

# WHYSCHOOL

## LITERACIA EM SAÚDE MENTAL EM CONTEXTO ESCOLAR



MANUAL PARA PROFESSORES DO  
3º CICLO E ENSINO SECUNDÁRIO

Abril 2021

EUTIMIA, Aliança Europeia contra a depressão em Portugal, [www.eutimia.pt](http://www.eutimia.pt)

Manual da ação de capacitação do projeto WhySchool na área Metropolitana do Porto – Promoção da Saúde Mental em Contexto Escolar integrado no projeto *Trilhos para a Inovação Educativa na AMP*, inserido nos Planos Integrados e Inovadores de Combate ao Insucesso Escolar.

Grupo de Trabalho:

Ricardo Gusmão, consultor científico e supervisor do WhySchool

Inês Rothes, coordenadora de implementação do WhySchool AMP

Virgínia da Conceição (relatora principal)

Alexandre Costa

Ana Margarida Teixeira

Isabel Nogueira (relatora)

Susana Costa (relatora)

Vera Coelho

© Estes materiais têm direitos de autor.

Estes materiais não podem ser replicados, modificados ou vendidos.

Os materiais e conteúdos são da responsabilidade da EUTIMIA.

Alguns materiais são de conceção original, mas muitos outros provêm da adaptação de materiais gentilmente cedidos por:

- Dalhousie University, [www.teenmentalhealth.org](http://www.teenmentalhealth.org)
- European Alliance Against Depression (EAAD),  
[www.ifightdepression.com/pt](http://www.ifightdepression.com/pt), [www.eaad.eu](http://www.eaad.eu)
- National Centre for Suicide Research and Prevention (NSSF), UiO, Faculty of Medicine, University of Oslo, [www.med.uio.no](http://www.med.uio.no)

A permissão para uso total ou parcial para qualquer outro propósito deve ser obtida por escrito de: [geral@eutimia.pt](mailto:geral@eutimia.pt)

## ÍNDICE

|                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUÇÃO .....                                             | 4  |
| A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE MENTAL ..... | 7  |
| A ADOLESCÊNCIA E O DESENVOLVIMENTO TÍPICO .....              | 11 |
| FUNÇÕES COMPLEXAS DO CÉREBRO .....                           | 15 |
| OS LIMITES DO NORMAL .....                                   | 19 |
| OS JOVENS SOFREM DE PERTURBAÇÕES MENTAIS .....               | 28 |
| PERTURBAÇÕES OU DOENÇAS MENTAIS .....                        | 31 |
| SUICÍDIO E COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS .....                  | 58 |
| COMPORTAMENTOS AUTO-AGRESSIVOS .....                         | 62 |
| TRATAMENTO E INTERVENÇÕES .....                              | 65 |
| COMUNICAÇÃO E CONFIDENCIALIDADE .....                        | 69 |
| PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL/ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS .....     | 73 |
| A PANDEMIA E A SAÚDE MENTAL DOS ADOLESCENTES .....           | 76 |
| RESPOSTAS DISPONÍVEIS NO MEIO ESCOLAR .....                  | 79 |
| CONCLUSÃO .....                                              | 82 |

## INTRODUÇÃO

O presente Manual foi desenvolvido no âmbito do projeto WhySchool na área Metropolitana do Porto – Promoção da Saúde Mental em Contexto Escolar integrado no projeto *Trilhos para a Inovação Educativa na AMP*, inserido nos Planos Integrados e Inovadores de Combate ao Insucesso Escolar.

Este manual dirigido aos professores e a outros profissionais do contexto escolar, surge como ferramenta para fazer face aos constrangimentos impostos pela pandemia de COVID-19 na implementação do projeto WhySchool – Promoção da Saúde Mental em Contexto Escolar na AMP. Constitui-se enquanto um manual prático de formação, de cariz psicoeducacional, em que a saúde mental é abordada numa linguagem inteligível a todos.

A EUTIMIA – Aliança Europeia Contra a Depressão em Portugal desenvolveu o programa WhySchool, com o objetivo geral de aumentar a literacia em saúde mental e diminuir o estigma em relação à doença mental no contexto escolar. O WhySchool tem sido implementado e viabilizado por diferentes mecanismos financeiros, em diferentes versões adaptadas às especificidades dos contextos de implementação, mantendo os seus princípios e valores basilares, nomeadamente o da evidência científica e boas práticas. Até à data e no seu conjunto, o WhySchool, nas suas diferentes versões, capacitou e sensibilizou cerca de 2000 indivíduos, incluindo professores, psicólogos, enfermeiros e médicos dos Cuidados de Saúde Primários, pais e alunos, em diferentes regiões de todo o país.

O WhySchool AMP visa contribuir para a diminuição do insucesso escolar através da melhoria da saúde mental e do acesso aos cuidados de saúde primários. Para tal, definiu como objetivos específicos

(a) aumentar a literacia em saúde mental nas escolas através da capacitação dos professores e outros profissionais escolares, contribuindo para a implementação precoce de estratégias de promoção da saúde mental e prevenção da doença mental;

- (b) reduzir o estigma e a discriminação das doenças mentais em ambiente escolar;
- (c) desenvolver e partilhar experiências de boas práticas e conhecimento ao nível local e regional;
- (d) aumentar a literacia em saúde mental dos pais, através das associações de pais representantes dos Agrupamentos de Escolas envolvidos;
- (e) aumentar o know-how dos municípios da AMP na capacitação na área da saúde/doença mental, envolvendo técnicos superiores de Psicologia; e
- (f) melhorar a articulação na área da saúde mental entre escola e Cuidados de Saúde Primários, através de ações conjuntas com os psicólogos escolares e equipas de saúde escolar dos cuidados de saúde primários.

O projeto pressupõe o desenvolvimento de ações de sensibilização/capacitação sobre saúde mental dirigidas a diferentes intervenientes na comunidade educativa – professores, técnicos superiores de psicologia e pais, envolvendo os 17 municípios que integram a AMP e seguindo um modelo de formação em cascata que garante a sustentabilidade das ações.

Estas ações foram desenvolvidas em diferentes níveis: num primeiro nível foram formados, pela equipa do projeto, técnicos superiores de Psicologia das Câmaras Municipais (20h de formação) que, num segundo nível, em colaboração com a mesma equipa, dinamizaram as ações junto dos professores do terceiro ciclo e secundário dos agrupamentos dos seus municípios (formação de 16h). Por último, num terceiro nível de formação, os professores formados pelos profissionais das Câmaras – professores capacitados – organizaram sessões de sensibilização junto dos pares, com a duração 12 horas. Nesta fase, os professores contaram com o apoio dos seus formadores do nível anterior (técnicos dos Municípios) e a monitorização da EUTIMIA.

Também as equipas de Saúde Escolar, a par dos Psicólogos Escolares, foram envolvidas neste processo através de uma formação de 8 horas. Foram ainda

desenvolvidas ações para auxiliares da ação educativa, pais e comunidade em geral.

Com este manual pretende-se transmitir as principais informações abordadas na formação, de modo a que os professores, agrupamentos e municípios privados de beneficiar da formação devido ao confinamento e a todas as alterações provocadas pela pandemia, possam beneficiar dos seus conteúdos. Assim, este manual segue o mesmo formato de temas do projeto, com um tema adicional sobre os efeitos da pandemia na saúde mental dos jovens (Capítulo 12).

# 1. A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE MENTAL

A palavra “literacy” em inglês tem uma tradução simples – a capacidade de ler e escrever. No entanto, é importante contextualizar o conceito, uma vez que existem diferentes literacias, consoante o seu domínio específico. Para cada uma das diferentes áreas especializadas, o uso de informações – mediadas por texto, muitas vezes especializado, desempenha um papel importante, o significado da literacia aqui não é a leitura e escrita, mas competência – ser capaz de se envolver nessa área de forma competente.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define literacia em saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso à compreensão e uso da informação de formas que promovam e mantenham uma boa saúde: é a capacidade para tomar decisões em saúde fundamentadas, no decurso da vida do dia a dia – em casa, na comunidade, no local de trabalho, no mercado, na utilização do sistema de saúde e no contexto político; possibilita o aumento do controlo das pessoas sobre a sua saúde, a sua capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades.

A literacia em saúde mental foi definida mais formalmente como informações e crenças sobre doenças mentais que auxiliam ao seu reconhecimento, gestão e prevenção, excedendo o conhecimento per se e incluindo as informações e conhecimentos que levam à procura de cuidados de saúde reais. Sob esta luz, a literacia em saúde mental inclui conhecimento sobre prevenção de doenças, identificação dos seus sintomas e a promoção de procura de cuidados de saúde.

A promoção da literacia tem vindo, ainda, a ser identificada como uma das principais ferramentas de combate ao estigma associado às doenças mentais.

Por estigma entende-se uma desaprovação social de indivíduos ou grupos com características diferentes da norma baseada em estereótipos e preconceitos

negativos que conduzem à discriminação. Em relação à doença mental, o estigma pode ser dividido em dois principais tipos: o estigma social e o auto-estigma.

O estigma social é caracterizado por atitudes prejudiciais e comportamentos discriminatórios em relação a pessoas com doença mental. O auto-estigma caracteriza-se pela internalização da perceção de discriminação por parte da pessoa com doença mental, que provoca, frequentemente, profundos sentimentos de vergonha e culpabilização, podendo prejudicar o processo de intervenção.

São várias as consequências negativas do estigma, podendo destacar-se (a) o constrangimento à integração social adequada, (b) o prejuízo no acesso às oportunidades sociais, nomeadamente, ao emprego e habitação, (c) o reforço de alguns sintomas patológicos e (d) o prejuízo no acesso aos cuidados de saúde mental.

De facto, o estigma na doença mental tem sido identificado como uma das principais barreiras ao acesso aos cuidados de saúde mental, podendo estas ser categorizadas como barreiras ao nível pessoal ou ao nível dos prestadores de cuidados de saúde. Por barreiras ao nível pessoal entendem-se comportamentos que afetam as decisões de saúde, nomeadamente o evitamento ou abandono do tratamento. As barreiras ao nível dos prestadores de cuidados de saúde são evidentes, por exemplo, nas restrições na comparticipação de alguns serviços e dificuldade de adaptação das entidades empregadoras e do pessoal técnico.

Assim, as pessoas com problemas de saúde mental são, frequentemente, incompreendidas, estigmatizadas, excluídas ou marginalizadas como resultado de crenças falsas que é importante esclarecer e desmistificar. Estas crenças falsas baseiam-se em mitos que não só dificultam o reconhecimento dos primeiros sinais ou sintomas da doença, como promovem a vergonha e o medo em procurar apoio ou tratamento.

Uma das funções da promoção da literacia em saúde mental é precisamente a desconstrução destes mitos, facultando a pessoa com ferramentas de conhecimento e informação baseada em factos.

Na figura 1 estão representados alguns dos principais mitos associados à doença mental, bem como os factos que os contrapõem.



Figura 1. Mitos e factos sobre a doença mental

A par destes factos, destacam-se, ainda, informações de extrema relevância ao nível da desmistificação das doenças mentais, em particular entre os jovens:

1. A maioria dos jovens com doenças mentais irá prosseguir o percurso escolar com sucesso e ter vidas produtivas e positivas, se receberem o tratamento adequado;
2. Alguns jovens com perturbações mentais graves e persistentes que respondem mal aos tratamentos atuais (como acontece com outras doenças) poderão necessitar de maior atenção;
3. A doença mental não respeita fronteiras de raça, classe ou localização geográfica – a pobreza não causa doença mental, apesar de poder ter um impacto negativo;

4. É provável que jovens com doença mental sejam mais frequentemente vítimas do que perpetradores de violência;
5. Os jovens com doença mental não acedem aos melhores cuidados de saúde possíveis e enfrentam grande estigmatização em sociedade e na escola;
6. A identificação precoce e a oferta de tratamentos baseados em evidência, bem como o apoio social e educacional, podem melhorar significativamente as consequências da doença mental.

Todos nós podemos ter um papel ativo na promoção da literacia em saúde mental e, consequentemente na redução do estigma, mantendo-nos informados sobre as doenças mentais e partilhando estas informações com os outros à nossa volta; escutando as pessoas que já viveram – ou vivem – uma experiência de doença mental; tendo atenção ao vocabulário usado, evitando, por exemplo, expressões que perpetuam estereótipos, como "maluco", "doido" ou "esquizofrénico"; estando atento à comunicação social e respondendo a materiais estigmatizantes.

No contexto escolar é, ainda, fundamental que se proporcione um espaço de apoio aos jovens que vivem com uma perturbação mental e que se converse com os jovens que exibam comportamentos estigmatizantes e os que estigmatizam.

### Mensagens-chave

- ✓ A literacia em saúde mental promove comportamentos de prevenção de doença e reconhecimento dos principais sintomas;
- ✓ Existe muito estigma em relação à doença mental;
- ✓ Existem diferentes tipos de estigma que são barreiras e que podem condicionar a procura de ajuda e o tratamento;
- ✓ Os professores têm um papel importante na promoção da literacia em saúde mental.

## 2. A ADOLESCÊNCIA E O DESENVOLVIMENTO TÍPICO

A adolescência é um período-chave não só ao nível do desenvolvimento e manutenção das redes sociais de apoio, das transformações fisiológicas e emocionais, mas também ao nível das transformações do desenvolvimento do cérebro. Assim, e tendo em conta que a adolescência apenas termina quando o ritmo de maturação do cérebro estabiliza, os estudos dos últimos anos definiram a duração normativa da adolescência como o período entre os 11-12 anos até aos 22-25 anos.

São quatro as principais dimensões com maior desenvolvimento na adolescência: a física, a cognitiva, a psicossocial e a neurodesenvolvimental. As tarefas de desenvolvimento ao nível físico referem-se a mudanças nas proporções e formas do corpo e à maturação sexual. Na dimensão cognitiva surge o raciocínio abstrato e o pensamento idealista, verificando-se, também um aumento da velocidade de processamento de informação. Ao nível psicossocial há a formação e desenvolvimento da identidade pessoal, bem como o reconhecimento dos papéis com maior significado e a seguir no futuro, enquanto modelos. Por último, ao nível neurodesenvolvimental verifica-se a maturação cortical, a mielinização e a destruição seletiva.

O cérebro é constituído por dois tipos de tecido: a massa branca e a massa cinzenta. A massa cinzenta, é composta por neurónios. A massa cinzenta contém a maioria dos corpos celulares neuronais e constitui regiões do cérebro essenciais para o controlo muscular, percepção sensorial, tomada de decisão e autocontrolo. Esta massa atinge o seu volume máximo durante a adolescência (maturação cortical), passando depois a diminuir cerca de 1,5% ao ano. Esta diminuição deve-se ao ajuste fino das conexões entre as células cerebrais e também ao aumento da massa branca.

A massa branca é constituída por fibras longas de projeções de neurónios que constituem os axónios, uma espécie de cablagem. Os axónios são responsáveis pela transmissão de sinais entre diferentes partes do cérebro.

A massa branca, que contém as ligações entre os neurónios, ganha volume, devido à mielinização, que é o processo de formação de "capas", bainhas de mielina, que funcionam como camadas isolantes ao redor dos axónios, e permitem maior rapidez e fidelidade na transmissão de informações no cérebro. Esse amadurecimento cerebral não ocorre de forma simultânea em todas as regiões do cérebro.

Em algumas áreas do cérebro, como o córtex pré-frontal, essa mielinização demora mais tempo a acontecer. E essa área é justamente a que controla a impulsividade, a avaliação dos riscos associados aos nossos comportamentos, o planeamento do que vamos fazer e o processamento das emoções. Isso contribui para explicar por que os adolescentes são mais impulsivos e menos capazes de prever a consequência dos seus atos. O cérebro adolescente ainda não tem a capacidade de regulação emocional e discernimento plenamente adquirida.

A massa branca aumenta significativamente no início da adolescência até alcançar um volume estável, mais-ou-menos a meio da adolescência (mielinização). O aumento da massa branca está associado ao aumento da velocidade dos sinais transmitidos entre as células do cérebro.

Por último, a destruição seletiva, diz respeito ao processo de destruição dos percursos e conexões neuronais que são menos usados, ou menos importantes, premiando o desenvolvimento de percursos mais precisos e rápidos das conexões mais utilizadas.

Uma vez que o cérebro muda tanto durante a adolescência, a sua organização pode ser influenciada pelo que os adolescentes fazem, pelas suas experiências e pelo meio no qual estão inseridos. Estas alterações do cérebro são responsáveis pela forma como os adolescentes vão transformando a sua interpretação deles próprios,

do mundo, a forma como pensam nos outros e nos seus processos de tomada de decisão, mas também ao nível dos seus comportamentos.

Um dos principais comportamentos alterados durante a adolescência é a forma como o adolescente percepciona a relação entre esforço e recompensa. A zona responsável pelo comportamento impulsivo e orientado para a recompensa (*striatum*) é filogeneticamente mais antiga do que a região associada ao controlo comportamental (córtex pré-frontal).

Assim, enquanto a região do *striatum* se desenvolve durante a infância, o córtex pré-frontal tem um desenvolvimento mais tardio, sendo responsável pelo desenvolvimento de um grande conjunto de competências tais como a competência para antecipar consequências futuras de atividades recorrentes, o planeamento, a tomada de decisão e o controlo inibitório.

Na verdade, não se trata de o adolescente não saber ou não ter controlo sobre o seu próprio comportamento, mas sim de pensar e sentir que os benefícios desses comportamentos são maiores do que os potenciais danos, mesmo em situações que envolvem comportamentos de risco.

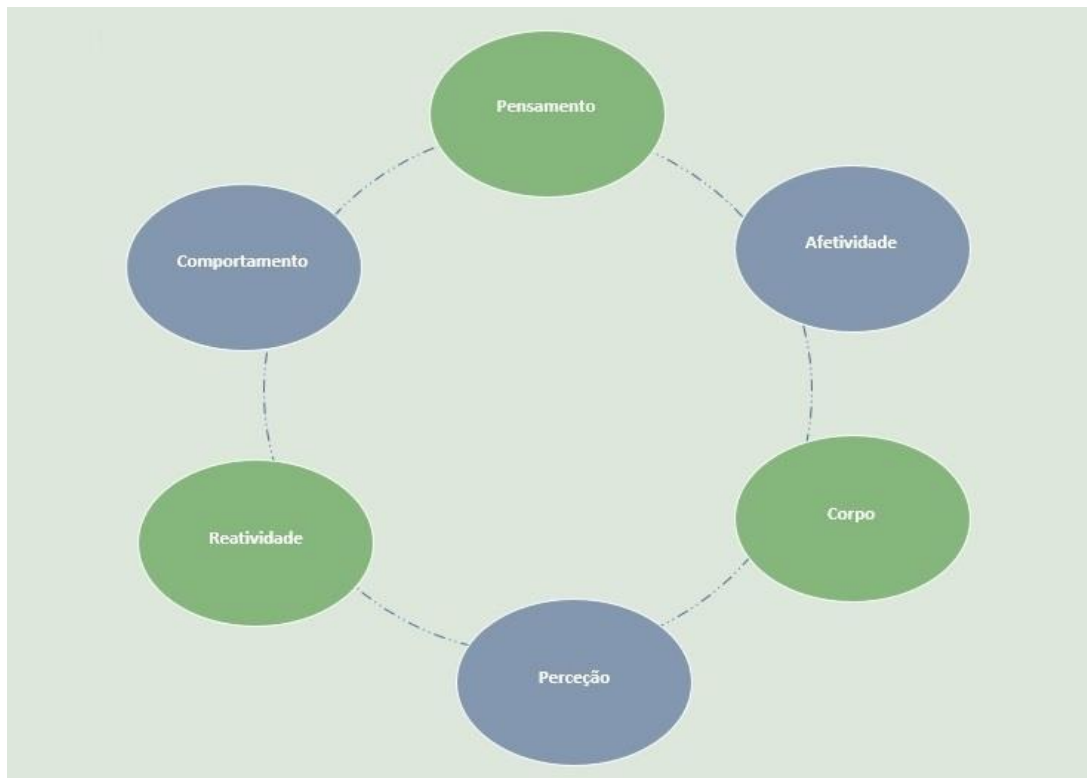
Atendendo à plasticidade que o cérebro revela na adolescência, é importante que se proporcione ao adolescente um ambiente rico em estímulos positivos, nomeadamente ao nível da complexidade dos tópicos discutidos, com recurso a interesses que já apresentam. Por exemplo, promover a discussão de temas em grupo tende a motivar e a envolver mais os alunos, especialmente quando existe um espaço dedicado às suas ideias e projetos, e estes podem ser discutidos em conjunto. A promoção da autonomia e do envolvimento com a comunidade são também estratégias que revelam ter um impacto muito positivo no desenvolvimento dos adolescentes.

### Mensagens-chave

- ✓ A adolescência termina quando o cérebro amadurece, por volta dos 22-25 anos;
- ✓ O corpo e o cérebro modificam-se e “crescem”;
- ✓ O pensamento e a adaptação evoluem e a identidade é construída;
- ✓ A maturação do cérebro ocorre ao longo de três fases;
- ✓ A adolescência é um período-chave para a estimulação do desenvolvimento.

### 3. FUNÇÕES COMPLEXAS DO CÉREBRO

O cérebro é uma máquina de criação de significados. As funções do cérebro podem ser descritas em seis domínios principais:



*Figura 2. Funções complexas do cérebro*

#### **Percepção ou sensorialidade**

É a forma como o cérebro recebe informação acerca do que se passa à sua volta através dos cinco sentidos principais: audição, olfato, paladar degustação, tacto e visão (ouvir, cheirar, saborear, sentir e ver).

#### **Pensamento ou cognição**

O pensamento é considerado como a mais nobre das atividades humanas, o elemento distintivo da espécie.

O pensamento pode ser definido como a forma como processamos a informação, produzimos ideias e o conteúdo que as ideias veiculam. Alguns exemplos de

atividades de pensamento ou cognições são a **memória imediata** – ter presente o que acabou de acontecer; a **atenção** – estar consciente do que se passa à nossa volta; a **concentração** – esforçar-se para prestar especial atenção a algo importante; a **compreensão** – perceber o que se está a ler, a ver ou a ouvir; a **classificação** – separar objetos por tamanho, forma ou por algo que tenham em comum; a **resolução de problemas** – encontrar uma solução criativa para um obstáculo.

### **Afetividade**

A **afetividade** engloba o humor, as emoções, os afetos e os sentimentos. O **humor** diz respeito a um padrão mais ou menos constante de como nos sentimos em cada momento. Cada pessoa tem o seu.

As **emoções** são as reações espontâneas a estímulos-padrão, imediatas e transitórias, prototípicas e universais, independentes da cultura, biológicas. Destacam-se seis emoções básicas visíveis na expressão facial: medo, felicidade, nojo, raiva, tristeza e surpresa. Estas emoções básicas são expressas sem intervenção da consciência ou intenção.

Os **afetos** podem ser definidos como a expressão observável e externalizada das emoções mais ou menos em consonância com as circunstâncias, quantitativa e qualitativamente, com plasticidade cultural. Por exemplo, chorar no decurso da vivência de um luto é um afeto adequado. Rir, não.

Os **sentimentos** representam a capacidade de “viver” as emoções e os afetos, pensar sobre eles e comunicá-los a outras pessoas.

### **Reatividade ou reação de alerta**

É uma função mais primitiva e ocorre quando o cérebro identifica o perigo a partir de sinais recebidos do ambiente através dos sentidos, provocando reações físicas e emocionais agudas, rápidas, concebidas para uma resposta protetora de fuga, ou luta (e também bloqueio). Assim que o cérebro pressente perigo, é acionada a reserva de adrenalina que, por sua vez, ativa uma cascata de reações físicas: ritmo

cardíaco acelerado, transpiração, tensão/ansiedade, aumento do débito sanguíneo nos músculos, visão e audição apuradas, e alerta extremo. O resultado é, geralmente, um de dois: ou fuga ou luta, mas também pode produzir bloqueio.

### **Regulação do corpo ou somática**

Regulação e articulação de todos os componentes do corpo, inclusive a produção de uma ‘imagem’ ou resumo (‘a forma como eu me sinto fisicamente’). A regulação somática envolve principalmente com a produção de ações somáticas involuntárias como por exemplo respirar, digerir, ou manter o batimento cardíaco, mas diz respeito também à forma como o corpo realiza ações voluntárias, com a intervenção da intencionalidade consciente, como seja apanhar um objeto quando vem na nossa direção, conduzir, andar de bicicleta ou andar, ou seja, participa na função mental complexa que é o comportamento.

### **Comportamento**

O comportamento consiste no conjunto de procedimentos ou reações do indivíduo ao ambiente que o envolve, em determinadas circunstâncias, com plasticidade em função das regras sociais e do meio. Os comportamentos são ações intencionais que permitem a interação social no ambiente envolvente como seja comer, falar, lutar, andar, correr, conduzir, etc.

Estas seis funções funcionam de forma integrada entre si, e ainda com muitos outros circuitos, todos interligados. Cada função está ligada a outra função.

A maior parte das coisas que o cérebro produz depende do trabalho em rede das suas diferentes áreas colaborando entre si, e da concatenação destas funções para o atingimento de um resultado.

Os caminhos, as vias cerebrais, são formadas e reforçadas através da repetição. Quanto mais o cérebro realiza uma determinada tarefa, mais forte se torna a rede neuronal, tornando o processo mais eficiente a cada vez.

### Mensagens-chave

- ✓ O cérebro tem seis funções mentais complexas que funcionam de forma integrada.
- ✓ Quando uma função é estimulada, todas as outras também o são.
- ✓ Quando uma destas funções deixa de funcionar adequadamente, é normal que as outras também fiquem afetadas.

## 4. OS LIMITES DO NORMAL

Muitas vezes, as palavras "saúde mental" são usadas para descrever uma série de sentimentos, estados de "alma" e doenças. É fácil as pessoas confundirem-se com tantas aplicações dos mesmos termos.



Figura 3. Estados da alma

Compreender como diferenciar uma doença mental de estados de sofrimento gerados por acontecimentos de vida, é uma competência central, fundamental, da literacia em saúde mental. A utilização dos termos adequados é uma medida importante na redução do estigma, e desta forma, promotora de que as pessoas recebam os cuidados e tratamentos adequados e dos quais necessitam.

Neste diagrama, em cima, podemos verificar a inter-relação dos diferentes estados/categorias de saúde mental. Estes estados são únicos com diferentes características, mas relacionados entre si. E observamos uma hierarquia do normal para a gravidade inversa à frequência.

É comum as pessoas confundirem os conceitos que descrevem cada categoria.

Descrevemos, abaixo, estes conceitos para um conhecimento mais claro, esclarecido e inequívoco.

### **Ausência de Sofrimento, problemas ou doença**

Existem muitas definições diferentes de saúde mental. Todas tentam captar um facto importante: a saúde mental depende de um cérebro saudável. O cérebro é uma parte importante do corpo, e o corpo e o cérebro estão ligados. Não é possível pensar num sem tomar em consideração o outro. Sabemos que aquilo que é bom para o corpo também será bom para o cérebro e vice-versa.

Basicamente, saúde mental significa ter a capacidade de se adaptar com sucesso aos desafios da vida. Esses desafios podem ser positivos ou negativos. Para nos adaptarmos a eles, o nosso cérebro tem de utilizar todas as suas capacidades: percepção, reatividade, emoção, cognição/pensamento, corporalidade e comportamento. O nosso cérebro aprende a utilizar essas capacidades ao longo do tempo e, à medida que crescemos e nos desenvolvemos, conseguimos enfrentar cada vez mais desafios e lidar com eles de forma bem-sucedida.

Por vezes, as pessoas esquecem-se que as emoções negativas fazem parte de uma boa saúde mental. Chorar, sentir-se triste ocasionalmente, ficar aborrecido ou zangado, etc., são respostas normais aos desafios da vida. O mesmo se aplica a pensamentos negativos como: “isto é difícil demais para mim” ou “não sou boa pessoa” ou “as pessoas não me apreciam”. E também os comportamentos negativos, como gritar com alguém ou evitar uma situação que nos provoca desconforto. O facto de sentirmos *stress* não significa que não tenhamos uma boa saúde mental. Na realidade, conseguir identificar o *stress* e aprender como lidar com ele de modo a resolver o problema que o causa é fundamental para uma boa saúde mental.

Por exemplo: sentir *stress* perante um exame escrito pode conduzir a um comportamento negativo como ir sair com os amigos para “esquecer” o *stress*. Ou pode conduzir a um comportamento neutro – como ir fazer desporto ou meditar

para "desanuviar". Mas se essa for a resposta adoptada é provável que o exame não corra assim tão bem.

Aqui, a estratégia importante e adequada para lidar com a situação é estudar ou pedir ajuda ao professor para compreender alguma matéria que não está bem adquirida. Se associarmos esta estratégia à atividade para "desanuviar" o *stress*, será muito mais provável sermos bem-sucedidos no exame, e isso indica uma boa saúde mental.

É importante compreender que todos têm saúde mental, tal como todos têm saúde física. E, tal como uma pessoa pode possuir uma boa saúde física e ter uma doença física, as pessoas podem possuir uma boa saúde mental e ter uma doença mental ao mesmo tempo.

### **Sofrimento Mental**

O sofrimento mental é o sinal interno da ansiedade ou "stress" que uma pessoa sente quando alguma coisa no seu ambiente exige que ela se adapte a um desafio (por exemplo: fazer um exame, uma apresentação perante a turma, convidar alguém para sair, não conseguir entrar na equipa de futebol, etc.) A isto chama-se "**sinal de stress**" ou "**resposta de stress**". Uma "resposta de stress" inclui diversos componentes: emoções/sentimentos (como a preocupação, infelicidade, sensação de energia, irritação); cognição/pensamento (pensamentos negativos como "não sirvo para nada", "quem me dera não ter de fazer isto", ou positivos como "tenho de resolver isto", "pode ser complicado, mas vou conseguir", "devia pedir conselhos aos meus amigos"); sintomas físicos (como dores de estômago e de cabeça, "borboletas" na barriga) e comportamentos (como evitamento, aceitar o desafio, energia positiva, evitar o contacto com outros, gritar com alguém ou ajudar alguém).

Como podemos ver, a resposta ao sofrimento pode ter componentes negativos e positivos! O que precisamos de garantir é que não nos focamos sempre nos negativos.

O sofrimento mental é transversal/universal ao ser humano e é um sinal de adaptação do cérebro.

Todas as pessoas são diariamente expostas a sofrimento mental (frequentemente chamado de “stress”). Isso faz parte de uma boa saúde mental. É um sinal que nos diz que precisamos de arranjar estratégias/soluções para resolver o desafio com que nos deparamos. À medida que a pessoa que sente o sofrimento desenvolve soluções ou estratégias para resolver os desafios (frequentemente chamados “fatores de stress”), consegue perceber o que funciona e o que não funciona bem.

Lidar com sucesso com o fator de stress (resolução do problema) conduz à aprendizagem da estratégia que funcionou e à utilização dessa estratégia em situações semelhantes no futuro. Assim que a pessoa ultrapassa com sucesso o desafio, o sofrimento desaparece. Mas a aprendizagem e a competência permanecem, prontas a serem utilizadas novamente. Este processo é chamado de adaptação ou construção de resiliência.

Os jovens que experienciam sofrimento mental diariamente não precisam de acompanhamento especializado, não estão doentes e não necessitam de tratamento. Podem aprender a gerir o stress e a usar a “resposta de stress” para aprender novas competências. Podem aprender essas competências por via da tentativa e erro, ou recorrendo ao conselho de amigos, pais, professores ou outros adultos da sua confiança e de outras fontes (como os meios de comunicação social).

Também podem usar técnicas que fazem parte da normal gestão da saúde, como: atividade física; dormir o suficiente; passar tempo com amigos e família; alimentação saudável e manter-se afastados de drogas e álcool. Por vezes, aquilo que o jovem tenta não funciona (por exemplo: em vez de estudar para o exame, vai sair com amigos; em vez de uma boa noite de sono antes do exame, fica acordado a noite toda a estudar) e o resultado pode ser o aumento do sofrimento. Mas fazer a escolha errada faz parte do processo de aprendizagem de como fazer escolhas eficazes. Faz parte do desenvolvimento normal para se tornar adulto.

Promover ativamente o evitamento do sofrimento mental diário pelos jovens ou a focagem apenas no ensino da modulação da resposta ao stress, em vez de utilizar essas situações para aprender novas competências, pode ter impactos negativos no desenvolvimento de sucesso na vida adulta.

### **Problemas de Saúde Mental**

Os problemas de saúde mental podem surgir quando uma pessoa é sujeita a um fator de stress muito maior do que é habitual ou de forma continuada. Ocorrem como uma parte esperada da vida normal e não são doenças mentais. Por exemplo: a morte de um ente querido, a mudança para outro país, assédio, uma doença física grave, etc. Perante estes fatores de stress mais intensos, qualquer pessoa experiencia emoções negativas fortes (tais como: tristeza, luto, raiva, desmoralização, etc.). Estas emoções também são acompanhadas por dificuldades substanciais noutros campos, como: cognição/pensamento (por exemplo: “nada voltará a ser igual”, “não sei se consigo continuar a viver”, etc.); físico (por exemplo: dificuldades em dormir, perda de energia, dores e sofrimento físico variado); e comportamental (por exemplo: isolamento social, evitar as atividades habituais, explosões de raiva, etc.).

Por vezes, o jovem que experiencia um problema de saúde mental apresentará dificuldades notáveis no funcionamento diário – na escola e fora da escola. Além das competências de gestão do sofrimento e das atividades de melhoria da saúde em geral, que são úteis na diminuição do sofrimento mental, os jovens que experienciam um problema de saúde mental necessitam frequentemente de apoio adicional que os ajude a ultrapassar a situação difícil ou os ajude com os problemas de funcionamento (como mais tempo para as atividades académicas, uma pausa na escola para estarem com as suas famílias, etc.)

Nesses casos, esse apoio pode vir de um psicólogo, líder religioso, ou de outra pessoa que tenha as competências necessárias para ajudá-lo. Geralmente não é necessário tratamento médico (medicação ou psicoterapia). A presença de uma

figura de apoio (como um professor, pai ou vizinho) é um elemento chave que pode ajudar os jovens a lidar com um problema de saúde mental.

## **Doença Mental**

Uma doença mental é muito diferente do sofrimento mental e de um problema de saúde mental.

Surge de uma combinação complexa entre a constituição genética da pessoa e o ambiente no qual vive ou ao qual foi exposta em diferentes momentos da sua vida. Uma doença mental (também chamada de perturbação mental) é uma condição médica diagnosticada por profissionais de saúde especializados (como médicos de família, psiquiatras e psicólogos) com base em critérios de diagnóstico estabelecidos a nível internacional. Uma pessoa que sofra de uma doença mental deve ser ajudada por um profissional de saúde especializado, que possa proporcionar os melhores tratamentos baseados na evidência científica. As doenças mentais são o resultado de mudanças que surgem na função normal do cérebro como resultado de uma interação complexa entre os genes de uma pessoa e o ambiente.

Quando uma pessoa sofre de uma doença mental, o seu cérebro não está a funcionar como deveria, ou seja, a doença é um sinal de falência da adaptação do cérebro.

Na perturbação mental o que se passa é que uma, ou mais do que uma, das funções mentais não estão a funcionar harmoniosamente resultando na expressão de sinais e sintomas com deterioração funcional em um ou mais domínios da vida quotidiana, durante um tempo determinado e coincidindo com uma denominação da nosologia em uso.

Uma pessoa com uma doença mental irá experienciar desafios significativos, substanciais e persistentes relacionados com as emoções/sentimentos (por exemplo: depressão, ataques de pânico, ansiedade avassaladora, etc.); cognição/pensamento (delírios, pensamentos desorganizados, desespero,

pensamentos suicidas, etc.); físicos (por exemplo: cansaço, letargia, agitação excessivo, etc.); e comportamentais (por exemplo: recusa de ir à escola; isolamento da família e dos amigos, tentativa de suicídio, descuido da higiene pessoal, etc.).

A presença de uma doença mental significa que o indivíduo precisa de intervenções baseadas nas melhores evidências científicas de vários tipos (como medicação, psicoterapias, intervenções sociais, etc.), proporcionadas por técnicos de saúde com a formação adequada.

Apesar de as intervenções que podem ajudar nos casos de sofrimento mental e de problemas de saúde mental também poderem ser utilizadas para ajudar uma pessoa com uma doença mental, e de as atividades que melhoram a saúde em geral serem sempre úteis, um jovem que sofra de uma doença mental necessita de um nível de cuidados mais especializados, e que ultrapassam os cuidados habitualmente prestados a alguém com um problema de saúde mental. As doenças mentais exigem sempre um tratamento com recurso a cuidados baseados nas melhores evidências, prestados por profissionais de saúde especializados (como: técnicos de saúde mental, médicos de família, psiquiatras, psicólogos).

Uma pessoa pode posicionar-se simultaneamente em todos os estados acima descritos. Por exemplo, ao longo de um dia, uma pessoa pode rir e divertir-se com os amigos (sem sofrimento, problemas ou doença); pode experienciar sofrimento (perdeu a chave de casa); experienciar um problema de saúde mental (ao recordar o tio favorito que morreu no início da semana) e estar afetado por uma doença mental (como a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção).

#### **Nota para os professores:**

- Não existe uma continuidade entre estados de saúde mental. Geralmente, as pessoas não progridem do sofrimento mental para a doença.
- As pessoas podem experienciar um, ou mais estados, simultaneamente.
- Deve lidar-se de forma diferente perante diferentes estados de saúde mental. Por exemplo, o sofrimento mental diário pode não necessitar de qualquer intervenção. As pessoas conseguem adaptar-se com ajuda da família e/ou

amigos. As pessoas com problemas de saúde mental podem necessitar de ajuda profissional adicional, tal como educadores, psicólogo escolar, assistente social, além do apoio da família e/ou amigos, professores. As pessoas com doenças mentais necessitam de cuidados prestados por especialistas de saúde com a formação adequada (baseados nas melhores evidências científicas, tais como médicos de família, psicólogos e/ou psiquiatras).

Como vimos **nem todo o stress é negativo**.

É importante distinguir três tipos de resposta ao stress – positivo, tolerável e tóxico. Estamos a falar dos efeitos dos sistemas de resposta ao stress sobre o corpo e não do evento stressante ou da experiência em si.

A **resposta de stress positivo** é relativamente breve, leva à adaptação e à aprendizagem, inclui estados negativos emocionais, físicos, comportamentais e cognitivos. É uma parte normal e essencial do desenvolvimento saudável, caracterizada por breve aumento da frequência cardíaca e pequenas elevações nos níveis hormonais. **Pode acontecer diariamente**.

Algumas situações que podem desencadear uma resposta de stress positivo é o primeiro dia de aulas. Ou os testes.

A **resposta de stress tolerável** ativa o sistema de alerta do corpo para um grau mais elevado e como resultado de um evento/dificuldades mais graves, duradouras tais como a perda de alguém querido, um desastre natural ou uma lesão/ferida assustadora. **Está associada a eventos de vida**. No caso dos jovens em desenvolvimento, se esta ativação é limitada no tempo e acompanhada/mitigada pela relação de suporte com os adultos em quem confia, o cérebro e os outros órgãos recuperam do que de outra forma poderia ter efeitos prejudiciais (acompanhar/mitigar é diferente de evitar).

A **resposta de stress tóxico** pode ocorrer quando o jovem vivencia adversidades intensas, frequentes e/ou prolongadas no tempo, tais como abuso físico ou

emocional, negligência crónica, os pais abusarem de drogas, exposição à violência, e/ou famílias com grandes encargos/ dificuldades económicas e sem suporte adequado. Este tipo de ativação prolongada dos sistemas de resposta de stress pode perturbar o desenvolvimento do cérebro e outros sistemas orgânicos e aumentar o risco de doenças relacionadas com o stress e de comprometimento cognitivo.

### **Abordagens úteis para a gestão ao sinal de resposta ao stress**

- Compreender a resposta ao stress, seu propósito e os seus vários níveis = Perceber o que está a sentir; perceber para que serve o que está a sentir
- Interpretar a resposta ao stress como positiva, não negativa = Um desafio a ser enfrentado; um problema a ser resolvido
- Identificar o problema que precisa ser resolvido. Perceber como resolver o problema. Procurar ajuda caso necessário
- Modular o pico da resposta ao stress. Usar técnicas de respiração e relaxamento muscular progressivo
- Não utilizar como estratégia o evitamento ou a fuga!

### **Mensagens-chave**

- ✓ O sofrimento mental é universal e uma resposta de adaptação do cérebro.
- ✓ Perturbação mental é diferente de sofrimento mental.
- ✓ Existem critérios para diagnóstico de perturbação mental.
- ✓ O diagnóstico é feito por profissionais de saúde, médicos de família, psicólogos, pedopsiquiatras e psiquiatras.
- ✓ O stress pode ser positivo e leva à adaptação do cérebro, aprendizagem de competências para a resolução de problemas/desafios e leva à resiliência.
- ✓ Os professores podem ter um papel muito importante na observação dos sinais e referenciação de casos.

## 5. OS JOVENS SOFREM DE PERTURBAÇÕES MENTAIS

A adolescência, com todas as alterações que comporta, tanto a nível cerebral, social, físico e vocacional, representa um período de risco para o desenvolvimento de doenças mentais. Embora a maior parte dos adolescentes transitem para a idade adulta sem dificuldades graves e prolongadas, cerca de 20% dos adolescentes sofrem de uma doença mental, tornando-as as doenças médicas mais prevalentes com início na adolescência.

A idade de início mais frequente para a maioria das perturbações mentais decorre até aos 30 anos, com maior incidência entre os 10 e os 25 anos. Os estudos epidemiológicos revelam que 50% de todas as perturbações de ansiedade têm início até aos 15 anos, no caso das perturbações de abuso de substâncias 50% têm início até aos 21 anos e 50% de todas as perturbações de humor têm início até aos 26 anos. É também na adolescência que maioritariamente se manifestam os primeiros episódios de anorexia nervosa, bulimia nervosa, perturbação bipolar e esquizofrenia. Resumindo, três quartos dos primeiros episódios de doença mental ocorrem até aos 25 anos.

Muitas das perturbações psiquiátricas tendem a tornar-se crónicas, podendo assumir uma forma persistente e contínua (por exemplo, as psicoses, algumas depressões ou a PHDA), ou episódicas e recorrentes (como é o exemplo das perturbações de ansiedade e a depressão). A incidência juvenil de perturbações psiquiátricas é um preditor de continuidade na vida adulta.

O peso ou impacto das doenças ao nível dos países e comunidades é medido através de vários indicadores. Os mais utilizados, e clássicos, são: (a) mortalidade; (b) incidência – o número de novos casos por dado período de tempo; e (c) prevalência – o número de todos os casos num dado período de tempo.

Foram desenvolvidos outros indicadores para avaliar o peso da mortalidade e da incapacidade e para agregar a mortalidade e a incapacidade combinadas.

Estes últimos indicadores foram desenvolvidos no Estudo do Peso Global das Doenças e Traumatismos (Global Burden of Diseases and Injuries Study), o qual é um projeto da OMS, Banco Mundial e Universidade de Harvard, continuado desde 1990 e que põe em relação, em 188 países, o peso relativo das 107 principais doenças. São esses indicadores:

1. Os Anos Vividos com Incapacidade (AVI) [Years Lived with Disability, YLD] – trata-se do somatório do tempo anualizado de baixa médica ou de reforma por invalidez, ou seja, sem trabalho;
2. Os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) [Years of Life Lost, YLL] – trata-se do tempo potencial de vida perdido para a mortalidade prematura em relação à esperança de vida média;
3. Os Anos de Vida Ajustados para Incapacidade (AVAI) [Disability-Adjusted Life Years, DALY] – que diz respeito aos anos potenciais de vida perdidos em combinação com os anos vividos com incapacidade, ou seja,  $APVP + AVI = AVAI$ . Resumidamente, são os anos de vida saudáveis perdidos (*um AVAI é um ano de vida saudável perdido*).

Tendo por base estes indicadores, nos jovens dos 15-24 anos, rapazes e raparigas, a nível mundial, as doenças mentais e o suicídio têm um peso maior do que qualquer outra doença, sendo a primeira causa de AVI e de AVAI. Em relação aos APVP, o suicídio é a segunda causa de anos de vida perdidos nos jovens deste grupo etário.

Em idades entre os 9 e os 17 anos, regista-se uma prevalência a 6 meses de 13% para perturbação de ansiedade, 6.2% para a perturbação de humor, 10.3% na perturbação de comportamento, e 2% de perturbação de abuso de substâncias.

Fazendo um exercício de conversão das prevalências conhecidas para uma turma de 30 alunos, podemos observar um número estimado de 3 a 5 casos por turma, como podemos observar na figura 4.

A não-identificação da doença mental tem custos imediatos como o sofrimento pessoal, o sofrimento familiar e o insucesso escolar; tem, também, custos a longo-

prazo em muitos casos. Quanto mais cedo for iniciado um tratamento, menor a deterioração e as recorrências a longo-prazo.

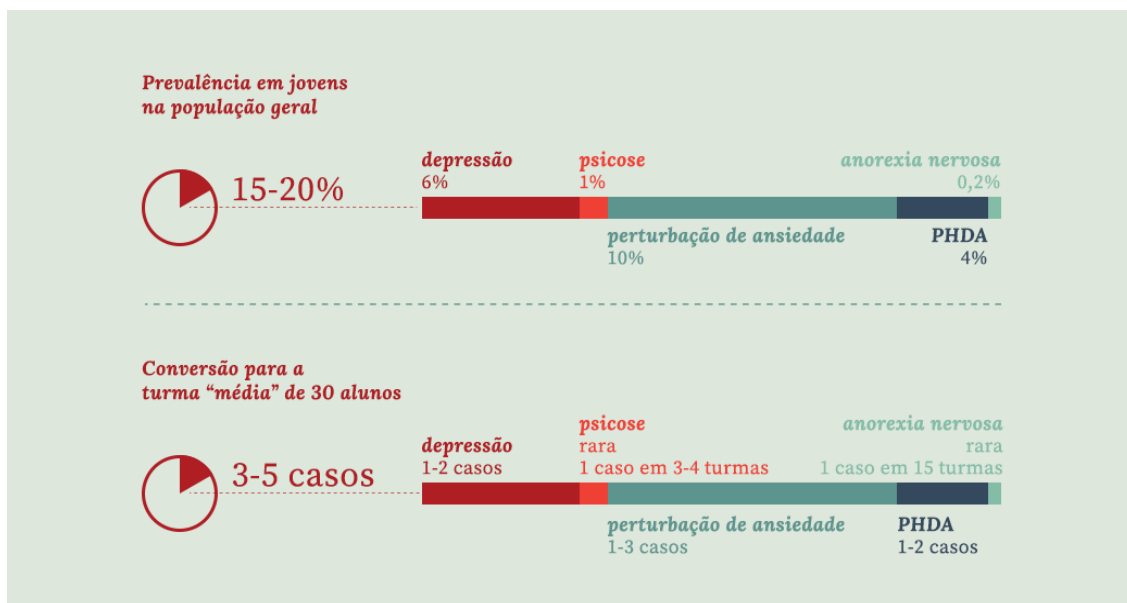


Figura 4. Perturbações mentais nos adolescentes por turma de 30 alunos

Apesar dos adolescentes passarem a maior parte do seu tempo na escola, o reconhecimento é mais difícil neste contexto uma vez que muitas vezes o aluno não verbaliza os sintomas, se o aluno estiver a consumir drogas ou álcool, os efeitos destas substâncias podem ser confundentes e será, deste modo, mais difícil distinguir entre sofrimento mental e perturbação mental em jovens do que em adultos. No entanto, os conhecimentos e informações sobre os sintomas das perturbações mentais mais frequentes são fundamentais para que a comunidade escolar possa identificar e atuar o mais adequadamente possível face cada uma das possíveis situações.

### Mensagens-chave

- ✓ A maioria das doenças mentais começa entre os 12 e os 25 anos e afetam cerca de 20% dos jovens.
- ✓ A incidência juvenil de perturbações psiquiátricas e outras perturbações é preditor de continuidade na vida adulta.
- ✓ O reconhecimento precoce e envio para os cuidados adequados é um imperativo ético.

## 6. PERTURBAÇÕES OU DOENÇAS MENTAIS

Quando o cérebro não está a funcionar eficazmente, poderá estar a acontecer uma das seguintes situações:

- Uma parte específica do cérebro não está a funcionar tão bem como habitualmente.
- Uma parte específica do cérebro passa a funcionar de forma errada.
- As vias cerebrais que ajudam diferentes partes do cérebro a comunicar não estão a funcionar como deveriam.

A forma de se manifestar é através dos sintomas, que é o que a pessoa experiênciamente (como tristeza, problemas de sono, etc.); através dos sinais, que é o que os outros observam na pessoa (fala rápida ou lentamente, choro, atitudes agressivas, etc.); se a vida normal ou o grau de funcionamento da pessoa são interrompidos devido a esses sinais e sintomas, de forma consistente ao longo do tempo (mais de 2 semanas).

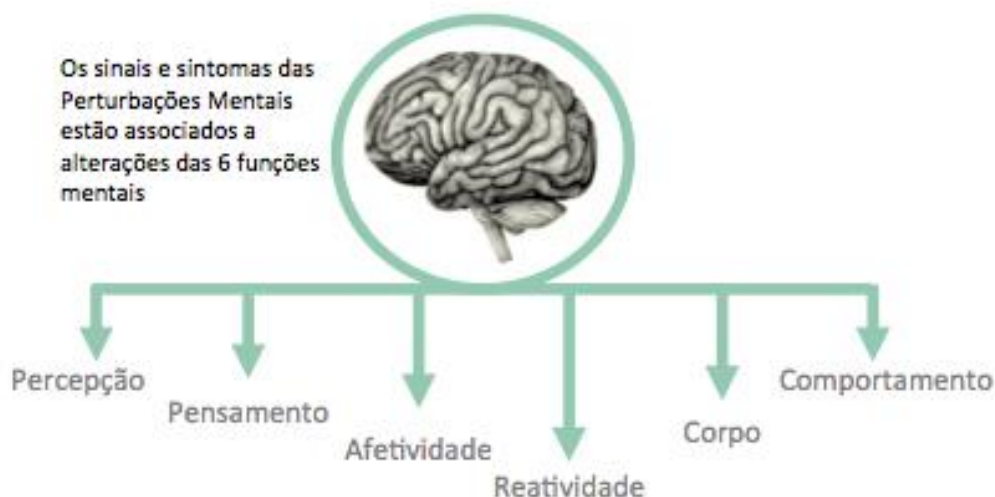


Figura 5. Funções mentais

### Perturbações da Perceção e do Pensamento (Psicoses)

As psicoses são um grupo de doenças caracterizadas por perturbações na capacidade de distinguir entre o que é real e o que não é real.

A psicose mais comum na adolescência é a Esquizofrenia e afeta pouco menos de 1% da população. Habitualmente tem início entre os 14 e os 25 anos.

A Esquizofrenia caracteriza-se por:

- Alucinações (percepções de sons, vozes, cheiros, etc., sem que exista esse estímulo sensorial).
- Delírios (ideias de conteúdo falso ou errado, mas vistas pela pessoa como verdadeiras; ideias persistentes e irredutíveis, mantidas com convicção, apesar de ampla evidência em contrário; não partilhadas por outras pessoas com a mesma cultura).
- Pensamento desorganizado na forma e no conteúdo que se revela num discurso difícil de acompanhar, por exemplo, saltando de assunto em assunto sem ligação lógica entre os mesmos. A pessoa pode também pensar que alguém está a interferir com o seu cérebro.
- Comportamento desorganizado.
- Redução da capacidade de exprimir emoções, acompanhada de falta de reação ou de reações inadequadas aos eventos externos (por exemplo, sentir-se feliz numa situação triste).
- Perturbação na motivação para iniciar ou persistir na procura de um objetivo.
- Desleixo com a higiene pessoal.
- Interferência significativa das dificuldades na capacidade de atender às exigências normais da vida.

A falta de discernimento ou de consciência de outras condições, tais como acontece nos delírios ou alucinações entendidas como reais, fazem com que as pessoas que sofrem de Esquizofrenia não tenham consciência de que se encontram

doentes. Por esta razão, mas também pelos efeitos secundários da medicação, recusam muitas vezes o tratamento que pode ser essencial ao seu bem-estar.

Num caso de suspeita de psicose, é importante perceber se:

- A pessoa está a agir de forma diferente e de forma comparativamente incomum ou "estranha".
- A pessoa mostra sinais ou admite ter alucinações.
- A pessoa mostra uma perturbação da forma de pensamento – se o seu discurso faz sentido ou não.
- A pessoa está isolada dos outros.
- A pessoa adota ideias estranhas e incomuns.
- Houve um declínio gradual em muitas áreas de funcionamento.

No que concerne ao tratamento e intervenção, o uso de medicação é crucial para a diminuição dos sintomas. Contudo, são necessárias também intervenções adicionais (psicológica, social, educacional e/ou vocacional). Mais ainda, o envolvimento e monitorização da família é essencial para o sucesso do tratamento. Habitualmente, é necessária uma adaptação curricular.

#### RECURSOS

<https://youtu.be/pcKyyQvCFtM>

[https://www.youtube.com/watch?v=\\_VMkXdt9DIU](https://www.youtube.com/watch?v=_VMkXdt9DIU)

#### Perturbações do humor ou afetivas

As principais perturbações do humor (ou perturbações afetivas) são a perturbação depressiva unipolar e a perturbação bipolar. Na perturbação depressiva unipolar coexistem o episódio depressivo major (vulgo, depressão) e a distímia.

O episódio depressivo major pode ocorrer apenas uma vez ou ocorrer através de vários episódios que se sucedem ao longo da vida. A distímia é uma forma de

depressão crónica, persistente, mantida (pelo menos 2 anos) que se pode estender ao longo da vida com sintomas menos intensos, mas que duram mais tempo.

Ambos podem impactar significativamente e negativamente a vida da pessoa. Além disso, pessoas com outras doenças como doenças cardiovasculares e diabetes têm um risco aumentado de morte precoce se também tiverem depressão.

### **Episódio depressivo major (Depressão)**

A depressão tem várias definições, sendo uma delas considerada como um *estado subjectivo interno de “tristeza” ou “infelicidade”, acompanhado por pensamentos negativos acerca do próprio, do seu passado e futuro e acerca do mundo, e por sintomas físicos que, em conjunto limitam o seu funcionamento habitual (profissional, social, interpessoal, etc.).*

Os sinais e sintomas da depressão manifestam-se ao nível do:

#### ***Humor***

- Sentimento de tristeza, humor triste ou irritabilidade;
- Perda de prazer ou desinteresse marcado em todas ou quase todas as atividades;
- Sentimento de desvalor, desesperança ou sentimento de culpa excessiva e inapropriada.

#### ***Pensamento (cognição)***

- Diminuição da capacidade de concentração, atenção, memória e de decisão;
- Pensamentos suicidas ou preocupação com a morte e em morrer.

#### ***Somático***

- Perda de energia, fadiga persistente;
- Problemas do sono (insónia ou hipersónia);
- Diminuição significativa do apetite, levando a perda de peso;
- Cefaleias;

### ***Comportamento***

- Isolamento social e familiar;
- Agitação ou lentificação psicomotora;
- Abuso de substâncias;
- Tentativas de suicídio.

A depressão afeta cerca de 4% a 6% dos adolescentes e é mais comum nas raparigas do que nos rapazes. As raparigas cujas mães têm perturbação depressiva recorrente apresentam uma taxa de 40% de probabilidade de também sofrerem de depressão. O risco é mais elevado para jovens com história familiar de depressão e perturbação de ansiedade na infância. A depressão está muito associada ao abuso de substâncias e suicídio.

A depressão pode manifestar-se nos adolescentes através de:

- Alteração dos estados de humor e nas atividades “habituais” – podem ser graduais, e por isso menos óbvias;
- Desinteresse e falta de prazer, incapaz de se divertir – desesperança;
- Isolamento social;
- Retirada em relação ao ambiente familiar;
- Tristeza acentuada;
- Irritabilidade, agitação;
- Mudanças comportamentais – (in)sucesso escolar, padrões de amizade, abuso de substâncias.

Num caso de suspeita de Depressão é importante perceber se existe:

- Dificuldade em explicar queixas físicas frequentes e persistentes (dores de cabeça, dores de estômago, fadiga, etc);
- Perda de interesse nas atividades habituais da vida;
- Perda de prazer naquelas coisas que habitualmente eram fonte de prazer – desesperança;

- Diminuição do funcionamento em casa/na escola, com a família ou com os pares/amigos;
- Pensamentos de morte/suicídio ou preparação da morte.

Em relação ao tratamento e intervenção é importante referir que a depressão pode ser tratada com sucesso nos cuidados de saúde primários.

A evidência científica demonstra que a melhor intervenção para a depressão é a combinação do tratamento farmacológico com as intervenções psicológicas. No tratamento de um episódio agudo, podem decorrer entre 6 a 10 semanas até se verificarem melhorias substanciais. O currículo escolar pode ter de ser modificado para acomodar os problemas cognitivos associados à depressão como a falta de concentração e falta de motivação.

É muito importante desenvolver uma colaboração de suporte para jovens entre os setores da educação e da saúde.

#### RECURSOS

<https://www.youtube.com/watch?v=i8EPzkkAiVw>

### Perturbação bipolar

A perturbação bipolar ocorre quando a pessoa experimenta ciclos de depressão e mania.

A **Mania** é um desvio da linha de base do humor no sentido do polo positivo. O principal sintoma destes episódios é um estado de humor elevado e expansivo, eufórico ou irritável. É comum que a pessoa se sinta mais alegre, faladora, ativa, autoconfiante, sociável, inteligente e criativa. A experiência é frequentemente descrita como "estar no topo do mundo" e ser-se invencível.

Com a elevação progressiva do humor podem surgir os seguintes sintomas:

- Irritabilidade extrema: a pessoa pode tornar-se exigente e impacienta-se sempre que os outros não correspondem aos seus desejos e vontades;

- Alterações emocionais súbitas e imprevisíveis: aceleração dos pensamentos, produção verbal muito rápida e com mudanças frequentes de assunto;
- Reação excessiva a estímulos, interpretação distorcida de determinados acontecimentos, irritação com pequenas coisas;
- Aumento de interesse em diversas atividades, despesas excessivas e despropositadas, dívidas e ofertas exageradas;
- Crenças e planos grandiosos – é comum as pessoas em estado maníaco acreditarem que são invulgarmente talentosas ou dotadas, ou que são reis, estrelas de cinema ou líderes políticos; durante estes episódios, é comum verificar-se uma intensificação das crenças religiosas, podendo as pessoas chegar a acreditar que são uma figura religiosa importante; pessoa pode sentir um aumento do amor-próprio;
- Aumento de energia e atividade excessiva;
- Diminuição da necessidade de dormir;
- Aumento do desejo sexual e comportamento desinibido com escolhas inadequadas e precipitadas;
- Incapacidade em reconhecer a doença, tendência para a recusa do tratamento e para a culpabilização dos outros pelo que corre mal;
- Podem ocorrer episódios psicóticos;
- Abuso de álcool e de substâncias.

Num caso de suspeita de uma perturbação bipolar é importante perceber se há:

- História de, pelo menos, um episódio depressivo e, pelo menos, um episódio maníaco;
- Alterações rápidas de humor, incluindo irritabilidade e explosões de cólera;
- Comportamentos autodestrutivos e de autoagressão – incluindo: vagas de compras excessivas, violência contra terceiros, indiscrições sexuais, etc;
- Consumo excessivo ou uso inapropriado de drogas ou álcool;
- Sintomas psicóticos, incluindo alucinações e delírios na fase maníaca.

O tratamento habitualmente requer cuidados psiquiátricos e monitorização contínua, e é frequente a hospitalização. A medicação é necessária e pode incluir lítio, medicamentos antipsicóticos, medicamentos antiepiléticos ou estabilizadores de humor. As intervenções psicossociais, específicas para cada situação são igualmente necessárias, nomeadamente a psicoeducação. O currículo escolar pode ter de ser modificado.

## RECURSOS

[https://www.youtube.com/watch?v=iDEE\\_54zobU&t=45s](https://www.youtube.com/watch?v=iDEE_54zobU&t=45s)

### Perturbações de Ansiedade (Reatividade)

É importante lembrar que ansiedade patológica não é quantitativamente a mesma coisa que stress. Muitas pessoas confundem ansiedade (que é um estado de hipervigilância constante, grave e persistente que não é desencadeada por um perigo real) com a resposta ao stress ou ansiedade normal (sinais do nosso cérebro/corpo que alertam para um desafio ambiental que precisamos enfrentar e resolver). Quando a ansiedade atinge um grau que interfere com a funcionalidade e o prazer da vida de uma pessoa é chamada de Perturbação de Ansiedade ou ansiedade patológica.

Existem vários tipos de Perturbação de Ansiedade: Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação de Fobia Social, Perturbação de Pânico, Perturbação Obsessiva-Compulsiva (POC) e Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT).

### **Perturbação de Ansiedade Generalizada**

A Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG) caracteriza-se por ansiedade e preocupação persistentes, excessivas e duradouras face aos acontecimentos. Estas características causam um grande sofrimento emocional, conduzem a muitos sintomas físicos que se traduzem num comprometimento funcional, agravando-se em períodos de maior stress.

Geralmente, esta perturbação tem início na infância ou adolescência e, por norma, há uma componente genética ou familiar associadas.

Os jovens com PAG geralmente apresentam queixas físicas, como dores de cabeça, cansaço, dores musculares e dores de estômago para as quais não há uma explicação médica. Estes sintomas tendem a ser crónicos e podem levar os jovens a faltar à escola ou às atividades sociais.

O jovem tem dificuldade em "abandonar" as preocupações, parecendo habitualmente tenso ou "no limite". A preocupação é de tal intensidade que interfere com a alegria de viver ou com as coisas que o jovem gostaria de fazer.

Os sintomas da PAG podem ser divididos em quatro categorias:

- 1) Emoções - sentir-se com medo, preocupado, tenso ou em alerta;
- 2) Reações físicas - muitas alterações corporais, incluindo aumento da frequência cardíaca, suor e tremores, falta de ar, tensão muscular e dores de estômago;
- 3) Pensamentos - as pessoas são mais propensas a pensar em dificuldades ou problemas reais ou potenciais fontes de perigo e podem ter dificuldade em se concentrar em outra coisa. Um exemplo é pensar que algo de mal vai acontecer a um ente querido;
- 4) Comportamentos - as pessoas escolhem situações que levam a evitar a fonte do perigo. Exemplos: evitar situações, pessoas ou lugares que temem e automedicar-se com drogas ou álcool. Na PAG, o estado de hipervigilância ocorre sem que haja perigo real.

É importante perceber que:

- A PAG é altamente tratável com intervenções psicológicas específicas (como, por exemplo, a terapia cognitivo-comportamental, TCC ou CBT) – o conhecimento é essencial.
- A tranquilização não é útil – na melhor das hipóteses, apenas fornece uma diminuição ligeira e temporária dos sintomas. Além disso, a tranquilização

recorrente pode encorajar comportamentos de "dependência" inapropriada. Conduz a outros problemas significativos.

- É útil dar sugestões simples e práticas sobre aspetos específicos da ansiedade (por exemplo: já que estás preocupado com o teste, não será melhor garantir que terás oportunidade de estudar, pelo menos, uma hora, esta noite?)
- Não reforce os comportamentos de evitamento – combine a redução do stress com o desenvolvimento de competências.

### **Perturbação de Fobia Social**

É caracterizada pela presença de um medo intenso de ser avaliado por outras pessoas uma vez que se acredita que os outros fazem sempre um julgamento negativo o que pode levar ao constrangimento ou humilhação. Geralmente tem início na adolescência. Não deve ser confundida com a simples “timidez” e a intensidade pode aumentar e diminuir com o tempo.

As pessoas acreditam que podem ser defeituosas ou inúteis quando lhes é feita uma crítica ou quando têm um feedback de que o seu desempenho foi menos bom. Uma das formas de lidar com isso é através do perfeccionismo. Assim, gradualmente vão limitando as coisas que fazem em frente aos outros. Os jovens com fobia social podem apresentar ataques de pânico em situações sociais. Como resultado, eles tendem a evitar situações sociais, como festas ou eventos escolares. Alguns podem ter dificuldade em assistir às aulas ou podem evitar ir à escola. Embora os jovens com fobia social reconheçam que os seus medos são excessivos e irracionais, eles são incapazes de controlá-los e, portanto, evitam situações que desencadeiam ansiedade.

Caso haja a suspeita que o aluno possa ter uma fobia social, deve tentar perceber se:

- O aluno fica muito ansioso numa ou mais situações que envolvem estranhos ou grupos – como salas de aula ou refeitórios;
- Tem comportamentos de evasão, faltas, deixa-se ficar para trás;

- O jovem evita intervir em público (ex. durante a aula) ou são evitadas situações específicas – o balneário na aula de ginástica, por exemplo; evita realizar apresentações orais; o jovem recusa ir à escola;
- A pessoa fica facilmente embaraçada numa situação social ou pensa que as outras pessoas estão a julgá-la ou a prestar-lhe uma atenção particular. Por exemplo, ao intervir na sala de aula;
- Em alguma ocasião, a pessoa teve um ataque de pânico numa situação social ou em locais frequentados por muita gente.

É importante saber que:

- É muito útil proporcionar informação ao jovem sobre o que pensa ser o problema e informá-lo de que existem soluções eficazes para as suas preocupações e dificuldades;
- É eficazmente tratável com terapia cognitivo-comportamental, pelo que é indicado referenciar o jovem a um profissional com esta competência. O tratamento medicamentoso também pode ajudar, nos casos mais graves onde há uma grande incapacidade funcional;
- O tratamento por exposição também é útil – por vezes, um professor e um profissional da saúde mental (psicólogo clínico e/ou psicólogo educacional) podem criar um plano de exposição na sala de aula;
- O treino focado em melhorar a capacidade de falar em público, pode ser útil nos casos em que a fobia social se limita às intervenções em público;
- Não deve reforçar os comportamentos de evitamento – combine a redução do stress com o desenvolvimento de competências e capacidades;
- Não deve chamar a atenção publicamente para suas dificuldades, mas falar com o jovem, em particular sobre o que está a notar - seja solidário.

## RECURSOS

<https://youtu.be/kitHQUWrA7s>

## Perturbação de Pânico

A perturbação de Pânico é caracterizada por ataques de pânico, os quais são episódios recorrentes e inesperados e incluem uma série de reações físicas assustadoras, medo e pensamentos irracionais. A frequência e a gravidade dos ataques de pânico podem variar muito e podem levar à agorafobia (medo de estar em lugares de onde é difícil sair). Normalmente, um ataque de pânico surge “do nada” de forma inesperada e abrupta e dura menos de 20 minutos.

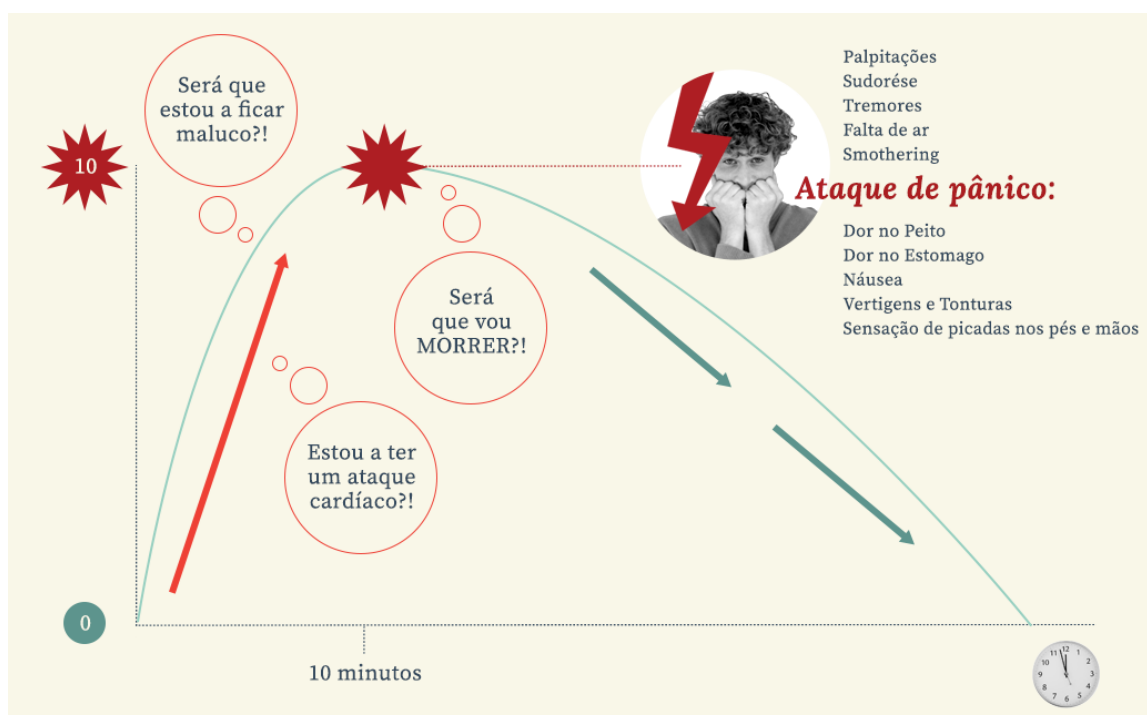


Figura 6. Ataque de pânico

As pessoas que experienciam ataques de pânico começam a desenvolver uma preocupação persistente sobre a possibilidade de ter um novo ataque de pânico e receio em relação a potenciais consequências nefastas. Podem ter medo de estar a enlouquecer ou sentir que vão morrer durante um ataque de pânico. Habitualmente, começam a mudar os seus hábitos e comportamentos para evitar lugares ou situações que temem ser precipitantes de um ataque de pânico. Com o tempo, a pessoa pode vir a evitar tantas situações sociais que acabará por ficar confinada à casa.

Considera-se um ataque de pânico se a pessoa tiver quatro ou mais dos seguintes sintomas, que atingem o pico em 10 minutos:

- Palpitações, batimentos cardíacos ou frequência cardíaca acelerada;
- Suor;
- Tremores;
- Sensações de falta de ar;
- Sensação de asfixia;
- Dor ou desconforto no peito;
- Náusea ou dor abdominal;
- Tontura, desequilíbrio, vertigem ou desmaio;
- Sensação de irrealidade ou desapego de si mesmo;
- Medo de perder o controlo ou enlouquecer;
- Medo de morrer;
- Dormência ou formigueiro no corpo;
- Calafrios ou ondas de calor.

Para ajudar o jovem com ataques de pânico é importante:

- Fornecer um ambiente calmo e de apoio até que o ataque de pânico passe;
- Fornecer informação sobre ataques de pânico e perturbação de pânico e, idealmente, por um profissional com conhecimentos sólidos nessa área;
- Saber que é eficazmente tratável com terapia cognitivo-comportamental, pelo que é indicado referenciar o jovem a um profissional com esta competência. Os medicamentos também podem ajudar – são muito eficazes;
- Saber que o professor é um elemento muito importante na ajuda e deve fazer parte do planeamento e monitorização do tratamento.

Um dos grandes desafios para o aluno são os exames e podem causar uma resposta emocional de apreensão e angústia, o que é normal e expectável. Há que perceber que não existe uma “ansiedade do exame”. O que existe é a resposta de stress associada a fazer um exame. Cumpre um propósito que é o de preparar os

alunos para fazer o exame (ou entrevista de emprego ou qualquer outra tarefa ou desafio de vida). Chamar essa resposta normal de stress, de “ansiedade do exame” cria uma expectativa de disfuncionalidade e de patologia que não correspondem à realidade. Em alguns casos, esse rótulo é usado para apoiar o evitamento à realização do exame.

A maioria dos alunos experimenta graus leves a moderados de resposta de stress induzido pelo exame. Eles precisam de ser tranquilizados de que isso é normal e que tem um propósito - estimular comportamentos que ajudarão a alcançar o sucesso. O professor pode ajudar os alunos desde o princípio do ano, elogiando o trabalho árduo e não apenas dando notas; ajudar a perceber que é mais produtivo fazer revisões regulares da matéria, em vez de estudar demasiado num curto espaço de tempo; que é útil apontar notas e dúvidas; estudar em voz alta ou, redigir apontamentos com os pontos-chave da matéria. É importante informar que na noite antes do exame deve-se dormir bem e pode-se rever os pontos-chave de manhã. Chumbar num exame pode ser adaptativo, pois algumas pessoas carecem desta experiência negativa para trabalharem com mais dedicação.

## RECURSOS

[https://www.youtube.com/watch?v=R3S\\_XYaEPUs](https://www.youtube.com/watch?v=R3S_XYaEPUs)

### **Perturbação Obsessiva-Compulsiva (POC)**

É caracterizada pela existência de obsessões e/ou compulsões. As obsessões são pensamentos, imagens ou impulsos persistentes, intrusivos e indesejados que a pessoa reconhece como irracionais, sem sentido ou inadequados, mas que não é capaz de controlar. As compulsões são comportamentos repetitivos que a pessoa realiza para reduzir a ansiedade associada a uma obsessão. Exemplo: contar, tocar, lavar e verificar.

Ambos podem ser de tal intensidade que causam muito sofrimento e interferem significativamente no funcionamento diário da pessoa. As obsessões são diferentes de pensamentos psicóticos porque a pessoa sabe que são os seus próprios

pensamentos (não foram colocados dentro da sua cabeça por uma força externa) e a pessoa não quer ter os pensamentos.

As compulsões são diferentes dos comportamentos psicóticos porque a pessoa sabe por que está a agir assim.

A POC geralmente começa na adolescência ou no início da idade adulta, mas pode começar na infância, também.

Não deve ser confundida com superstições ou com comportamentos de verificação normais na vida quotidiana. Também não são simplesmente preocupações excessivas com questões da vida real. Uma pessoa com POC tem sintomas graves de obsessões ou compulsões, ou ambos que causam grande sofrimento, consomem tempo (ocupam mais de uma hora por dia) e interferem significativamente nas atividades normais de uma pessoa (trabalho, escola, atividades sociais, família, etc.).

É importante proporcionar informação ao jovem sobre o que se pensa ser o problema. A POC é mais eficazmente tratada com uma combinação de terapia cognitivo-comportamental e medicação. Por vezes, a terapia familiar também é necessária porque ter uma POC pode afetar gravemente o funcionamento da família. Até se verificar a redução dos sintomas, pode demorar 12 semanas. Não se deve reforçar as obsessões nem os comportamentos compulsivos.

#### RECURSOS

<https://youtu.be/ua9zr16jC1M>

#### **Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT)**

A PSPT pode acontecer após a ocorrência de um trauma significativo que foi vivido ou testemunhado pela pessoa. Envolve o desenvolvimento de reações psicológicas relacionadas à experiência, como lembranças recorrentes, intrusivas e angustiantes do acontecimento, que podem surgir na forma de pesadelos, flashbacks e/ou alucinações. Essa resposta persiste muito além do tempo esperado

e causa problemas significativos na vida diária. A PSPT pode ser tão intensa que a pessoa tem grandes dificuldades em casa, na escola ou no trabalho e pode precisar de um breve internamento no hospital para ajudar à recuperação.

Ao contrário das outras doenças mentais, a PSPT é sempre causada por um acontecimento terrível que ocorre na vida de uma pessoa. No entanto, a maioria das pessoas que vivenciam tais acontecimentos não desenvolve PTSD.

Os sintomas de PSPT aparecem por volta de 6-8 semanas após o acontecimento traumático e são organizados em diferentes categorias:

- Sintomas de intrusão – o acontecimento traumático pode ser lembrado de forma recorrente, intrusiva e angustiante na forma de memórias indesejadas involuntárias ou pesadelos. Algumas pessoas têm flashbacks, em que a pessoa revive o trauma como se estivesse realmente a acontecer novamente nesse momento
- Sintomas de evitamento - evitamento de pessoas, lugares, temas de conversa, comida, bebida, condições meteorológicas, roupas, atividades, situações, pensamentos, sentimentos, que estão associados ao acontecimento traumático.
- Alterações no estado de alerta e nas reações - problemas com o sono e dificuldade na concentração. Pode se tornar excessivamente alerta face à presença de sinais de risco. É possível que se assuste facilmente. Maior dificuldade em controlar as suas reações e por isso maior irritabilidade, agressividade, explosões de raiva, comportamento autodestrutivo
- Efeitos negativos sobre o pensamento e o humor – é possível que a pessoa não consiga se lembrar de partes significativas do acontecimento traumático (amnésia dissociativa). A pessoa pode sentir uma tristeza generalizada, emocionalmente desligada das outras pessoas, haver perda de interesse em atividades onde anteriormente tinha prazer, distanciamento da família e dos amigos e uma sensação de desesperança quanto ao futuro. A depressão é comum. Pode acontecer igualmente que a impressão que guarda sobre o acontecimento traumático seja distorcida e levar a sentimentos de culpa do

próprio ou dos outros pelo que aconteceu. Pode sentir também vergonha, medo, horror, raiva e pode não conseguir sentir felicidade, satisfação ou amor.

É muito importante distinguir PSPT de resposta de stress agudo normal. Se passarmos por um evento negativo grave, às vezes com risco de vida (como um acidente de carro, um incêndio, testemunhar uma morte, um terramoto, etc.), todos vamos experienciar sintomas de ansiedade e de angústia emocional com repercussões no dia a dia, como o medo, dificuldade em dormir, pesadelos, irritabilidade, pensamentos ou imagens recorrentes. A diferença é que enquanto na reação normal de resposta ao stress agudo estes sintomas vão desaparecendo após algumas semanas, na PSPT persistem durante meses e até anos.

### Perturbações da regulação Somática (corpo)

Estas perturbações são caracterizadas por sintomas físicos sugerindo doença física para a qual não há causas orgânicas demonstráveis ou mecanismos fisiológicos conhecidos e para os quais há forte evidência ou presunção de que os sintomas estão ligados a fatores ou conflitos psicológicos. Têm forte associação a experiências traumáticas, como situações de violência familiar ou abuso sexual.

As perturbações da regulação somática mais comuns são a Hipocondria e a Dismorfia Corporal.

#### **Hipocondria**

Pode ser definida como um receio ou preocupação não delirante de sofrer uma doença física grave baseada na má interpretação de sinais e sintomas somáticos pelo próprio.

As sensações corporais normais ou ligeiramente anormais são interpretadas como sintomas.

A angústia causa alterações do funcionamento social e laboral da pessoa.

Representa 4-6% da prática médica geral. São pessoas que normalmente têm múltiplas queixas somáticas e recorrem muitas vezes ao médico e a médicos

diferentes, por acreditar que têm alguma doença física e que os médicos não a conseguem identificar.

Afeta igualmente homens e mulheres e tem início antes dos 30 anos.

### **Dismorfia Corporal**

É a preocupação excessiva não delirante com uma característica corporal, considerada como fealdade e defeito físico que a pessoa sente ser perceptível aos outros. As partes do corpo onde é mais frequente estar atribuído o defeito é o nariz, as orelhas, a boca, as mamas e/ou pénis. Muitas vezes a pessoa faz uma atribuição do insucesso a esses “defeitos”.

A dismorfia corporal está associada a baixa autoestima. Normalmente existe comorbilidade psiquiátrica, ou seja, a existência de outras doenças associadas, sendo que as mais comuns são a depressão e a fobia social. Existe igualmente o risco de suicídio. Esta perturbação leva a uma grande procura da cirurgia plástica. Afecta mais as raparigas na adolescência, entre os 15 e os 20 anos.

### **Perturbações do Comportamento**

As principais perturbações do Comportamento que abordamos são a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), as perturbações do Comportamento Alimentar e a Perturbação de Abuso de Substâncias (Adições).

#### **Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)**

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção é a perturbação de comportamento mais frequentemente diagnosticada durante a infância. Estima-se que a PHDA afete 4% a 6% dos jovens entre os 9 e os 20 anos de idade. Os rapazes são duas a três vezes mais propensos a desenvolver PHDA do que as raparigas. Embora a PHDA seja geralmente associada às crianças, esta perturbação pode persistir na idade adulta.

É uma doença do desenvolvimento neurológico caracterizada por um padrão persistente de hiperatividade (incapacidade de regular o nível de atividade),

impulsividade ou incapacidade de inibir o comportamento e incapacidade em manter a concentração e atenção durante muito tempo (dificuldade em completar tarefas), estando associada a um disfuncionamento substancial na escola, em casa e com os pares.

Perante uma suspeita de PHDA, perceber, tendo por comparação outros da mesma idade, se a pessoa é persistentemente muito mais:

- Hiperativa (sempre a mexer; não consegue estar quieta; etc.)
- Impulsiva (faz e diz coisas sem pensar; vê-se frequentemente em sarilhos porque não ponderou os resultados possíveis das suas ações, etc.)
- Tem problemas em manter a atenção e concentração continuada (frequentemente não termina tarefas, esquece-se com facilidade, etc.)
- Problemas sociais e de relacionamento
- Correr riscos excessivos e desnecessários
- Falta de coordenação
- As raparigas podem apresentar grandes problemas em manter a atenção e não exibir os sintomas de hiperatividade e impulsividade
- Problemas de sono
- Problemas de autoestima e desmoralização
- Nível de inteligência normal ou elevado, mas mau desempenho na escola

Muitos destes sintomas podem diminuir com a idade, mas podem não desaparecer completamente.

A PHDA **não é** causada por:

- Demasiada televisão
- Açúcar
- Cafeína
- Corantes alimentares
- Vida familiar desequilibrada
- Más escolas
- Alergias alimentares

### É importante:

- Aferir com o jovem como percebe os seus problemas, o diagnóstico e o tratamento
- Fornecer o acesso a informação útil sobre a doença e os seus tratamentos
- Utilizar estratégias de intervenção que tenham demonstrado eficácia no caso do jovem (Horários, recompensas, colaboração dos pais)
- Encorajar com base nos pontos fortes – descubra o que o jovem faz bem que não dependam de uma atenção continuada (ex. No futebol colocar numa posição onde seja necessário correr e não colocar como guarda-redes)
- Avaliar sempre se existem perturbações na aprendizagem
- Compreender os prós e os contras do tratamento com medicação (necessário na maioria das vezes, mas não é suficiente)

Em relação ao tratamento é importante referir que pode ser tratada com sucesso nos cuidados de saúde primários. Habitualmente é necessária medicação: psicoestimulantes (metilfenidato). A resposta à medicação, é evidente no prazo de uma semana. Para além da medicação, é importante as diversas formas de psicoterapia, como terapia cognitivo-comportamental, treino de competências sociais, grupos de apoio e treino de competências dos pais e professores. A medicação e as intervenções psicoterapêuticas melhoram os resultados quando são mantidos.

A participação da escola na contribuição da avaliação para o diagnóstico e na gestão da sala de aula, na planificação académica e em situações de crise é muito útil.

Existe um elevado grau de informações erróneas e desinformação sobre a PHDA e o seu tratamento: procure informar-se corretamente e proporcionar essa informação ao aluno, caso este lhe pergunte.

## **Perturbações do Comportamento Alimentar**

A **Anorexia Nervosa (AN)** e a **Bulimia Nervosa (BN)** são as duas perturbações do comportamento alimentar mais comuns. Cada uma das doenças caracteriza-se por uma preocupação com o controlo do peso corporal, a alimentação e a comida. Por vezes, podem ocorrer em simultâneo.

As pessoas com AN estão determinadas a controlar as quantidades de alimentos ingeridos. As pessoas com BN costumam sentir um grande descontrolo face à comida

A Anorexia Nervosa pode afetar até uma em cada duzentas adolescentes, embora a doença possa surgir em fases anteriores e posteriores da vida. A maioria das pessoas que sofrem de Anorexia Nervosa são do sexo feminino, mas os homens também podem desenvolver esta perturbação.

A Bulimia Nervosa pode afetar até duas em cada cem adolescentes. As pessoas do sexo feminino desenvolvem mais frequentemente Bulimia Nervosa do que as pessoas do sexo masculino.

Embora estas taxas demonstrem que poucas pessoas cumprem os critérios relativos às perturbações do comportamento alimentar, é muito mais comum as pessoas terem atitudes irrealistas em relação ao tamanho e à forma do seu corpo. Estas atitudes podem contribuir para práticas de alimentação e de dieta desadequadas, como adotar dietas da moda, o que não equivale a sofrer de uma perturbação do comportamento alimentar.

Ambas as doenças podem ser ultrapassadas e é importante que a pessoa procure, o mais rapidamente possível, aconselhamento sobre o tratamento para qualquer uma delas.

A Anorexia Nervosa caracteriza-se por:

- Perda de até 15% do peso corporal, em resultado da recusa de comer o suficiente

- Recusa em manter um peso corporal minimamente normal
- Medo intenso de ficar "gordo/a", embora a pessoa se encontre demasiado magra
- Interrupção dos períodos menstruais nas raparigas
- Falsa perceção da imagem corporal, o que leva as pessoas a considerarem-se gordas quando estão extremamente magras
- Preocupação com a preparação da comida
- Atividades e rituais pouco comuns em relação à comida, tal como fazer listas de alimentos "bons" e "maus" e esconder comida

A Anorexia Nervosa pode começar com uma perda de peso em resultado de uma dieta. Muitas pessoas fazem dieta, mas apenas algumas desenvolvem AN, pelo que a dieta não é claramente uma causa da AN.

À medida que o peso diminui, também diminui a capacidade da pessoa para avaliar adequadamente o seu peso corporal e tomar decisões acertadas acerca da sua alimentação.

A Bulimia Nervosa caracteriza-se por:

- Episódios de ingestão compulsiva envolvendo o consumo de grandes quantidades de alimentos ricos em calorias, durante os quais a pessoa sente uma perda de controlo sobre si própria e após os quais a pessoa sente autoaversão
- Tentativas de compensar a ingestão compulsiva de alimentos e evitar o aumento de peso, recorrendo ao vómito autoinduzido e/ou ao consumo excessivo de laxantes e diuréticos
- Preocupações fortes com a forma e o peso corporais

Uma pessoa com BN tem, geralmente, um peso médio ou ligeiramente acima da média em proporção à altura, por isso esta condição é frequentemente menos reconhecível que a AN.

A BN começa, muitas vezes, com uma dieta rígida de perda de peso numa tentativa de alcançar a "magreza". Note-se, porém, que muitas pessoas fazem dieta e apenas algumas desenvolvem BN.

Vomitando depois da ingestão compulsiva de alimentos parece proporcionar uma sensação de alívio, mas esta revela-se temporária e rapidamente se transforma em angústia e culpa. Algumas pessoas utilizam laxantes, mas estes não contribuem para a perda de peso. Ao invés, eles dificultam o trabalho do organismo, causando desidratação e má absorção das vitaminas e minerais de que o organismo precisa.

A pessoa pode fazer muitos esforços para quebrar o padrão, mas o ciclo de ingestão compulsiva/purga/exercício e os sentimentos associados ao mesmo podem tornar-se compulsivos e incontroláveis.

### ***Quais são os efeitos da Anorexia Nervosa e da Bulimia Nervosa?***

#### Efeitos físicos

Os efeitos físicos podem ser graves, mas podem ser reversíveis, principalmente quando se intervém numa fase inicial da doença. Caso não sejam tratadas, a AN e a BN podem ameaçar a vida da pessoa.

É essencial responder aos primeiros sinais de aviso e obter tratamento precoce. A AN pode conduzir à morte em resultado dos efeitos físicos da fome.

Ambas as doenças, quando em estado grave, podem causar:

- Lesões nos rins
- Infecções do trato urinário e lesões no cólon
- Desidratação, obstipação e diarreia
- Convulsões, espasmos musculares ou câibras
- Indigestão crónica
- Perda de menstruação ou períodos menstruais irregulares
- Palpitações

Muitos dos efeitos da NA encontram-se relacionados com a subnutrição, incluindo:

- Ausência de períodos menstruais
- Sensibilidade grave ao frio
- Crescimento de pelos por todo o corpo
- Incapacidade de pensar racionalmente e de se concentrar

A BN em estado grave pode causar:

- Erosão do esmalte dos dentes devido aos vômitos
- Inchaço das glândulas salivares
- Possibilidade de desenvolvimento de hérnia no estômago ou no esófago
- Inflamação crónica da garganta

#### . Efeitos emocionais e psicológicos

- Dificuldades com atividades que envolvem comida
- Solidão, devido ao isolamento autoimposto e à relutância em desenvolver relações pessoais
- Comportamentos furtivos em relação à comida
- Medo da desaprovação dos outros caso a doença se torne conhecida, em associação com a esperança de que a família e os amigos possam intervir e oferecer ajuda
- Mudanças de humor, mudanças de personalidade, explosões emocionais ou sentimentos depressivos

#### **É importante:**

- Envolver o aluno em conversas de apoio sobre saúde física perante a AN e estar preparado para níveis elevados de ansiedade e negação
- Estar preparado para uma expressão catártica, perante a BN,
- Ter planos de apoio e processos que envolvam o aluno na procura de ajuda profissional – não apoie a alimentação desregulada, segredos ou comportamentos de autoagressão
- Perceber se o envolvimento dos pais se pode revelar complexo. Assegurar-se de que não o fará sozinho, mas em coordenação com a equipa de cuidados de saúde

- Assegurar-se de que existe um plano de crise – esteja atento a comportamentos de autoagressão (cortar-se, etc.)

Em relação ao tratamento, habitualmente requer serviços de saúde mental especializados e equipa multidisciplinar (psiquiatras, psicólogos, médicos, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e enfermeiros). Poderá ser necessária a hospitalização se a perturbação for grave. Os tratamentos psicológicos são considerados tratamentos de primeira linha. A medicação pode ajudar alguns jovens com BN mas não é tão útil na NA.

Demora cerca de 12 semanas até se verificarem melhorias substanciais.

O secretismo e o evitamento do tratamento recomendado são comuns. Caso note comportamentos de autoagressão, comunique as suas observações à equipa responsável pelo tratamento.

### **Perturbação de abuso de substâncias (Adições)**

Define-se como uma doença crónica, cuja dependência de uma substância provoca adicionalmente alterações psicológicas.

Inicialmente, o consumo destas substâncias gera estados físicos e psicológicos agradáveis, produzindo sensações de euforia e excitação ou de relaxamento e alívio de stress. Com o uso continuado de drogas surgem alterações ao funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC) que geram:

- Tolerância - é necessário consumir uma quantidade cada vez maior da substância para obter o efeito desejado
- Dependência física - está instalada quando a paragem abrupta do consumo gera reações de abstinência
- Craving - um estado emocional de desejo intenso pelos efeitos da droga
- Dificuldades em controlar o comportamento, tanto no que se refere ao início, fim e níveis de consumo

- Abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em detrimento do uso e aumento da quantidade de tempo necessária para recuperar dos seus efeitos
- Persistência na sua utilização, apesar da evidência de consequências manifestamente negativas em termos pessoais, vocacionais, legais

Caso haja a suspeita que a pessoa possa ter uma perturbação de uso de substâncias, deve tentar perceber se há:

- Participação na "subcultura das drogas"
- Sinais de intoxicação na sala de aula ou no edifício escolar
- Atrasos frequentes depois do almoço ou de pausas
- Rendimento escolar em declínio e "desistência" de atividades sociais ou escolares em que estava envolvido
- Preocupação excessiva com as substâncias do abuso

**É importante:**

- Discutir as suas preocupações com os outros professores e receber informações da parte deles. Conhecer a política da sua escola relativamente a drogas
- Discutir com o jovem como ele se está a sentir e partilhar com ele as suas preocupações
- Encorajar o jovem a procurar ajuda especializada – equacionar o papel dos pais
- Não entrar em debates sobre os prós e os contras de qualquer droga ilícita
- Não concordar em manter em segredo, as informações sobre a utilização de drogas
- Avaliar sempre se existem perturbações da aprendizagem e PHDA não tratada/não diagnosticada

Em relação ao tratamento, habitualmente requer cuidados de saúde mental especializado em internamento ou ambulatório. Caso haja necessidade de

internamento, poderá ser necessário um período longo de ausência da escola. As recaídas são comuns.

As intervenções psicossociais são as mais utilizadas, no entanto, também pode haver necessidade de utilização de fármacos.

CRASEP é um dos modelos de avaliação de Risco no Uso de Álcool e Substâncias que pode ser usado para identificar os adolescentes a quem uma intervenção clínica precoce é indicada, antes que desenvolvam uma perturbação de abuso de substâncias. Os jovens que preencham um ou mais itens, podem ser considerados candidatos a uma intervenção precoce.

- **C (CARRO)** - Alguma vez já andaste num carro conduzido por alguém (incluindo tu próprio) que estava "pedrado" ou tinha consumido álcool ou drogas?
- **R (RELAX)** - Utilizaste alguma vez o álcool ou as drogas para relaxar, para te sentires melhor contigo próprio, ou para te integrares?
- **A (AMIGOS)** - A tua família ou os teus amigos já te disseram alguma vez que devias reduzir o consumo de álcool ou de drogas?
- **S (SOZINHO)** - Utilizaste alguma vez o álcool ou as drogas quando estavas sozinho?
- **E (ESQUECER)** - Alguma vez te esqueceste do que fizeste depois de teres consumido álcool ou drogas?
- **P (PROBLEMAS)** - Já te meteste em sarilhos depois de teres consumido álcool ou drogas?

### Mensagens-chave

- ✓ Existem várias perturbações mentais nos jovens.
- ✓ Todas as doenças mentais refletem dificuldades nas várias funções complexas do cérebro (pensamento, perceção, afetividade, reatividade, corpo e comportamento).
- ✓ As doenças mentais, tal como outras doenças do corpo são tratáveis e quanto mais cedo as pessoas receberem tratamento e apoio adequados, melhor serão os resultados.
- ✓ É essencial fazer a coisa acertada, não simplesmente fazer alguma coisa.

## 8. SUICÍDIO E COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS

O suicídio é um problema grave de saúde pública. Mundialmente, cerca de 800 mil pessoas por ano morrem por suicídio, mais do que em conflitos armados, homicídios, acidentes de trânsito ou doença do HIV. Em Portugal, os dados mais recentes apontam para que aproximadamente três pessoas por dia põem fim voluntariamente às suas vidas. Apesar da taxa de suicídio ser inferior nos jovens e mais alta nos idosos, esta permanece como a segunda causa de morte em todo o mundo nos adolescentes e jovens adultos entre os 15 e os 29 anos. Estima-se ainda que por cada morte por suicídio, cerca de mais seis pessoas sejam significativamente afetadas.

O suicídio é um fenómeno complexo, multifacetado, universal e intemporal. É uma temática sensível e emocional, que requer cuidado na sua abordagem. Tem ainda uma característica de contextualização geográfica, sendo que para se agir no sentido da prevenção ou intervenção no suicídio, é fundamental conhecer os fatores associados à região do país e respetivas crenças.

O suicídio juvenil é um evento raro, mas trágico para qualquer comunidade. As razões que levam ao suicídio podem ser vastas, mas a existência de um sofrimento psicológico intolerável está quase sempre patente. Normalmente, o suicídio é um evento planeado e não impulsivo. No entanto, o ato em si mesmo pode ser levado a cabo por um momento de impulsividade ou reatividade a uma situação.

As pessoas que se suicidam ou tentam suicidar-se mantêm um debate psicológico que assenta sob a ambivalência entre o desejo de viver e o desejo de morrer (ou de matar uma parte de si). Na verdade, o objetivo comum do suicídio parece ser terminar com o sofrimento percecionado como intolerável, em que a morte aparece como a única alternativa capaz.

Entre os momentos de ambivalência, o suicida tende a comunicar os seus sentimentos e pensamentos de mal-estar, ainda que de forma pouco evidente. Existem alguns fatores de risco que os professores podem ter em consideração: (1) tentativas de suicídio anteriores, (2) existência de uma doença mental (principalmente, depressão), (3) história familiar de suicídio, (4) história familiar de doença mental e (5) a perda de amigos que morreram por suicídio.

A maior parte do suicídio juvenil e de outros comportamentos suicidários estão associados à existência de uma perturbação mental que não foi descoberta antecipadamente ou tratada de forma eficaz. A depressão é a doença mental que apresenta um maior grau de comorbilidade com o suicídio, mas doenças como a esquizofrenia ou perturbações do comportamento alimentar estão também muito associadas. De realçar que as tensões habituais do desenvolvimento do adolescente não são fator suficiente que isoladamente levem ao suicídio.

A compreensão sobre este fenómeno pode ser complicada, dada a complexidade e sensibilidade que lhe são subjacentes. De modo a clarificar alguns conceitos fundamentais associados, mas também de modo a facilitar a compreensão e evolução do processo do pensamento suicida, pode ser útil a sua divisão nos seguintes estádios:

|                              |                                                                                                                                 |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ideação Suicida</b>       | Pensamentos, imagens ou fantasias de fazer mal a si próprio ou de se matar                                                      |
| <b>Intenção Suicida</b>      | A decisão consciente de acabar com a própria vida – cometer suicídio                                                            |
| <b>Plano Suicida</b>         | A cascata de eventos ponderados que poderão levar ao fim da própria vida                                                        |
| <b>Tentativa de suicídio</b> | A decisão de produzir um ato autoinfligido que não é fatal e que está associado a uma intenção implícita ou explícita de morrer |
| <b>Suicídio consumado</b>    | Ato autoinfligido que é fatal e associado a uma intenção implícita ou explícita de morrer                                       |
| <b>Auto lesões</b>           | Qualquer comportamento destrutivo autoinfligido intencional, habitualmente recorrente                                           |
| <b>Suicidalidade</b>         | Quaisquer pensamentos ou ações associadas a uma intenção implícita ou explícita de morrer                                       |

*Tabela 1. Estádios suicidários*

Todos os comportamentos suicidários são também considerados tendo em conta os seguintes construtos fundamentais:

- **Método** (meio ou processo utilizado na produção da auto lesão/comportamento suicidário)
- **Letalidade** (potencial de perigo de morte associado ao método utilizado)
- **Resultado** (pode ser a morte, a sobrevivência com lesões e/ou sequelas, ou a sobrevivência sem lesões)
- **Intencionalidade** (determinação para agir de modo a atingir determinados objetivos)

Pode ainda ser facilitador pensar no suicídio por etapas, considerando um grau de risco de suicídio crescente que se inicia com (1) a ponderação, (2) a ambivalência e culmina na (3) tomada de decisão. Acredita-se que a prevenção através da sensibilização para a temática tenha um impacto significativo principalmente na fase mais inicial do processo – a ponderação. No entanto, a prevenção do suicídio é sempre válida e a intervenção é vantajosa em qualquer fase que o jovem se encontre.

Tendo em consideração os conceitos anteriores, a imagem seguinte sugere uma abordagem clarificadora relativamente à avaliação do risco do suicídio. Sendo que na base do triângulo se encontra um grau mais baixo de risco de suicídio (pensamentos sobre morrer e estar morto), e que apresenta uma evolução crescente à medida que se sobem os patamares do triângulo:



Figura 7. Avaliação do risco de suicídio

Se um aluno dá sinais de alerta de suicídio, pode ser útil para o professor seguir as seguintes indicações:

1. Se um aluno fala de suicídio, falando de si ou outro colega, encaminhe para o psicólogo ou equipa de saúde escolar.
2. Nunca guardar segredo, mantendo os limites da confidencialidade.
3. Se um aluno escreve num trabalho escrito a vontade que tem de morrer, encaminhe-o.

De seguida, são apresentados alguns exemplos práticos relativamente à forma de agir (e não agir) em casos de suicídio na comunidade escolar.

| Se um aluno (ou professor) morre por suicídio...                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| O que fazer?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | O que não fazer?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar a informação de forma sensível, clara, sem pormenores e a seguir ao acontecimento (não deixar passar muito tempo, por exemplo, depois de falar com os pais).</li> <li>• Memorial parcimonioso, por exemplo, livro de assinaturas.</li> <li>• Maior atenção aos amigos mais próximos do falecido.</li> <li>• Providenciar espaço calmo e apropriado e explicitar a existência – gabinete psicólogo; gabinete apoio ao aluno (não ser nas aulas).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não fazer grandes assembleias com a escola toda.</li> <li>• Não fazer grandes cerimónias.</li> <li>• Nada de sensacionalismos.</li> <li>• Não glorificar nem passar a mensagem de fraqueza ou cobardia ou inexplicabilidade.</li> </ul> <p>A mensagem deverá ser de: alguém em sofrimento que não conseguiu receber ajuda.</p> |

*Tabela 2. Casos práticos: como agir e não agir*

### Mensagens-chave

- ✓ Prevenção do suicídio é possível e diz respeito a todos.
- ✓ Uma das formas eficazes de prevenção é a identificação e tratamento adequado da doença mental.
- ✓ Os principais fatores de risco entre os jovens estão identificados.
- ✓ Os professores devem saber o que fazer e o que não fazer se um aluno, professor ou funcionário morrer por suicídio.

## 8. COMPORTAMENTOS AUTO-AGRESSIVOS

Dentro do espectro dos comportamentos suicidários, encontram-se os comportamentos auto-agressivos (CAA). Estes podem ser diferenciados entre: CAA com ideação suicida (abordados anteriormente) ou CAA sem ideação suicida. Os últimos podem ser definidos como a destruição direta e deliberada de tecidos do próprio corpo, na ausência de intenção suicida.

Apesar destes comportamentos auto-agressivos existirem na ausência de ideação suicida, estão muitas vezes associados a pensamentos destrutivos. Por isso, devem ser alvo de atenção. Os comportamentos auto-agressivos sem ideação suicida são caracterizados pela (1) intenção não letal, (2) história prolongada – maior frequência e prolongação no tempo e, (3) danos físicos menos severos quando comparados com aqueles em que a ideação suicida está presente. Podem ter diferentes funções, entre as quais:

- Regulação emocional e interpessoal – para acalmar ou aliviar tensão;
- Diminuição dos níveis de ansiedade, do sofrimento ou da dor psicológica;
- Emaranhado de emoções que não se consegue externalizar;
- Interrupção de estados dissociativos (“se dói é porque estou na realidade”);
- Autopunição;
- Evitamento, distração ou interrupção de pensamentos suicidas.

Nos adolescentes, este tipo de comportamentos pode ser fruto ou gerador de fenómenos de imitação ou contágio (ex. baleia azul). Por vezes, podem simbolizar questões de socialização ou integração, em que o objetivo é o sentimento de pertença. Noutros casos, podem ser usados para a coesão e identidade grupal, movimentos de sensibilização ou demonstração de solidariedade por uma causa. Em certas alturas, podem assumir-se como forma de competição ou jogo entre os

adolescentes. Estes tipos de comportamentos são mais frequentes no sexo feminino e no início do 3<sup>a</sup> ciclo.

Apesar da auto-agressão por cortes ser mais relatada, pode também surgir sob a forma de queimaduras, escaldões, pisaduras ou arranhões no corpo, ossos partidos, alopecia ou ingestão de substâncias ou objetos tóxicos. Apesar de serem elementos físicos e visíveis, na maioria dos casos os comportamentos auto-agressivos são secretos e podem manter-se durante muito tempo sem serem descobertos. Nos casos de suspeita de auto-agressão, pode ser útil estar atento ao uso de manga comprida durante todo o ano, mesmo nos dias quentes ou, ao evitamento em trocar de roupa em frente aos colegas nos balneários. A auto-agressão atinge em muito a vida do jovem, e afeta de forma significativa as suas relações com a família ou amigos. O trabalho desenvolvido nas escolas com toda a comunidade tem-se revelado como promissor e eficaz na prevenção dos comportamentos auto-agressivos.

Para os jovens que se auto-agridem é, por norma, muito difícil falar acerca disso. Têm muito medo da possível reação dos outros. Existem relatos de jovens que vivenciaram uma má experiência após a revelação/descoberta do seu problema. Reportaram sentimentos de insegurança associada à perda de controlo da transmissão da informação e, denotaram mudanças nas atitudes dos outros, marcadas por julgamentos. Perante casos de auto-agressão, é muito importante que o foco não seja exclusivo na lesão, por mais que esta possa ser chocante. O que realmente importa é explorar as razões que levaram àquele comportamento, bem como o estado emocional do jovem. É importante que os professores compreendam que um jovem que revela os seus comportamentos auto-agressivos, necessita de ouvir que essa partilha significa força e coragem. A ajuda deve ser imediatamente fornecida, mas sem pressionar o jovem. Este deve sentir que pode revelar as informações ao seu ritmo. É aconselhável que o professor mantenha uma postura compreensiva, assegure confiança e segurança, mas seja claro quanto aos limites da confidencialidade.

O tratamento/intervenção é crucial nestes casos. A sua identificação precoce é um fator significativamente promotor de um tratamento eficaz. Os professores poderão reenquadrar com o jovem a situação como método prejudicial para lidar com os problemas da vida e poderão encorajar à procura de ajuda profissional especializada. A intervenção passará por uma abordagem equilibrada entre o foco no estado emocional do jovem vs. o foco nos comportamentos auto-agressivos. O tratamento pode ser longo, mas todas as pequenas melhorias devem ser encaradas como grandes sucessos.

### Mensagens-chave

- ✓ As escolas podem ter um papel muito importante na prevenção dos comportamentos auto-agressivos.
- ✓ É importante focar sobre o estado emocional do jovem.
- ✓ A escola deve ter uma resposta consistente perante fenómeno de contágio/ imitação.
- ✓ A auto-agressão continua a ser um comportamento secreto que pode durar muito tempo.

## 9. TRATAMENTO E INTERVENÇÕES

Como temos visto, os jovens são um grupo de risco para o desenvolvimento de doenças mentais. Contudo, existem alguns fatores que podem proteger ou travar esse desenvolvimento. A identificação precoce e procura do tratamento adequado, acompanhados pelo apoio social e educacional podem atenuar significativamente o impacto da doença mental, proporcionando um percurso escolar de sucesso e a possibilidade ter uma vida produtiva e positiva.

Com o tratamento de uma doença mental, espera-se que melhorem e diminuam os sintomas associados, melhore a capacidade funcional do adolescente nas várias áreas da sua vida e se prolongue o tempo de saúde e bem-estar. Todos os tratamentos atuam no cérebro do indivíduo e apoiam uma ou mais funções cerebrais.

Tendo em vista uma compreensão mais clara e alargada dos tratamentos existentes para a doença mental, apresentamos uma perspetiva que os divide em três grupos: tratamentos específicos, tratamentos complementares e tratamentos alternativos. Cada um está descrito e exemplificado na tabela 3.

| Tipo                              | Definição                                                                                                                                                                              | Exemplo                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tratamentos Específicos</b>    | Tratamentos acerca dos quais foram demonstrados efeitos significativamente positivos numa perturbação específica.                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoterapia (CBT na fobia social)</li> <li>• Medicação (ISRS na depressão)</li> </ul>                                                                                                                  |
| <b>Tratamentos Complementares</b> | Promovem a melhoria de alguns sintomas em diversas perturbações e ajudam a que os tratamentos específicos funcionem mais eficazmente, mas não são provavelmente eficazes isoladamente. | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Biblioterapia</li> <li>• Psicoeducação</li> <li>• Suporte social</li> <li>• Higiene de vida</li> <li>• Mudanças educacionais; Alimentação</li> <li>• Socialização e lazer</li> <li>• Rotinas</li> </ul> |
| <b>Tratamentos Alternativos</b>   | Tomam o lugar de tratamentos específicos, mas sem a evidência necessária para que possam ser considerados tratamentos específicos.                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                  |

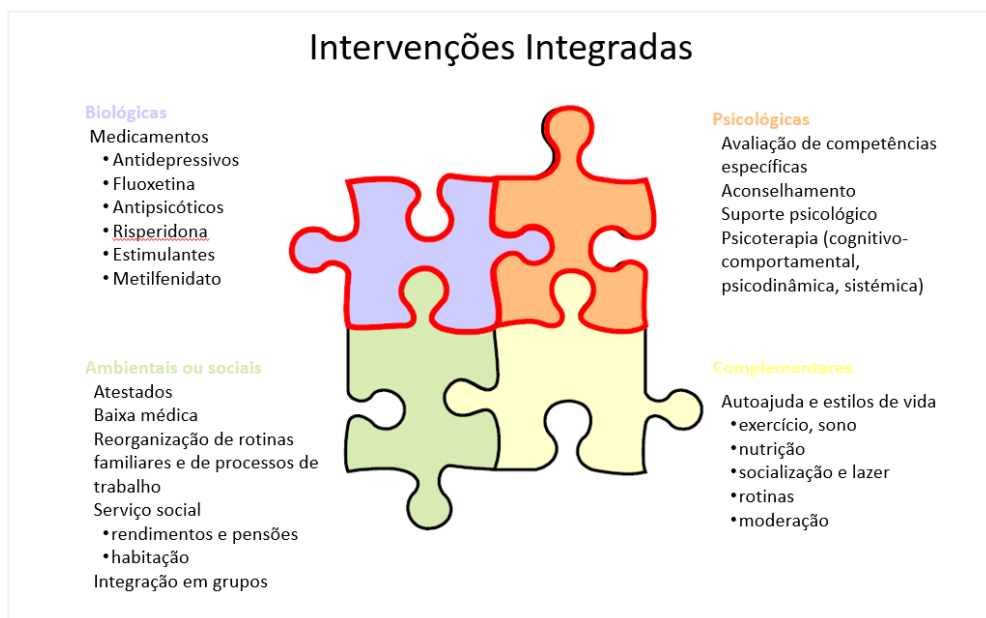
*Tabela 3. Tipos de tratamentos para a doença mental*

O tratamento é um elemento crucial no processo de melhoria, no entanto é importante realçar que nenhum tratamento é completamente isento de riscos, sendo fundamental a monitorização sistemática como forma de ajustar o tratamento às necessidades contínuas. Também os tratamentos psicofarmacológicos podem ter efeitos secundários, tais como sonolência, agitação ou lentificação cognitiva. No entanto, os efeitos positivos devem sempre ultrapassar os negativos, sendo frequentemente bastante notórios, principalmente em doenças como a depressão, PHDA ou esquizofrenia. Alguns jovens com perturbações mentais graves e persistentes que respondem mal aos tratamentos atuais (como acontece com outras doenças) poderão necessitar de maior atenção.

À semelhança da divisão anterior dos tratamentos, as intervenções disponíveis podem ser resumidas e divididas em biológicas, psicológicas, ambientais e sociais ou complementares. Neste caso, as intervenções biológicas e psicológicas destacam-se como tratamentos específicos, na medida em que os seus efeitos estão mais

estudados e comprovados como significativos no tratamento de sintomas das doenças mentais.

Pensem em cada tipo de intervenção como uma peça de um puzzle: à semelhança do que acontece quando construímos um puzzle, todas as peças se apresentam com um lugar e uma utilidade para formar a imagem esperada. Olhar apenas para um tipo de intervenção como ajuda absoluta e pode ser diminutivo e comprometer a eficácia do tratamento. Se, por outro lado, entendermos que cada intervenção pode ser fonte de benefícios específicos para o tratamento, a integração de diferentes modalidades (intervenção biopsicossocial) pode revelar-se mais eficaz.



*Figura 8. Intervenções integradas na doença mental*

Conhecer os tipos de intervenção existentes é sempre uma mais-valia, pelo menos para a compreensão do processo que o adolescente poderá ter de percorrer.

A informação, educação e literacia em saúde mental são poder para mudar.

Ao professor não compete o diagnóstico, mas o papel enquanto recurso que permite identificar e descrever possíveis casos de adolescentes com problemas mentais.

Os professores são por conveniência o primeiro degrau no processo de referenciação, devido ao tempo que passam com os jovens, ao sentido de responsabilidade sobre o seu bem-estar e desenvolvimento, e ao acesso regular aos seus comportamentos e mudanças cognitivas no contexto escolar.

Nesta cadeia de referenciação encontram-se para além (1) dos professores, (2) os serviços escolares e comunitários (entre os quais, as equipas de saúde escolar, serviços do município e a psicologia escolar), (3) os centros de saúde e por fim os (4) serviços especializados.

Perante um caso que evoque a atenção de um professor, este deverá ter em conta os pontos importantes dentro do contexto e comunidade escolar que lhe podem ser úteis, tais como o papel e política da escola e dos seus intervenientes no processo de ajuda.

É importante seleccionar quais os recursos comunitários a contactar, podendo ser útil:

- Criar uma lista de todos os recursos comunitários relevantes e os seus contactos;
- Identificar a pessoa chave no sector da saúde escolar e o seu contacto;
- Clarificar os procedimentos a seguir em caso de emergência
- Clarificar os procedimentos a seguir no que concerne à confidencialidade e ao consentimento parental antes de surgir um problema

### Mensagens-chave

- ✓ Os melhores tratamentos são os que combinam intervenções a vários níveis – modelo biopsicossocial.
- ✓ Por regra: primeiro o diagnóstico, depois o tratamento.
- ✓ Pode identificar, descrever e referenciar.
- ✓ Pode contribuir para a clarificação da cadeia de recursos.

## 10. COMUNICAÇÃO E CONFIDENCIALIDADE

A comunicação é inata e universal, sendo o veículo essencial para o entendimento humano, através de estímulos verbais ou não verbais. Quando nos debruçamos sobre a temática da doença mental, a comunicação não verbal ganha mais importância e devemos estar atentos a todos os sinais. Comunicar sobre problemas de saúde mental com adolescentes poderá revelar-se uma tarefa exigente, por várias razões, tais como: o receio de estar errado, o receio de rotular alguém ou o receio da reação do adolescente e dos seus familiares. No entanto, a comunicação é também indispensável, pelo que poderá ser útil ter em atenção algumas dicas para a identificação de suspeitas de doença mental:

1. Sabe-se se o aluno ou um membro da família teve anteriormente problemas significativos de saúde mental ou uma doença mental?
2. Verificaram-se alterações significativas recentes ao nível do humor, da cognição ou do comportamento?
3. Os problemas pessoais estão a causar sofrimento à própria pessoa ou a terceiros ou verificam-se falhas ao nível da adequação a regras sociais básicas?
4. Tem havido um decréscimo acentuado do funcionamento: social, académico ou outro?
5. Têm ocorrido alterações substanciais e inexplicáveis na interação com o grupo de pares – especialmente afastamento do grupo de pares?
6. Verifica-se um aumento de preocupação por parte dos pais ou outras pessoas?
7. Um amigo próximo tem doença mental ou um problema significativo de saúde mental?
8. Ocorreu recentemente uma lesão da cabeça?

O objetivo destas dicas não é o estabelecimento de um diagnóstico, mas antes de ser capaz de identificar e descrever um adolescente que evidencie comportamentos irregulares, que suscite a necessidade de maior atenção e de uma ajuda formal. O diagnóstico de uma perturbação mental deverá ser realizado num momento posterior por um profissional especializado e competente, como o psicólogo ou psiquiatra.

Considerando a existência de um mal-estar/sofrimento psicológico, deve ser prestado apoio imediato ao adolescente. Por vezes, a primeira conversa sobre o assunto pode gerar ansiedade, dada a sua fragilidade e possíveis incertezas. Para o próprio adolescente poderá ser complicado falar sobre o que está a sentir/pensar e sobre as causas que estão a gerar esses sentimentos/pensamentos. Nesse sentido, é aconselhável que os professores mantenham uma postura compreensiva, assegurem a confidencialidade desde o início, mas mantenham os limites da relação. Propõem-se os seguintes passos (CEAPA) para auxiliar o professor na comunicação com o adolescente:

|          |             |                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>C</b> | Contacto    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Preparar o sistema de apoio antes de conversar com o aluno</li> <li>▪ Definir um momento para ter uma conversa num local privado, mas não isolado</li> </ul>                                    |
| <b>E</b> | Escuta      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Preparar o aluno com comentários de apoio, encorajar a exprimir problemas e a rotular afetos</li> <li>▪ Escutar. Não julgar, apesar de não ter de ver sempre o lado positivo de tudo</li> </ul> |
| <b>A</b> | Avaliação   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ponderar a necessidade de ajuda especializada</li> </ul>                                                                                                                                        |
| <b>P</b> | Planeamento | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Propor soluções para o problema e sugerir os passos seguintes</li> </ul>                                                                                                                        |
| <b>A</b> | Adicional   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apoiar o aluno a seguir o plano e monitorizar seu o progresso/resultados</li> </ul>                                                                                                             |

O professor não é o único responsável pelo adolescente e é aconselhável a partilha dessa responsabilidade com outros profissionais da escola, tais como o diretor de

turma e os profissionais de saúde escolar. Ao comunicar com o psicólogo da escola, é importante uma descrição daquilo que o professor tem observado.

Cabe ao professor explorar a política da escola e informar-se sobre o envolvimento da família. No momento de comunicação com a família, é aconselhável que se encontrem num local calmo e seguro e que a conversa se inicie com pontos mais positivos sobre o adolescente. O contacto com a família pode gerar stress, por isso o professor deverá tentar moderar as suas preocupações e apenas descrever o que tem observado. O envolvimento da família do jovem é essencial, no entanto é necessário compreender a natureza, dinâmicas e resistências das relações familiares, procurando encontrar um equilíbrio para que tanto as decisões do jovem como as da sua família sejam respeitadas. Manter uma postura coerente e empática, ideias claras e disponibilidade para ajudar, pode aumentar a capacidade de compreensão e aceitação por parte dos familiares.

No contexto de sala de aula, a abordagem com os outros alunos da turma sobre questões de saúde mental poderá ser introduzida através de trabalhos de grupo sobre o tema, o convite de testemunhos (pessoas que vivem com doença mental) ou profissionais de saúde especializados na área. No momento de comunicação com outros alunos, não deve ser descurada a abordagem aos comportamentos estigmatizantes e a intolerância face ao *bullying* no geral, principalmente com alunos mais vulneráveis.

A confidencialidade é um elemento da relação que visa a proteção e garantia de intransmissão da informação que é partilhada. É um elemento muito importante na relação, uma vez que simboliza segurança, confiança e permite uma conversa aberta a temas de maior sensibilidade. Deve ser sempre assegurada, excetuando as seguintes situações: (a) o jovem revela intenções de auto lesão e, (b) o jovem revela intenção de agressão a terceiros. Estes são pontos de rotura de qualquer acordo e o processo que decorre deste momento em diante deve ser clarificado e entendido por todas as partes envolvidas. Existem ainda outras questões a reter quanto à temática da confidencialidade:

- Conhecer os parâmetros legais
  - Os pais/responsáveis precisam ser informados em relação aos menores
- Conhecer os padrões de regulação das organizações profissionais e de acreditação
- Ter cuidado com as interações eletrónicas: e-mail, mensagens de texto, etc.

### Mensagens-chave

- ✓ Comunicar adequadamente é um papel que cabe a qualquer educador
- ✓ Saber escutar
- ✓ Saber ser firme e colocar limites
- ✓ Informar, sempre
- ✓ Lidar com as questões da confidencialidade

# 11. PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

## ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

A saúde mental não é estática, por isso o seu cuidado deve ser um hábito diário e a manter durante toda vida. Uma saúde mental saudável é sinónimo de bem-estar psicológico que se repercute nas restantes áreas da vida. Uma boa saúde mental reflete-se na satisfação com a vida, no estado de humor equilibrado, numa maior capacidade de adaptação perante as adversidades e na maior capacidade para resolução de problemas. Com o objetivo de alcançar uma boa saúde mental na população em geral, mas especialmente nos jovens é preciso promovê-la.

A promoção pode ser definida como uma intervenção que visa otimizar a saúde mental positiva, através da abordagem dos determinantes de uma boa saúde mental antes que um problema específico seja identificado. Promover a saúde mental leva à sua prevenção, e vice-versa.

| Área              | Indicações práticas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Exercício         | <ul style="list-style-type: none"><li>• 20 a 30 minutos de exercício aeróbico diário</li><li>• Durante o dia e ao ar livre, preferencialmente</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Sono              | <ul style="list-style-type: none"><li>• hora de deitar regular</li><li>• evitar TV, telemóvel, PC ½ hora antes de deitar</li><li>• ambiente confortável possível, escuro e temperatura amena</li><li>• evitar cafeína 6 a 8 horas antes de dormir (chá, café, coca-cola)</li><li>• evitar nicotina antes de dormir</li><li>• evitar a ingestão de álcool 3 a 4 horas antes de ir dormir</li><li>• diminuir a intensidade luminosa da casa 2 horas antes de ir dormir</li><li>• tomar banho quente antes de ir para a cama em ambiente pouco iluminado</li></ul> |
| Nutrição saudável | <ul style="list-style-type: none"><li>• Refeições regulares, com horários regulares (Evitar petiscar)</li><li>• Tomar sempre pequeno-almoço (proteína, fruta fresca, pão integral ou de cereais, lacticínios)</li><li>• Evitar ao máximo a ingestão de produtos processados</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingerir alimentos ricos em ómega 3</li> <li>• Evitar cafeína, açúcar e ‘junkfood’</li> <li>• Não comer em pé, nem à pressa</li> <li>• Ingerir 4 a 5 peças de fruta por dia e 3 a 4 porções de vegetais diárias</li> </ul>                                                                         |
| Contactos sociais positivos | <p>Interações agradáveis com amigos e família:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitar/Convidar/Sair com um amigo</li> <li>• Almoçar ou jantar com amigo/a ou familiar</li> <li>• Telefonar a amigo/a ou familiar para saber como tem passado</li> <li>• Combinar saída para fazer exercício</li> </ul>                       |
| Organização matinal         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter uma agenda onde seja possível planear os dias da semana</li> <li>• Prepare as coisas que precisa para o dia seguinte no dia anterior</li> <li>• Rever o dia na sua agenda assim que se levanta</li> <li>• Antes de sair de casa, certifique-se que leva consigo tudo o que precisa</li> </ul> |

*Tabela 4. Estilos de vida saudável (orientações)*

É importante educar os adolescentes a adotarem estilos de vida saudáveis, no sentido de promoverem a sua saúde mental através das seguintes áreas de atuação: exercício, sono, nutrição, contactos sociais positivos e organização matinal. O exercício físico é um dos melhores aliados para a promoção e manutenção de uma boa saúde mental, pois ajuda na absorção de vitaminas, equilíbrio na produção de hormonas e melhoria na qualidade do sono. O sono é também um elemento crucial para uma boa saúde mental, pois é a dormir que a mente integra e interpreta os acontecimentos do dia e prepara o cérebro para o dia seguinte. No quadro que se segue encontram-se algumas orientações práticas para abordar com os jovens.

Ouvir música ajuda também na melhoria do humor e na diminuição do stress, por isso é um hábito regular benéfico, de fácil acesso e que pode acompanhar várias tarefas do dia (ex. uma música clássica enquanto estuda pode aumentar a concentração).

Poderá ainda ser importante a abordagem de técnicas de gestão da resposta do stress e ansiedade. Existem várias técnicas, a destacar: exercícios de respiração (como, a respiração diafragmática exemplificada a baixo), focagem de atenção ou o relaxamento muscular progressivo.

**Respiração diafragmática.** É uma técnica de respiração bastante eficaz, mas que exige prática. Numa posição confortável, colocar uma mão sobre o abdómen. Inspirar fundo calmamente pelo nariz e sentir o ar a entrar para os pulmões e o abdómen a mexer-se. Expirar tranquilamente pela boca e reparar no ar que sai, sentindo o abdómen baixar. Tentar concentrar-se ao máximo na respiração.

Dica: necessidade de praticar, por exemplo, antes de adormecer, com uma música suave.

### E as drogas?

Durante a adolescência, os jovens tendem a mostrar curiosidade pelos efeitos das substâncias psicoativas/aditivas. Contudo, o seu uso deverá ser sempre desencorajado e, em alguns casos, poderá haver necessidade de relembrar o uso proibido (por exemplo, o álcool é ilegal abaixo dos 18 anos de idade em Portugal). As drogas têm um efeito neurotóxico, o que significa que potencialmente irão danificar o sistema nervoso/cérebro ao longo do tempo, o que poderá ter consequências nefastas no bem-estar do jovem. Apesar de apresentarem muitas vezes um efeito apaziguador e relaxante, os seus malefícios devem ser apresentados e discutidos com os jovens dado que são significativamente superiores. Por exemplo, a ingestão de bebidas alcoólicas pode transmitir um efeito de diminuição da ansiedade, contudo leva muitas vezes a situações de abuso. A nicotina tem também um efeito ansiolítico, mas pode produzir dependência e efeitos negativos na saúde a longo-prazo e, outras drogas mais pesadas poderão mesmo ter um efeito cerebral indesejado e irreversível.

### Mensagens-chave

- ✓ Cuidar da saúde mental deve ser um hábito diário
- ✓ O bem-estar mental passa pela promoção de estilos de vida saudável em várias áreas: exercício, sono, nutrição, contactos sociais positivos e organização matinal
- ✓ O uso das drogas deve ser sempre desencorajado e evitado

## 12. A PANDEMIA E A SAÚDE MENTAL DOS ADOLESCENTES

As restrições da pandemia foram sentidas de forma generalizada. Para os adolescentes, as restrições significaram meses de ensino à distância, alteração das dinâmicas inerentes às relações sociais e o cancelamento de atividades sociais importantes, como atividades desportivas e outras atividades de grupo extra-curriculares.

Atendendo ao período de risco para a saúde mental que se verifica na adolescência, as consequências do distanciamento físico com origem no confinamento, têm de ser valorizadas de forma particular. É durante o período da adolescência que são experienciados maiores níveis de interação com os pares, sendo este tipo de interação superior em termos de frequência e complexidade em comparação com a vivenciada com a família.

O período da adolescência é de grande relevância para a exploração das relações românticas e sexuais. O confinamento impôs, naturalmente, grandes constrangimentos nesta dimensão da vida dos adolescentes. Apesar do desenvolvimento tecnológico ter colmatado em certa medida o isolamento ao nível das relações de amizade, nas relações românticas a tecnologia digital não se tem revelado compensatória na mesma medida. Os adolescentes sentem-se, em geral, mais sozinhos e mais confusos no que diz respeito às suas trajetórias afetivo-românticas e sexuais.

Outro fator de risco está relacionado com as alterações e incertezas ao nível do próprio ensino. Desde o início da pandemia, as escolas passaram já um período considerável de tempo encerradas, no qual os alunos tiveram de se adaptar às aulas à distância, frequentemente com inseguranças relativamente ao processo de avaliação, e ao tipo de método de estudo mais adequado a esta modalidade de ensino e, até, possíveis frustrações devido à desadequação dos equipamentos informáticos e a eventuais dificuldades ao nível da privacidade e tranquilidade do

espaço de aprendizagem em casa. Este é um fator de vulnerabilidade especialmente em alunos do ensino secundário, com uma preocupação acrescida pela média e já habitualmente com alguma tendência para ansiedade de desempenho.

Por outro lado, existem as consequências trazidas pela própria infeção ou medo da infeção. Tem sido descrito pela investigação que o COVID-19 está associado a alterações na saúde mental. A exposição próxima, através de familiares, ou mesmo a residência num município com incidência elevada, aumenta o medo e, consequentemente, a ansiedade. São, ainda, comuns os processos de luto alterados devido aos constrangimentos da pandemia. Não só de perdas resultantes da infeção, como também qualquer outra, cujo período de despedida e rituais fúnebres foram alterados, exigindo um tipo de adaptação ainda mais desafiante.

Qualquer situação de transição ou de mudança externamente imposta, representa um risco acrescido para a doença mental. A literatura tem revelado um aumento significativo de perturbações de ansiedade, perturbações depressivas e perturbações do sono, na população em geral e com especial impacto na adolescência despoletadas por todas as implicações pandémicas.

Por outro lado, têm sido identificados alguns fatores protetores dos impactos adversos da COVID-19 na saúde mental, tais como:

1. O fornecimento de informações adequadas e presencias sobre o vírus e a sua transmissão;
2. A promoção da motivação para respeitar as regras do distanciamento físico;
3. A promoção de uma rotina saudável, tanto ao nível dos hábitos alimentares como de sono;
4. A prestação de informações claras e inequívocas sobre os processos de avaliação escolar;
5. A divisão dos alunos por grupos mais pequenos para que as suas dúvidas e inseguranças possam ser escutadas com mais facilidade;

6. A promoção da atenção sobre alterações de humor, promovendo, nomeadamente, a literacia em saúde mental nos alunos;
7. O fornecimento de informações sobre estratégias de promoção de saúde mental e respostas ao nível da obtenção de ajuda.

### Mensagens-chave

- ✓ Os constrangimentos trazidos pela pandemia aumentaram a vulnerabilidade dos adolescentes para o desenvolvimento de doença mental;
- ✓ A prevalência de perturbações de ansiedade e perturbações depressivas aumentou significativamente;
- ✓ A prestação de informações claras tanto em relação ao vírus, como aos processos de avaliação escolar, bem como a promoção de literacia em saúde mental, pode ajudar a diminuir os riscos.

# RESPOSTAS DISPONÍVEIS NO MEIO ESCOLAR

Compreendendo o que distingue os vários estados de saúde mental, e categorias de doença mental, estando alerta para os vários sinais que possam remeter para a presença de uma possível doença mental, o que deve então o professor fazer quando se apercebe que um aluno apresenta mudanças de comportamento ou comportamentos que despertem a atenção quer na sala de aula, como fora da sala de aula, com os amigos, no seu perfil académico, etc.?

Após a observação atenta de sinais que possam remeter para a suspeita de uma potencial doença mental, o professor deve:

- Conferir sempre o que observa, no aluno, com outros professores para se assegurar que os sinais são consistentes e que não acontece apenas consigo e/ou na sua aula
- Após esta confirmação com outros professores, o professor deve dar a conhecer ao diretor de turma (DT) o que se está a passar com aquele aluno
- O DT deve referenciar para o gabinete de saúde escolar ou psicólogo da escola e manter a articulação
- O gabinete de saúde escolar deve referenciar o aluno para o médico de família e/ou procurar junto do município parceiros sociais (organizações, instituições) que deem estas respostas
- Caso a escola não tenha um gabinete de saúde escolar, o DT deve procurar fazer a referência para os locais de saúde apropriados, sendo a primeira linha de referência os cuidados de saúde primários (médico de família) e/ou na comunidade locais onde façam atendimento psicológico. Os cuidados de saúde especializados hospitalares (pedopsiquiatria) não devem ser os primeiros locais de referência por parte da escola
- Após a referência do aluno para os serviços de saúde e/ou acompanhamento psicológico, deve procurar-se ativamente manter uma via de comunicação, para que o professor possa ter acesso à informação

necessária para melhor ajudar o aluno (tratamento e possíveis efeitos, estratégias, adaptação de TPCs, de currículo, de exposição na sala de aula, etc.)

### Ligações Úteis

#### **Perturbações do Humor - Depressão**

- (Separador “Para os jovens”)
- <https://ifightdepression.com/pt/para-os-jovens>
- <https://nes.pt>
- Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares: <https://www.adeb.pt/>
- Feliz Mente - Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: <https://felizmente.esenfc.pt/felizmente/>
- Mood Disorders Association of Ontario (MDAO): <http://www.moooddisorders.ca/>

#### **Esquizofrenia**

- <https://www.encontrarse.pt/>
- Schizophrenia Society of Canada: <http://www.schizophrenia.ca/>

#### **Perturbações de Ansiedade**

- <https://perturbacoesansiedade.pt>
- Anxiety Disorders Association of Canada: <http://www.anxietycanada.ca/>
- Obsessive-Compulsive Foundation: <http://www.ocfoundation.org/>
- Anxiety Disorders Association of America: <http://www.adaa.org/>

#### **Perturbações do Comportamento Alimentar**

- National Eating Disorder Information Centre: <http://www.nedic.ca>
- Bulimia Anorexia Nervosa Association: <http://www.bana.ca>

#### **PHDA**

- <https://spda.pt/index.php>
- <https://hiperatividade.com.pt>

**Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental**

- <http://www.sppsm.org/>

**Da Cadeira Sun Life Financial de Saúde Mental na Adolescência:**

- <http://teenmentalhealth.org/product/teenmentalhealth-speaks-magazine/>

(Série "TMH Speaks ... Mags")

## **CONCLUSÃO**

A literacia em saúde mental é o pilar da promoção, da prevenção, e da receção de cuidados de saúde, ou seja, do tratamento. É o primeiro passo para desenvolver e desmistificar a saúde mental, e, dessa forma dar a conhecer os recursos de apoio existentes e alcançar todos os alunos que necessitem de ajuda.

A adolescência é uma fase do desenvolvimento, marcada por transições de vida e mudanças externas e internas exigentes. Faz parte de um estágio de moratória, em que o jovem se debate internamente com questões identitárias. Nesta fase, o cérebro do adolescente ainda está em desenvolvimento, sendo que ocorrem as maiores mudanças em áreas importantes do cérebro (associadas ao autocontrolo, emoção ou organização), que explicam atitudes inconsequentes ou explosões emocionais. Assim, a adolescência pode assumir-se como um período da vida sensível e propício ao desenvolvimento de doenças mentais. De facto, esta é a fase de vida onde três quartos dos primeiros episódios de uma doença mental surgem, e, se não forem atempadamente detetados e tratados adequadamente podem ter um profundo impacto na vida adulta.

Pela proximidade diária e sentimentos de responsabilidade que os professores mantêm com os jovens, estes assumem-se como facilitadores fundamentais no processo de deteção e intervenção de uma possível doença mental. É neste sentido que a capacitação ao nível da literacia em saúde mental é tão importante. Além dos professores, a comunidade escolar pode desempenhar um papel privilegiado – e dotado de recursos – como parceira na prevenção, identificação e intervenção nas doenças mentais dos jovens.

Espera-se que com a execução deste manual se tenha contribuído para o aumento da literacia em saúde mental, ajudando os professores a (1) reconhecer sinais que possam suscitar a suspeição de um possível quadro de doença mental, (2) distinguir a doença mental do sofrimento mental decorrente de desafios e acontecimentos normais de vida, (3) referenciar apropriadamente para os serviços de saúde

adequados, e (4) promover os comportamentos de procura de ajuda eficazes por parte dos jovens. O trabalho com um jovem aluno afetado por uma doença mental deve ser sempre articulado entre os professores e outros profissionais.

Espera-se que os conhecimentos transmitidos através deste manual possam ser uma mais-valia na prática diária do professor, transmitindo-lhe mais segurança para lidar com alunos e respetivos pais e tutores, perante uma possível situação de doença mental. Mais ainda, acreditamos que estes conhecimentos podem ser disseminados entre colegas da mesma escola, dando continuidade a um processo em cascata que pretende não só aumentar a literacia em saúde mental no contexto escolar, mas também diminuir o estigma associado e fazer da escola um contexto mais preparado para agir em conformidade com casos de doença mental na sua comunidade.

