaliação, contudo foi decidido em equipa, por se tratarem de três casos, a sua não aplicabilidade mantendo como informantes os pais e os professores.

²¹ Tradução: “um breve questionário de rastreio comportamental que questiona acerca de sintomas e atributos positivos em crianças e adolescentes”.

facilmente utilizado de forma regular na triagem de crianças em risco de problemas de saúde mental (Goodman, 2001).

O questionário é constituído por 25 itens, organizados em cinco escalas: sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas de relacionamento com os pares e comportamento pró-social (Goodman, Renfrew e Mullick, 2000). O SDQ aplica-se a crianças e adolescentes dos 4 até aos 16 anos, podendo ser respondido pelos pais, professores e pelo próprio (após os 11 anos). Nas diferentes versões (pais, professores e criança/adolescente – Versão de Autoavaliação) o questionário é similar variando apenas o grau de diferenciação da pessoa a que se dirige, sendo utilizada uma linguagem mais clara de forma a ser compreendida pelas crianças ou adolescentes.

A pontuação total de dificuldades que a criança apresenta é obtida pelo somatório dos resultados das escalas referidas anteriormente, com exceção da escala de comportamento pró-social, podendo compreender uma pontuação mínima de 0 e uma pontuação máxima de 40 (Goodman, 2001). A pontuação total de dificuldades e a pontuação de cada uma das escalas estão definidas por pontes de corte ou intervalos que categorizam as crianças ou adolescentes no que se refere às dificuldades identificadas em “Normal”, “Limítrofe” ou “Anormal” (Simeão, 2013). Segundo Goodman (1999) os pontos de corte utilizados neste instrumento permitem considerar como casos as crianças com pontuação total de dificuldades “Limítrofe” ou “Anormal” mesmo que estas não tenham sido identificadas com um diagnóstico previsto pelo algoritmo do instrumento.

O SDQ foi traduzido e validado para Portugal por Bacy Fleitlich, Mário Loureiro, António Fonseca e Filomena Gaspar em 2005. No presente estudo utilizou-se uma versão extensa do SDQ, que para além dos 25 itens referidos anteriormente, inclui um suplemento de impacto, o qual questiona o entrevistado (pais/professores/próprio) se *“the child or teenager has problem, and if so, enquires further about overall distress, social impairment, burden and chronicity”*²² (Goodman, 2001, p. 129). O suplemento de

²² Tradução: “a criança ou o adolescente tem um problema, e se sim, questiona ainda acerca de situações de stresse, dificuldade nos comportamentos sociais, sobrecarga e cronicidade.

impacto questiona os pais ou o professor se a criança ou adolescente apresenta dificuldades nas áreas: “emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas”, fornecendo aos investigadores e aos profissionais de saúde informação adicional útil para a caracterização e definição de casos. As versões do SDQ com Suplemento de Impacto permitem obter através do somatório dos itens referentes ao sofrimento global e dificuldades sociais, uma pontuação de impacto.

O SDQ inclui um algoritmo computadorizado que estima a possibilidade de diagnóstico em saúde mental através das pontuações da escala de sintomas emocionais, da escala de problemas do comportamento e da escala de hiperatividade, e através da pontuação de impacto (pontuações adquiridas através do preenchimento dos questionários com suplemento de impacto) (Simeão, 2013). O algoritmo classifica em “Improvável”, “Possível” ou “Provável” quatro categorias perturbação: Perturbação Emocional, Perturbação de Conduta, Perturbação de Hiperatividade e Perturbação Psiquiátrica (Goodman, Renfrew e Mullick, 2000).

No estudo de investigação realizado utilizou-se o SDQ- Versão de Pais com Suplemento de Impacto (Anexo 1) e o SDQ - Versão de Professores com Suplemento de Impacto (Anexo 2). A cotação do SDQ com Suplemento de Impacto encontra-se em Anexo 3.

A fim de recolher informações sociodemográficas que se consideraram significantes para dar resposta aos objetivos formulados, foi solicitado aos pais o preenchimento de um questionário complementar (Anexo 4). Neste questionário foi recolhida informação acerca da nacionalidade, profissão dos pais, coabitação, existência de acompanhamento prévio em saúde mental por parte da criança e por parte dos pais.

4.1.2.4 Colheita de dados

No mês de janeiro de 2016 foram realizadas duas reuniões, a primeira com a diretora da escola e professores e a segunda reunião integrou, em simultâneo, a diretora, os professor e os pais das crianças. Em ambas as reuniões foi apresentado o projeto de avaliação e intervenção em saúde mental, especificamente, os objetivos

e metodologia do presente estudo, bem como foi solicitado aos pais o consentimento esclarecido para participação no estudo, cumprindo os pressupostos de Procedimento Multissetorial - Consentimento Informado e Esclarecido para a Investigação do CHLC (Anexo 5). Foi obtida autorização para identificação nominal das crianças em todos os instrumentos utilizados. Durante a reunião com os pais foi aplicado o SDQ - Versão de Pais com Suplemento de Impacto. Após os pais consentirem a participação no estudo, os professores preencheram o SDQ - Versão de Professores com Suplemento de Impacto.

Foi definido como tempo limite para a recolha de dados 31 de março, que por necessidade dos professores da escola foi estendido até 30 abril de 2016.

4.1.2.5 Análise de Dados

Os dados do questionário foram introduzidos no programa de pontuação do SDQ 2.03 - YouthinMind© Ltd 2007²³. Com o algoritmo integrado no programa descrito é possível aceder a um relatório com os resultados das pontuações das cinco escalas, da pontuação total de dificuldades e pontuação de impacto com a devida interpretação dos dados em “Normal”, “Limítrofe” e “Anormal”. No relatório são ainda especificados quais os diagnósticos previstos gerando as classificações “Improvável”, “Possível” ou “Provável” para Perturbação Emocional, Perturbação da Conduta, Perturbação de Hiperatividade e Perturbação Psiquiátrica²⁴.

Os dados foram analisados através do programa *SPSS 22.0* (SPSS for Windows, Rel. 22.0.1. 2013. SPSS Inc., Chicago, IL, EUA) tendo sido efetuada a análise descritiva dos dados e a análise univariável²⁵ a fim de explorar as associações entre variáveis enunciadas nos objetivos.

As taxas de prevalência de perturbação e de risco de perturbação foram estimadas com intervalo de confiança de 95%.

²³ O programa SDQ 2.03- YouthinMind© Ltd 2007 é executado usando Microsoft Office Access tendo a capacidade de exportação dos dados.

²⁴ Segundo o algoritmo utilizado o diagnóstico de Perturbação Psiquiátrica surge se a criança apresentar as classificações de “Possível” ou “Provável” em uma ou mais perturbações identificáveis (Perturbação Emocional, Perturbação da Conduta, Perturbação de Hiperatividade).

²⁵ Na análise univariável foram realizados os testes Qui-Quadrado ou teste Exacto de Fisher conforme adequado.

Através da regressão logística foram testados vários modelos multivariáveis de associações, para avaliar fatores associados à criança apresentar maior risco de perturbação identificada pelo SDQ e a ter acompanhamento em saúde mental. As variáveis presentes nos modelos foram género, idade, nacionalidade, coabitação, profissão dos pais, família com acompanhamento em saúde mental, cronicidade das dificuldades, sofrimento global e sobrecarga (avaliação dos pais e professores). As estimativas foram expressas como *Odds Ratio* (OR), com intervalo de confiança de 95%.

Como nível de significância foi considerado $\alpha = 0,1$ ($p < 0,1$).

O tratamento e a análise de dados foram realizados com o apoio do Gabinete de Análise Epidemiológica e Estatística do Centro de Investigação do CHLC.

4.1.2.6 Definição de Casos

Para o objetivo de determinar a prevalência de risco de perturbação mental nas crianças da escola definida foram considerados como casos, as crianças com classificações de “Possível” e “Provável” geradas pelo algoritmo para as quatro categorias de perturbação.

Segundo Goodman (1999) os pontos de corte ou intervalos, que categorizam as crianças no que diz respeito às dificuldades identificadas em “Normal”, “Limítrofe” ou “Anormal”, para a pontuação total de dificuldades permitem distinguir possíveis casos de não casos. Desta forma foram também considerados casos as crianças com uma pontuação total de dificuldades com resultados “Limítrofes” ou “Anormais” e que não apresentavam qualquer diagnóstico previsto pelo algoritmo associado.

4.1.2.7 Cumprimento dos requisitos éticos legais

A ética “é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta” (Fortin, 1999, p. 114).

Segundo Fortin (1999), a investigação aplicada a seres humanos deve ter em consideração os direitos e liberdade da pessoa. Desta forma, foram constituídos cinco princípios fundamentais aplicáveis ao ser humano: o direito à autodeterminação; o direito à intimidade; o direito ao anonimato e à confidencialidade; o direito à proteção contra o desconforto e prejuízo; e por fim o tratamento justo e leal (Fortin, 1999).

Salvaguardando-se os princípios éticos desta investigação, este projeto apresentou um parecer positivo por parte da Comissão de Ética do CHLC.

A participação num estudo de investigação pressupõe o consentimento livre e informado dos participantes, critério essencial para uma investigação eticamente sólida (Nunes, 2005). O consentimento livre e informado tem de ser obtido após ser explicado a natureza e fases da investigação, ser dada informação sobre potenciais consequências para o participante, sobre os seus direitos e reforçada a total liberdade para abandonar a qualquer momento o estudo (Nunes, 2005). O código deontológico da profissão de enfermagem salvaguarda estes mesmos princípios com o Artigo 78º - “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2012, p. 74); e Artigo 84º - do dever de informação “no respeito pelo direito à autodeterminação” (OE, 2012, p. 77). Uma vez que a população em estudo são crianças, o consentimento foi obtido junto dos pais ou representantes legais.

No decorrer do estudo de investigação, a privacidade dos participantes foi salvaguardada, tendo os dados recolhidos sido tratados de forma a manter o anonimato. Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) “o enfermeiro, obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão” (OE, 2012, p. 78) e Artigo 85º- do dever do sigilo.

A divulgação dos resultados constitui um dever ético do investigador (Nunes, 2005). Desta forma os resultados finais do estudo foram comunicados aos participantes (pais ou responsáveis legais da criança).

Neste trabalho foram salvaguardados os direitos humanos dos participantes em todas as fases do estudo.

3.1.3. Resultados

Dado ter-se verificado uma baixa adesão dos pais à reunião de apresentação do projeto foi enviado através dos professores de cada turma, o consentimento informado, o SDQ - Versão de Pais com Suplemento de Impacto, o Questionário Complementar e informação sobre os objetivos e metodologia do estudo.

Dos 64 pais que aceitaram participar no estudo de investigação, 11 não responderam ao questionário complementar.

4.1.3.1 Descrição sociodemográfica e contexto familiar

A amostra é constituída por 64 crianças, 32 raparigas (50%), com idades compreendidas entre os 6,3 e os 11,1 anos de idade à data da avaliação (Tabela I - Apêndice 1).

As crianças de nacionalidade portuguesa representam 90,6% da amostra (n=48), sendo as restantes 5, de nacionalidades cubana, brasileira ou senegalesa (Tabela II - Apêndice 1).

Habitam com ambos os pais 60,4% das crianças (n=32), 33,9% habita com a mãe ou com o pai (n=18) e 5,7% (n=3) não habita com os pais (Tabela III - Apêndice 1).

Constatou-se que 26,4% dos pais se encontra na categoria desempregado/reformado/desconhece e 22,6% na categoria de “Pessoal dos serviços e vendedores” (Tabela IV - Apêndice 1).

A profissão da mãe integra-se na categoria “Pessoal dos serviços e vendedores” em 37,7% das crianças e em 20,8% em “Pessoal administrativo e similares” (Tabela V - Apêndice 1).

Foi negado acompanhamento em saúde mental por parte da família por 79,2% dos pais respondentes (n=42) e 20,8% (n=11) referiu ter acompanhamento por um terapeuta (Tabela VI - Apêndice 1). Foi referido que 28,3% das crianças (n=15) tem acompanhamento em saúde mental (Tabela VII - Apêndice 1).

4.1.3.2 Prevalência de perturbação do estado de saúde mental segundo SDQ

Na presente amostra, 14 crianças (21,9%; IC95% 13,50 - 33,53) apresentam Perturbação Emocional, 18 (28,1%; IC95% 18,59 - 40,13) Perturbação da Conduta, 12 (18,8%; IC95% 11,06 - 29,97) Perturbação de Hiperatividade e 30 (46,9%; IC95% 35,18 - 58,93) Perturbação Psiquiátrica (Tabela XIV - Apêndice 1).

Verifica-se que 14 crianças apresentam, simultaneamente, dois ou mais diagnósticos previstos pelo SDQ.

Das 64 crianças, 33 (51,6%) apresentam possíveis alterações do estado de saúde mental (total de crianças em risco de perturbação): 30 crianças (46,9%) apresentam perturbações previstas pelo algoritmo do SDQ e 3 crianças (4,7%) apresentam pontuações totais de dificuldades para o SDQ - Versão de Pais e SDQ - Versão de Professores dentro dos valores "Limítrofes" ou "Anormais", sem apresentarem nenhum diagnóstico associado previsto pelo algoritmo.

4.1.3.3 Resultados do SDQ - Versão de Pais e Versão de Professores com Suplemento de Impacto

No presente estudo consideraram-se como relevantes as respostas às questões que avaliam a cronicidade (tempo de manifestação das dificuldades), o sofrimento global (as dificuldades incomodam ou fazem sofrer a criança) e a sobrecarga das dificuldades da criança para os outros (família e/ou escola), respetivamente, segunda, terceira e quinta questões do suplemento de impacto do SDQ. Estas questões são respondidas quando os pais ou os professores respondem de forma afirmativa à primeira questão do suplemento de impacto do SDQ, que questiona se consideram que a criança apresenta dificuldades em alguma das

seguintes áreas: “emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com os outros”.

Dos 64 pais que responderam ao questionário, 39 referem que as crianças apresentam dificuldades emocionais, de concentração, comportamento e relacionais (primeira questão do suplemento de impacto).

Dos 39 pais que responderam à primeira questão, quatro não responderam há quanto tempo a criança apresenta dificuldades nas áreas mencionadas. Dos 35 pais que responderam, 97,1% identificam que a criança apresenta dificuldades há mais de seis meses e 2,9% há menos de um mês (Tabela VIII - Apêndice 1).

Responderam à questão que avalia o sofrimento global 38 dos 39 pais: 39,5% consideram que as dificuldades incomodam ou fazem sofrer “pouco”; para 31,6 % as dificuldades incomodam ou fazem sofrer "muito/muitíssimo"; 28,9% dos pais referem que as dificuldades não incomodam nem fazem sofrer a criança (Tabela IX - Apêndice 1).

Responderam à questão que avalia a sobrecarga das dificuldades para os pais e família 37 dos 39 pais: 43,2% afirma que as dificuldades da criança não são uma sobrecarga e 56,7% referem que provocam sobrecarga. Destes, 27% referem que as dificuldades sobrecarregam "muito/muitíssimo" (Tabela X- Apêndice 1).

Dos 64 professores que responderam ao questionário, três não responderam à primeira questão, não tendo assim respondido às questões seguintes. Dos 61 professores que responderam ao suplemento de impacto do SDQ, 36 referem que as crianças apresentam dificuldades emocionais, de concentração, comportamento e relacionais.

Dos 36 professores que responderam à primeira questão, 10 não responderam há quanto tempo é que a criança apresenta dificuldades nas referidas áreas. Os 26 professores que responderam consideram que as crianças apresentam dificuldades há mais de seis meses (Tabela XI - Apêndice 1).

Responderam à questão que avalia o sofrimento global 32 dos 36 professores, dos quais 59,4% referem que as dificuldades da criança a incomodam ou fazem sofrer “pouco”, 28,1% referem que incomodam “muito/muitíssimo” e em 12,5% que não provocam sofrimento nem incomodam (Tabela XII - Apêndice 1).

Não responderam à questão que avalia a sobrecarga para professores/classe/turma nove dos 36 professores. Dos 27 professores respondentes, 40,7% referem que as dificuldades da criança sobrecarregam “pouco” e 29,6% referem que sobrecarregam “muito/muitíssimo” (Tabela XIII - Apêndice 1).

4.1.3.4 Fatores associados à existência de alterações do estado de saúde mental identificadas pelo SDQ

No momento da avaliação, nem a identificação de perturbação emocional, Perturbação da Conduta, Perturbação de Hiperatividade e Perturbação Psiquiátrica nem a identificação de risco de perturbação apresentam relação estatisticamente significativa com o género (Tabela XV - Apêndice 2).

A mediana da idade das crianças da amostra com risco de perturbação mental era de 8,14 anos (P_{25} 7,27 anos; P_{75} 9,57 anos). Nesta amostra, não foi encontrada relação com significância estatística entre a idade e o risco de perturbação.

Das 33 crianças que apresentam risco de perturbação, 93,3% é de nacionalidade portuguesa (Tabela XVI - Apêndice 2).

A taxa de prevalência de criança em risco de perturbação mostra-se significativamente inferior quando a criança habita com ambos os pais quando comparada com a criança que habita com um dos pais ($p=0,003$) (Tabela XVII).

Tabela XVII - Distribuição das crianças com risco de perturbação mental avaliado pelo SDQ - *Strengths and Difficulties Questionnaire* com coabitação

Total crianças em risco de perturbação*		
Coabitação	Com ambos os pais	13/32 (40,6%)
	Com um dos pais	15/18 (83,3%)
	Sem os pais	2/3 (66,7%)
Total		30/53 (56,6%)

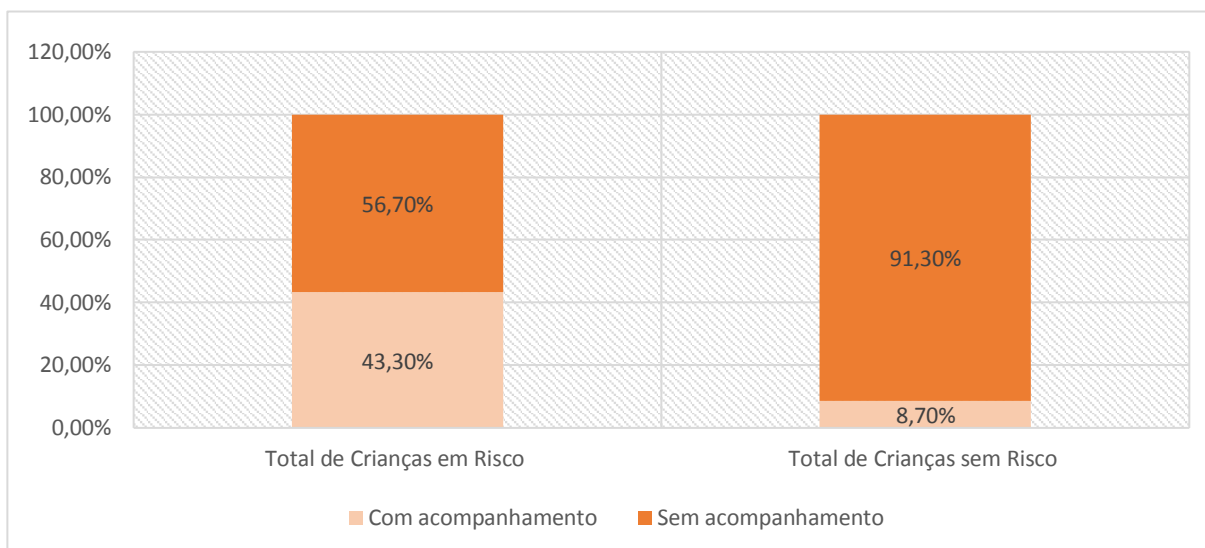
*(Teste exacto de Fisher, $p < 0,05$)

A aparente maior prevalência de crianças em risco de perturbação quando o pai está desempregado, reformado ou desconhece não se confirma estatisticamente. Não se verifica associação significativa entre a presença de alterações do estado de saúde mental e a profissão da mãe (Tabela XVIII e Tabela XIX - Apêndice 2).

Referem ter acompanhamento em saúde mental 26% dos familiares das crianças que apresentam risco de perturbação. Não se verifica associação significativa entre a identificação de risco de perturbação de saúde mental na criança e a existência de familiares com acompanhamento em saúde mental (Tabela XX - Apêndice 2).

Foi referido que tinham acompanhamento em saúde mental 43,3% (IC95% 27,38 - 60,8) das crianças que apresentavam risco de perturbação. Das crianças com acompanhamento em saúde mental, 8,7% não foram identificadas como tendo alterações do estado de saúde mental. Das crianças sem acompanhamento em saúde mental 56,7% apresentam possíveis alterações do estado de saúde mental (total de crianças em risco de perturbação) (Gráfico I). Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a identificação de risco de perturbação e a criança ter acompanhamento em saúde mental.

Gráfico II- Distribuição de total de crianças com risco de perturbação mental avaliado pelo SDQ - *Strengths and Difficulties Questionnaire* com acompanhamento em saúde mental (n=15)



Segundo a apreciação dos pais, 96% das crianças com risco de perturbação apresentam dificuldades há mais de seis meses, 46% associam-se a “muito/muitíssimo” sofrimento e 36% a “muita/muitíssima” sobrecarga para os pais e família (Tabela XXI a Tabela XXIII - Apêndice 2).

Quanto à apreciação dos professores relativamente às crianças com risco de perturbação, em 100% das crianças assumem que as dificuldades destas se manifestam há mais de seis meses, 39,1% consideram como “muito/muitíssimo” o sofrimento da criança e 55% destaca como “pouca” a sobrecarga para o professor/classe/turma como (Tabela XXIV a Tabela XXVI - Apêndice 2).

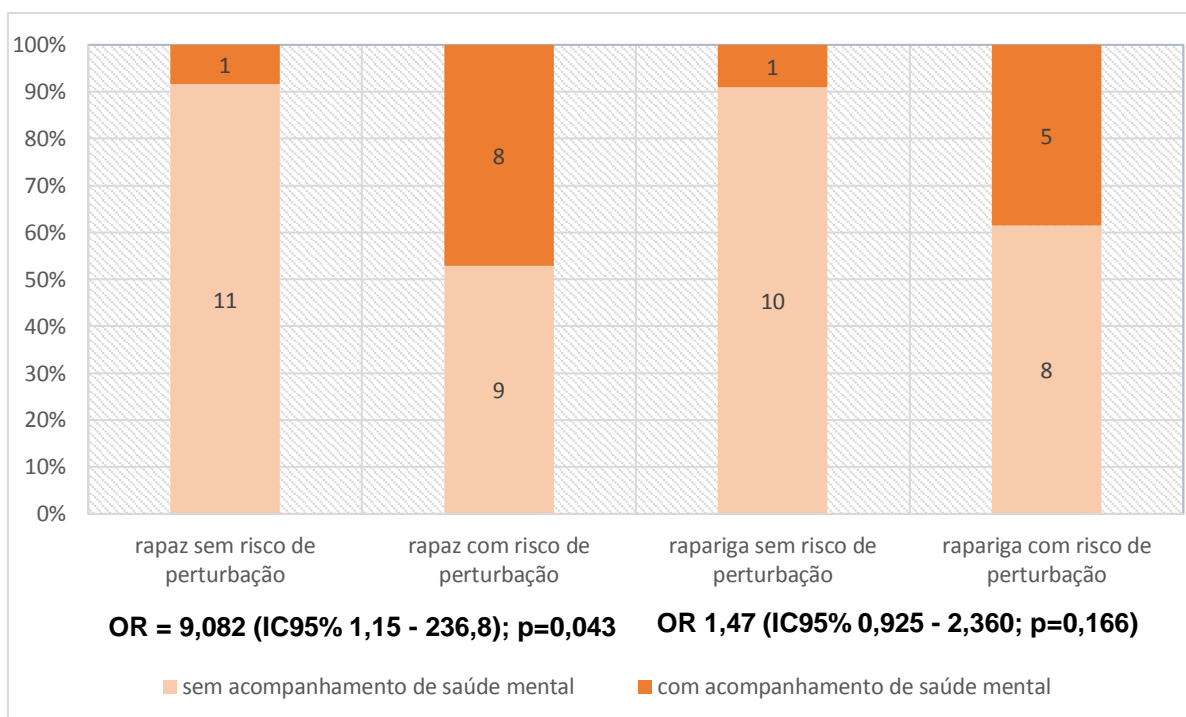
Na perspetiva dos pais, tal como na perspetiva dos professores, o risco de perturbação nas crianças associam-se significativamente ao sofrimento global e à sobrecarga para os pais/família ou professor/classe/turma, mas não à cronicidade.

Os vários modelos multivariáveis de associações realizados para avaliar fatores associados a maior risco de alterações do estado de saúde mental e acompanhamento em saúde mental das crianças da escola em estudo, são apresentados em seguida.

Quanto à possibilidade das crianças em risco de perturbação desta escola, terem acompanhamento em saúde mental identificou-se que os rapazes em risco de perturbação têm nove vezes mais possibilidade de ter acompanhamento em saúde

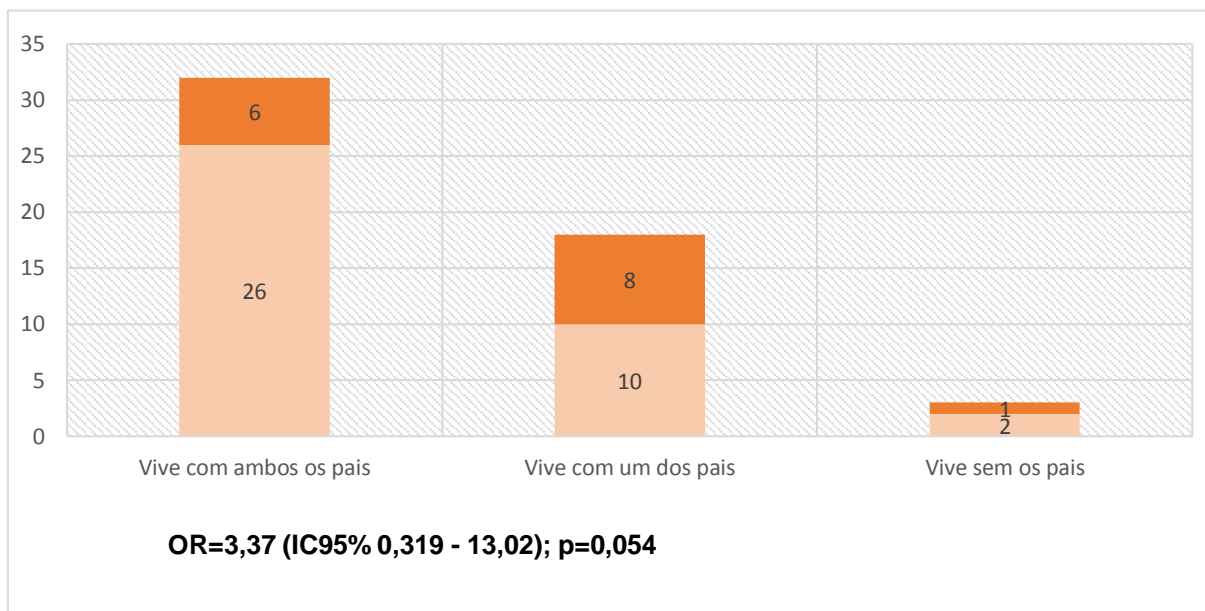
mental do que as raparigas (OR = 9,082; IC95% 1,15 - 236,8) (Gráfico II).

Gráfico II – Possibilidade de acompanhamento de saúde mental na amostra de crianças do primeiro ciclo, consoante o género e o risco de perturbação de saúde mental avaliado pelo SDQ - *Strengths and Difficulties Questionnaire*. Os rapazes em risco têm mais frequentemente acompanhamento de saúde mental (análise estratificada; teste exacto de Fisher p=0,006).



Verificou-se que a criança que vive com apenas um dos pais apresenta possibilidade de ter acompanhamento três vezes maior do que a criança que habita com ambos os pais (OR=3,37; IC95% 0,319-13,02 p=0,054) (Gráfico III).

Gráfico III – Possibilidade de acompanhamento de saúde mental na amostra de crianças do primeiro ciclo, consoante coabitação. As crianças que habitam com um dos pais têm mais frequentemente acompanhamento de saúde mental (análise estratificada; teste exacto de Fisher $p=0,054$).



3.1.4. Discussão

A deteção precoce de problemas de saúde mental na criança apresenta-se nos dias correntes como um grande foco dos profissionais de saúde. Apesar de existir ainda uma grande dificuldade no diagnóstico precoce, os dados epidemiológicos mostram uma prevalência de crianças com critérios de diagnóstico segundo DSM-IV de perturbação mental entre 10-15% (Silva, Ósorio e Loureiro, 2015).

O SDQ apresenta-se como um instrumento importante na avaliação clínica em saúde mental de crianças. O SDQ é utilizado tanto na identificação de alterações da saúde mental na criança, como constitui uma ferramenta de investigação em estudos epidemiológicos em amostras clínicas e comunitárias (Goodman, Ford, Simmons, Gatward e Meltzer, 2003; Vaz et al, 2016).

Goodman et al (2003) no seu estudo confirmam a capacidade preditiva do algoritmo do SDQ como *“able to detect children with psychiatric disorders in the community with reasonable efficiency”*²⁶ (Goodman et al, 2003, p. 170).

Este instrumento encontra-se traduzido e validado em mais de 60 países, onde tem sido evidenciada a sua sensibilidade, bem como as suas propriedades psicométricas. Com isto é possível utilizar este instrumento *“in epidemiological, developmental, and clinical research in many countries”*²⁷ (Vaz et al, 2016, p. 4).

Na análise dos resultados do presente estudo deve ter-se em consideração o processo de amostragem por conveniência, dependente dos critérios de exclusão e da obtenção do consentimento parental. Com isto não é possível garantir que a amostra seja representativa da população, sendo que os resultados desta só se aplicam a ela própria.

No total da amostra (64 crianças com idades entre 6 e 11 anos) verificou-se uma prevalência de 21,9% Perturbação Emocional, 28,1% Perturbação da Conduta, 18,8% Perturbação de Hiperatividade e 46,9% Perturbação Psiquiátrica (integra uma ou mais das categorias: Perturbação Emocional, Perturbação da Conduta e Perturbação de Hiperatividade). Num total de crianças em risco de perturbação de 51,6%, 46,9% das crianças apresentam perturbações previstas pelo algoritmo do SDQ e 4,7% das crianças apresentavam pontuações totais de dificuldades para SDQ - Versão de Pais e SDQ -Versão de Professores dentro dos valores “Limítrofes” ou “Anormais” sem qualquer diagnóstico previsto pelo algoritmo associado.

Constatou-se uma escassez de estudos de prevalência de perturbações psiquiátricas na infância em amostras comunitárias europeias. Desta forma, os estudos mencionados de seguida, para além de se referirem a diferentes faixas etárias utilizaram diferentes metodologias de avaliação e referem-se a diferentes países com distintas características culturais, sociais e económicas o que poderá justificar as diferenças encontradas.

²⁶ Tradução: “capaz de detetar crianças com perturbação psiquiátrica na comunidade com eficácia razoável”.

²⁷ Tradução: “em pesquisas epidemiológicas, do desenvolvimento e clínicas em diversos países”.

Kovess-Masfety et al (2016) apresentaram um estudo comparativo entre a prevalência de problemas de saúde mental em sete países da Europa num total de 7682 crianças entre os 6 e os 11 anos, com a aplicação do SDQ (Itália $n=757$, Alemanha $n=476$, Holanda $n=684$, Lituânia $n=1159$, Bulgária $n=1081$, Roménia $n=1206$ e Turquia $n=666$). Nestes países verificou-se uma taxa de prevalência de Perturbação Psiquiátrica de 15,5% na Lituânia, 12,8% na Alemanha, 12,3% na Roménia, 11,9% na Holanda, 11,2% na Bulgária, 11% na Turquia e 7,8% na Itália.

Ravens-Sieberer et al (2008) numa amostra de 1133 crianças alemãs entres os 7 e os 10 anos identificaram 16,1% crianças com perturbação psiquiátrica através da aplicação do SDQ. Resultado que se evidencia superior ao estudo anteriormente apresentado, contudo a variação no número da amostra poderá ter influência nessa discrepância.

Petersen, Bilenberg, Hoerder, e Gilberg (2006) num estudo dinamarquês com 751 crianças com 8 e 9 anos de idade identificaram 11,8% crianças com Perturbação Psiquiátrica, sendo a Perturbação de Hiperatividade a mais comum nessa amostra.

Saur e Loureiro (2014) numa amostra de 673 crianças em São Paulo, Brasil, entre os 10 e 11 anos constataram uma taxa de prevalência de Perturbações Emocionais de 53,9%, Perturbações de Hiperatividade de 25,1% e Perturbação de Conduta de 33,3%.

Desta forma a primeira hipótese deste estudo: “a prevalência de perturbação do estado de saúde mental em crianças de uma escola básica de Lisboa é semelhante à esperada” não se confirma. Nos resultados apresentados verificou-se uma taxa de prevalência de cerca 51,6% de total de crianças em risco de perturbação em que 46,9% das crianças apresentam Perturbação Psiquiatria (perturbação prevista pelo algoritmo do SDQ). Apesar de não ser possível a sua comparação direta com os estudos aqui evidenciados, pelas inerentes diferenças já referenciadas anteriormente, estes resultados aproximam-se mais dos encontrados no estudo brasileiro (Saur e Loureiro, 2014) do que nos estudos europeus (Kovess-Masfety et al, 2016; Ravens-Sieberer et al, 2008; Petersen et al, 2006).

Contudo, em 2008 a CNPSM identificava uma prevalência de perturbação mental na criança de 20%, mas já previa um aumento deste valor para os anos seguintes. A considerar também que na última década Portugal foi atingido por uma grave crise financeira que trouxe danos significativos à saúde mental da população. Frasquilho et al (2016) destacaram o impacto negativo da crise na saúde mental das crianças, *“economic stress can lead to deterioration in children’s mental health, mainly through changes in family relationships and parenting quality”*²⁸ (Frasquilho et al, 2016, p. 28). Estes autores destacaram ainda o desemprego parental e a pressão económica como *“devastating impact on families, in particular children, since the family is the most important context for their healthy development”*²⁹ (Frasquilho et al, 2016, p. 2). Tais constatações confirmam o verificado no presente estudo, no qual, apesar de não ser estatisticamente significativo, 71,4% das crianças em que o pai se encontra na categoria profissional desempregado/reformado/desconhece apresentam risco de perturbação.

Num contexto de grave crise como a vivida nos últimos anos em Portugal Legido-Quigley et al (2016) verificaram *“a number of studies suggest that mental health-related illness is more prevalent in Portugal than in other European countries”*³⁰ (Legido-Quigley et al, 2016, p. 837).

A hipótese “as dificuldades apresentadas pelas crianças com perturbação sobrecarregam “muito” as famílias e a escola” confirma-se em 36% na avaliação dos pais e 40% na avaliação dos professores. No entanto também se verificou que 64% dos pais referem como “nada” ou “pouca” a sobrecarga das dificuldades da criança em risco de perturbação para os pais/família. O que se constata semelhante à avaliação por parte dos professores que consideram que 60% das dificuldades das crianças em risco de perturbação constituem pouca ou nenhuma sobrecarga para os professores/classe/turma. Resultados interessantes no que toca à avaliação dos professores, pois *“mental health problems are significant barriers to learning and*

²⁸ Tradução: “stresse económico pode levar a deterioração da saúde mental da criança, maioritariamente através das mudanças nas relações familiares e nas dinâmicas de parentalidade”.

²⁹ Tradução: “impacto devastante nas famílias, em particular nas crianças, dado que a família é o contexto mais importante para o seu desenvolvimento saudável”.

³⁰ Tradução: “um número de estudos sugere que doença relacionada com saúde-mental é mais prevalente em Portugal que em outros países europeus”.

*academic achievement*³¹ (Levitt, Saka, Romanelli e Hoagwood, 2007, p. 165), para além da alegada interferência das perturbações do comportamento externalizantes em sala de aula.

A hipótese “as perturbações associam-se a “muito” sofrimento da criança” confirma-se na avaliação dos pais com 42,3% a identificarem como “muito/muitíssimo” o sofrimento do seu filho em risco de perturbação. Contudo, na perspetiva dos professores 52,2% referem como “pouco” o sofrimento da criança em risco de perturbação. Num estudo observou-se a dificuldade de se considerar o comportamento externalizado da criança como forma de expressar o seu mal-estar e sofrimento interno (Simeão, 2013).

A hipótese “as crianças com risco de perturbação do estado de saúde mental têm acompanhamento em saúde mental” confirma-se em parte, pois é referido em 43,3% das crianças em risco de perturbação. Este resultado é positivo e superior aos dados estimados pela CNPSM em que apenas 1/5 das crianças com necessidade de acompanhamento recebe tratamento.

Com resultados comparáveis aos encontrados neste estudo surge o artigo já citado de Ravens-Sieberer et al, (2008), os quais constataram que 34,4% (IC95% 21,1 - 50,7) das crianças com necessidade de acompanhamento recebem tratamento em saúde mental. Estes autores verificaram ainda uma diferença significativa entre géneros, onde as raparigas em risco de perturbação apresentam menor possibilidade de receber acompanhamento do que os rapazes (Ravens-Sieberer et al, 2008). Esta constatação verifica-se no presente estudo em que os rapazes em risco de perturbação apresentam nove vezes mais possibilidade de receber acompanhamento do que as raparigas. Ravens-Sieberer et al (2008) justificaram estas diferenças de género ao nível do tipo de perturbação, sendo que os rapazes apresentam maior tendência para perturbações do comportamento externalizantes. Já as raparigas apresentam maior tendência para perturbações do comportamento internalizantes, *“it is likely that parents still expect their female children to be more sensible and calmer*

³¹ Tradução: “problemas de saúde mental criam barreiras significativas à aprendizagem e ao progresso académico”.

*than boys*³² (Ravens-Sieberer et al, 2008, p. 30). No entanto, no presente estudo o tipo de perturbação não apresentou associação significativa com o género, eventualmente devido às dimensões da amostra.

Neste estudo verificou-se ainda uma possibilidade acrescida de a criança ter acompanhamento quando habita com apenas um dos pais. De considerar que das 18 crianças que habitam com um dos pais, 15 apresentam risco de perturbação. Desta forma, verificou-se que as crianças que habitam apenas com um dos elementos parentais apresentam significativamente maior risco de perturbação, mas ao mesmo tempo, uma maior possibilidade de ter acompanhamento em saúde mental.

No estudo de Kovess et al (2015), o qual compara sete países europeus verificou-se que 69,8% das crianças com necessidades de acompanhamento não recebem tratamento. Estes autores concluíram no seu estudo que *“the access to care for mental health problems for children is low every where in Europe but lower in the East where re-education is still preferred to psychological care compared to the west”*³³ (Kovess et al, 2015, p. 121).

Para Silva, Ósorio e Loureiro (2015) a alta prevalência de crianças com risco de perturbação sem acompanhamento em saúde mental deve-se à não identificação precoce das alterações do estado de saúde mental.

Goodman (1999) sugere que a sobrecarga das dificuldades da criança em risco de perturbação provoca na família *“is a powerful predictor of whether the individual will be referred to services for children and adolescents with emotional and behavioural problems”*³⁴ (Goodman, 1999, p. 798). Tal facto pode justificar a referenciação de apenas 43,3% das crianças com necessidades de acompanhamento, pois segundo a avaliação realizada pelos pais, neste estudo, apenas 1/3 das crianças em risco de

³² Tradução: “é provável que pais considerem que as suas filhas sejam mais sensíveis e calmas que os seus filhos”.

³³ Tradução: “o acesso a cuidados específicos de saúde mental nas crianças é baixo em toda a Europa mas ainda mais reduzido nos países do Europa mais a Este onde a reeducação ainda é preferida ao cuidar psicológico comparativamente aos países mais Ocidentais”.

³⁴ Tradução: “é um forte indicador da possibilidade do indivíduo ser, ou não, referenciado aos serviços, como tendo problemas emocionais e de comportamento”.

perturbação apresentam dificuldades que constituem “muita/muitíssima” sobrecarga para os pais/família.

A maioria dos pais ou professores não se sente capaz de avaliar alterações do estado de saúde mental das crianças. Levitt et al (2007) refere no seu artigo que apenas 0,6%-16% das crianças com alterações do estado de saúde mental é identificada pelas pessoas de referência como pais/família, professores e/ou pediatra.

Relativamente às 46 crianças que não integraram o estudo porque os pais não o consentiram, desconhece-se qualquer informação, pelo que não é possível assumir-se que estas teriam ou não impacto nos resultados. Verificou-se ainda que a dimensão da amostra não possibilitou a identificação de associações significativas na maioria das variáveis, o que poderia mostrar-se diferente com uma amostra superior.

Com este projeto de investigação foram alcançados os objetivos propostos, obtendo-se resposta à pergunta de investigação formulada.

Na amostra estudada, não se confirma que o acompanhamento em saúde mental das crianças da escola do 1º ciclo seja adequado às suas necessidades. Contudo verificou-se uma taxa de crianças referenciadas superior comparativamente às referências internacionais mencionadas.

3.2. Estágio no Hospital de Dia de Psiquiatria da Infância

3.2.1. Objetivos e finalidades

O estágio em contexto comunitário, como já mencionado anteriormente, decorreu num Hospital de Dia de Psiquiatria da Infância no período de 28 outubro a 10 fevereiro. Este estágio teve uma frequência semanal, à quarta-feira com uma duração de 1 hora e 30 minutos.

Neste contexto defini como objetivo:

- Adquirir e desenvolver competências do EEESM no âmbito da prestação de cuidados psicoterapêuticos e socioterapêutico num grupo terapêutico, inserido na comunidade.

Embora o término do estágio fosse a data supracitada (décima quarta sessão), dei continuidade á minha permanência no grupo até ao final do ano letivo (trigésima sessão), com o intuito de dar continuidade à intervenção que tinha vindo a ser realizada, manter e respeitar a relação terapêutica³⁵ que se tinha estabelecido entre os elementos do grupo e assegurar o cumprimento do objetivo definido para este contexto.

3.2.2. Prática Clínica desenvolvida

O Hospital de Dia de Psiquiatria da Infância tem como população alvo crianças dos 6 aos 13 anos de idade.

A metodologia de trabalho desta unidade foca-se na continuidade de cuidados (da promoção da saúde mental à reabilitação) e tratamento multidisciplinar integrado (aspectos biomédicos, relacionais e psico-sociais). As intervenções terapêuticas assentam em equipas multidisciplinares (pedopsiquiatras, EEESM, psicólogos, psicomotricistas, terapeutas ocupacionais, professores, assistentes sociais) onde é privilegiada a prevenção, o diagnóstico e intervenção precoce, a integração familiar,

³⁵ Relação terapêutica caracteriza-se "pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde" (OE, 2012, p. 10).

escolar, social e combate ao estigma. A prevenção da cronicidade, da marginalização e sequelas deficitárias são preocupações constantes, exigindo frequentemente um processo terapêutico longo e um trabalho assíduo com a família e a escola (CHLC, 2015).

Como objetivos centrais da intervenção da equipa comunitária elevam-se: proporcionar tratamento especializado a crianças e adolescentes e suas famílias; promover a integração familiar dos clientes e o alívio do sofrimento psíquico dos mesmos, bem como das suas famílias (CHLC, 2015). A intervenção terapêutica passa por intervenções individuais e/ou de grupo, sendo definido em equipa multidisciplinar o profissional que melhor consegue dar resposta à situação clínica do cliente, tendo este um papel preponderante na construção do projeto terapêutico do mesmo. As reuniões multidisciplinares decorrem semanalmente onde são realizados ajustes ou reorientações no projeto terapêutico da criança.

A diversidade de profissionais e intervenções, tal como o elevado grau de exigência clínica leva a que sejam realizadas reuniões regulares de supervisão e intervisão com o intuito de manter a continuidade formativa, encontro de novos olhares acerca das situações clínicas, consciencialização e/ou análise de processos transferenciais e/ou contratransferenciais, ao encontro de um desenvolvimento pessoal e profissional.

Durante a formação na licenciatura integrei um dos estágios neste mesmo local, tendo sido nesse momento que a saúde mental da infância e adolescência ganhou destaque dentro de mim. A experiência mostrou-se muito reveladora tanto a nível pessoal, com a tomada de consciência da influência do meu Eu na relação e na intervenção terapêutica com estas crianças, tal como a nível profissional com um encantamento pela área e pelo papel do EEESM nesse âmbito.

Com isto, parti para este estágio com um conjunto de expectativas ambiciosas, tanto numa perspetiva profissional como pessoal, tendo ambas sido amplamente atingidas. Nos próximos parágrafos pretendo apresentar o reflexo do caminho construído e as aprendizagens desenvolvidas.

Em Outubro de 2015 foi construído um grupo terapêutico com crianças sem experiência anterior de terapia de grupo (com idades compreendidas entre os 10-12 anos), sendo que todos os elementos tinham um seguimento em consulta individual com pedopsiquiatra. Em simultâneo ao grupo terapêutico com as crianças era realizada uma intervenção familiar em grupo com uma EEESM com formação em terapia familiar, numa regularidade quinzenal conseguindo assim complementar a intervenção terapêutica e ir ao encontro do projeto terapêutico delineado para a criança e família.

Segundo Vinogradov e Yalom (1992) a intervenção em grupo apresenta para além de benefícios económicos, pois dois terapeutas servem um grupo de 5-10 clientes, “um modo incomparável de psicoterapia, porque se baseia em um instrumento terapêutico muito poderoso, o *setting* de grupo” (Vinogradov e Yalom, 1992, p. 12). Com isto Vinogradov e Yalom (1992) afirmam que em grupo os seus elementos deixam emergir na relação com o outro sentimentos e emoções genuínas, que também emergem nas relações do seu quotidiano fora do grupo (casa, escola, atividades de lazer, etc.). Com o benefício de ocorrerem ali “sob o escrutínio do grupo onde, com uma cuidadosa liderança terapêutica, os membros dão e recebem feedback acerca do significado e efeito das suas várias interações uns com os outros” (Vinogradov e Yalom, 1992, p. 13).

A intervenção em grupo assenta nos referenciais teóricos do Psicodrama e Sociodrama Moreniano³⁶, sendo que o olhar e a leitura acerca de cada um dos elementos se insere numa perspetiva dinâmica³⁷.

No contexto do estágio integrei um grupo como segunda co-terapeuta³⁸, sendo o terapeuta e a co-terapeuta dois EEESM. Os elementos co-terapeutas

³⁶“Método de psicoterapia inventado por Jacob Levy Moreno, derivado da catarse e que consiste em o sujeito encenar, com um objetivo terapêutico, uma situação conflitiva, isto é, em representá-la num palco de teatro improvisado” (Roudinesco e Plon, 1998, p. 611); O cliente desempenha o papel de si próprio assumindo o papel de protagonista, o terapeuta de diretor e os restantes elementos de auditório. Durante a sessão a ação desenrola-se no cenário/palco onde é proporcionado uma atmosfera segura e menos ameaçadora e o protagonista pode expressar os seus verdadeiros sentimentos, sendo a resolução de conflitos interpessoais facilitada (Townsend, 2009).

³⁷ “fazendo intervir um tratamento psíquico ao longo do qual se instaura uma relação de transferência entre o médico e o doente” (Roudinesco e Plon, 1998, p. 627); Para Peplau a enfermagem psicodinâmica pretende “compreender o comportamento de uns para ajudar outros a identificar as dificuldades sentidas e aplicar princípios de relações humanas aos problemas que surgem em todos os níveis de experiências” (Tomey e Alligood, 2002, p. 426).

³⁸Critérios de avaliação “F2.3.3. Implementa projectos de cuidados a clientes em todas as fases do ciclo vital e a cuidadores, no âmbito da saúde mental, incluindo: (...) projectos que promovam o bem-estar e saúde mental dos clientes que necessitem de cuidados, na comunidade ou em instituições” (OE, 2010, p.5)

complementam e apoiam o terapeuta, sendo que podem trocar sentires, examinar intuições em conjunto, conseguindo ampliar o poder terapêutico de cada um (Vinogradov e Yalom, 1992). O cuidado de se construir uma equipa terapêutica com ambos os géneros traz também consigo diversas vantagens “recria a configuração familiar original (...) [o que] aumenta a carga afetiva do grupo (...) os elementos masculinos e femininos oferecem ao grupo um *setting* mais amplo para possíveis reações transferências” (Vinogradov e Yalom, 1992, p. 49), o que foi tido em conta na construção da equipa terapêutica que integrei.

O grupo inicial era construído com cinco elementos (quatro do género masculino e um do género feminino), que apesar de apresentarem formas de expressão diferentes, partilhavam dificuldades do ponto vista social, nomeadamente, dificuldades na relação com os pares; alterações do comportamento (tanto de uma forma externalizante, com a inquietude e hetero-agressividade, como de uma forma internalizante, com o isolamento social e crises de ansiedade); questões ligadas com relações fusionais maternas, dificuldades no processo de autonomização; baixa tolerância à frustração; insucesso escolar e grandes dificuldades em pensar e compreender estados emocionais³⁹. Segundo Vinogradov e Yalom na construção de um grupo a maior preocupação do terapeuta é identificar elementos onde exista “homogeneidade na força do ego e heterogeneidade nas áreas de problemas” (Vinogradov e Yalom, 1992, p. 60). Desta forma é possível desenvolver uma maior coesão grupal através da identificação individual entre os elementos e a riqueza na disparidade das manifestações transferenciais. Com estes critérios é possível atingir os principais objetivos da intervenção em grupo que se ligam ao alívio da sintomatologia e também à alteração da estrutura do Eu (Vinogradov e Yalom, 1992).

No Hospital de Dia de Psiquiatria da Infância os grupos terapêuticos são considerados tendencialmente fechados (pois em algum momento pode ser necessário integrar novos elementos) onde se propõe que as crianças permaneçam no mínimo dois anos, com o limite de três anos consecutivos. Segundo o modelo de

³⁹ Unidades de competência: “F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade. Critérios de avaliação: F3.1.1 Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental; F3.1.2. Avalia o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar.” (OE, 2010, p. 5).

Moreno “um tratamento completo pode requerer de um a dois anos, sendo este o tempo suficiente para que o indivíduo modifique o seu estilo de vida” (Abreu, 2006, p. 31).

Em meados de janeiro um dos elementos abandonou o grupo terapêutico por dificuldades na gestão escolar. Apesar de ter sido realizada uma parceria positiva com a escola, e encontrada a melhor forma para viabilizar a ida da criança ao grupo sem detrimento do aproveitamento escolar, os pais mantiveram a mesma posição recusando a ida do filho ao grupo terapêutico. Cerca de 10 a 35% dos membros dos grupos em contexto de ambulatório desistem nos primeiros 12-20 encontros (Vinogradov e Yalom, 1992).

Cerca de duas semanas depois integrou o grupo terapêutico um novo elemento. Um grupo que perca um elemento ficando apenas com 4-5 elementos deve integrar mais um elemento, tendo em consideração a fase e momento que o grupo está a passar (Vinogradov e Yalom, 1992). Estes autores consideram que um grupo demasiado pequeno não favorece as interações interpessoais apresentando assim “tendência para interagirem um de cada vez com o terapeuta, em vez de uns com os outros” (Vinogradov e Yalom, 1992, p. 46).

As sessões decorriam semanalmente, com uma duração de 1 hora e 30 minutos o que vai ao encontro ao sugerido na bibliografia “a duração ótima para uma sessão de terapia de grupo está entre 60 e 120 minutos (...) uma vez por semana é mais comum em trabalho de grupo com pacientes ambulatoriais” (Vinogradov e Yalom, 1992, p. 47).

A sala de eleição para o trabalho do grupo tinha cerca de 25m² onde se encontravam à disposição dos seus intervenientes diversas almofadas, mantas, mascaras e objetos que variavam na cor, tamanho, feitio e utilidade. A diversidade de material na sala permitia criar diferentes espaços de atuação para além de tornar o espaço mais acolhedor. Num canto da sala, zona onde se encontrava a maioria das almofadas, decorria habitualmente o início (aquecimento) e o fim da sessão (partilha). No centro da sala, zona despida de material, era considerado o “palco” onde decorriam

as atividades lúdicas orientadas⁴⁰ ou momentos socio-psicodramáticas com vista a abordar, aprofundar e viver temas/dificuldades manifestadas pelos elementos do grupo. Com uma intervenção inspirada nos referenciais teóricos de Moreno em todas as sessões realizadas foi possível identificar as fases que integram a sessão sociodramática como o aquecimento, dramatização e partilha. Segundo Townsend (2009) o cenário do sociodrama “proporciona ao cliente uma atmosfera mais segura e menos ameaçadora que a situação real na qual pode expressar os seus verdadeiros sentimentos” (Townsend, 2009, p. 172), facilitando assim a resolução de conflitos internos.

Ao longo das trinta sessões dinamizadas, no decorrer do estágio foi possível identificar diferentes fases do grupo.

Numa primeira fase, fase de orientação⁴¹, as sessões tinham um intuito preferencialmente lúdico, pretendia-se nessa fase construir vínculos de confiança entre os membros do grupo e entre estes e os terapeutas; promover a coesão grupal; desenvolver o sentimento de pertença construindo assim a unidade grupal dentro de cada elemento. Foi também nesta fase que se estabeleceram as regras que regiam o grupo, abordadas as expectativas de cada um para o grupo, a importância da confidencialidade e como seriam organizadas as sessões (Apêndice 3).

Durante esta fase tudo se mostrava novo aos meus olhos, contudo o tempo mostrava-se como o principal trunfo. A relação tinha tempo para se contruir, sem pressa de perceber, sem pressa para descobrir o outro, o que permitia que cada elemento deixasse emergir as suas próprias inquietação ao seu ritmo. Nas primeiras sessões mantinha-me focada em descobrir quem eram aquelas crianças, mostrar-me e descobrir-me enquanto profissional e desenvolver o meu papel enquanto EEESM, encontrar um lugar naquela sala e sentir-me confortável nele. As atividades lúdicas

⁴⁰ Segundo Manes (2007) “os jogos fornecem um nível base de estimulação capaz de activar processos que permitem a tomada de consciência das dimensões intrapsíquicas e relacionais (...) facilitam a aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os outros” (Manes, 2007, p. 6).

⁴¹ Fase de orientação: “os participantes observam-se uns aos outros e prestam atenção ao animador. Raramente arriscam expor as próprias ideias e impressões (...) [sentem-se] inseguros, algo agressivos, desconfiados, respondem de maneira pouco natural e procuram das outros uma determinada imagem de si próprios” (Manes, 2007, p. 20).

mostraram-se muito favoráveis nesta fase pois através do jogo e do corpo é possível suscitar a confiança no grupo e o prazer em estar em grupo (Manes, 2007).

Numa segunda fase, fase de trabalho⁴², através das dinâmicas de grupo que recorriam maioritariamente à dramatização e ao movimento foram emergindo as problemáticas de cada um dos elementos. Cada um deles foi conseguindo expressar através de diversos mediadores os sentimentos e emoções⁴³ que iam emergindo fora e dentro do grupo. Desta forma foi possível favorecer uma maior consciência acerca das problemáticas de cada um dos elementos do grupo e de todos num conjunto⁴⁴. Um dos aspetos positivos da intervenção em grupo liga-se à possibilidade da crítica e do conflito com outro, tal como Yalom sugere “um dos princípios mais importantes na terapia de grupo é que o colectivo funciona como um mundo em miniatura” (Yalom, 2011, p. 92). A inevitabilidade de reproduzir no grupo as dificuldades que são vividas no mundo social apresenta-se como muito positivo pois, naquele espaço é possível encontrar outro sentido para o vivido e assim promover a mudança. Nesta fase do grupo eram também visíveis as diferenças ao nível do funcionamento de cada um dos elementos e das suas próprias necessidades. Cada um encontrava autonomamente, ou com a ajuda dos terapeutas, determinado conjunto de fatores terapêuticos que os beneficiavam⁴⁵. Tal como Vinogradov e Yalom (1992) expressam no seu livro em cada encontro são disponibilizados diferentes mecanismos de mudança e cada um “escolhia” os melhores que se enquadravam às suas dificuldades, utilizando mesmo a expressão de “restaurante terapêutico, *self-service*” (Vinogradov e Yalom, 1992, p. 38).

A espontaneidade era o motor que gerava a sessão, no momento inicial da sessão (aquecimento) emergiam as dificuldades do quotidiano que em muitas situações eram transversais a outros elementos do grupo e esse era o ponto de partida para a ação. Moreno no psicodrama assumia que é através da espontaneidade no

⁴² Segundo Townsend (2009) na fase de trabalho já foi estabelecida a coesão dentro do grupo, sendo este o momento onde se realiza o trabalho produtivo “ocorrem no grupo a resolução de problemas e a tomada de decisão” (Townsend, 2009, p. 171).

⁴³ Critérios de avaliação “F4.2.5. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes” (OE, 2010, p. 7).

⁴⁴ Critérios de avaliação “F4.2.2. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentam o “insight” do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema” (OE, 2010, p. 7).

⁴⁵ Critérios de avaliação “F4.2.3. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental” (OE, 2010, p. 7).

cenário do psicodrama que se criam novas situações “livres de coacções sociais (...) é assim que se podem encontrar vias alternativas de resolução dos problemas que nunca seriam alcançadas através do raciocínio” (Abreu, 2006, p. 69). A problemática que emergia era aprofundada na própria sessão e/ou nas seguintes⁴⁶ através de intervenções de âmbito socioterapêutico (maioritariamente socio-psicodramáticas), no “aqui e agora”⁴⁷ recorrendo por vezes aos outros elementos do grupo e às co-terapeutas (Apêndice 4).

Na intervenção em grupo pretende-se que através da componente afetiva construída através da relação com o outro se interaja e revele livremente, se experiencie e expresse emoções e sentimentos, mas também é na observação dessa experiência emocional numa perspetiva mais distante que é possível integrar e compreender o seu significado (Vinogradov e Yalom, 1992).

Ao longo dos meses de intervenção foi notável a evolução positiva de todos os elementos constituintes do grupo terapêutico, com diminuição da sintomatologia apresentada no início da intervenção, aproveitamento escolar satisfatório e desenvolvimento de estratégias adaptativas ajustadas às situações do quotidiano.

O meu próprio percurso e a forma como fui vivendo e sentindo o grupo foi-se modificando. No processo de desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista na intervenção em contexto grupal, destaco a primeira competência do EEESM⁴⁸. A forma como me fui mobilizando como instrumento terapêutico foi-se modificando, mantendo-me permeável ao que era vivido no grupo mas numa fase final com uma maior consciência do Eu⁴⁹ acabando por desenvolver um papel enquanto EEESM mais seguro e autónomo nas diferentes situações vividas. Esse caminho apenas se tornou possível com os momentos de reflexão após as sessões com a equipa que integrava o grupo terapêutico e a EEESM que mantinha o

⁴⁶ “as sessões do grupo assumem maior peso e valor se são parte de um processo evolutivo e contínuo em vez de vários eventos estáticos desconectados” (Vinogradov e Yalom, 1992, p. 72).

⁴⁷ “o objetivo principal dos grupos terapêuticos de longa duração (...) é ajudar cada indivíduo a compreender (...) [as] suas interações com os outros membros (...) [pelo que] os membros devem aprender a focalizar sua atenção sobre as interações interpessoais imediatas que ocorrem no grupo” (Vinogradov e Yalom, 1992, p. 110).

⁴⁸ [F1] Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;

⁴⁹ Critérios de avaliação: “F1.1.4. Monitoriza as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica” (OE, 2010, p. 4)

acompanhamento das famílias; tal como com as reflexões semanais que realizava na construção do registo das sessões e a sua posterior discussão com enfermeiro orientador. Esses momentos de reflexão e intervisão desenvolvidos com o meu orientador de estágio permitiram-me olhar internamente, acalmar muitas angústias e desenvolver conhecimento técnico-científico. Num caminho sem pressas de chegar, senti-me acompanhada no meu desenvolvimento pessoal e profissional, conseguindo descobrir as margens de um rio que tem tanto de fascinante e recompensador como de assustador e inquietante, a quem se entrega de forma inteira (Apêndice 5).

4. ÁREA CLÍNICA – ESTÁGIO EM CONTEXTO HOSPITALAR

4.1. Objetivos e finalidades

O estágio em contexto em hospitalar teve lugar numa UIPIA, no período de 28 de setembro a 18 de dezembro do ano 2015.

O objetivo definido para este momento de aprendizagem tratava-se:

- Adquirir e desenvolver competências específicas do EEESM nos cuidados à criança em situação psicopatológica aguda e subaguda, e sua família.

O período pré-determinado para a finalização do ensino clínico foi estendido cerca de quatro semanas a fim de assegurar o cumprimento do objetivo previamente estabelecido.

4.2. Caracterização da UIPIA

A UIPIA é um dos três internamentos de saúde mental específicos da infância e adolescência do país. Esta unidade tem como população alvo crianças até aos 18 anos (exclusivo), em situação psicopatológica aguda e subaguda excluindo situações de toxicodependência ou de delinquência (CHLC, 2015a).

Tem indicação para internamento as crianças: com sintomatologia aguda e subaguda psiquiátrica que, pela sua gravidade, disfuncionalidade ou pelo risco que apresentam para si ou para os outros, dificulte ou inviabilize o tratamento em ambulatório; situações clínicas psiquiátricas que apresentem risco de vida, como a anorexia nervosa grave, estados catatônicos ou ideação suicida mantida; quadros clínicos requerendo um período de observação continuada e especializada, ou quando o diagnóstico diferencial exige uma investigação multidisciplinar e a realização de exames complementares; situações agudas do foro psicopatológico em que o elevado nível de disfuncionalidade familiar impeça na fase inicial, o seu adequado tratamento em ambulatório; e/ou necessidade de reavaliação da terapêutica

psicofarmacológica em situações graves resistentes aos esquemas terapêuticos instituídos em ambulatório (CHLC, 2015b).

Esta unidade é constituída por uma equipa multidisciplinar (pedopsiquiatras, enfermeiros, psicólogos, terapeuta ocupacional, psicomotricista e assistente social), favorecendo-se a manutenção de um ambiente terapêutico - *milieu therapy*, terapia farmacológica, intervenção terapêutica individual, de grupo e familiar, e intervenções a nível pedagógico e social (CHLC, 2015a). Durante o período de internamento é atribuído a cada criança um enfermeiro e médico de referência, tendo estes um papel preponderante na organização, construção, implementação e avaliação do projeto terapêutico do cliente alvo de cuidados. O projeto terapêutico personalizado da criança e família é discutido e reajustado em equipa multidisciplinar, em reuniões diárias, e negociado com a criança e família sendo dado a este também um papel ativo no seu processo de recuperação.

O internamento da criança prevê-se com o tempo mínimo necessário para uma intervenção em situação de crise⁵⁰, com a conseqüente adaptação e/ou recuperação do seu bem-estar.

4.3. Prática clínica desenvolvida

No projeto de estágio tinha pré-estabelecido para o período de prática clínica na UIPIA o acompanhamento de duas crianças, como enfermeira responsável, tendo assim um papel ativo em todo o processo de enfermagem, antevendo alcançar o objetivo definido para esta fase. No entanto, ao longo desse período deparei-me com a maior necessidade e mais-valia para o meu processo de aprendizagem a compreensão da filosofia de prestação de cuidados às crianças ali internadas. Apesar da minha experiência profissional se focar nesta faixa etária, a dinâmica, as prioridades e a relação estabelecida mostrou-se muito diferente da prática do meu quotidiano. Tal como afirma Patrícia Benner (2001) o profissional ao contactar uma

⁵⁰ Segundo Lagerquist (2006) crise caracteriza-se como “um acontecimento súbito na vida de uma pessoa que perturba a homeostase, durante a qual os mecanismos de coping habituais não conseguem resolver o problema” (Townsend, 2009, p.210).

nova área necessita de se focar em questões essenciais compreendendo as especificidades da mesma para evoluir. Os próximos parágrafos são assim dedicados ao caminho percorrido nesse processo, incluindo o vivido e sentido no acompanhamento de uma criança de forma mais competente e segura.

Ao olhar para o meu percurso ao longo dos quase três meses de estágio consigo identificar duas fases distintas da minha aprendizagem. A primeira decorreu até cerca de meados de novembro onde dediquei a maioria das horas de contato a prestar cuidados de enfermeira de cuidados gerais. Este período permitiu-me tomar consciência do que era vivido num mundo onde a instabilidade, o desequilíbrio, a dor, o sofrimento eram uma constante e compreender a forma como tudo ressoava em mim⁵¹.

Tudo era uma novidade, senti-me em muitos momentos insegura, à procura da norma e limites de ação o que é expetável e definido por Benner (2001) no papel de iniciado. Com uma dinâmica bastante diferente do que estava habituada, sentia-me perdida num quotidiano que se apresentava bastante estruturado (planos, regras, horas para atividades, para comer, para os cuidados de higiene, para dormir, para jogar... etc.). Mais tarde compreendi ser essencial, pois essa rotina e método tem uma função organizadora de um mundo externo para crianças que se encontram muitas vezes desorganizadas internamente. Num internamento cheio de portas e trancas, bloqueando o caminho de quem dali queria escapar, talvez de quem se queria distanciar do olhar para dentro de si próprio, talvez pela dificuldade de parar para se pensar num mundo tão acelerado ou talvez para fugir da dor que vem inerente a todo o processo de pensar sobre as suas próprias dificuldades. Talvez um pouco de tudo.

O serviço arquitetonicamente tem a forma de um quadrado, um corredor que atravessa todo o serviço passando entre os quartos, casas de banho, quarto de contenção ambiental, sala de enfermagem, sala de visitas e espaço de convívio e refeições. No início até eu andei perdida entre portas e corredores que com uma pequena distração me levavam ao lugar de partida, mas queria mais desse lugar,

⁵¹ Critérios de avaliação: "F1.1.1. identifica no aqui - e - agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar" (OE, 2010, p. 5)

escolher a UIPIA para realizar o meu estágio tinha como objetivo despertar-me para o novo, não podia mais voltar ao lugar de partida. Queria descobrir lugares novos, novos encontros internos, novos encontros com uma enfermagem diferente que conseguisse dar resposta ao que sentia como pouco investido no meu quotidiano.

Nos últimos cinco anos tenho desenvolvido um processo terapêutico individual que me tem possibilitado adquirir maior “intimidade” comigo, perdendo o medo em me olhar e sentir na relação comigo e com o outro. Permitiu-me desenvolver a capacidade de reflexão e melhorar a capacidade de me relacionar com o outro, ouvindo-o e ouvindo-me de uma forma inteira. Talvez por isso antes de iniciar o estágio pensei que conseguiria relacionar-me com as crianças de uma forma mais tranquila, contudo o que aconteceu mostrou-se muito mais desafiante do que alguma vez imaginei. Em muitos momentos dei por mim a absorver tudo o que se passava há minha volta, a refletir sobre tudo o que via, tudo o que sentia, levava tudo comigo mesmo depois de trancar a porta de saída. Os gritos, a dor, a tristeza, a zanga, a agressividade, a frustração, o sofrimento, a angústia, tudo vinha comigo. Com dias em que me encontrava tão pesada que era difícil de andar. Cada um dos sentimentos manifestados por aquelas crianças tinham ressonância em mim e eu queria muito ouvir o que ia sentindo, elaborar, melhorar-me e devolver-lhes num próximo momento de intervenção de âmbito psicoterapêutico individual⁵². Contudo também me confrontei com a minha própria indisponibilidade, não estava capaz.

Constatai que naquela fase precisava de realizar esse caminho, conectar-me com aquela profundidade de sofrimento na relação com o outro⁵³, compreender e gerir os processos de transferência e contratransferência⁵⁴ que se iam desenrolando na relação com aquelas crianças.

A autoconsciência e autoconhecimento é para Townsend (2009) importante na prática de enfermagem de uma forma geral, mas essencial na enfermagem de saúde

⁵² Critérios de avaliação: “F1.1.4. Monitoriza as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica” (OE, 2010, p. 5).

⁵³ Critério de avaliação: “Mantém o contexto e limites da relação profissionais para preservar a integridade do processo terapêutico” (OE, 2010, p. 5).

⁵⁴ Unidade de competência: “F1.1. Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas; Critérios de avaliação: F1.1.2. Gere os fenómenos de transferências e contra - transferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica” (OE, 2010, p. 5)

mental e psiquiatria, pois o enfermeiro utiliza-se como instrumento terapêutica na relação com o cliente. Nesta primeira fase do estágio tive grande necessidade de refletir antes, durante e após as intervenções de âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico desenvolvidas no internamento (por exemplo os momentos de intervenção individual, atividades terapêuticas de grupo, gestão de comportamentos agressivos, gestão do ambiente terapêutico, intervenção com famílias, etc.). Os momentos reflexivos com a enfermeira orientadora mostraram-se essenciais para conseguir dar um sentido ao que ia vivendo e sentindo, com a liberdade de crescer no meu tempo, permitindo-me viver de uma forma natural todos estes processos, mantendo o seu acompanhamento de uma forma constante. Apenas percorrendo este caminho consegui encontrar lugar para as minhas próprias inquietações, frustrações e angústias, o que por conseguinte me ajudou a encontrar e desenvolver o meu papel enquanto profissional naquele internamento tão particular. Assim foi possível sentir-me capaz e segura para desenvolver intervenções de âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico com aquelas crianças e famílias.

Durante uma das primeiras passagens de turno da equipa de enfermagem um colega assume “o ambiente cura!” referindo-se à rápida evolução de uma criança internada, os colegas sorriem orgulhosos, mas na altura não compreendi toda a complexidade da afirmação. Apenas algum tempo depois consegui alcançar o que era isso do ambiente terapêutico - *milieu therapy* e o seu real impacto na recuperação das crianças. Entre todas as diferenças da minha prática profissional, o ambiente construído para o favorecimento da recuperação do equilíbrio e o papel que o EEESM desenvolve para manutenção do mesmo foi o que mais me fascinou nesta fase.

Townsend (2009) no seu livro dedicado à enfermagem de saúde mental identifica seis critérios essenciais para a construção de um ambiente terapêutico.

Esta autora identifica como primeiro critério a satisfação das necessidades fisiológicas básicas, pois apenas é possível evoluir na forma de funcionamento após a satisfação das necessidades basilares do indivíduo (Townsend, 2009).

Como segundo ponto descrito por Townsend (2009) as instalações físicas devem ser favoráveis ao alcance dos objetivos da intervenção terapêutica. Durante o

estágio foi possível verificar que as crianças tentam das mais variadas formas retirar-se da interação com o outro evitando assim que as suas próprias dificuldades possam emergir. Manter uma atmosfera familiar e espaços comuns tem o objetivo de favorecer a interação e comunicação interpessoal promovendo através da mediação do enfermeiro uma interação entre pares ajustada e satisfatória.

A promoção de autonomia de uma forma democrática é identificada por Townsend (2009) como o terceiro critério para a construção do ambiente terapêutico. Segundo esta autora os clientes devem participar ativamente na tomada de decisão e na resolução de problemas que afetam a gestão do *setting* terapêutico (Townsend, 2009). Pretende-se que o indivíduo no seu quotidiano participe e desenvolva a sua tomada de decisão.

Como quarta condição Townsend (2009) afirma que as responsabilidades são atribuídas de acordo com as capacidades do cliente. Pretende-se que o internamento promova a autoestima e o autoconceito, pelo que as responsabilidades exigidas durante o desenrolar do dia têm em consideração as capacidades de cada um dos elementos, a fim de que estes tenham sucesso no seu cumprimento e experienciem o reconhecimento positivo dos profissionais e dos pares.

As atividades terapêuticas, recreativas e sociais desenvolvidas diariamente no internamento fazem parte integrante do plano de recuperação das crianças, considerando as suas especificidades e fases de recuperação tal como sugere Townsend (2009) como quinto critério.

Por último, a autora afirma que para um ambiente favorecedor ao reencontro do equilíbrio emocional a família tem de estar incluída no projeto terapêutico da criança. Na UIPIA senti profundamente como os profissionais valorizam a integração da família no projeto terapêutico das crianças internadas, considerando-as como essências para o sucesso da intervenção.

Em suma, este primeiro período de estágio foi sentido por mim como um momento, essencialmente, integrativo das dinâmicas da unidade, do papel do EEESM, do meu sentir na relação com estas crianças e na aquisição de experiência

e segurança na construção, gestão e manutenção de uma relação e intervenção terapêutica.

Numa segunda fase deste estágio foi possível realizar uma intervenção terapêutica de forma mais segura e competente no que se refere ao desenvolvimento e aprofundamento dos pressupostos técnicos requeridos ao EEESM. Nesta fase foi possível desenvolver a avaliação, formulação de diagnósticos de enfermagem, planeamento de intervenções, intervenção e avaliação de resultados com uma criança selecionada. Nesse percurso planeei e desenvolvi uma atividade terapêutica de grupo assumindo o papel de terapeuta (Apêndice 6), integrei em várias atividades terapêuticas como co-terapeuta, desenvolvi intervenções do âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico centrando-me nas necessidades individuais do meu cliente e família⁵⁵.

As crianças internadas na UIPIA estão a vivenciar uma situação de crise. Nesse momento é evidente um desequilíbrio em que é necessário a assistência profissional para se desencadear mudança. Segundo Townsend (2009) os indivíduos que vivenciam situação de crise sentem-se impotentes na sua resolução, incapazes de realizar ou criar mudança utilizando as suas estratégias de *coping*. Este caminho leva o indivíduo a construir um *rol* de pensamentos obsessivos e um aumento significativo da ansiedade o que lhe provoca um sentimento avassalador tanto físico como psicológico. A assistência em situação de crise preserva a autoestima e promove o crescimento do indivíduo como consequência da resolução e aquisição de novas estratégias de *coping* (Townsend, 2009). Para Meleis (2010) o enfermeiro tem um papel de destaque na situação de crise, acompanhando e desenvolvendo junto da criança e família o processo de readaptação às mudanças vivenciadas, promovendo o desempenho adequado dos diferentes papéis exigidos à transação que se encontra a viver.

Considerando este conceito no olhar às crianças internadas na UIPIA apresento de seguida o “João” (nome fictício), a criança com quem tive oportunidade

⁵⁵ Critério de avaliação: “Implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições” (OE, 2010, p. 7).

de desenvolver um trabalho como enfermeira de referência, seguindo e aplicando as fases do processo de enfermagem.

Como maior dificuldade no acompanhamento continuado do “João” identifiquei a frequência irregular de dias de estágio. Em reflexão com a enfermeira orientadora decidimos manter o nosso horário sobreposto o que permitia mantermos momentos de intervenção. Contudo esse caminho não possibilitou acompanhar de uma forma continuada todas as etapas do percurso de internamento do “João”. No entanto Townsend (2009) ressalva que o enfermeiro de referência para além de ser o elemento que estabelece uma relação de maior proximidade com o cliente e família, ele é também considerado como consultor no planeamento de intervenções de âmbito psicoterapêuticas e socioterapêuticas numa filosofia de continuidade de cuidados.

O “João”, criança de 17 anos de idade foi internado por um agravamento de crises de ansiedade, com recorrente sintomatologia positiva como alucinações visuais⁵⁶ e auditivas⁵⁷. Em abril 2015 iniciou quadro de sintomatologia mista de ansiedade⁵⁸ e depressão⁵⁹ após rotura amorosa. Nessa altura com comportamento auto-lesivo⁶⁰, o que motivou a primeira consulta de pedopsiquiatria. Em junho de 2015 mantinha níveis de ansiedade elevados, contudo foi associado à realização de exames nacionais do 11º ano, pelo que iniciou acompanhamento em consulta de psicologia.

Durante as férias de verão desse ano iniciou quadro de alucinações auditivas com gradual agravamento de carácter egodistónico⁶¹. O “João” refere ainda três episódios de alucinações visuais, com um homem que não reconhecia e de quem sentia medo na sua aproximação. Em associação a isto, o “João” referia sensação de estranheza ao longo dos últimos meses, como se estivesse num sonho, com desorientação espacial em caminhos que habitualmente conhecia. Nesta altura

⁵⁶ “algo que é visto sem um estímulo físico (...) ver cores elementares, padrões ou luzes; ou complexas, como ver uma pessoa a aproximar-se” (Trzepacz e Baker, 2001, p. 138)

⁵⁷ “percepção de sons ou vozes, desde um zumbido indistinto a conversas suficientemente altas para impedir a atenção para os sons reais” (Trzepacz e Baker, 2001, p. 137).

⁵⁸ “estado emocional desconfortável, tenso, apreensivo e alerta” (Trzepacz e Baker, 2001, p. 68).

⁵⁹ “estado emocional consistente com tristeza e disforia” (Trzepacz e Baker, 2001, p. 68).

⁶⁰ “comportamento de violência autodirigida, de carácter não suicida” (Borges, 2012, p. 4).

⁶¹ Considera-se carácter egodistónico aspetos do pensamento, dos impulsos, atitudes, comportamentos e sentimentos que contrariam e perturbam o indivíduo.

reinicia acompanhamento em consulta de psiquiatria mantendo o acompanhamento pela psicóloga.

Segundo os pais o início do namoro com a atual namorada mostrava-se a causa para esta sintomatologia, pois referiam que o “João” vivia numa relação de crescente interdependência e ameaça de abandono, com exacerbação da sintomatologia no final de telefonemas com a namorada. Desde o início do novo ano letivo, com um aumento da exigência escolar, esta sintomatologia intensificou-se significativamente.

Em outubro recorreu ao Serviço de Urgência de pedopsiquiatria por alucinações auditivas auto-depreciativas, pelo que iniciou terapêutica com Lorazepam⁶² 0,5mg. Contudo em novembro, pela manutenção da sintomatologia, foi introduzida terapêutica antipsicótica⁶³, que coincidiu com início de absentismo escolar. A 16 novembro desenvolve crise de ansiedade extrema verbalizando aos pais e namorada dúvidas acerca da existência de amigos com quem costumava falar, o que desencadeou o internamento no dia seguinte por sugestão do médico assistente.

À chegada ao internamento, com o acolhimento pretende-se compreender as especificidades da criança e família, através de uma avaliação nas várias dimensões da pessoa (individual, familiar, socio-escolar etc.), tal como apresentar o serviço, dinâmicas diárias e regras do mesmo.

Neste primeiro momento é desde logo iniciada a relação terapêutica entre o enfermeiro, a criança e a sua família. Ali é demonstrado o interesse por aquilo que a criança é, sente e pensa, sendo estabelecidos os primeiros laços de confiança. Segundo Chalifour (2008) ao estabelecer uma relação terapêutica, assumindo os seus pressupostos como a compreensão empática, respeito caloroso, autenticidade, compaixão e esperança, é possível promover o autoconhecimento e o desenvolvimento pessoal da criança, tal como ajudá-la a compreender e integrar novas estratégias para fazer face às transições que está a viver, mobilizando os seus recursos internos e externos.

⁶² Lorazepam: Ansiolítico (benzodiazepina) com indicação no tratamento da ansiedade ou insónias (Deglin e Vallerand, 2003).

⁶³ Terapêutica antipsicótica: Indicada para tratamento de psicoses agudas e crónicas, particularmente as que são acompanhadas de um aumento da atividade psicomotora (Deglin e Vallerand, 2003).

Na avaliação inicial⁶⁴ foi possível perceber a existência de história de perturbação depressiva na família (tia materna e tia paterna), tal como o falecimento do tio-avô do “João” por uma tentativa de suicídio consumada. O “João” vive com os pais e irmã de 22 anos que frequenta a universidade, segundo a mãe existe boa relação com todos os elementos da família.

Segundo a mãe, o “João” apresentou grande dificuldade na integração na escola “não era um sítio onde se sentisse feliz” (SIC mãe), com frequentes sinais de ansiedade e até sintomatologia somática (dores abdominais, vômitos, cefaleias, episódios de dispneia, etc.), com agravamento ao longo dos anos. No entanto manteve sempre bom aproveitamento escolar, frequenta o 12º ano e como atividade extra curricular tem formação musical de piano, área que pretende seguir profissionalmente⁶⁵.

A mãe do “João” caracteriza-o como um adolescente muito criativo, com grande imaginação e sensibilidade, contudo apresenta uma baixa autoestima e grande dificuldade na adaptação à mudança de rotinas ou ambiente.

O “João” no primeiro dia de internamento apresentava-se calmo, orientado no tempo e no espaço, contudo por vezes com dificuldade em recordar alguns eventos, justificando “tenho muitas coisas na cabeça” (SIC). Com postura muito formal e cerimoniosa, mantinha um humor apreensivo com uma atitude retraída, comunicando quando interpelado em discurso breve. Linguagem adequada, evidenciando grande cuidado na seleção das palavras. Apresenta alterações da percepção com alucinações auditivas e visuais (vozes de comando e homem desconhecido), sem manifestar angústia quando descreve esta sintomatologia. Sem alterações na forma e conteúdo do pensamento.

Ao segundo dia, em intervenção de âmbito psicoterapêutico individual negava sintomatologia positiva ou outras alterações do seu estado de saúde mental com o

⁶⁴ Critérios de avaliação: “F2.1.1 Avalia a repercussão para a saúde mental da interface entre o indivíduo, família, grupo, comunidade e os sistemas sociais, de saúde, escolares, profissionais, culturais, desportivos, recreativos, espirituais e políticos; F2.2.3. Avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia” (OE, 2010, p. 4).

⁶⁵ Critérios de avaliação: “Executa uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do cliente” (OE, 2010, p. 4).

discurso centrado na alta. Em visita familiar referia à mãe “não preciso ficar internado, sinto-me melhor em casa do que aqui, prefiro ouvir vozes do que estar aqui” (SIC).

Ao terceiro dia de internamento fui definida como enfermeira de referência⁶⁶ tendo posteriormente discutido com a enfermeira orientadora e médico responsável o projeto terapêutico⁶⁷ do “João”, o qual foi apresentado e discutido novamente em equipa multidisciplinar (Apêndice 7)⁶⁸. Como principais necessidades levantadas destacavam-se a identificação e caracterização do quadro clínico; dificuldades na autoconsciência dos estados mentais; dificuldades na socialização; insegurança e baixo autoconceito; dificuldades em colocar limites na relação com o outro; crises de ansiedade; somatização; dinâmica familiar alterada por expectativas desajustadas dos pais.

Enquanto enfermeira de referência procurei dinamizar atividades terapêuticas individuais e de grupo com o “João”, recorrendo a diversos mediadores, que permitissem promover a exteriorização do conflito interno; o reconhecimento da sua problemática; a identificação do stressor precipitante do aumento da ansiedade e de sintomatologia somática; identificar e executar em conjunto com o “João” novas estratégias adaptativas aos stressores; ajudar o “João” a reconhecer novos modos de reconhecimento positivo de si na relação com os outros; promover a interação com o grupo de pares⁶⁹.

⁶⁶ Unidade de avaliação: “F3.5.1. Desempenha as funções de terapeuta de referencia e pode coordenar programas de gestão dos casos, no âmbito dos programas integrados de apoio específico às pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada, e as suas famílias” (OE, 2010, p. 6).

⁶⁷ Unidades de competência: “F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoas, família, grupo e comunidade; Critérios de avaliação F3.2.2. Identifica, descreve e monitoriza os resultados clínicos individualizados para o cliente e relacionados com o comportamento para determinar a efetividade do plano de cuidados e ganhos em saúde mental; F3.5.2 Elabora e supervisiona os programas/planos individualizados de tratamento/reabilitação das pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada, e as suas famílias” (OE, 2010, p. 5).

⁶⁸ Critérios de avaliação: “F3.4.5. Elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a: aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade; manter e promover a integração familiar, social e profissionais das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social; promover e reforçar as capacidades das famílias” (OE, 2010, p. 6).

⁶⁹ Critérios de avaliação: “F4.2.1. Implementa intervenções de âmbito psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/ doença mental e às transições; F4.2.2. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentam o “*insight*” do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema; F4.2.3 Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitem ao cliente recuperar a sua saúde mental; F4.2.5. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitem ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes; F3.4.1. Concebe estratégias de empoderamento que permitem ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental” (OE, 2010, p. 6 e p. 7).

Até cerca do 5º dia de internamento o “João” mantinha-se afastado do grupo de pares, recusando em muitos momentos atividades recreativas de grupo, dando preferência a atividades de cariz individual como ler ou escrever. Participava nas atividades terapêuticas de grupo com pouco interesse, com uma atitude retraída e humor apreensivo, interagindo apenas quando interpelado utilizando discurso formal que fosse de encontro às expectativas dos técnicos, pois considerava “se responder certo, vou embora rapidamente” (SIC). A família durante esta fase mostrava-se também tensa manifestando grande preocupação com as verbalizações de mau estar do “João” com o internamento, contudo foi também desenvolvido com a família um trabalho de parceria e confiança. Durante e após os momentos de visita familiar foram favorecidos momentos individuais com a família, onde foi promovida a escuta ativa das suas angústias e preocupações face à situação do “João”, apresentados os objetivos das intervenções terapêuticas no processo de recuperação do “João” e reforçado o papel ativo da família junto do mesmo na promoção da adesão ao projeto terapêutico.

Em intervenção de âmbito psicoterapêutico individual com o “João”, este referia não reconhecer nas atividades terapêuticas de grupo benefícios para si. Segundo o mesmo, durante as atividades terapêuticas de grupo conseguia empatizar com os outros elementos sugerindo algumas estratégias adaptativas, contudo negava serem aplicáveis à sua situação.

Ao longo dos dias de internamento fui estabelecendo uma relação de maior proximidade, confiança e empatia com o “João”, critérios essenciais para a construção de uma relação terapêutica. Todos estes pressupostos foram atingidos através de vários momentos de relação dual, que possibilitaram a desconstrução da sua rigidez na postura e discurso, mostrando-se cada vez mais disponível a pensar-se. Através da exploração do seu prazer com a música e da sugestão de integrar o seu piano na atividade terapêutica de musicoterapia foi possível relacionarmo-nos com um outro “João”, livre e desprovido de barreiras protetoras. A música permitiu-lhe ser reconhecido positivamente pelo grupo de pares, o que acabou por promover a sua interação, identificação e confiança com alguns elementos do grupo.

Gradualmente, o seu estar em grupo e no internamento foi-se modificando, conseguindo aderir ao seu projeto terapêutico, envolvendo-se nas atividades terapêuticas de grupo e individuais, reconhecendo os efeitos positivos destas na sua recuperação. Ao longo do internamento foi possível reconhecer que a sintomatologia positiva se relacionava com o quadro de ansiedade, sendo o “João” capaz de identificar como um dos fatores precipitante da mesma a dificuldade em gerir as expectativas dos pais, tanto relacionadas com o aproveitamento escolar, como com o percurso musical, pois era considerado pela família como um “gênio”. Partindo da verbalização das suas dificuldades foi possível desenvolver estratégias ajustadas de gestão da ansiedade, tal como desenvolver novas formas de se relacionar com os pais, o que possibilitou ao “João” verbalizar junto dos pais a pressão que sentia no confronto com as expectativas destes, tanto na escola como na música.

As práticas parentais têm um papel importante para o desenvolvimento emocional das crianças pois podem contribuir para melhorar ou prejudicar esse desenvolvimento emocional, nomeadamente a autoestima. A evidência mostra-nos que pais envolvidos com os seus filhos, capazes de estabelecer orientações firmes e limites, que adequam expectativas de desenvolvimento e encorajam o seu filho a desenvolver as suas próprias crenças tendem a ajudar a criança a desenvolver uma autoestima positiva (Dias, 2013).

Desta forma, as intervenções terapêuticas com a família tiveram como principal objetivo promover o ajuste de expectativas relativamente ao filho, o que possibilitou a construção de expectativas flexíveis, realistas e individualizadas, tal como favorecer o diálogo e momentos de partilha de estados emocionais entre o “João” e os pais.

Numa fase avançada no projeto terapêutico do “João” foi possível introduzir a namorada nas visitas familiares. Numa perspetiva de preparação para a alta é necessário retomar, gradualmente, as relações familiares e sociais mediadas, permitindo a gestão de conflitos suportados por técnicos especializados (Townsend, 2009). A família mostrou-se bastante renitente a este acontecimento pois responsabilizavam a jovem pelo adoecer mental do filho. No entanto, através de uma intervenção multidisciplinar foi possível desenvolver junto destes um novo olhar

acerca da jovem e do próprio filho, pois o “João” já se encontrava noutra fase do seu processo de recuperação, conseguindo impor limites na relação com o outro.

Relativamente à intervenção medicamentosa o “João” à chegada ao internamento parou a terapêutica de ambulatório e iniciou terapêutica com Risperidona⁷⁰ 2mg/dia e Diazepam⁷¹ 5mg/dia (que diminuiu gradualmente). Ao longo do internamento e com a maior clarificação etiológica da sintomatologia manteve a Risperidona 1,5mg/dia e iniciou Gabapentina⁷² 300mg/dia, terapêutica esta, que se pretendia manter no período após a alta.

No momento em que a situação clínica se encontrou mais estável foram promovidas intervenções de promoção à adesão do regime medicamentoso para o domicílio como fator complementar essencial para a manutenção do bem-estar do “João”; realizado contato com médico assistente e psicóloga com quem mantinha boa relação, a fim de manter a continuidade de cuidados. Como último passo para alta foi promovido o regresso ao quotidiano através de uma licença de ensaio, com duração de um fim-de-semana ao exterior, que decorreu sem intercorrências.

A avaliação do plano de cuidados estendeu-se ao longo de todo o internamento, num processo contínuo, com a permanente avaliação das intervenções de enfermagem implementadas⁷³

Durante o internamento pretendeu-se ajudar o “João” a encontrar novos mecanismos adaptativos face à fase que se encontrava à chegada ao internamento pois, em simultâneo, vivenciava três tipos de transições: desenvolvimental (natural do seu processo de maturação que se encontrava a viver, a adolescência), de saúde-doença (com a alteração do seu estado de bem-estar com um estado de doença aguda) e por fim situacional (inerente ao internamento na UIPIA), segundo o modelo de Meleis. Considerando a fase de crise que o “João” se encontrava a viver foi possível ajuda-lo no desenvolvimento de uma nova definição do seu Eu, com maior capacidade

⁷⁰ Risperidona: Antipsicótico com indicação no tratamento de psicoses (Deglin e Vallerand, 2003).

⁷¹ Diazepam: Ansiolítico (benzodiazepina) com indicação de complemento no tratamento de ansiedade (Deglin e Vallerand, 2003).

⁷² Gabapentina: Anticonvulsivante, contudo no caso particular do “João” é utilizado como estabilizador de humor (Silva, 2001).

⁷³ Unidade de competência: “F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade, especificamente no que diz respeito aos critérios de avaliação; F3.2. Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental” (OE, 2010, p. 5).

de proteção do *Self* e novas formas de se relacionar com o outro, que por conseguinte proporcionaram o reencontro do equilíbrio e do seu bem-estar.

5. CONCLUSÃO

A realização deste caminho de especialização em enfermagem de saúde mental constituiu-se como um momento determinante na minha formação e desenvolvimento pessoal e profissional. No presente relatório procurei refletir a trajetória realizada durante o processo extenso e desafiante de aquisição, desenvolvimento e consolidação de competências do EEESM.

De acordo com o Modelo de Dreyfus de aquisição de Competências, aplicado à enfermagem por Patrícia Benner (2001) um enfermeiro experiente numa determinada área torna-se “iniciado”, quando o seu contexto se modifica. Naturalmente, a minha experiência num serviço de pediatria constituiu uma mais-valia para a minha prática, enquanto estudante da especialidade em enfermagem de saúde mental. Contudo a área de psiquiatria da infância e adolescência com as suas especificidades exigiu um satisfatório investimento no que concerne aos conteúdos teóricos como práticos. Num percurso, pautado por um processo reflexivo, profundamente conectado com a evidência científica e supervisão por parte dos enfermeiros orientadores foi possível encontrar-me no reconhecimento pessoal enquanto EEESM, com a certeza que este é o caminho a continuar.

Os processos de transição são uma constante ao longo da vida do ser humano, contudo estes podem originar respostas humanas desadaptadas que podem ser geradoras de sofrimento mental. Na fase da infância e adolescência torna-se mais premente um acompanhamento especializado considerando as consequências que a perturbação poderá acarretar na vida presente e futura do indivíduo. A enfermagem de saúde mental desenvolve a seu foco na promoção da saúde mental, prevenção, diagnóstico e na intervenção precoce face às respostas desadaptadas do indivíduo, facilitando o processo de transição e um reencontro de equilíbrio e bem-estar satisfatório.

No desenvolvimento do estudo de investigação clínica numa escola do 1º ciclo de Lisboa, para além do desenvolvimento das competências F2 e F3 do perfil de competências específicas do EEESM, foram identificadas as crianças que apresentavam respostas desadaptadas aos processos de transição que se encontravam a viver.

Numa amostra de 64 crianças, após aplicação do SDQ foram identificadas 33 crianças com possíveis alterações do estado de saúde mental. Com uma prevalência de 51,6%, 46,9% das crianças apresentam perturbações previstas pelo algoritmo do SDQ e 4,7% das crianças apresentavam pontuações totais de dificuldades para SDQ - Versão de Pais com Suplemento de Impacto e SDQ - Versão de Professores com Suplemento de Impacto dentro dos valores “limítrofe” ou “anormais” sem qualquer diagnóstico previsto pelo algoritmo associado.

Constatou-se à data da pesquisa uma escassez de estudo de prevalência de perturbação psiquiatria em crianças em amostras comunitárias europeias. Desta forma, apesar de não ser possível a sua comparação com os estudos encontrados, pelas inerentes diferenças na amostra e critérios metodológicos, os resultados aproximam-se mais dos encontrados num estudo brasileiro do que em estudos europeus.

Deve ter-se em consideração na análise deste resultados a grave crise financeira e económica que assolou na última década Portugal, o que trouxe danos significativos no que refere à saúde mental da população. Frasquilho et al (2016) destacam a pressão económica vivida na família e o desemprego parental consequente da crise, como principais responsáveis da deterioração da relação familiar e qualidade parental, o que resultou num impacto negativo na saúde mental das crianças. No presente estudo, apesar de não se encontrar associação estatística, verificou-se que 71,4% das crianças em que o pai se encontrava na categoria profissional de desempregado/reformado/ desconhece apresenta risco de perturbação.

Das crianças com possíveis alterações do estado de saúde mental, 43,3% apresentam acompanhamento em saúde mental, resultado positivo, considerando os dados estimados pela CNPSM de que apenas 1/5 das crianças com necessidade de acompanhamento recebe tratamento. Através da análise multivariável foi possível identificar uma tendência significativa de rapazes com nove vezes mais possibilidade de ter acompanhamento em saúde mental do que as raparigas. Apesar de se encontrar relação, em estudos já referenciados, entre este fato e o tipo de perturbação da criança, no presente estudo não se encontra associação estatística entre o género e o tipo de perturbação da criança. Verificou-se ainda que as crianças que habitam

apenas com um dos elementos parentais apresentam significativamente maior risco de perturbação, mas em simultâneo, uma maior possibilidade de ter acompanhamento em saúde mental.

Considerando que a sobrecarga poderá ser um preditor para a referenciação, nesta amostra constatou-se que em apenas 1/3 das crianças com possíveis alterações do estado de saúde mental, as dificuldades apresentadas pelas mesmas, constituíam “muita/muitíssima” sobrecarga para a família e escola, fato que pode justificar o não acompanhamento em saúde mental de 56,7% das crianças da amostra.

Na avaliação da sobrecarga das dificuldades na família e escola e na avaliação do sofrimento global da criança com dificuldades foram detetadas inconsistências no que refere à avaliação por parte dos pais e dos professores. O que pode ser entendido pela subvalorização dos comportamentos e sobrecarga das dificuldades, subjetividade da perceção dos pais e professores ou ainda pela diferença de comportamento da criança em contexto escolar e no seio familiar.

Na amostra estudada, não se pode confirmar que o acompanhamento em saúde mental das crianças da escola do 1º ciclo seja adequado às suas necessidades. Contudo verificou-se uma taxa de crianças referenciadas superior comparativamente às referencias encontradas.

Este estudo integrou a fase inicial de uma proposta de intervenção definida para as crianças de cinco escolas básicas do concelho de Lisboa identificadas com alterações do estado de saúde mental.

Segundo Levitt et al (2007) a maioria dos pais ou professores não se sente capaz de avaliar alterações do estado de saúde mental das crianças, o que reforça a importância de um papel mais ativo dos profissionais de saúde junto das escolas na promoção de saúde mental, tal como no desenvolvimento de projetos de avaliação de saúde mental e deteção precoce de crianças em risco de perturbação. A elaboração de um diagnóstico de saúde mental de um grupo ou comunidade é essencial para o planeamento de cuidados e sucesso da intervenção terapêutica a implementar.

Considero significativo realçar as restantes competências que foram desenvolvidas ao longo dos estágios tanto numa UIPIA como num Hospital de Dia de

Psiquiatria da Infância através da realização de avaliações permanentes das necessidades das crianças alvo de cuidados, com posterior implementação de intervenções de enfermagem e reavaliações recorrentes dos projetos terapêuticos delineados.

Na realização de ambos os estágios, tanto em contexto comunitário como em contexto hospitalar, os meus clientes encontravam-se a viver processos de transição desenvolvimental/ saúde-doença/ situacional com respostas humanas desadaptadas, o que me permitiu desenvolver, de forma acompanhada, gradual e integrada, as competências do EEESM (F3 e F4) num caminho com a criança e família para o reencontro com o equilíbrio.

A realização deste relatório possibilitou-me também expor a reflexão que fui desenvolvendo em torno da minha prática, parar e distanciar-me um pouco. A escrita para além de organizar o pensamento permitiu-me concretizar em palavras o cumprimento dos objetivos nas diferentes etapas deste trajeto.

Num caminho com e para as crianças foi possível ver, observar, estar atenta, escutar e sentir-me num *rol* de sentimentos que foram emergindo. A competência do EEESM enunciada como F1 refere que este deverá deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e profissional, premissa essencial para o desenvolvimento e consolidação de todas as outras competências, uma vez que reforça a necessidade e importância do profissional desenvolver o autoconhecimento, através da tomada de consciência do seu EU, fenómenos de transferência e contratransferência, resistências, os quais podem interferir na relação terapêutica. Penso que ao longo deste caminho as reflexões constantes e preocupação em melhorar-me enquanto profissional, permitiram-me mobilizar-me enquanto instrumento terapêutico, com consciência dos limites do meu Eu e do Outro, sendo o desenvolvimento da competência F1 transversal ao estágio em contexto comunitário e em contexto hospitalar.

Estou certa que este caminho me proporcionou uma base sólida no que se refere à capacidade e competência para intervir com a criança com psicopatologia e sua família. Levo a certeza que este é o início de um caminho rico em experiências, onde o trabalho árduo realizado me permitiu a consolidação de uma identidade profissional.

6. BIBLIOGRAFIA

- Abreu, J. (2006). *O Modelo do Psicodrama Moreniano*. (3ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bagner, D. M., Rodríguez, G. M., Blake, C. A., Linares, D., & Carter, A. S. (junho 2012). Assessment of behavioral and emotional problems in infancy: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(2), 113-128. DOI: 10.1007/s10567-012-0110-2
- Barker, J. P. (2004). *Assessment in Psychiatric and Mental Health Nursing*. (2ª ed.). United Kingdom: CENGAGE Learning.
- Bayer, J., Hiscock, H., Ukoumunne, O., Price, A., & Wake, M. (novembro 2008). Early childhood aetiology of mental health problems : a longitudinal population- based study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(11). 1166-1174. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2008.01943
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Biesheuvel, C., Vergouwe, Y., Ruud, O., Hoes, A., Grobbee, D., & Moons, K. (21 de Julho de 2008). Advantages of the nested case-control design in diagnostic research. *BMC Medical Research Methodology*, 8 , 1-7. DOI: 10.1186/1471-2288-8-48
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellstrom, T. (13 de Fevereiro de 2010). *Epidemiologia Básica*. São Paulo: Santos Editora. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43541/5/9788572888394_por.pdf
- Borges, C. (2012). *À Flor da Pele: Algumas reflexões a propósito de um estudo de caso sobre autolesão*. Dissertação de Mestrado. Disponível no Repositório ISPA. <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2282/1/14892.pdf>
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica* (Volume I). Loures: Lusodidacta.
- Centro Hospitalar de Lisboa Central. Procedimento Sectorial Área de Pedopsiquiatria (2015a) *Circular B/PLA1008*. Filosofia da Área de Pedopsiquiatria. Acessível no Hospital Dona Estefânia, Lisboa, Portugal.

- Centro Hospitalar de Lisboa Central. Procedimento Sectorial Área de Pedopsiquiatria (2015b) *Circular nº301/ADD.108*. Referenciação e Admissão à Área de Pedopsiquiatria. Acessível no Hospital Dona Estefânia, Lisboa, Portugal
- Coordenação Nacional Para A Saúde Mental. (2015). *Conceito de Criança*. Disponível em: Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco: <http://www.cnpcjr.pt/left.asp?13.01>
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal*. Disponível em: http://www.sppsm.org/wp-content/uploads/2011/06/RELAT%C3%AERIOFINALComiss%C2%8Bo-ree-estrutura%C3%A7%C3%A3oSM_ABRIL2007.pdf
- Coordenação Nacional de Saúde Mental. (Julho de 2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Obtido em 2017, de Administração Central do Sistema de Saúde. Disponível em: <http://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf>
- Deglin, J., & Vallerand, A. (2003). *Guia Farmacológico Para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- DGS. (2004). *Rede de Referenciação de psiquiatria e saúde mental*. Disponível em: Direção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007439.pdf>
- Dias, A.S. (2013). Práticas educativas parentais: influência no desempenho académico, qualidade de vida e auto estima de estudantes do ensino secundário. Dissertação de Mestrado em Psicologia clínica e da saúde.
- Escola Superior de Enfermagem (2015). *Ano letivo 2015-2016 - Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria – documento de Orientação*. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal

- Essex, M., Kraemer, H., Slattery, M., Burk, L., Boyce, W., Woodward, H., & Kupfer, D. (2009). Screening for childhood mental health problems: outcomes and early identification. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (5). 562-570. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2008.02015
- Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F. (2003). *O Processo de Investigação- da concepção à realização*. (3ªed.). Loures: Lusociência.
- Frasquilho, D., Matos, M., Salonna, F., Guerreiro, D., Storti, C., Gaspar, T., & Caldas-de-Almeida, J. (2016). Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review. *BMC Public Health*, (16),1-40. DOI: 10.1186/s12889-016-2720-y
- Goodman, R. (Julho de 1999). The Extended Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a Guide to Child Psychiatric Caseness and Consequent Burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 791-799. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10433412>
- Goodman, R. (Novembro de 2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11),1337-1345. Disponível em: [http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(09\)60543-8/abstract](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(09)60543-8/abstract)
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2003). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *International Review of Psychiatry*, 177,166-172. Disponível em: <http://bjp.rcpsych.org/content/177/6/534.long>
- Goodman, R., Renfrew, D., & Mullick, M. (Junho de 2000). Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9(2), 129-134. Disponível em:

<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=9662e3f5-9038-4053-a375-a524ec8d119c%40sessionmgr4007&hid=4105>

- Gordis, L. (2011). *Epidemiologia*. (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª ed.). Loures: Lusociência .
- Kovess, V., Carta, M., Pez, O., Bitfoi, A., Koç, C., Goelitz, D. ... Otten, R. (2015). The School Children Mental Health in Europe (SCMHE) Project: Design and First Results. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 11, pp. 113-123. doi:10.2174/1745017901511010113
- Kovess-Masfety, Husky, M., Keyes, K., Hamilton, A., Pez, O., Bitfoi, A. ... Milhova, Z. (17 de Junho de 2016). Comparing the prevalence of mental health problems in children 6–11 across Europe. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology*, 51 (8), 1093-1103. DOI: 10.1007/s00127-016-1253-0
- Last, J. (2001). *A Dictionary of Epidemiology*. (4ª ed.). Oxford University: Oxford.
- Legido-Quigley, H., Karanikolos, M., Hernandez-Plaza, S., Freitas, C., Bernardo, L., Padilla, B. ... McKee, M. (10 de Abril de 2016). Effects of the financial crisis and Troika austerity measures on health and health care access in Portugal. *Health Policy*, 833-839. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851016300860>
- Levitt, J., Saka, N., Romanelli, L., & Hoagwood, K. (2007). Early identification of mental health problems in schools: The status of instrumentation. *Journal of School Psychology*, 163-191. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002244050600104X>
- Madeira, S. (Novembro de 2013). *Saber e Sabedoria: a arte de educar*. Disponível em: Joao dos Santos no século XXI: <http://joaodossantos.net/contributos/saber-e-sabedoria-a-arte-de-educar/>
- Major, S., & Seabra-Santos, M. J. (Jan de 2013). Uso de inventários comportamentais para a avaliação socioemocional em idade pré-escolar. *Avaliação Psicológica*, 101-107. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000100013

Malpique, C., & Freitas, P. P. (2014). O Valor do Sintoma em Pedopsiquiatria: Orientação Terapêutica. In P. Monteiro, *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp. 25-30). Lisboa: LIDEL.

Marcelli, D. (2005). *Infância e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle-Range and Situations-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing- Development & Progress* (5ª ed.). Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.

Nabais, A. (outubro - dezembro de 2008). Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: âmbito e contextos. *Ordem dos Enfermeiros*, 20, 38-43.

Nordentoft, M. (novembro de 2007). Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. *Doctor of Medical Science*, 54(4), 306-369. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18208680>

Nunes, Lucília (2005) - *Ética na investigação em Enfermagem*. Comunicação – Mesa - Redonda: Ética na Prática de Enfermagem - XXVI Congresso Português de Cardiologia. 11 de abril 2005. Porto.

Ordem dos Enfermeiros. (20 de Novembro de 2010). *Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Disponível em: Ordem do Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (Outubro de 2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Disponível em: Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceesaudemental.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. SL: OMS. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
- Petersen, D., Bilenberg, N., Hoerder, k., & Gilberg, C. (21 de Fevereiro de 2006). The population prevalence of child psychiatric disorders in Danish 8- to 9-year-old children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15 (2), 71-78. Disponível em: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=24b2cb56-eddb-4a93-a0b8-e64d9e4a4aeb%40sessionmgr4007&hid=4105>
- Poulou, M. S. (2015). Emotional and Behavioural Difficulties in Preschool. *Journal of Child and Family Studies*, pp. 225-236.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Erhart, M., Bettge, S., Wittchen, H., Rothenberger, A. ... Dopfner, M. (Janeiro de 2008). Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 22-33. doi:10.1007/s00787-008-1003-2
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Santos, J. (2007). *Ensinar-me a Ler o Mundo à Minha Volta*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática Clínica*. Coimbra: Quarteto.
- Silva, H. (Setembro de 2001). Mecanismos de acción de los estabilizadores del ánimo
Mechanisms of Action of Mood Stabilizers. *Revista chilena de neuro-psiquiatria*, 39, 219-230. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272001000300006

- Silva, T., Ósorio, F., & Loureiro, S. (10 de Junho de 2015). SDQ:discriminative validity and diagnostic potential. *Frontiers in Psychology*, 6,1-7. doi:10.3389/fpsyg.2015.00811
- Simeão, L. (2013). *Avaliação Clínica em Enfermagem de Saúde Mental em crianças do pré-escolar e 1º Ciclo após a vivência de um tornado*. Dissertação de Mestrado. Disponível em: RCAAP: <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/15770>
- Tomey, A., & Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5º ed.). Loures: Lusociência .
- Townsend, M. (2009). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6º ed.). Loures: Lusociência.
- Trzepacz, P., & Baker, R. (2001). *Exame Psiquiátrico do Estado Mental*. Lisboa: Climepsi .
- Vaz, S., Cordier, R., Boyes, M., Parsons, R., Joosten, A., Ciccarelli, M. ... Falkmer, T. (15 de Janeiro de 2016). Is Using the Strengths and Difficulties Questionnaire in a Community Sample the Optimal Way to Assess Mental Health Functioning? *Plos One*, 1-25. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0144039>
- Vinogradov, S., & Yalom, I. D. (1992). *Manual de Psicoterapia de Grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Yalom, I. (2011). *A Psicologia do Amor*. Cascais: Saída de Emergência.
- Zagonel, I. P. (Julho de 1999). O Cuidados Humano Transicional na Trajetória de Enfermagem. *Revista Latino-Americana*, 7(3) 25-32. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/es/lil-269974>

ANEXOS

ANEXO 1 - SDQ - Versão de Pais com Suplemento de Impacto

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)

P 4-16

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento do seu filho / da sua filha nos últimos seis meses.

Nome da criança

Masculino/Feminino

Data de nascimento

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca pára quieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral as outras crianças gostam dele/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mente frequentemente ou engana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As outras crianças metem-se com ele/a, ameaçam-no/a ou intimidam-no/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensa nas coisas antes de as fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tem algum outro comentário ou preocupação? Descreva.

Por favor, vire a folha - há mais algumas questões no outro lado

Em geral, parece-lhe que o seu filho / a sua filha tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?

Não	Sim- dificuldades pequenas	Sim- dificuldades grandes	Sim- dificuldades muito grandes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre essas dificuldades:

• Há quanto tempo existem essas dificuldades?

Menos de 1 mês	1-5 meses	6-12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o seu filho / a sua filha?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do seu filho / da sua filha nas seguintes áreas?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
EM CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COM OS AMIGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NA APRENDIZAGEM NA ESCOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAS BRINCADEIRAS/ TEMPOS LIVRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades são uma sobrecarga para si ou para a família?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura

Data

Mãe/Pai/Outro (por favor, indique quem):

Muito obrigado pela sua colaboração

ANEXO 2 - SDQ - Versão de Professores com Suplemento de Impacto

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)

Pr 4-16

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento do aluno / da aluna nos últimos seis meses ou neste ano escolar.

Nome da criança

Masculino/Feminino

Data de nascimento

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca pára quieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em geral as outras crianças gostam dele/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distrai-se com facilidade, está sempre com a cabeça no ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a e pouco seguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mente frequentemente ou engana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As outras crianças metem-se com ele/a, arneçam-no/a ou intimidam-no/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sempre pronto/a a ajudar os outros (pais, professores ou outras crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensa nas coisas antes de as fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tem algum outro comentário ou preocupação? Descreva.

Por favor, vire a folha - há mais algumas questões no outro lado

Em geral, parece-lhe que este aluno / esta aluna tem dificuldades em alguma das seguintes áreas: emoções, concentração, comportamento ou em dar-se com outras pessoas?

Não	Sim- dificuldades pequenas	Sim- dificuldades grandes	Sim- dificuldades muito grandes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre essas dificuldades:

• Há quanto tempo existem essas dificuldades?

Menos de 1 mês	1-5 meses	6-12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades incomodam ou fazem sofrer o aluno / a aluna?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades perturbam o dia-a-dia do aluno / da aluna nas seguintes áreas?

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
RELAÇÕES COM OS COLEGAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NA APRENDIZAGEM NA ESCOLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Essas dificuldades são uma sobrecarga para si ou para a classe/turma?

Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura Data

Professor/Professor do ensino especial/Director de turma/Outro (por favor, indique quem):

Muito obrigado pela sua colaboração

ANEXO 3 - Cotação do SDQ com Suplemento de Impacto Versão Pais e Versão
Professores

Cotação do Questionário de Capacidades e Dificuldades – Versão de Pais / Professores

Os 25 itens que constituem o SDQ estão organizados em 5 escalas, cada uma composta por 5 itens. Geralmente, é mais fácil cotar as 5 escalas antes de calcular a pontuação total de dificuldades. Cada item tem três opções de resposta: *Não é verdade*, *É um pouco verdade*, *É muito verdade*. A opção *É um pouco verdade* é sempre cotada com 1. Cada uma das outras duas opções pode ser cotada com 0 ou 2 pontos, conforme o item, tal como é apresentado em baixo, escala por escala. A pontuação total de cada uma das 5 escalas pode variar entre 0 e 10 se os 5 itens tiverem sido respondidos. O resultado de cada escala pode ser considerado desde que pelo menos 3 itens tenham sido respondidos.

<u>Escala de Sintomas Emocionais</u>	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça ...	0	1	2
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	0	1	2
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	0	1	2
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a	0	1	2
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	0	1	2

<u>Escala de Problemas de Comportamento</u>	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	0	1	2
Obedece com facilidade ...	2	1	0
Luta frequentemente com as outras crianças ...	0	1	2
Mente frequentemente ou engana	0	1	2
Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	0	1	2

<u>Escala de Hiperactividade</u>	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca pára quieto/a	0	1	2
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	0	1	2
Distrai-se com facilidade	0	1	2
Pensa nas coisas antes de as fazer	2	1	0
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	2	1	0

<u>Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas</u>	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Tem tendência a isolar-se ...	0	1	2
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	2	1	0
Em geral as outras crianças gostam dele/a	2	1	0
As outras crianças metem-se com ele/a ...	0	1	2
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	0	1	2

<u>Escala de Comportamento Pró-social</u>	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
É sensível aos sentimentos dos outros	0	1	2
Partilha facilmente com as outras crianças	0	1	2
Gosta de ajudar se alguém está magoado	0	1	2
É simpático/a e amável com crianças mais pequenas	0	1	2
Sempre pronto/a a ajudar os outros	0	1	2

Pontuação Total de Dificuldades

É obtida pela soma da pontuação total de todas as escalas com excepção da escala pró-social. Deste modo, a pontuação resultante pode variar entre 0 e 40 (e não pode ser computado caso a pontuação de alguma das escalas, exceto a pró-social, esteja ausente).

Interpretação da Pontuação dos Sintomas e Definição de “Caso”

Os intervalos provisórios, apresentados em baixo, foram estabelecidos de tal forma que aproximadamente 80 % das crianças na comunidade são normais, 10% são limítrofes e 10% são anormais. Em estudos com amostras de **alto risco**, onde os falsos positivos não sejam a maior preocupação, os possíveis “casos” podem ser identificados por uma **pontuação alta** ou **limítrofe** em uma das quatro escalas de dificuldades. Em estudos com amostras de **baixo risco**, onde é mais importante reduzir a taxa de falsos positivos, os possíveis “casos” podem ser identificados por uma **pontuação alta** em uma das quatro escalas de dificuldades.

	Normal	Limítrofe	Anormal
<u>Preenchido pelos Pais</u>			
Pontuação Total das Dificuldades	0 - 13	14 - 16	17 - 40
Pontuação dos Sintomas Emocionais	0 - 3	4	5 - 10
Pontuação de Problemas de Comportamento	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Hiperactividade	0 - 5	6	7 - 10
Pontuação para Problemas com Colegas	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Comportamento Pró-social	6 - 10	5	0 - 4

Preenchido pelo Professor

Pontuação Total das Dificuldades	0 - 11	12 - 15	16 - 40
Pontuação dos Sintomas Emocionais	0 - 4	5	6 - 10
Pontuação de Problemas de Comportamento	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Hiperactividade	0 - 5	6	7 - 10
Pontuação p/ Problemas com Colegas	0 - 3	4	5 - 10
Pontuação para Comportamento Pró-social	6 - 10	5	0 - 4

Pontuação e Interpretação do Impacto

Quando é usada a versão do SDQ que inclui o “Suplemento de Impacto”, os itens relativos ao sofrimento global e às dificuldades sociais podem ser somados para se obter a pontuação do impacto, que pode variar entre 0 e 10 na versão para pais e entre 0 e 6 na versão para professores.

	Nada	Pouco	Muito	Muitíssimo
<u>Avaliação dos pais</u>				
As dificuldades incomodam/fazem sofrer a criança	0	0	1	2
Interferem em casa	0	0	1	2
Interferem com os amigos	0	0	1	2
Interferem na aprendizagem na escola	0	0	1	2
Interferem nas brincadeiras/tempos livres	0	0	1	2

Avaliação do professor

As dificuldades incomodam/fazem sofrer a criança	0	0	1	2
Interferem nas relações com os colegas	0	0	1	2
Interferem na aprendizagem na escola	0	0	1	2

As respostas às questões sobre cronicidade e sobrecarga para os outros não são incluídas na cotação de impacto. Quando os entrevistados tiverem respondido “não” à primeira questão do suplemento de impacto (i.e. quando não se considerarem como tendo alguma dificuldade emocional ou de comportamento), não deverão responder às questões sobre sofrimento ou dificuldades e, nestas circunstâncias, a pontuação do impacto será automaticamente zero.

Uma pontuação total do impacto igual ou maior que 2 é anormal, uma pontuação de 1 é limítrofe e uma pontuação de 0 é normal.

ANEXO 4 - Questionário complementar

PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL COM CRIANÇAS DO 1º CICLO

Escola Básica do 1.º Ciclo XXXXXXXXXX

Nome da criança: _____

Ano e turma escolar: _____

Nacionalidade: _____

Área de residência:

Concelho _____ Freguesia _____

Profissão do Pai: _____ Empregado: _____

Profissão da Mãe: _____ Empregado: _____

Com quem vive a criança: _____

Criança tem acompanhamento em consulta de psicologia ou pedopsiquiatria:

Não Sim Local: _____ Há quanto tempo: _____

Familiares com acompanhamento em consulta de psicologia ou psiquiatria:

Não : Sim:

Se sim: Pai Mãe Outro: _____

Assinatura: _____

Data: ___ / ___ / _____

ANEXO 5 - Procedimento Multisectorial - Consentimento Informado e Esclarecido
para a Investigação do CHLC



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL, EPE

Conselho de Administração

Circular Informativa


Nº: 585 Data: 26-09-2014

ASSUNTO: Procedimento Multissetorial – INV.103 – Consentimento informado e esclarecido para investigação

O Conselho de Administração em sessão de 24/09/2014 aprovou o seguinte Procedimento:

INV.103 – Consentimento informado e esclarecido para investigação

O presente procedimento está associado à Política de Investigação e aplica-se ao CHLC.

 O Conselho de Administração

Ana Soares

Ana Soares
Enxarmera Directora



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL, EPE

Hospital de São José
Hospital de Santo António dos Capuchos



HOSPITAL DE
SANTA MARTA




HOSPITAL
DE
SANTA
ESTEFÂNIA



HOSPITAL
CURRY CABRAL



 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Multissetorial	INV.103
	CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO	

Deliberação em
Sessão de 24/09/2014

Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de Lisboa
Central, EPE

APROVAÇÃO

O Es delibera aprovar

Laura Silveira
Laura Silveira
Vogal Executiva

Ana Soares
Ana Soares
Enfermeira Diretora

Ana Isabel Gonçalves
Ana Isabel Gonçalves
Vogal Executiva

TERESA SUSTELO
Presidente do Conselho de Administração

1. OBJETIVO

Divulgar os princípios e definir o procedimento para a obtenção do consentimento informado e esclarecido do participante, ou do seu representante legal, em estudos de investigação em saúde.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Este procedimento aplica-se a todos os profissionais capacitados para desenvolver investigação em saúde - Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, Técnicos Superiores de Saúde e outros grupos profissionais - das Áreas, Especialidades e Unidades Funcionais incluídas na Estrutura Clínica e na Estrutura de Apoio Clínico, e às estruturas hierárquicas responsáveis pela sua autorização.

3. RESPONSABILIDADES


- 3.1. **Pela implementação do Procedimento:** Responsáveis das Estruturas definidas no Âmbito de Aplicação.
- 3.2. **Pela revisão do procedimento:** Grupo de trabalho a designar pelo Conselho de Administração, ouvida a Comissão de Ética.

4. DEFINIÇÕES

Boas práticas clínicas – “Os preceitos internacionalmente reconhecidos de qualidade ética e científica que devem ser respeitados na conceção, na realização, no registo, na notificação, na publicação e na revisão dos estudos clínicos que envolvam a participação de seres humanos” (Lei n.º 21/2014, de 16/04, artigo 2º).

ELABORAÇÃO		CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA Secretariado CA N.º 6668 Entrada 26/09/2014 Saída 26/09/2014
Enf. António Nabais	<i>António Nabais</i>	
Enf. Armandina Antunes	<i>Armandina Antunes</i>	
Dr. Daniel Virella	<i>Daniel Virella</i>	
Dr. Gonçalo Cordeiro Ferreira	<i>Gonçalo Cordeiro Ferreira</i>	
Prof. Dr. Luís Pereira da Silva	<i>Luís Pereira da Silva</i>	
VERIFICAÇÃO		
CQSD	<i>Luís Pereira da Silva</i>	

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.	
B	2014	Nº 585	2017	1/9

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Multissetorial		INV.103
	CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO		

Comissão de Ética – A CES que funciona no CHLC, encarregue de emissão do parecer previsto na Lei n.º 21/2014, de 16/04.

Comissão de Ética Competente (CEC) – A comissão encarregue de emissão do parecer previsto na Lei n.º 21/2014, de 16/04, podendo ser a CEIC, a CES que funciona no centro de estudo clínico envolvido, ou a CES designada pela CEIC para esse fim.

Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC) – “O organismo independente constituído por profissionais de saúde e outros, incumbido de assegurar a proteção dos direitos, da segurança e do bem-estar dos participantes nos estudos clínicos e de garantir os mesmos junto da sociedade” (Lei n.º 21/2014, de 16/04, artigo 2º).

Comissões de Ética para a Saúde (CES) – “As entidades instituídas com essa denominação pelo Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de maio” (Lei n.º 21/2014, de 16/04, artigo 2º).

Competência (ou capacidade de decisão) – A competência é a capacidade de desempenhar determinada função com um propósito legal particular. Deve considerar-se competente o indivíduo capaz de: 1) saber, sem qualquer sugestão, a natureza de um determinado ato, nomeadamente a natureza do ato de dar consentimento e a natureza dos atos que consente; 2) compreender ou avaliar as alternativas existentes e 3) comunicar uma preferência. Neste contexto, a incompetência do participante em determinada área não implica incompetência em outra área.


Consentimento eficaz – Considera-se como eficaz o consentimento prestado por indivíduos com mais de dezasseis anos e que possuem discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta (Código Penal, Lei n.º 59/2007, de 4/09, artigo 38º/3).

Consentimento informado – “A decisão expressa de participar num estudo clínico, tomada livremente por uma pessoa dotada de capacidade de o prestar ou, na falta desta, pelo seu representante legal, após ter sido devidamente informada sobre a natureza, o alcance, as consequências e os riscos do estudo, bem como o direito de se retirar do mesmo a qualquer momento, sem quaisquer consequências, de acordo com as orientações emitidas pela CEC, que devem incluir a definição do meio adequado de o prestar, o qual deve ser escrito, sempre que aplicável”. (Lei n.º 21/2014, de 16/04, artigo 2º).

Consentimento presumido – Considera-se lícita a presunção de consentimento “quando a situação (...) permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no ato, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado” (Código Penal, Lei n.º 59/2007, de 4/09, artigo 39º/2).

Dados pessoais – “Informação de qualquer natureza, independentemente do respetivo suporte, incluindo som e imagem, relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável (“titular dos dados”); é considerada identificável a pessoa que possa ser identificada direta ou indiretamente, designadamente por referência a um número

	EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
B	2014	Nº 585	2017	2/9

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Multissetorial		INV-103
	CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO		

de identificação ou a um ou mais elementos específicos da sua identidade física, fisiológica, psíquica, económica, cultural ou social." (Lei 67/98, de 26/10, alínea a) do artigo 3º).

Dados sensíveis – “Dados pessoais referentes a convicções filosóficas ou políticas, filiação partidária ou sindical, fé religiosa, vida privada e origem racial ou étnica, bem como dados relativos à saúde e à vida sexual, incluindo os dados genéticos.” (Lei 67/98, de 26/10, artigo 7º).

Divulgação de estudos clínicos – “Qualquer forma de comunicação que tenha por objeto ou por efeito informar sobre a realização de um estudo clínico, podendo esta incluir observações realizadas no contexto do estudo, interpretação de resultados e conclusões do mesmo junto do público, junto dos profissionais de saúde, junto dos meios de comunicação social, em publicações de carácter geral ou científico, independentemente do seu público-alvo, e em material publicitário de medicamentos, dispositivos médicos ou quaisquer outros meios de intervenção na saúde”. (Lei n.º 21/2014, de 16/04, artigo 2º).


Ensaio clínico ou ensaio – “Qualquer investigação conduzida no ser humano, destinada a descobrir ou a verificar os efeitos clínicos, farmacológicos ou outros efeitos farmacodinâmicos de um ou mais medicamentos experimentais, ou a identificar os efeitos indesejáveis de um ou mais medicamentos experimentais, ou a analisar a absorção, a distribuição, o metabolismo e a eliminação de um ou mais medicamentos experimentais, a fim de apurar a respetiva segurança ou eficácia”. (Lei n.º 21/2014, de 16/04, artigo 2º).

Equipa de investigação – “É constituída pelos investigadores e ainda pelos profissionais que, por força das suas funções, participam direta e imediatamente no estudo clínico” (Lei n.º 21/2014, de 16/04, artigo 2º).

Estudo clínico ou estudo – “Qualquer estudo sistemático, conduzido no ser humano ou a partir de dados de saúde individuais, destinado a descobrir ou a verificar a distribuição ou o efeito de fatores de saúde, de estados ou resultados em saúde, de processos de saúde ou de doença, do desempenho e, ou, segurança de intervenções ou serviços de saúde, através de aspetos biológicos, comportamentais, sociais ou organizacionais”. (Lei n.º 21/2014, de 16/04, artigo 2º). A investigação clínica abrange um largo espectro de áreas: a) investigação “orientada para o doente”, entendida como investigação em que o investigador interage com o indivíduo ou grupos de indivíduos (incluindo amostras de fluidos, tecidos ou comportamentos) em estudos sobre mecanismos de doença, intervenções terapêuticas, ensaios clínicos ou desenvolvimento de nova tecnologias; b) estudos epidemiológicos e comportamentais; c) investigação sobre serviços de saúde e os seus resultados.

Estudo clínico com intervenção – “Qualquer investigação que preconize uma alteração, influência ou programação dos cuidados de saúde, dos comportamentos ou dos conhecimentos dos participantes ou cuidadores, com a finalidade de descobrir ou verificar efeitos na saúde, incluindo a exposição a medicamentos, a utilização de dispositivos médicos, a execução de técnicas cirúrgicas, a exposição a radioterapia, a aplicação de produtos cosméticos e de higiene corporal, a intervenção de fisioterapia, a intervenção de psicoterapia, o uso de transfusão, a terapia celular, a participação em

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.	
B	2014	Nº 585	2017	3/9

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Multissetorial	INV-103
	CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO	

sessões de educação individual ou em grupo, a intervenção com regime alimentar, a intervenção no acesso ou organização dos cuidados de saúde ou a intervenção designada como terapêutica não convencional". (Lei n.º 21/2014, de 16/04, artigo 2º).

Estudo clínico sem intervenção – “O estudo no qual estejam preenchidas as seguintes condições: i) Os medicamentos sejam prescritos ou os dispositivos médicos sejam utilizados de acordo com as condições previstas na autorização de introdução no mercado ou no procedimento de avaliação de conformidade, respetivamente; ii) A inclusão do participante numa determinada estratégia terapêutica não seja previamente fixada por um protocolo de estudo, mas dependa da prática corrente; iii) A decisão de prescrever o medicamento ou utilizar um dispositivo médico esteja claramente dissociada da decisão de incluir ou não o participante no estudo; iv) Não seja aplicado aos participantes qualquer outro procedimento complementar de diagnóstico ou de avaliação e sejam utilizados métodos epidemiológicos para analisar os dados recolhidos”. (Lei n.º 21/2014, de 16/04, artigo 2º).

Informação de saúde – “Abrange todo o tipo de informação direta ou indiretamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, que se encontre com vida ou tenha falecido, e a sua história clínica e familiar.” (Lei 12/2005, de 12/01).

Informação genética – Informação de saúde que verse as características hereditárias de uma ou de várias pessoas, aparentadas entre si ou com características comuns daquele tipo. Exclui-se desta definição a informação obtida por testes de parentesco ou estudos de zigotia em gêmeos, dos estudos de identificação genética para fins criminais e do estudo das mutações genéticas somáticas no cancro. A informação genética pode resultar da realização de testes genéticos por meios de biologia molecular, assim como por testes citogenéticos, bioquímicos, fisiológicos ou imagiológicos, ou da simples recolha de informação familiar, registada sob a forma de uma árvore familiar ou outra, cada um dos quais pode, por si só, enunciar o estatuto genético de uma pessoa e seus familiares. (Cf Lei 12/2005, de 12/01).

Investigador – “uma pessoa que exerça profissão reconhecida em Portugal para o exercício da atividade de investigação, devido às habilitações científicas e à habilitação legal para a prestação de cuidados que a mesma exija, que se responsabiliza pela realização do estudo clínico no centro de estudo e, sendo caso disso, pela equipa de investigação que executa o estudo nesse centro, podendo, neste caso, ser designado investigador principal”. (Lei n.º 21/2014, de 16/04, artigo 2º).


Investigador Principal - Investigador responsável pela realização do estudo e coordenação de toda a equipa de investigadores.

Menor de idade – Em conformidade com o Art. 122º do Código Civil, “É menor quem não tiver ainda completado dezoito anos de idade”.

Participante – “A pessoa que participa no estudo clínico”. (Lei n.º 21/2014, de 16/04, artigo 2º).

Representante legal – Pais e tutores legais de menores ou representantes designados por um tribunal.

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.	
B	2014	Nº 585	2017	4/9

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Multissetorial	INV-103
	CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO	

Tratamento de dados pessoais – “Qualquer operação ou conjunto de operações sobre dados pessoais, efetuadas com ou sem meios automatizados, tais como a recolha, o registo, a organização, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a comunicação por transmissão, por difusão ou por qualquer outra forma de colocação à disposição, com comparação ou interconexão, bem como o bloqueio, apagamento ou destruição.” (Lei 67/98, de 26/10, alínea b do artigo 3º).

5. SIGLAS E ABREVIATURAS

- BI** – Boletim Informativo
CHKS – Caspe Healthcare Knowledge Systems
CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE
CNPD – Comissão Nacional de Proteção de Dados
DR – Diário da Republica


6. REFERÊNCIAS

- CHKS, *International Accreditation programme for Healthcare Organisations*, 4ª ed. julho 2013:

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
15	Direitos e Necessidades do Doente	1
22	Gestão do Risco Clínico e Segurança do Doente	22,24,28,30
32	Planeamento de Cuidados	1
50	Ensaio Clínicos	7

- A Convenção sobre os Direitos da Criança. http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe. World Health Organization. European Consultation on the Rights of Patients. Amsterdam 28 - 30 March 1994. http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf
- Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, concerning Biomedical Research. (Strasbourg, 25.1.2005). <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/195.htm>
- Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes - Direção Geral da Saúde; <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>.
- Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes Internados. <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- Candiani M. Psiquiatria forense. <http://marciocandiani.site.med.br/index.asp?PageName=Psiquiatria-20Forense-20-28Medicina-20e-20Direito-29>. Acedido a 5 de agosto de 2011.
- Clinical Research & Clinical Trials. What is clinical research? <http://www.nichd.nih.gov/health/clinicalresearch/>.
- Código Deontológico da Ordem dos Médicos. Regulamento nº 14/2009, da Ordem dos Médicos, DR nº 8, II Série, de 11 de janeiro de 2009.
- Código Penal. Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de setembro. Vigésima terceira alteração ao Código Penal, Lei nº 59/2007, de 4 de setembro.

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.	
B	2014	Nº 585	2017	5/9

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Multissetorial	INV-103
	CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO	

- Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. (Oviedo, 4.IV.1997).
<http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/164.htm>
- Declaração Universal dos Direitos do Homem. [http:// www. fd. uc.pt/ hrc/ enciclopedia/onu/textos_onu/dudh.pdf](http://www.fd.uc.pt/hrc/enciclopedia/onu/textos_onu/dudh.pdf)
- Diretiva 2005/28/CE que estabelece princípios e diretrizes pormenorizadas de boas práticas clínicas no que respeita aos medicamentos experimentais para uso humano, bem como os requisitos aplicáveis às autorizações de fabrico ou de importação desses produtos. Jornal Oficial da União Europeia. http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/eudralex/vol-1/dir_2005_28/dir_2005_28_pt.pdf
- Informação genética pessoal e informação de saúde. Lei 12/2005. DR 1ª Série N.º 18 de 26 de janeiro de 2005.
- Organização. Regulamento. Capítulo III, Secção II, Subsecção IV, Artigo 40º. Intranet CHLC, EPE.
- Organização. Regulamento. Capítulo III, Secção II, Subsecção IV, Artigo 41º. Intranet CHLC, EPE.
- Lei da Proteção de Dados Pessoais. Lei nº 67/1998. DR 1ª Série nº 247 de 26 de outubro de 1998. <http://www.cnpd.pt>
- Lei de Bases da Saúde. Lei 48/99 de 24 de agosto de 1999 (com as alterações introduzidas pela Lei 27/2002 de 8 de novembro).
- Lei de investigação Clínica, Lei nº21/2014 DR, 1ª Série nº75 de 16 de abril de 2014.
- Plano Nacional de Saúde 2004/2010. http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_323.html
- Política de Investigação no CHLC, EPE. Circular Informativa Nº 677, 2009.
- Regime jurídico aplicável à realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano. Lei 46/2004, DR 1ª Série n.º 195 de 19 de agosto de 2004. http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/036-C_Lei_46_2004_1.%AAAlt.pdf
- Regulamento do CHLC – Homologado em 2014.
- Salako SE. The declaration of Helsinki 2000: ethical principles and the dignity of difference. Med Law 2006;25:341-54.
- TRC 104 - Consentimento Informado e Esclarecido para Procedimentos Clínicos. CHLC, EPE, 2010.
- World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. (59th WMA General Assembly, Seoul, October 2008). <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>


7. DESCRIÇÃO

7.1. Princípios gerais

A investigação em saúde é orientada pelo primado da pessoa, devendo os direitos e a dignidade da pessoa prevalecer sobre os interesses da ciência.

A maioria dos procedimentos envolvidos na investigação em saúde implica riscos para o participante, não só quanto à sua integridade física, mas também quanto à exposição dos seus dados pessoais. Consequentemente, a investigação envolvendo pessoas deve reger-se por padrões éticos e normas nacionais e internacionais que

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.	
B	2014	Nº 585	2017	6/9

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Multissetorial		INV.103
	CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO		

protejam a vida, a saúde, a dignidade, a integridade, o direito de autodeterminação, a privacidade e a confidencialidade da informação pessoal do participante.

Quando o estudo envolve intervenção, os potenciais riscos não podem de forma alguma ser desproporcionados em relação aos potenciais benefícios.

A participação do indivíduo num estudo deve ser absolutamente voluntária.

Antes do início do estudo, o protocolo de investigação deve ser submetido e aprovado pela Comissão de Ética.

7.2. Confidencialidade

Qualquer informação de natureza pessoal (dados pessoais) coligida durante a investigação deve ser considerada confidencial.


O tratamento de dados pessoais só pode ser efetuado se o seu titular tiver dado consentimento e se for respeitada a Lei da Proteção de Dados Pessoais, nomeadamente nos seguintes aspetos:

- A recolha dos dados não deve ser excessiva relativamente à finalidade da recolha.
- Os dados recolhidos para investigação não podem ser tratados posteriormente de forma incongruente com essa finalidade.
- Os dados devem ser conservados de forma a apenas permitir a identificação dos seus titulares durante o período de estudo ou em período posterior necessário para tratamento dos dados. Mediante pedido de consentimento, pode o titular autorizar a conservação dos seus dados para fins históricos, estatísticos ou científicos por período superior ao referido.
- Não está autorizado o tratamento de dados pessoais referentes a convicções filosóficas ou políticas, filiação partidária ou sindical, fé religiosa, origem racial ou étnica, vida sexual e dados genéticos. Mediante disposição legal, pode ser permitido o tratamento dos dados referidos, se o titular der consentimento expresso para tal, havendo a garantia de não discriminação. O consentimento do titular dos dados não desobriga à notificação do seu registo e tratamento à CNPD.
- O tratamento dos dados referentes à saúde e à vida sexual, incluindo os dados genéticos, é permitido quando for necessário para efeitos de medicina preventiva, de diagnóstico médico, de prestação de cuidados ou tratamentos médicos ou de gestão de serviços de saúde. Nestes casos, o tratamento desses dados deve ser efetuado por profissional de saúde obrigado a sigilo ou por outra pessoa sujeita igualmente a segredo profissional, tal seja notificado à CNPD, nos termos do artigo 27º da Lei 67/98, de 26/10, e garantidas medidas adequadas de segurança da informação.
- Os investigadores, bem como as pessoas que, no exercício das suas funções, tenham tido conhecimento dos dados pessoais tratados, ficam obrigados a sigilo profissional, inclusive após o termo das suas funções.

7.3. Informação

Para que um indivíduo decida participar de livre vontade no estudo, é essencial que receba informação documentada, completa e inteligível. A informação deve abranger: os objetivos do estudo, os procedimentos a que o participante será sujeito, os potenciais riscos, inconvenientes e vantagens da sua participação, medidas previstas para proteção de dados pessoais, medidas para resposta a eventuais efeitos

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
B	2014	Nº	585	2017	7/9

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	Procedimento Multissetorial		INV. 103
	CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO		

adversos, indicação de eventuais conflitos de interesses e previsível uso futuro dos dados, resultados e materiais obtidos para além do estudo.

A informação para se obter o consentimento de participação deve ser dada sempre nas formas oral e escrita, devendo despende-se o tempo e os meios necessários para garantir a sua completa compreensão. Deve ser usado o modelo do CHLC para apresentação escrita da informação (Anexo 1). Caso não seja possível entregar o impresso de informação escrita antes da intervenção ou da colheita de dados, este deve ser entregue logo que possível.

Na incapacidade de o indivíduo entender ou decidir (incapacidade mental ou confusão), a informação pertinente e necessária deve ser fornecida ao seu representante legal, nunca se excluindo o dever de informar o próprio indivíduo na medida do seu entendimento (linguagem e conteúdo).

O menor deve receber informações sobre o estudo clínico e os respetivos riscos e benefícios, adequadas à sua capacidade de compreensão.

Se houver dificuldades de comunicação por falta de domínio da língua, deve recorrer-se aos mecanismos de assistência disponíveis, como o serviço de intérpretes do CHLC, ou ao apoio de familiares ou acompanhantes que dominem o português e o idioma em causa.

O participante ou o seu representante legal devem ser informados sobre o direito de recusar participar ou de retirar o consentimento em qualquer momento, sem ter de o justificar, não havendo qualquer tipo de discriminação, represália ou interferência na prestação de cuidados.

Deve ser fornecida ao participante toda informação relevante para a sua saúde ou qualidade de vida, presente ou futura, obtida durante a investigação. Esta informação deve ser dada no contexto de prestação de cuidados de saúde ou de aconselhamento, devendo respeitar-se o desejo de o participante não ter conhecimento dessa informação. Deve ser explicitado ao participante se o processo de anonimização não permite prestar a referida informação.

O participante tem o direito de tomar conhecimento dos resultados da investigação na qual participou.


O investigador apenas solicitará o consentimento após a garantia de que o participante e/ou seu representante legal ficaram suficientemente esclarecidos.

7.4. Consentimento

O consentimento deve ser um ato prévio aos procedimentos inerentes à investigação.

Cabe ao Investigador Principal a responsabilidade de garantir que o consentimento concedido seja eficaz. O Investigador Principal é, portanto, o responsável por aferir a competência dos potenciais participantes concederem o consentimento eficaz. Esta responsabilidade pode ser delegada nos restantes investigadores após verificação das suas capacidades para avaliar a competência dos potenciais participantes e de transmitir a informação necessária para obter o consentimento informado, tornando o

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
B	2014	Nº 585	2017
			8/9

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Multissetorial		INV. 103
	CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO		

esclarecimento do participante da responsabilidade partilhada da equipa de investigação.

O consentimento informado deve ser prestado em articulação com o médico assistente, quando em contexto de locais de prestação de cuidados de saúde.

O consentimento informado deve ser formal e concedido, de preferência, sob a forma escrita (Anexo 2). Se tal não for possível, o consentimento não escrito deve ser documentado no impresso próprio e testemunhado (Anexos 2 e 3).

Quer o consentimento quer a sua recusa, assim como a forma de obtenção, devem ficar registados, em duplicado, no impresso próprio (Anexo 2), sendo um exemplar arquivado e o outro entregue ao participante ou ao seu representante legal.

Se o participante estiver em relação de dependência do investigador, o pedido de consentimento informado deve ser solicitado por outro investigador qualificado para o efeito.

No caso de indivíduos considerados não competentes para receber a informação ou tomar a decisão, o investigador deve obter o consentimento informado do representante legal.


No caso de se tratar de menor, a sua opinião deve ser considerada em função da sua maturidade, não ficando a equipa de investigadores desobrigada a pedir o consentimento aos seus representantes legais. Assim, o consentimento deve ser solicitado a um dos progenitores, desde que não inibidos do exercício do poder parental. Neste caso, o consentimento deve ser solicitado ao representante legal do menor. A regra geral é a de que os menores de 16 anos têm o direito a serem ouvidos para atos de investigação que lhe sejam propostos e de que qualquer menor com 16 ou mais anos de idade e com o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do ato de investigação que lhe é proposto, pode consentir ou dissentir, independentemente das suas características culturais, sociais e grau de literacia.

Em indivíduos com incapacidade física ou mental para dar consentimento (por exemplo, doentes inconscientes), a investigação deve apenas realizar-se se a condição que impede dar o consentimento constitui uma das características necessárias da população em estudo. Nestes casos, o consentimento informado deve ser solicitado ao seu representante legal. No caso de não ser possível aguardar pelo consentimento, o estudo apenas pode realizar-se se essa situação estiver prevista no protocolo de investigação.

No caso de o participante não estar capacitado para dar o consentimento e se, anteriormente tiver deixado expressa a vontade em querer participar ou objetar a sua participação, esta vontade deve ser tomada em consideração.

Se não houver coincidência entre o sentido da vontade expressa ou presumida de um indivíduo não competente para dar consentimento para participar no estudo e o sentido do consentimento do seu representante legal, particularmente quando a situação de não competência é transitória, o conflito deve ser evitado, considerando o indivíduo como não elegível como participante. Tratando-se de uma situação de

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
B	2014	Nº 585	2017	9/9

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Multissetorial		INV.103
	CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA INVESTIGAÇÃO		

incapacidade permanente do indivíduo dar o consentimento eficaz, a vontade expressa pelo indivíduo antes da perda da capacidade poderá ser tomada em consideração, cabendo a decisão ao Investigador Principal, que poderá solicitar o parecer da Comissão de Ética.

O consentimento informado deve incluir a identificação e assinatura do:

- 1) Participante ou o seu representante legal;
- 2) Investigador que forneceu a informação e esclarecimento e que obteve o consentimento

O mesmo se passa com o documento de registo da expressão do participante em exercer o seu direito de retirar o consentimento anteriormente concedido (Anexo 3).

7.5. Casos particulares

Investigação experimental sobre intervenções terapêuticas, diagnósticas ou preventivas (ensaios clínicos): É necessário pedir consentimento específico, respetivamente para a intervenção e para a recolha, armazenamento e análise de dados. Estes estudos são regulados por legislação própria.

Investigação durante a gravidez ou amamentação: Deve produzir efeitos benéficos para a saúde do feto ou do lactente e da mãe, não envolver riscos ou que estes sejam mínimos e não ser possível realizar em mulheres que não estejam grávidas ou a amamentar.

Investigação utilizando material biológico humano: É necessário pedir consentimento específico para a coleção do material, análise, armazenamento e sua reutilização. A utilização para investigação, de material obtido no decurso de intervenções com outra finalidade, exige para seu armazenamento e reutilização a obtenção de consentimento informado específico. Estes estudos são regulados por legislação própria.

Investigação em embriões humanos *in-vitro*: Estes estudos são regulados por legislação própria.

Investigação em situações de emergência ou quando é impossível ou impraticável obter consentimento: Em situações em que a obtenção do consentimento é impossível ou impraticável, ou quando a informação para obtenção do consentimento interfere na validade da investigação, esta apenas poderá realizar-se após aprovação por uma comissão de ética. Podendo ser obtido consentimento não escrito, este deve ser documentado da melhor forma e testemunhado. Logo que seja possível, deve ser obtido o consentimento informado e expresso do participante ou do seu representante legal. Esta situação deve estar prevista no protocolo de investigação.

8. ANEXOS

8.1. Impressos

- Anexo 1 – Impresso de Informação para obtenção de Consentimento Informado
- Anexo 2 – Impresso para obtenção de Consentimento Informado
- Anexo 3 – Impresso para retirada de Consentimento Informado

8.2. Outros

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
B	2014	Nº 585	2017
			10/9



**CONSENTIMENTO ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS
DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE**

A relação investigador- participante é baseada na confiança mútua e está protegida por lei. O investigador obriga-se a informar o participante ou o seu representante legal sobre a natureza da sua participação no estudo, potenciais vantagens e inconvenientes, podendo o mesmo aceitar ou não participar no estudo. O pedido de assinatura deste documento resulta do disposto na Lei e em Norma da Direção-Geral da Saúde. Este documento é feito em duplicado, um arquivado no processo e outro entregue a quem consente.

Área/Unidade:

Título do estudo:

Procedimentos principais:

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos referidos neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados, mantendo a assistência necessária à situação de saúde que possa apresentar.

Se aplicável, vinhetas
do médico

Assinatura do investigador:

Nº mec. |_____| Cédula Profissional |_____|

Data: |__|_|.|__|_|.|__|_|

A preencher pelo participante ou pelo seu representante legal

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo os procedimentos referidos neste documento, bem como o registo, análise e divulgação científica das informações obtidas.

Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Identificação*:

Assinatura*: Data:/...../.....

Qualidade do Representante Legal*:

Documento de identificação e número:

O participante ou o seu representante legal declararam verbalmente o consentimento para participação neste estudo.

* O representante legal deve fazer prova dos seus poderes para representar o participante. Se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir.



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL EPE

**INFORMAÇÃO PARA OBTENÇÃO DE
CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO**

A relação investigador-participante é baseada na confiança mútua e está protegida por lei. O investigador obriga-se a informar o participante ou o seu representante legal sobre a natureza da sua participação no estudo, potenciais vantagens e inconvenientes, podendo o mesmo aceitar ou não participar no estudo. Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a.

Título do estudo:

.....

.....

Áreas/Unidades:

.....

Descrição do estudo:

(A informação deve abranger: os objetivos do estudo, os procedimentos a que o indivíduo será sujeito, os potenciais riscos, inconvenientes e vantagens da sua participação, medidas previstas para proteção de dados pessoais, medidas previstas para resposta a eventuais efeitos adversos, indicação de eventuais conflitos de interesses e previsível uso futuro dos dados, resultados e materiais obtidos para além do período de estudo.)



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL EPE

**INFORMAÇÃO PARA OBTENÇÃO DE
CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO**

A relação investigador-participante é baseada na confiança mútua e está protegida por lei. O investigador obriga-se a informar o participante ou o seu representante legal sobre a natureza da sua participação no estudo, potenciais vantagens e inconvenientes, podendo o mesmo aceitar ou não participar no estudo. Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a.

Título do estudo:

.....

.....

Áreas/Unidades:

.....

Descrição do estudo:

(A informação deve abranger: os objetivos do estudo, os procedimentos a que o indivíduo será sujeito, os potenciais riscos, inconvenientes e vantagens da sua participação, medidas previstas para proteção de dados pessoais, medidas previstas para resposta a eventuais efeitos adversos, indicação de eventuais conflitos de interesses e previsível uso futuro dos dados, resultados e materiais obtidos para além do período de estudo.)



**RETIRADA ESCLARECIDA DO
CONSENTIMENTO
PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS**

A relação investigador-participante é baseada na confiança mútua e está protegida por lei. O investigador obriga-se a informar o participante ou o seu representante legal sobre a natureza da sua participação no estudo, potenciais vantagens e inconvenientes, podendo o mesmo aceitar ou não participar no estudo. O pedido de assinatura deste documento resulta do disposto na Lei e em Norma da Direção-Geral da Saúde. Este documento é feito em duplicado, um arquivado no processo e outro entregue a quem retira o consentimento.

Área/Unidade:

Título do estudo:

Confirmo que expliquei ao participante, ou ao seu representante legal, de forma adequada e inteligível, que a opção de retirar o consentimento de participação neste estudo em nada afeta ou afetará a sua relação com o CHLC, EPE ou os seus profissionais.

Se aplicável, vinheta do médico

Assinatura do investigador:

Nº mec. | |_|_|_|_|_| | Cédula Profissional | |_|_|_|_|_| |

Data: |_|_|_|_|_|

A preencher pelo participante ou pelo seu representante legal

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Declaro ainda que, embora tendo concordado previamente em participar neste estudo, decido agora retirar o consentimento.

Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Identificação*:

Assinatura*: Data:/...../.....

Qualidade do Representante Legal*:

Documento de identificação e número:

* O representante legal deve fazer prova dos seus poderes para representar o participante. Se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se concordar.

O participante ou o seu representante legal declararam verbalmente a retirada do consentimento previamente concedido para participação neste estudo.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Descrição da Amostra

Tabela I - Distribuição da amostra pela idade.

	Mínimo	Máximo	Mediana
Idades	6,33	11,11	8,25

Tabela II - Distribuição da amostra pela nacionalidade.

Nacionalidade	N	%
Portuguesa	48	90,6
Cubana	1	1,9
Brasileira	3	5,7
Senegalesa	1	1,9
Total	53	100
Não respondeu	11	17,2
Total	64	

Tabela III - Distribuição da amostra pelos elementos com quem coabita.

Coabitação	N	%
Com ambos os pais	32	60,4
Com um dos pais	18	33,9
Sem nenhum dos pais	3	5,7
Total	53	100
Não respondeu	11	17,2
Total	64	

Tabela IV - Distribuição da amostra pela profissão do pai.

PROFISSÃO	N	%
Especialidades das Profissões intelectuais e científicas	5	9,4
Técnicos e Profissionais de nível intermédio	3	5,7
Pessoal administrativo e Similares	3	5,7
Pessoal dos serviços e vendedores	12	22,6
Operários, artífices e trabalhadores similares	9	16,9
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	2	3,8
Trabalhadores não qualificados	5	9,4
Outros*	14	26,4
Total	53	100
Não respondeu	11	17,2
Total	64	

* Desempregado, Desconhece ou Reformado.

Tabela V - Distribuição da amostra pela profissão da mãe.

PROFISSÃO	N	%
TabelaSuperiores da Administração Pública, dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	1	1,9
Especialidades das Profissões intelectuais e científicas	2	3,8
Técnicos e Profissionais de nível intermédio	3	5,6
Pessoal administrativo e Similares	11	20,8
Pessoal dos serviços e vendedores	20	37,7
Operários, artífices e trabalhadores similares	1	1,9
Trabalhadores não qualificados	6	11,3
Outros*	9	17,0
Total	53	100
Não respondeu	11	17,2
Total	64	

* Desempregado, Desconhece ou Reformado.

Tabela VI - Distribuição da amostra por família com acompanhamento em saúde mental.

Família com Acompanhamento em SM*	N	%
Sim	11	20,8
Não	42	79,2
Total	53	100
Não respondeu	11	17,2
Total	64	

*SM=Saúde Mental

Tabela VII - Distribuição da amostra por crianças com acompanhamento em saúde mental.

Crianças com Acompanhamento em SM*	N	%
Sim	15	28,3
Não	38	71,7
Total	53	100
Não respondeu	11	17,2
Total	64	

*SM=Saúde Mental

Tabela VIII - Cronicidade das dificuldades (SDQ- Versão de Pais com Suplemento de Impacto).

	N	%
< 1 mês	1	2,9
1 - 6 meses	0	0
> 6 meses	34	97,1
Total	35	100
Não respondeu	4	10,3
Total	39	

Tabela IX - Percepção dos pais do sofrimento global do filho (SDQ - Versão de Pais com Suplemento de Impacto).

	N	%
Nada	11	28,9
Pouco	15	39,5
Muito/ Muitíssimo	12	31,6
Total	38	100
Não respondeu	1	2,6
Total	39	

Tabela X - Avaliação da sobrecarga para os pais/família das dificuldades avaliadas (SDQ - Versão de Pais com Suplemento de Impacto).

	N	%
Nada	16	43,2
Pouco	11	29,7
Muito / Muitíssimo	10	27,0
Total	37	100
Não respondeu	2	5,1
Total	39	

Tabela XI - Cronicidade das dificuldades (SDQ - Versão de Professores com Suplemento de Impacto).

	N	%
< 6 meses	0	0
1 - 6 meses	0	0
> 6 meses	26	100
Total	26	100
Não respondeu	10	27,8
Total	36	

Tabela XII - Percepção dos professores do sofrimento global do aluno (SDQ - Versão de Professores com Suplemento de Impacto).

	N	%
Nada	4	12,5
Pouco	19	59,4
Muito / MUITÍSSIMO	9	28,1
Total	32	100
Não respondeu	4	11,1
Total	36	

Tabela XIII - Avaliação da sobrecarga para professores/classe/turma das dificuldades avaliadas (SDQ - Versão de Professores com Suplemento de Impacto).

	N	%
Nada	8	29,6
Pouco	11	40,7
Muito / MUITÍSSIMO	8	29,6
Total	27	100
Não respondeu	9	25,0
Total	36	

Tabela XIV - Diagnóstico de perturbação em saúde mental previsto pelo algoritmo do SDQ (as categorias “Possível” e “Provável” são consideradas como casos).

	Improvável		Possível / Provável		Total	
	N	%	N	%	N	%
Perturbação Emocional	50	78,1	14	21,9	64	100
Perturbação da Conduta	46	71,9	18	28,1	64	100
Perturbação de Hiperatividade	52	81,3	12	18,8	64	100
Perturbação Psiquiátrica	34	53,1	30	46,9	64	100

APÊNDICE 2 - Análise Multivariável

Tabela XV - Distribuição dos resultados do SDQ, por género.

		Perturbação Emocional	Perturbação da Conduta	Perturbação de Hiperatividade	Perturbação Psiquiátrica	Total de crianças em risco de Perturbação
Género	Masculino	7/32 (21,9%)	10/32 (31,3%)	8/32 (25%)	16/32 (50%)	18/32 (56,3%)
	Feminino	7/32 (21,9%)	8/32 (25%)	4/32 (12,5%)	14/32 (43,8%)	15/32 (46,9%)
Total		14/64 (21,9%)	18/64 (28,1%)	12/64 (18,8%)	30/64 (46,9%)	33/64 (51,56%)

Tabela XVI - Distribuição dos resultados do SDQ, por nacionalidade.

	Nacionalidade		
	Portuguesa	Estrangeira	Total
Total de Crianças sem risco de perturbação	20 (87%)	3 (13%)	23 (100%)
Total de Crianças em risco de perturbação	28 (93,3%)	2 (6,6%)	30 (100%)

Tabela XVIII- Distribuição dos resultados do SDQ, por profissão do pai.

	Total de crianças em risco de perturbação
Especialidades das Profissões intelectuais e científicas	2/5 (40%)
Técnicos e Profissionais de nível intermédio	1/2 (33,3%)
Pessoal administrativo e Similares	2/3 (66,7%)
Pessoal dos serviços e vendedores	7/12 (58,3%)
Operários, artífices e trabalhadores similares	6/9 (66,7%)
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	0/3 (0%)
Trabalhadores não qualificados	2/5 (50%)
Outros (Desempregado/ Reformado/ Desconhece)	10/14 (71,4%)
Total	30/53 (56,6%)

Tabela XIX - Distribuição dos resultados do SDQ, por profissão da mãe.

	Total de crianças em risco de perturbação
TabelaSuperiores da Administração Pública, dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	1/1 (100%)
Especialidades das Profissões intelectuais e científicas	2/2 (100%)
Técnicos e Profissionais de nível intermédio	1/3 (33,3%)
Pessoal administrativo e Similares	7/11 (63,6%)
Pessoal dos serviços e vendedores	10/20 (50%)
Operários, artífices e trabalhadores similares	0/1 (0%)
Trabalhadores não qualificados	4/6 (66,7%)
Outros (Desempregado/ Doméstica/ Desconhece)	5/9 (55,6%)
Total	30/53 (56,6%)

Tabela XX - Distribuição dos resultados do SDQ, por familiar com acompanhamento em saúde mental.

	Familiar com acompanhamento em SM*		
	Sim	Não	Total
Total de crianças sem risco de perturbação	3 (13%)	20 (86,9 %)	23 (100%)
Total de Crianças em risco de perturbação	8 (26%)	22 (73,3%)	30 (100%)

*SM= saúde mental

Tabela XXI - Distribuição dos resultados do SDQ, pela cronicidade das dificuldades (SDQ - Versão de Pais com suplemento de Impacto).

	Cronicidade (Avaliação pelos Pais)			
	< 1 mês	1 - 6 meses	> 6 meses	Total
Total de Crianças em risco de perturbação	1 (4%)	0 (0%)	24 (96%)	25 (100%)

Tabela XXII - Distribuição dos resultados do SDQ, pela percepção dos pais do sofrimento global do filho (SDQ - Versão Pais com suplemento de Impacto).

	Sofrimento Global (Avaliação pelos Pais)			
	Nada	Pouco	Muito/Muitíssimo	Total
Total de Crianças em risco de perturbação	5 (19,2%)	10 (38,5%)	11 (42,3%)	26 (100%)

Tabela XXIII - Distribuição dos resultados do SDQ, pela sobrecarga para pais/família (SDQ - Versão de Pais com Suplemento de Impacto).

Sobrecarga Pais/Família (Avaliação pelos Pais)				
	Nada	Pouco	Muito/Muitíssimo	Total
Total de Crianças em risco de perturbação	8 (32%)	8 (32%)	9 (36%)	25 (100%)

Tabela XXIV - Distribuição dos resultados do SDQ, pela cronicidade das dificuldades (SDQ - Versão de Professores com suplemento de Impacto).

Cronicidade (Avaliação pelos Professores)				
	< 1 mês	1 - 6 meses	> 6 meses	Total
Total de Crianças em risco de perturbação	0 (0%)	0 (0%)	20 (100%)	20 (100%)

Tabela XXV - Distribuição dos resultados do SDQ, pela perceção dos professores do sofrimento global do aluno (SDQ - Versão Professores com suplemento de Impacto).

Sofrimento global (Avaliação pelos Professores)				
	Nada	Pouco	Muito/Muitíssimo	Total
Total de Crianças em risco de perturbação	2 (8,7%)	12 (52,2%)	9 (39,1%)	23 (100%)

Tabela XXVI - Distribuição dos resultados do SDQ, pela sobrecarga para professor/classe/turma (SDQ - Versão de Professor com Suplemento de Impacto).

Sobrecarga Professores/Classe/Turma (Avaliação pelos Professores)				
	Nada	Pouco	Muito/Muitíssimo	Total
Total de Crianças em risco de perturbação	1 (5%)	11 (55%)	8 (40%)	20 (100%)

APÊNDICE 3 - Hospital de Dia Pedopsiquiatria da Infância: Sessão 1

Sessão 1

A sessão decorreu com três das cinco crianças do grupo a “Joana” (nome fictício), o “Manuel” (nome fictício) e o “Tiago” (nome fictício).

Iniciamos o grupo com o “Manuel” e a “Joana”, tendo o “Tiago” chegado um pouco atrasado. Nesse primeiro momento encontrávamo-nos a fazer as primeiras apresentações. Começamos por nos sentarmos no chão, em que ambas as crianças mantinham uma postura tensa, com uma atitude retraída, a observar tudo o que as rodeava.

Com a chegada do “Tiago” começamos o **aquecimento** com vários jogos dinâmicos na sala com objetivo de se iniciarem as apresentações e possibilitar a libertação da rigidez do corpo. As três crianças encontravam-se bastante investidas nas atividades com a satisfação expressa nas suas caras. À medida que os jogos iam decorrendo, cada um ia ficando mais relaxado e envolvido no grupo, sendo utilizado o toque entre os elementos da sala, como forma de comunicação entre os corpos. Neste período foi apresentada a primeira e principal regra do grupo – Não Magoar o outro.

Posteriormente, na fase de **dramatização**, sentamo-nos em círculo e como atividade era pretendido escrever em poucas palavras “o que esperavam do grupo”. Com as palavras apresentadas criamos 2 subgrupos e teatralizamos com esses elementos o seu significado.

Um primeiro subgrupo foi constituído por mim, a “Joana” e o “Tiago” apresentamos uma “estátua com vida” que pretendia demonstrar a amizade e a união. No planeamento da estatua o “Tiago” apresentou iniciativa e sugere o que acabou por ser o produto final do subgrupo: um primeiro momento os três elementos encontravam-se na sala separados e tristes até que se encontram e constroem ligações gratificantes. No momento da **partilha** todas as crianças descreveram o observado sendo que o “Manuel” acrescentou com um olhar cabisbaixo “estar feliz é muito melhor que estar triste”. Uma observação bastante interessante que nos mostrou a sua perceção destas duas emoções e de como lhe é desconfortável contactar com a tristeza.

Um segundo subgrupo constituído pelo Terapeuta e pelo “Manuel” onde pretendiam representar a “diversão”, apresentaram um teatro com dois elementos sorridentes numa luta de espadas de esponja. Na **partilha** a destacar a observação do “Tiago” que descreve dois rapazes zangados a lutar, sendo que para ele aquela luta representava a zanga entre os seus elementos, não conseguindo identificar o teor de diversão expresso na representação.

Na fase final da sessão iniciamos o período de retorno à calma com momento de relaxamento através de estímulos sensoriais como música e toque dos enfermeiros durante cerca de 15 minutos. O “Manuel” escolhe como local o colchão mas com a cabeça dentro do túnel, quando lhe é devolvido que estaria seguro fora do túnel, rapidamente o retira. O momento foi tolerado por todos, contudo o “Tiago” manteve-se hipervigil sempre que não tinha perto de si um dos adultos, procurando-nos com o olhar.

Demos como finalizada a sessão e iniciamos o ritual de grito no final de cada sessão com uma palavra representativa da mesma.

APÊNDICE 4 - Hospital de Dia Pedopsiquiatria da Infância: Sessão 8

Sessão 8

A espontaneidade nas sessões tem sido realmente surpreendente, com a capacidade do Terapeuta identificar algumas das principais necessidades das crianças (muitas vezes indiretamente) e conseguir colocar o ambiente disponível para aceder a essas mesmas necessidades.

Na sessão anterior fiquei realmente curiosa de como iríamos encontrar o “Manuel” na semana seguinte. Foi uma sessão em que acedeu a uma parte dele, uma parte triste, sitio esse que visita muito pouco e que não lhe é nada confortável. Na sessão de hoje ele veio acompanhado de escudos e barreiras “protetoras”, não se deixando envolver nas atividades como quem diz “mesmo que tentem eu não quero ir àquele lugar hoje!”. Desviou-se de qualquer tipo de sugestão de viagem ao seu interior. É sem dúvida difícil revisitar o “*dark side*” quando ainda não se sabe o que se vai encontrar... é sem dúvida assustador.

Contudo hoje foi possível desvendar partes internas de outra criança... a “Joana”. Foi uma sessão muito diferente das outras, pois não tivemos o movimento e o mediador utilizado foi maioritariamente a palavra e a troca de papéis.

“Joana” a corajosa, tem vindo a desvendar-se nas últimas sessões, como se estivesse desejosa de ter um momento, um espaço onde pudesse falar do que a inquieta. Fico a fantasiar se ela não nos tivesse chegado como iria guardar todas aquelas inquietações no seu interior. Talvez das crianças que estão no grupo, ela seja a que tem mais presente que ali é o lugar para apresentar e enfrentar o que a assombra.

Construímos o seu mapa familiar com almofadas e outros elementos do grupo, sendo eu a escolhida para representar o papel de mãe.

A partir desse ponto o terapeuta dinamizou uma troca de papéis e solilóquio, entre mim (ego-auxiliar) e a “Joana”, na relação dela com a mãe. Curioso como nas aulas recriar os jogos de troca de papéis me parecia tão menos difícil do que ali se mostrou. No grupo já criei uma relação com cada um deles, já tenho integrado dentro de mim uma “Joana”, criada por aquilo ela me vai dando e aquilo que eu coloco nela.

Inevitavelmente o que se mostrou mais complexo foi afastar-me daquilo que eu própria ia sentindo com as palavras da “Joana”. Utilizar-me apenas, como figura que lhe auxiliava a viagem ao seu mundo interno, descentrando-me do que ia sentindo/pensando e de como as suas palavras ressoavam em mim foi verdadeiramente desafiante. No entanto fui seguindo o que o EEESM me pedia, mesmo no momento de maior tensão onde a “Joana” não consegue continuar após assumir perante a “mãe” a incerteza do seu amor por ela. Num momento de grande tensão onde a minha frequência cardíaca aumenta e o meu instinto pede que a abrace, contendo-me e após indicação do EEESM devolvo-lhe o que a mãe lhe diria “gosto muito de ti, independentemente do que faças, eu vou amar-te!”. Com isto a “Joana” abraça-me e chora, retribuo-lhe com um abraço forte e já fora do jogo de troca de papéis asseguro-lhe que naquele espaço é possível libertar o maior dos medos, tal como imaginar, recriar e reescrever memórias e sonhos.

O maior desejo de qualquer filho é amar e sentir-se amado pelo objeto sentir-se, o primeiro e grande amor.

Acredito que o maior bem que se procura na vida é o Amor, amor dos outros mas principalmente o amor-próprio. O trabalho que realizamos com estas crianças semanalmente também se liga a isso mesmo, possibilitar o espaço de se amarem no meio do turbilhão de sentimentos e emoções característicos desta fase do desenvolvimento.

Sem saberem esse caminho já começou ali.

APÊNDICE 5 - Hospital de Dia Pedopsiquiatria da Infância: Sessão 30

Sessão 30

Esta sessão marcou o fim de um ano de intervenção em grupo. Naquele dia estiveram presentes a “Joana”, o “Manuel” e o “José”. Curioso estarem na sessão final os três jovens que de forma mais assídua marcaram presença nas sessões do grupo... também por isso fica mais visível aos meus olhos as mudanças mais profundas em cada um deles, contruídas ao longos desta percurso.

Neste dia em que se celebrava o dia do fim de um ano de trabalho e o início da interrupção para o período das férias todos à sua forma resumiram em poucas palavras o que viveram durante este ano e as diferenças que sentem em si no agora.

A “Joana” como é habitual inaugurou a conversa e assumiu que “está tudo diferente”. Com algumas hesitações conta-nos como agora gere de forma diferente as suas dificuldades na relação com os pares; como está diferente na relação com a mãe e o caminho de autonomização na relação com esta tem vindo a ser menos assustador permitindo-se agora até ser mais “respondona”. Acrescenta ainda como se sente mais segura e confiante consigo e com o seu corpo, nesse momento mostra-nos um pequeno excerto da peça da escola onde vai dançar e representar de uma forma, ali fá-lo de forma tão espontânea e segura que até eu fiquei fascinada com o seu estar.

O “José” consegue também dizer-nos que se sente diferente, ele com maior dificuldade em se exprimir utilizando a palavra mas com a ajuda do EEESM destaca autovalorização como a grande conquista, onde agora se permite a existir à margem dos irmãos. Um caminho onde agora se sente digno e capaz de construir e descobrir coisas boas, como se agora pudesse encartar-se consigo próprio. Como muito orgulho diz-nos que transitou de ano e finalmente mudou de casa (processo que se arrastava grande parte do ano)! Que grandes mudanças...

O “Manuel” mais escondido e recolhido nas almofadas pouco consegue falar acerca do seu balanço mas é a “Joana” que diz “o “Manuel” tem menos normalidade na sua vida!” e esse é mesmo o seu maior ganho neste ano, permitir-se a viver um pouco fora da normal e aborrecida vida que ele descrevia quando entrou no grupo. Este é ainda o início do seu caminho mas termos conseguido desconstruir aquela barreira que tenta separa-lo das emoções, permitir-se a viver no grupo emoções e

sentimentos foi a grande conquista deste ano! E se para ele é muito difícil deixar-se sentir como se tratasse de uma questão de sobrevivência do Eu, hoje é acessível elaborar com ele algumas das suas dificuldades, ao seu tempo.

Após o balanço todos terminaram os seus trabalhos do corpo e todos nós fizemos pequenas dedicatórias em cada um dos seus trabalhos.

Para a despedida chegou o momento de partilhar algumas palavras finais... momento emocionado onde travei a pequena lagrima que se queria soltar... Passou um ano onde deixei que estes pequenos jovens entrassem dentro de mim e tive o privilégio de me deixarem entrar dentro deles, cada um no seu tempo. Neste ano também com eles foi possível crescer, viver, sentir... Ser... com as suas histórias vivi também as minhas histórias, uma infância tantas vezes mexida e remexida através dos seus silêncios, da relação através dos seus corpos e das suas palavras... também eu apaziguei alguns fantasmas que se fingiam de arrumados...

A despedida emocionada tinha consigo o sentimento de nostalgia. Abracei cada um deles com orgulho pelo caminho que tinham realizado e com a certeza que cada um deles ia dentro de mim num sítio muito especial. No fim deste caminho só posso dizer Obrigada, foi um privilégio integrar este grupo e esta equipa.

“The two most important days in your life are the day
you are born and the day you find out why”

Mark Twain

APÊNDICE 6 - Plano de Sessão e Avaliação

Atividade Terapêutica: “o caminho”

População Alvo: O planeamento da sessão teve em consideração as necessidades evidenciadas pelas crianças internados à altura da realização da mesma. No total integraram cinco adolescentes, sendo que os restantes 3 ainda internados encontravam-se em período de licença de ensaio. O grupo caracterizou-se como heterogéneo relativamente ao género, contudo homogéneo no que se refere à idade dos participantes, apresentando idades compreendidas entre os 13 e os 16 anos.

Crítérios de Exclusão: Não aplicado.

Caracterização da População: “Maria” (nome fictício) - 16 anos, internada por perturbação do comportamento alimentar; “Alice” (nome fictício) - 13 anos, internada por quadro de alterações do comportamento, com menção de auto e hétero-agressividade; “Catarina” (nome fictício) – 15 anos, internada por quadro de alterações do comportamento, com menção de auto e hétero-agressividade; “Paulo” (nome fictício) – 15 anos, internado por rituais de limpeza acentuados; “Josue” (nome fictício) - 16 anos, internado por comportamentos auto-lesivo e ideação suicida (integrou a fase inicial da atividade – aquecimento, contudo recusa continuar a atividade mantendo-se longe do grupo mesmo na fase da discussão).

Objetivos: Reconhecer e encorajar a comunicação expressiva de emoções/sentimentos; Promover a identificação de estratégias adaptativas; Desenvolver Insight/juízo crítico.

Local da Atividade: Sala de atividades - Unidade de psiquiatria da infância e adolescência de Lisboa.

Material: Tesouras, Revistas, Jornais, Cola, Lápis, Canetas, Folhas A3, Música.

Duração Total da Atividade: 1 hora e 30 minutos.

Data: 29 de novembro de 2015

Planificação da Intervenção: “O CAMINHO”

Fase	Descrição	Tempo	Dinamizadores	Objetivos Específicos
Aquecimento	Aquecimento Inespecífico Deambular pela sala; Exercícios de respiração durante a deambulação; Cumprimentos entre os membros do grupo. Utilizada música nos exercícios.	10'	Enfª. Vera + 2 EESM	Orientar os participantes para o “aqui e agora”; Criar um espaço seguro; Estimular a coesão de grupo.
	Aquecimento Específico Exercício dos sentimentos I: Durante a deambulação pela sala cada elemento irá enunciar um sentimento/emoção positivo ou negativo que já tenha vivenciado. Exercício dos sentimentos II: Em círculo – “Eu hoje sinto-me, gostava de me sentir....!” Utilizada música nos exercícios.	15'	Enfª. Vera + 2 EESM	Estimular a consciência emocional; Descrver emoções e/ou sentimentos vividos.

<p>Ação</p>	<p>Com os diversos materiais disponibilizados caracterizar cada uma das colunas da folha A3:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Como me sinto; -Como gostava de me sentir; -O que preciso de fazer para mudar; <p>Utilizada música nos exercícios.</p>	<p>35'</p>	<p>Enfª. Vera + 2 EESM</p>	<p>Reconhecer sentimentos e ou emoções no “aqui e agora”;</p> <p>Identificar estratégias adaptativas;</p> <p>Criar sentimento de esperança.</p>
<p>Finalização/ Partilha</p>	<p>Apresentação e discussão em grupo dos trabalhos realizados</p>	<p>30'</p>	<p>Enfª. Vera + 2 EESM</p>	<p>Exprimir sentimentos e emoções;</p> <p>Promover sentimento de esperança;</p> <p>Promover <i>Insight</i>/juízo crítico;</p> <p>Definir estratégias adaptativas.</p>

Avaliação da Sessão

A avaliação da sessão mostra-se essencial para repensar e refletir acerca do vivido e sentido tanto por mim enquanto principal dinamizadora como pelas crianças que participaram na atividade.

A atividade “ O caminho” decorreu como o previsto na sala de atividades com início pelas 11h30min (após o lanche da manhã) terminando pelas 13h (início do almoço). O plano da atividades previamente definido foi cumprido na sua globalidade. Na fase de construção e planeamento da atividade terapêutica, foram incluídas outras crianças que se encontravam à altura no internamento, contudo no dia programado estes não se encontravam presentes por se encontrarem em licença de ensaio.

A adolescência é considerada uma fase transicional de grande complexidade e exigência. As emoções tornam-se mais intensas, as transformações corporais, hormonais e comportamentais são diversas, contudo cada ser individual vive e sente de formas diferentes.

A população internada neste período tinha mostrado em alguns momentos a dificuldade em reconhecer ou expressar diferentes estados emocionais. Segundo Ekman “cada emoção também gera um padrão único de sensações no nosso corpo. Ao nos familiarizamos com elas, podemos ficar cientes, desde o início, de nossa resposta emocional, a fim de termos alguma hipótese de escolher se conservamos a emoção ou se interferimos nela” (Ekman, 2011, p. 15).

A primeira necessidade por mim sentida esteve relacionada com a resistência inicial em participar de uma das jovens “não quero fazer nada disso, isso é uma seca” (sic). A “catarina” (nome fictício) apresentava este comportamento na maioria das atividades terapêuticas. Esta jovem apresentava um atraso no desenvolvimento cognitivo pelo que facilmente se frustrava na realização de exercícios sem ajuda. Contudo foi desde logo assumido que tanto ela como a “Alice”, outra jovem com dificuldades cognitivas, iriam ter um acompanhamento constante das EEEsM, assim ambas aceitaram integrar a atividade.

Inspirado num modelo sociodramático, iniciamos a atividade descalços e em roda onde partilhei com o grupo de uma forma geral o que se iria prosseguir e qual seria o tema principal para a atividade “o caminho”.

Na fase do aquecimento os participantes mantiveram-se maioritariamente com a atenção captável e fixável, com sinais evidentes de satisfação, com uma postura descontraída, espontâneos e participativos. No primeiro exercício do aquecimento específico os participantes mostravam-se com alguma dificuldade em enunciar emoções negativas, sendo eu a primeira a lançar emoções como raiva, medo, entre outras. Como se fosse difícil expressar em voz alta emoções ou sentimentos negativos. Os participantes, no exercício dois desta fase, conseguiram em grupo, partilhar o seu estado emocional daquele dia mas também recolocar-se numa outra perspetiva “como gostaria de me sentir”, sendo possível identificar nas suas expressões faciais os diferentes estados emocionais.

No momento de ação passamos para as mesas da sala onde me mantive numa posição ambulante, estando as EEESM no acompanhamento mais próximo tanto da “Alice” como da “Catarina”. O Josue manteve-se inerte na cadeira, mesmo com diversas forma de estimulação e até provocação, este manteve-se indisponível para a intervenção.

No momento final a “Maria” foi a quem tomou a iniciativa para a discussão dos trabalhos realizados, seguindo-se um a um sem dificuldades. O grupo manteve uma atitude empática e disponibilidade em ouvir o que cada participante ia verbalizando, sendo possível alguns elementos do grupo devolverem novas estratégias ajustadas, a fim de ajudar melhorar o seu estado emocional.

Nos próximos parágrafos apresento de forma individual como cada um dos elementos participou na atividade terapêutica:

“Maria”:

No aquecimento identifica emoções como "tristeza, medo" (sic). Na construção do cartaz d'O seu Caminho apresenta: como se sente: "com saudades; triste; com medo; um pouco sozinha; mal com o meu corpo" (sic) e faz colagem de revista "FOBIAS quando o medo toma conta da vida"; O que precisa de fazer para mudar:

"pedir ajuda; focar nos objetivos" (sic); como gostava de se sentir: " livre; feliz; normal; aceitar-me"(sic) e faz colagem de fotografia a incentivar o exercício físico e o bem-estar e boa forma física.

No momento de discussão inicialmente apresenta fácies tranquilo, contudo ao longo do seu discurso vai apresentando gradualmente fácies triste. Conta-nos acerca da saudade da família e amigos e como o medo tem controlado a sua vida. Consegue mobilizar estratégias adaptativas como pedir ajuda e focar-se nos objetivos.

As EEESM foram-lhe reforçando a importância da adesão ao plano terapêutico e a identificação de estratégias adaptativas. Incentivada a procurar espaço para partilha de emoções e sentimentos que ecoam dentro de si em momento individual com enfermeira de referência, pois afirma que não o consegue fazer em contexto grupal

“Alice”:

Durante o aquecimento manteve-se com expressão facial tranquila. No desenvolvimento do cartaz, necessita de estímulo e ajuda da enfermeira, escrevendo que se sente bem porque sente que tem muitas ajudas, identifica como estratégias adaptativas conversar sobre o que sente.

Não consegue estar presente no momento da discussão para receber visita familiar.

“Catarina”:

No período do aquecimento identifica sentimentos como "revolta, zanga, tristeza" (sic). Na construção do seu caminho, com necessidade de incentivo, conseguindo apenas focar-se em relação dual com a enfermeira. Apresentou maioritariamente um fácies triste.

Define no seu cartaz: como se sente: "com raiva; triste; chateada; às vezes sinto-me contente"; o que preciso de fazer para mudar: "pedir ajuda á pessoa certa; falar com alguém; conseguir estar com os amigos; ouvir musica; cantar; estar ao domingo com a família" (sic); Como gostaria de me sentir "feliz, calma e amada"(sic).

No momento da discussão com fâcias triste, contudo identifica estratégias adaptativas, tendo sido reforçado positivamente todo o seu percurso ao longo do internamento e como já se mostrava capaz de executar grande parte dessas mesmas estratégias. Identifica como maior dificuldade o contato com os sentimentos e emoções que se encontra a viver no presente, como o sentimento de "perda dos momentos com a família" (sic) e os sentimentos/pensamentos presentes face ao seu projeto futuro.

“Paulo”:

No aquecimento mobiliza sentimentos de "zanga e revolta..."(sic). Participativo contudo com humor apreensivo por períodos. Com grande dificuldade em iniciar a construção do seu caminho, contudo com estímulo e incentivo da enfermeira consegue realizar o exercício. Define como se sente através do desenho três *smiles* "feliz, triste, frustrado" (sic); o que precisa de fazer para mudar: " falar sobre o que estou a sentir e pedir ajuda; falar e ouvir o que os outros têm para dizer e pedir ajuda"; como gostava de me sentir: três *smiles* felizes.

No momento de discussão identifica como maior dificuldade identificar/pensar sobre o que está a sentir, mantendo-se com expressão facial aparentemente ansiosa e humor apreensivo, comunicando apenas quando interpelado.

“Josue”:

Integrou a atividade "o caminho" na fase de aquecimento, contudo recusa construir o cartaz proposto. Mantém cabeça baixa, olhos fechados e em mutismo. Manteve-se na mesa da sala mesmo quando seguimos para os sofás da sala para o período de discussão.

Durante a dinamização da atividade senti-me confortável de uma forma geral, contudo nos momentos de menor disponibilidade por partes de alguns jovens, senti-me mais tensa, sendo difícil respeitar o seu tempo. As músicas selecionadas foram favorecedoras para o aquecimento, contudo no momento da ação talvez não tenham sido da maior relevância.

APÊNDICE 7 - Projeto Terapêutico

Projeto Terapêutico - “João”

Problemas	Intervenções
<ul style="list-style-type: none">➤ Identificação e caracterização do quadro clínico;➤ Dificuldades na autoconsciência dos estados mentais;➤ Dificuldades na socialização;➤ Insegurança, baixo autoconceito;➤ Dificuldades em pôr limites na relação com o outro;➤ Crises de ansiedade;➤ Somatização;➤ Dinâmica familiar alterada por expectativas desajustadas dos pais.	<ul style="list-style-type: none">✓ Vigiar alterações do estado mental (concretamente alteração de pensamento e de percepção);✓ Promover a expressão de preocupações/sentimentos/emoções em momentos individuais ou de grupo;✓ Reforçar a participação em atividades de grupo, mediando relações sociais;✓ Reforçar positivamente a participação e o sucesso nas atividades recreativas ou terapêuticas promovendo uma imagem positiva de si na relação com os outros;✓ Promover atividades terapêuticas promotoras de assertividade, autoconsciencialização e autoconceito;✓ Identificar stressor(es) precipitante(s) de aumento de ansiedade ou sintomatologia somática;✓ Encorajar a verbalização em situação de crise;✓ Identificar, executar e reforçar positivamente a adoção de estratégias adaptativas alternativas aos stressores;✓ Trabalhar estratégias de regulação de relações com os outros, colocando limites saudáveis;✓ Mediar diálogo entre os elementos da família;✓ Ajustar expectativas dos pais em relação ao percurso escolar e musical do José.