

SETOR DA PASTORAL JUVENIL SALESIANA

RECONHECER PARA ACOMPANHAR A SAÚDE MENTAL DOS JOVENS

GUIA PARA EDUCADORES



**RECONHECER PARA ACOMPANHAR
A SAÚDE MENTAL DOS JOVENS**

GUIA PARA EDUCADORES

Ilustração da capa

Podemos contemplar um adolescente ou jovem, de idade e sexo não muito definidos, que de alguma forma quer representar todas as fases da vida e todas as pessoas.

Por um lado, as manchas, os arranhões, as velas, as cores desbotadas são um reflexo dos múltiplos males e doenças que podem ser experimentados na vida. Do outro, um pássaro fantástico que representa o educador, uma figura conhecida em muitas culturas, que também pode ser visto como o Espírito Santo, ou melhor, o Pai que, por meio do Espírito, nos leva àqueles que precisam de nós.

Daí as notas musicais, como uma canção, como as palavrinhas sussurradas ao ouvido de Dom Bosco, que buscam ajudar e permear as dificuldades até chegar à parte mais preciosa de cada jovem.

As asas do pássaro se abrem e vão em direção ao sangue para aquela conexão com Deus (a infinitude do Criador).

O diamante no coração de cada jovem fala de como, apesar de toda a destruição, agitação, depressão etc., existe um coração que brilha, a pedra preciosa que todos carregamos dentro de nós, nosso diamante interior.

Direitos reservados ao Âmbito da Pastoral Juvenil, SDB
Salesianos de Dom Bosco - Sede
Via Marsala, 42 00185 Roma

© Salesianos de Dom Bosco
© 2025

Concepção gráfica: Graphic Art 6 srl - Roma: Graphic Art 6 srl - Roma
Ilustração da capa: Javier Carabaño
Tradução: Pe Augusto Bartoli (SDB)
Revisão de texto: Zeneida Cereja da Silva

SETOR DA PASTORAL JUVENIL SALESIANA

**RECONHECER PARA ACOMPANHAR
A SAÚDE MENTAL DOS JOVENS
GUIA PARA EDUCADORES**



Coordenadores e elaboração do projeto

Antonella SYNAGOGA

Miguel Ángel GARCÍA MORCUENDE, SDB

Um agradecimento especial aos peritos que colaboraram (por ordem alfabética):

Claudia CHIAVARINO (IUSTO)

Anna Rita COLASANTI (UPS - Roma)

Alessandro IANNINI (UPS - Roma)

Stefano TOGNACCI, sdb (UPS - Roma)





Sumário

Apresentação	13
--------------------	----

CAPÍTULO 1

ESTIGMA NA SAÚDE MENTAL

1.1 Como reconhecer o estigma da saúde mental	17
• O estigma social ainda está presente em muitas culturas	17
• Discriminação, a consequência do estigma	18
1.2 Principais mitos e falsas crenças sobre a saúde mental	20
1.3 Como acompanhar o estigma no campo educativo	22

CAPÍTULO 2

DISTÚRBO DE ANSIEDADE SOCIAL

2.1 Como reconhecer o distúrbio de ansiedade social	25
• Sinto o olhar de todos sobre mim, sinto-me como um peixe fora d'água	25
• Os sintomas da ansiedade social	26
• Prevalência	27
2.2 Tipologia dos distúrbios de ansiedade social	28
• As diferentes faces da ansiedade social	28
• Causas que contribuem à ansiedade social	29
2.3 Sinais de alerta da ansiedade social	30
2.4 Principais mitos e falsas crenças sobre a ansiedade social	32
2.5 Como acompanhar a ansiedade social no campo educativo	32
• Uma abordagem sistemática, empática e personalizada	32
• Técnicas para trabalhar em profundidade os vários aspectos da ansiedade social	33

CAPÍTULO 3 DEPRESSÃO JUVENIL

3.1 Como reconhecer a depressão	37
• Esmagados por um profundo sentimento de vazio	37
• Os sintomas da depressão	38
• Prevalência	39
3.2 Tipologia dos distúrbios depressivos	39
• As diferentes faces da depressão	39
• Causas que contribuem para a depressão	41
3.3 Sinais de alerta da depressão	42
3.4 Principais mitos e falsas crenças sobre a depressão	45
3.5 Como acompanhar a depressão no campo educativo	46
• Atenção especial à prevenção primária	46
• Técnicas para trabalhar em profundidade os vários aspectos da depressão	48

CAPÍTULO 4 TRASTORNOS DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS

4.1 Como reconhecer os distúrbios somáticos	51
• Quando o corpo fala	51
• Os sintomas dos distúrbios psicossomáticos	52
• Prevalência	53
4.2 Causas que contribuem para os distúrbios somáticos	54
4.3 Sinais de alerta dos sintomas somáticos	56
4.4 Principais mitos e falsas crenças sobre os distúrbios somáticos	57
4.5 Como acompanhar os sintomas somáticos no campo educativo	58
• Uma abordagem muito cuidadosa, sensível e multidisciplinar	58
• Técnicas para trabalhar em profundidade os diferentes aspectos dos distúrbios somáticos e do dimorfismo corporal	59

CAPÍTULO 5
DISTÚRBIOS ALIMENTARES

5.1 Como reconhecer os distúrbios alimentares	65
• Estou doente, mas é difícil admiti-lo	65
• Os sintomas dos distúrbios alimentares	66
• Prevalência	67
5.2 Tipos de distúrbios alimentares	67
• As diferentes faces dos distúrbios alimentares	67
• Causas que contribuem para os distúrbios alimentares	70
5.3 Sinais de alerta dos distúrbios alimentares	71
5.4 Principais mitos e falsas crenças sobre os distúrbios alimentares	72
5.5 Como acompanhar os distúrbios alimentares no campo educativo	74
• As principais áreas e fatores a serem trabalhados	74
• Técnicas para trabalhar em profundidade os vários aspectos dos distúrbios alimentares	79

CAPÍTULO 6
DEPENDÊNCIAS COMPORTAMENTAIS

6.1 Como reconhecer as dependências comportamentais	85
• Toda dependência esconde uma grande insatisfação	85
• Prevalência	87
6.2 Tipologia das dependências comportamentais	87
• As diferentes faces das dependências comportamentais.....	87
• Causas que contribuem para a dependência	90
6.3 Sinais de alerta das dependências comportamentais	91
6.4 Principais mitos e falsas crenças sobre as dependências comportamentais	93
6.5 Como acompanhar os distúrbios do comportamento no campo educativo	94
• Intervenções educativas e de apoio para desenvolver competências sociais e comportamentais	94
• Estratégias para trabalhar preventivamente sobre os diferentes aspectos das dependência	96

CAPÍTULO 7

PSICOSE

7.1 Como reconhecer a psicose	101
• Uma sensação estranha, como se algo viesse do interior	101
• Os sintomas das psicoses	102
• Prevalência	103
7.2 Tipologia da psicose	103
• As diferentes faces da psicose	103
• Causas que contribuem para a psicose.....	105
7.3 Sinais de alerta da psicose	106
7.4 Principais mitos e falsas crenças sobre a psicose	107
7.5 Como acompanhar a psicose no campo educativo	109
• Intervenção educativa eficaz: empatia, escuta ativa e apoio emocional	109
• Técnicas para trabalhar em profundidade os diferentes aspectos da psicose.....	110

CAPÍTULO 8

AUTOMUTILAÇÃO

8.1 Como reconhecer as automutilações	115
• Os cortes como um grito de socorro para comunicar as dores da alma....	115
• Os sintomas do comportamento de automutilação	116
• Prevalência	118
8.2 Tipos de comportamentos de automutilação	118
• As diferentes faces dos comportamentos de automutilação	119
• Causas que contribuem para a automutilação.....	119
8.3 Sinais de alerta de comportamentos de automutilação	121
8.4 Principais mitos e falsas crenças sobre o comportamento de automutilação	122
8.5 Como acompanhar os comportamentos de automutilações no campo educativo	123
• A importância de promover a resiliência nos adolescentes	123

CAPÍTULO 9
SUICÍDIO

9.1 Suicídio. Reconhecê-lo como um problema grave	127
• O suicídio é uma escolha privada e um problema de todos.....	127
• Os sintomas do suicídio	128
• Prevalência	128
9.2 Causas que contribuem para o suicídio	129
9.3 Sinais de alerta do suicídio	130
9.4 Principais mitos e falsas crenças sobre o suicídio	131
9.5 Como acompanhar a ideação suicida no campo educativo	132
• Promover as competências e os espaços seguros de vida socioemocionais	132
• Técnicas práticas para trabalhar em profundidade os diferentes aspectos do suicídio	133

CAPÍTULO 10
BULLYING

10.1 Como reconhecer o <i>bullying</i>	137
• O <i>bullying</i> é uma manifestação de violência	137
• Os atores envolvidos em situações de <i>bullying</i>	138
• Sintomas de <i>bullying</i>	139
• Prevalência	141
10.2 Causas que contribuem para o <i>bullying</i>	142
10.3 Sinais de alerta de <i>bullying</i>	143
10.4 Principais mitos e falsas crenças sobre o <i>bullying</i>	145
10.5 Como acompanhar o <i>bullying</i> no campo educativo	146
• Fatores de proteção que podem prevenir o início do <i>bullying</i>	146
• Técnicas para trabalhar em profundidade os diferentes aspectos do <i>bullying</i>	149
Conclusões	159
Bibliografia	161





Apresentação

[1] A transição da adolescência para a idade adulta representa um período crucial de mudança biopsicossocial. É um momento em que os fatores ambientais, incluindo as dinâmicas familiares, as amizades e as interações sociais, a negligência ou os maus-tratos, a educação e o emprego, podem ter efeitos poderosos e duradouros no bem-estar e no desenvolvimento de um jovem. Embora nas últimas décadas se tenham registrado grandes benefícios para a saúde física dos jovens em nível global, principalmente devido a melhorias no controle das doenças infecciosas, o oposto é verdadeiro para a saúde mental.

Sabemos que, em todo o mundo, cerca de 10 a 20% dos adolescentes sofrem de problemas de saúde mental, mas estes **não são adequadamente diagnosticados e tratados**. Os sinais de distúrbios mentais podem ser ignorados por várias razões, como a falta de conhecimento ou a sensibilização geral para a saúde mental, nomeadamente por parte de educadores ou assistentes sociais, ou o estigma que impede as pessoas de procurar ajuda.

Alguns dados estatísticos:

Estima-se que 62.000 adolescentes tenham morrido devido a lesões autoprovocadas em 2016.

O suicídio é a terceira principal causa de morte entre os adolescentes e jovens (15-19 anos).

Quase 90% de todos os adolescentes do mundo vivem em países com rendimentos baixos ou médios; mais de 90% dos suicídios ocorrem entre adolescentes nestes países.

Cerca de 800.000 pessoas morrem todos os anos por suicídio, a segunda principal causa de morte de pessoas com idade entre 15 e 29 anos. (OPAS/OMS¹, 2024)

Mas será que os jovens dispõem de espaços e instrumentos seguros suficientes para falar sobre estas questões nas escolas, nos centros juvenis, nas associações, nos obras sociais, nas universidades, onde se desenrola a maior parte das suas experiências?

¹ O que é a OMS e o que faz? A Organização Mundial de Saúde (OMS) é a autoridade responsável pela gestão e coordenação do setor da saúde no âmbito do sistema das Nações Unidas. O seu objetivo é assegurar que todos os seres humanos possam gozar do melhor nível de saúde possível.

[2] As crianças e os jovens com problemas de saúde mental são **particularmente vulneráveis à exclusão social**, o que significa discriminação, dificuldade de aprendizagem, comportamentos de risco, problemas de saúde física e violações dos direitos humanos.

Ainda hoje, o estigma em torno desta questão é forte. O estigma da saúde mental continua a ser uma questão importante na sociedade e também nos contextos educativos, onde é necessário promover uma visão livre de estigmas e integrar o bem-estar emocional de forma transversal. Os adolescentes e os jovens precisam de ter um espaço seguro onde possam falar sobre saúde mental e pedir ajuda quando precisam. De fato, com este guia queremos **quebrar o silêncio em torno da saúde mental, desafiando o preconceito e promovendo a sensibilização e o apoio educativo**.

A identificação precoce e o acompanhamento/tratamento precoce serão, por conseguinte, extremamente urgentes. Poderíamos assim literalmente mudar o curso de toda a vida de uma pessoa. Um desenvolvimento saudável na primeira infância influencia fortemente o bem-estar psicofísico do indivíduo, permite o desenvolvimento e a implementação de competências cognitivas e sociais ao longo da vida.²

[3] A escola, as associações e os grupos são mais do que simples lugares de aprendizagem. São ambientes de crescimento, de relações e, muitas vezes, o primeiro espaço em que os sinais de sofrimento psíquico se manifestam nos jovens. Para a pedagogia salesiana, o crescimento integral dos jovens, incluindo a sua saúde mental, é tão essencial para o seu bem-estar como a sua saúde física. **Uma boa educação também fornece uma base sólida para os principais fatores que protegem o seu bem-estar:** hábitos saudáveis, relações sociais de apoio, a capacidade de lidar com os desafios que a vida apresenta, etc.

A presente reflexão pretende ser um GUIA PARA EDUCADORES sobre a importância de promover **o bem-estar nos contextos educativos**. O ponto focal é o contexto entendido como um ambiente habitado não só por crianças, adolescentes e jovens, mas também por pessoas consagradas, educadores, colaboradores, pais, avós, figuras significativas que trazem consigo ensinamentos, conhecimentos, valores e sobretudo emoções. Promover uma perspectiva global, favorecendo a aliança entre as várias figuras significativas que acompanham as crianças no seu desenvolvimento, permite coconstruir não só novos conhecimentos, mas também novos contextos educativos.

² «A adolescência (dos 10 aos 19 anos) é um período único que prepara as pessoas para a vida adulta. Embora a maioria dos adolescentes goze de boa saúde mental, as múltiplas mudanças físicas, emocionais e sociais, incluindo a exposição à pobreza, ao abuso ou à violência, podem tornar os adolescentes vulneráveis a problemas de saúde mental. Promover o bem-estar psicológico e protegê-los de experiências adversas e fatores de risco que possam prejudicar o seu potencial de crescimento é fundamental não só para o seu bem-estar, mas também para a sua saúde física e mental na idade adulta». (Organização Mundial de Saúde, 2024)

A promoção da saúde deve ser considerada um aspecto prioritário e indispensável em todas as realidades e contextos. Mas o que é que se entende por saúde? O conceito de saúde inclui não apenas a ausência de doença, mas «um estado de completo bem-estar físico, social e mental» (Organização Mundial de Saúde, 1948).³

A promoção da saúde – nas suas **dimensões pessoal, física, espiritual e mental** – não diz respeito apenas ao setor da saúde, mas a todas as intervenções, estruturas, ações e serviços destinados a ajudar os jovens a tomar consciência do seu estado de saúde. Este exercício é extremamente fundamental para cultivar com sucesso o próprio projeto de vida e a alegria de viver.

Conceber intervenções educativas, implementá-las pondo em prática estratégias, verificar o trabalho realizado e reformular, definindo novos objetivos e «ajustando o tiro»: estas são as ações do educador, tornadas complexas (mas, porque não, também interessantes) pelo fato de o material de trabalho não ser inerte, mas ter a sua própria vida, o seu próprio pensamento e capacidade de decisão. Em suma, **educar o mundo dos jovens para a consciência sanitária**. Eis por que a primeira parte de cada distúrbio ou fenômeno se centrará no RECONHECER e a segunda no COMO ACOMPANHAR no campo educativo.

Por isso, disponibilizamos este material que pode ajudar a ler situações, identificar sinais de alerta e assim planejar ações e intervenções.

P. Miguel Ángel GARCÍA MORCUENDE

Conselheiro para a Pastoral Juvenil

Salesianos de Dom Bosco

³ Apesar desta definição ter desempenhado um papel importante na formulação de uma visão da saúde e, em alguns casos, também de políticas de saúde que têm em conta fatores sociais, relacionais e psicológicos, é hoje objeto de críticas crescentes. Em 2011, por exemplo, foi proposta uma nova definição por Huber e colegas: «A saúde é a capacidade de adaptação e autogestão face aos desafios sociais, físicos e emocionais». Há vários autores que consideram útil ultrapassar a ideia de um «estado ideal» de saúde (que para muitos é inatingível), dando ênfase ao processo de adaptação positiva ao contexto e à autorregulação. A ideia inovadora consiste em definir a saúde em termos dinâmicos, como «a capacidade de adaptação e de autogestão da saúde». Esta definição baseia-se na capacidade de enfrentar as adversidades, de manter e restabelecer o seu próprio equilíbrio e a sensação de bem-estar. Se uma pessoa for capaz de desenvolver estratégias eficazes para lidar com as adversidades, a qualidade de vida percebida não se deteriora, mesmo com deficiências no funcionamento físico e mental.





CAPÍTULO

1

Estigma na saúde mental

1.1

COMO RECONHECER O ESTIGMA DA SAÚDE MENTAL

O estigma social ainda está presente em muitas culturas

Do ponto de vista educativo, devemos insistir nos processos educativos como a melhor estratégia para prevenir o bem-estar mental. Infelizmente, quando uma pessoa tem dificuldades neste domínio pessoal, cria-se um estigma que anda de mãos dadas com a discriminação.

O termo «estigma» vem do grego e significa marca, mancha. Se transpusermos esta definição para o plano sociológico, o processo de estigmatização é o **conjunto de atitudes e crenças falsas** (estereótipos e preconceitos) que **desacreditam ou rejeitam** (discriminação) uma pessoa ou um grupo social por serem considerados diferentes, desvalorizando-os e tendo consequências importantes na forma como se percebem a si próprios (autoestigma).

Na esfera social e da saúde, o processo de estigmatização tem sido utilizado para assinalar negativamente uma condição sociocultural, funcional, física ou mental, um traço ou um comportamento, bem como a raça, a etnia, a idade, o gênero, a identidade sexual, a nacionalidade, o credo ou a religião.

Quando falamos de estigma na saúde mental, referimo-nos à **atribuição de qualidades negativas e depreciativas ao grupo de pessoas** que têm um problema. Com esta identificação negativa, estas pessoas são socialmente percebidas com um conjunto de crenças, mitos e preconceitos baseados na falta de informação e na ignorância⁴. Estas crenças foram construídas ao longo dos anos e muitas vezes não são postas em causa porque fazem parte do imaginário coletivo.

Mas é importante compreender que todos nós, em algum momento das nossas vidas, sentiremos um sofrimento emocional que pode levar a um distúrbio de saúde mental. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, **uma em cada quatro pessoas em todo o mundo** terá um problema de saúde mental durante a sua vida, e metade delas não procurará ajuda profissional precisamente devido ao estigma.

Discriminação, a consequência do estigma

[1] A atribuição de características e traços negativos às pessoas com problemas de saúde mental predispõe a atitude que temos para com elas, a forma como nos comportamos e nos relacionamos com elas. De fato, a relação entre as concepções sobre as pessoas com problemas de saúde mental (estereótipos), a atitude que temos em relação a elas (preconceito) e a tradução dessas ideias em ações e comportamentos negativos (discriminação) segue um padrão circular de *feedback*. Assim, o comportamento discriminatório em relação às pessoas com distúrbios de saúde mental alimenta e reforça os estereótipos que temos sobre elas.

Esta discriminação sistemática constitui um dos principais obstáculos à recuperação, ao bem-estar e, em última análise, à realização de uma vida plena e normalizada para as pessoas com problemas de saúde mental.

O estigma na saúde mental provoca uma multiplicidade de situações discriminatórias que impedem o desenvolvimento familiar, social, laboral ou educativo de milhões de pessoas com distúrbios mentais. Acreditamos que podemos dizer que as duas respostas que adotamos em relação às pessoas com problemas de saúde mental são:

⁴ O estigma é um fenómeno social que tem três dimensões: estereótipos (crenças partilhadas pela sociedade, pressupostos coletivos sobre um grupo que são usados para o categorizar, entre os mais prevalentes, os associados a pessoas com problemas de saúde mental são características como incompetência, culpabilidade, perigosidade e imprevisibilidade) preconceitos (quando uma pessoa concorda com os estereótipos aprendidos, portanto são respostas cognitivas e afetivas aos estereótipos e conduzem à discriminação e a comportamentos hostis); discriminação (comportamento negativo dirigido ao grupo social estigmatizado, ou seja, quando existe uma distância social entre um «eles» e um «nós», não são utilizados os mesmos critérios de avaliação entre as pessoas, gerando assim situações injustas e discriminatórias).

- **Medo:** esta é provavelmente a consequência mais imediata dos estereótipos atribuídos às pessoas com distúrbios da saúde mental. Esta atitude de medo predispõe a forma como nos relacionamos com elas. Um medo motivado pela ignorância, mas também pelo medo das pessoas de terem um distúrbio de saúde mental, de verem o outro como o outro lado do espelho, o seu eu potencial.
- **Maus-tratos** uma das formas mais comuns de discriminação é o mau-trato ou o tratamento negativo das pessoas com distúrbios de saúde mental. Estes maus-tratos podem ser físicos, mas também ocorrem através da utilização de linguagem discriminatória e de atitudes de evitamento, rejeição, condescendência, superproteção e controle (o controle e, sobretudo, a superproteção talvez devam ser mais bem distinguidos, porque têm um significado diferente, em si mesmo também positivo, mas ainda assim inadequado, enquanto os outros são apresentados como comportamentos negativos).

[2] O estigma na saúde mental é, por conseguinte, um **problema global em todo o mundo**, causando uma multiplicidade de situações discriminatórias que impedem o desenvolvimento familiar, social, laboral ou educativo de milhões de pessoas com distúrbios mentais.

O medo de ser rotulado como tendo um problema de saúde mental também reduz a probabilidade das pessoas procurarem tratamento. O estigma associado à saúde mental desvaloriza socialmente a pessoa e o contributo que ela dá enquanto membro da sociedade a que pertence. De fato, quase todas as pessoas com um problema de saúde mental afirmam que o estigma e a discriminação as afetam negativamente.

Mais precisamente, as pessoas que sofrem de estigma e discriminação têm mais probabilidades de sofrer:

- Relutância em procurar tratamento.
- Atraso no tratamento.
- Rejeição, alienação e isolamento social.
- Menor bem-estar mental.
- Falta de compreensão por parte de amigos, familiares e educadores.
- Assédios, violência ou *bullying*.
- Má qualidade de vida e aumento dos encargos socioeconômicos.
- Aumento dos sentimentos de vergonha e dúvidas sobre si mesmo.

Além disso, o estigma da saúde mental é frequentemente combinado com **outros estereótipos sociais** relacionados com aspectos como a idade, o sexo, a etnia ou outras situações econômicas e sociais desfavoráveis, o que faz com que estas pessoas sofram um duplo estigma, dificultando ainda mais o seu desenvolvimento social e pessoal.

PRINCIPAIS MITOS E FALSAS CRENÇAS SOBRE A SAÚDE MENTAL

Ao longo das décadas, a cultura popular, a indústria audiovisual e as mídias têm fomentado a estigmatização e a perpetuação de estereótipos negativos associados às pessoas com distúrbios mentais. Ou seja, **são vários os mitos que acompanham a saúde mental e que se perpetuam em diferentes contextos educativos, sociais e culturais.**

A maioria destes mitos está longe da realidade e não tem qualquer base científica, mas os estereótipos – herdados de geração em geração – persistem na nossa sociedade. Algumas destas falsas crenças que contribuem para a estigmatização e a discriminação são:

As pessoas com distúrbios mentais são violentas e agressivas. FALSO

As pessoas com problemas de saúde mental são tão suscetíveis de episódios de violência quanto outra pessoa sem problemas de saúde mental. Pelo contrário, são frequentemente vítimas de violência e de outros crimes devido à sua vulnerabilidade.

As pessoas com distúrbios mentais são inadaptadas socialmente. FALSO

As pessoas com um distúrbio de saúde mental não são pessoas solitárias, fechadas no seu próprio mundo, que não mostram interesse pelo seu ambiente social e que mantêm uma atitude de retração e isolamento social. Pelo contrário, a existência de uma boa rede social (profissional, familiar, de amigos, de parceiros,...) permite prever um melhor desenvolvimento e constitui um fator de proteção contra a recaída. As pessoas com um distúrbio de saúde mental podem viver perfeitamente bem na sociedade se tiverem o apoio e os recursos necessários para levar uma vida independente e autônoma.

Os distúrbios de saúde mental são irreversíveis. FALSO

Os estudos mostram que as pessoas com problemas de saúde mental melhoram e muitas se recuperam completamente. A recuperação é o processo pelo qual as pessoas são capazes de viver, trabalhar, aprender e participar plenamente nas suas comunidades.

As pessoas com problemas de saúde mental não podem trabalhar. FALSO

As pessoas com distúrbios de saúde mental podem trabalhar, tal como qualquer outra pessoa, se lhes forem oferecidas as condições e os apoios necessários. O obstáculo ao emprego não se deve tanto à doença em si, mas à falta de adaptabilidade

das organizações, da sociedade e das administrações para adaptar os locais de trabalho e fornecer os recursos necessários.

Os distúrbios de saúde mental afetam algumas pessoas, não vai acontecer comigo. FALSO

Os distúrbios de saúde mental podem afetar qualquer pessoa, independentemente da idade, do sexo, da cultura ou do *status* econômico. Uma em cada quatro pessoas terá um distúrbio de saúde mental durante a sua vida.

As pessoas com distúrbios mentais estarão melhor em clínicas psiquiátricas. FALSO

Mais de 80% das pessoas com problemas de saúde mental vivem no seu ambiente familiar. Um distúrbio de saúde mental não deve impedir uma vida normal e deve ser tratada no ambiente habitual da pessoa. O tratamento baseado na comunidade provou ser um tratamento eficaz. Atualmente, com algumas exceções, os hospitais de saúde mental destinam-se a ser espaços de contenção temporária para episódios agudos (o mais conhecido é o tratamento de saúde obrigatório). As pessoas tratadas na comunidade têm uma evolução melhor e mais sustentada ao longo do tempo.

As crianças e os adolescentes não sofrem de distúrbios de saúde mental. FALSO

As crianças podem apresentar sinais precoces de problemas de saúde mental. Estes problemas podem ser identificados clinicamente e podem ser o produto da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais (por vezes mesmo familiares,...).

Os distúrbios mentais estão na origem da deficiência intelectual. FALSO

Um distúrbio mental não causa e não é uma deficiência intelectual. São duas coisas diferentes. Uma pessoa com um distúrbio mental nem sempre deve ter capacidades ou competências cognitivas afetadas.

As pessoas que têm um problema de saúde mental são preguiçosas. FALSO

O desenvolvimento de um problema de saúde mental não tem nada a ver com preguiça ou falta de força. O aparecimento de um distúrbio mental é *multifatorial*: fatores biológicos, experiências de vida traumáticas, ambiente socioeconômico desfavorável, etc.

Não podemos ajudar as pessoas que têm um distúrbio de saúde mental. FALSO

A sociedade, no seu conjunto, tem a responsabilidade de prevenir os problemas de saúde mental, de promover a saúde e de fornecer o apoio e os recursos necessários para que as pessoas com um distúrbio de saúde mental possam viver plenamente a sua vida. Além disso, quando uma pessoa tem um problema de saúde mental, o seu ambiente é crucial para detectar os sinais de alerta e acompanhá-la ao longo das diferentes fases do distúrbio.

O distúrbio define qualquer comportamento da pessoa. FALSO

Todas as atitudes e comportamentos de uma pessoa não são sintomas de seu distúrbio e o distúrbio não é a explicação absoluta para tudo. Por outras palavras, *a pessoa com um distúrbio de saúde mental existe independentemente do seu distúrbio*. Se analisarmos o seu comportamento como um sintoma do distúrbio, a pessoa tende a perder legitimidade quando se trata de exprimir as suas emoções ou opiniões, que serão patologizadas e desprezadas. Outra crença generalizada é a de que é preciso comportar-se de forma específica e particular com as pessoas que têm um distúrbio mental e, por isso, geralmente por não saberem como fazê-lo, as pessoas tendem a evitar a interação.

1.3

COMO ACOMPANHAR O ESTIGMA NO CAMPO EDUCATIVO

[1] A educação é uma das esferas mais importantes na construção de qualquer sociedade, mas a saúde mental continua a ser uma questão pendente nos centros educativos, grupos ou associações, onde **é necessário promover uma visão da saúde mental sem estigmas**, encorajando as crianças, adolescentes e jovens a falar e a pedir ajuda quando precisam.

75% dos distúrbios mentais começam na adolescência, antes dos 18 anos; mas, apesar disso, algumas pessoas com problemas de saúde mental continuam a ser alvo de tratamento **discriminatório nos centros educativos por parte dos educadores e dos colegas**: evitamento ou rejeição, superproteção ou controle, provocação, depreciação ou ridicularização de comportamentos diferentes são algumas expressões comuns.

[2] Os programas de luta contra o estigma nas escolas, nos centros educativos, nas associações e nos grupos devem seguir uma estratégia centrada nos seguintes aspectos

- Prevenir, identificar e combater o estigma e a discriminação em matéria de saúde mental desde a mais tenra idade possível.
- Incentivar os jovens a procurar ajuda como forma de evitar que os problemas de saúde mental se desenvolvam ou se tornem crónicos, intervindo precocemente para prevenir o aparecimento de dificuldades mais graves.
- Melhorar as atitudes e o comportamento dos jovens e dos educadores em relação aos problemas de saúde mental.

- Chamar a atenção e o interesse da comunidade educativa (jovens, educadores, pais) para a luta contra o estigma e a discriminação das pessoas com problemas de saúde mental.
- Melhorar a capacidade de resiliência dos jovens.

[3] Para eliminar os tabus e preconceitos que existem em relação à saúde mental, **a primeira coisa a ser feita é falar de saúde mental de uma forma normalizada e cotidiana.** Como?

- Lembrar que os problemas de saúde mental não são algo estranho e isolado, mas que são mais comuns do que parecem.
- Gerar empatia para com as pessoas que têm um problema de saúde mental.
- Ajudar os jovens a conhecer em primeira mão a experiência das pessoas com um diagnóstico e a colaborar com as organizações de saúde mental que lhes são próximas.
- Respeitar e encorajar os jovens que querem falar publicamente sobre a sua saúde mental e reconhecer a sua coragem perante o grupo.
- Dar espaço às emoções que podem emergir na sala de aula por parte das crianças, ou nos vários grupos e associações.





CAPÍTULO

2

Distúrbio de ansiedade social

2.1

COMO RECONHECER O DISTÚRBIO DE ANSIEDADE SOCIAL

Sinto o olhar de todos sobre mim, sinto-me como um peixe fora d'água

O que é um distúrbio de ansiedade e quais os tipos mais relevantes para os jovens? Quais são os sinais de alerta, os fatores de risco e os fatores de proteção? Como é que a ansiedade pode ser gerida e que apoio é necessário?

O distúrbio de ansiedade é um mal-estar incapacitante caracterizado por **uma resposta de medo, preocupação desproporcionada ou crônica** em relação aos acontecimentos do cotidiano, que prejudica o funcionamento normal da pessoa. A ansiedade é uma resposta natural e útil em certas situações de perigo ou de estresse, mas no distúrbio de ansiedade torna-se **persistente, excessiva e injustificável em relação à situação real**.

Existem vários tipos de distúrbios de ansiedade, incluindo o **distúrbio de ansiedade generalizada (TAG)**, o **distúrbio de pânico**, as **fobias específicas** e, em particular, o **distúrbio de ansiedade social** (ou fobia social). Esta última é um tipo específico de distúrbio caracterizado por um medo intenso e persistente de situações

sociais ou de desempenho, em que a pessoa teme ser observada, julgada ou criticada pelos outros. Esta reação não é simplesmente uma questão de timidez ou introversão; é um distúrbio que pode interferir significativamente na vida cotidiana, levando a pessoa a evitar até mesmo situações sociais comuns.

Sintomas de ansiedade social

[1] Os sintomas de ansiedade social, ou distúrbio de ansiedade social, estão especificamente descritos no *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais*⁵, ou seja, trata-se de um «medo ou ansiedade acentuados ou intensos, relacionados com situações sociais em que o indivíduo pode ser escrutinado pelos outros». Os principais critérios de diagnóstico incluem:

- Medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho em que a pessoa está exposta ao possível julgamento dos outros.
- A pessoa teme agir de tal forma ou manifestar sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente.
- As situações sociais temidas provocam quase sempre medo ou ansiedade.
- As situações sociais temidas são evitadas ou suportadas com medo ou ansiedade intensos.
- O medo ou a ansiedade são desproporcionais em relação à ameaça real colocada pela situação social ou pelo contexto sociocultural.
- O medo, a ansiedade e o evitamento são persistentes e duram normalmente seis meses ou mais.
- Criam angústia clinicamente significativa e prejudicam o funcionamento em vários domínios.

[2] Os sintomas da ansiedade social podem ser divididos em várias categorias, que incluem sintomas cognitivos, comportamentais e físicos.

As pessoas com distúrbio de ansiedade social apresentam frequentemente **sintomas cognitivos**, ou seja, pensamentos negativos e distorções cognitivas sobre si próprias e sobre as situações sociais. Estes pensamentos podem incluir:

- **Medo do julgamento.** Preocupação constante de ser avaliado negativamente pelos outros, levando à sensação de que qualquer interação pode acabar em embaraço ou rejeição.

⁵ Associação Americana de Psiquiatria (2023). *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais*, Quinta Edição, Revisão de Texto (DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing. Este manual, na sua quinta edição, fornece critérios de diagnóstico claros para identificar o distúrbio, ajudando os profissionais de saúde mental a avaliar e diagnosticar com exatidão as pessoas com estes sintomas.

- **Catastrofização.** A ideia de que uma pequena crítica pode transformar-se num acontecimento catastrófico, levando a consequências devastadoras na vida social ou profissional.
- **Percepção distorcida das situações sociais.** Atenção excessiva aos pormenores, como o comportamento ou a expressão dos outros, o que alimenta a ansiedade.

Com respeito aos **sintomas comportamentais**, o comportamento dos indivíduos com ansiedade social pode ser influenciado pelo seu medo. Alguns comportamentos comuns incluem:

- **Evitação:** O indivíduo pode evitar eventos sociais, situações de grupo ou qualquer contexto em que possa estar exposto ao julgamento dos outros. Isto pode manifestar-se através da ausência em festas, isolamentos sociais ou mesmo em ambientes de trabalho.
- **Comportamentos de segurança.** Mesmo quando as situações sociais não podem ser evitadas, o indivíduo pode adotar comportamentos de segurança, como falar monossilabicamente, evitar o contato visual ou permanecer em silêncio para reduzir o risco de embaraço.

Por último, **os sintomas físicos** da ansiedade social são frequentemente muito intensos e podem manifestar-se de várias formas. Estes sintomas podem incluir:

- **Sintomas autonômicos:** Taquicardia, transpiração excessiva, tremores, náuseas, boca seca, dificuldade em respirar e sensação de desmaio ou tonturas. Estes sintomas físicos podem amplificar o medo e a ansiedade, criando um círculo vicioso.
- **Reações fisiológicas.** O indivíduo pode notar uma resposta física intensa sempre que se encontra numa situação social, contribuindo para a crença de que a ansiedade é insuportável.

Prevalência

[1] Na última década, o distúrbio de ansiedade social tem recebido uma atenção crescente na investigação, especialmente no que diz respeito à sua **prevalência entre os jovens**. Em particular, nos grupos etários da adolescência e da idade adulta jovem, tem sido documentado em numerosos estudos. As estimativas variam, mas observa-se geralmente que o distúrbio afeta cerca de 7-13% dos jovens, com tendências crescentes nos últimos anos. Este aumento pode ser atribuído a uma maior consciencialização e a uma redução do estigma associado aos distúrbios mentais, o que levou a que mais pessoas procurassem ajuda e recebessem um diagnóstico.

Um dos aspectos mais interessantes do distúrbio de ansiedade social é a sua **distribuição entre homens e mulheres**. A investigação indica que as mulheres tendem a registar taxas mais elevadas de ansiedade social do que os homens.

Em muitos estudos, a relação de prevalência varia entre 2:1 e 3:1, a favor das mulheres. Isto pode dever-se a vários fatores, incluindo fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. As mulheres podem ter mais tendência para expressar e reconhecer os seus sentimentos de ansiedade, enquanto os homens podem manifestar a sua ansiedade de formas diferentes, como a agressão ou o evitamento.

2.2

TIPOLOGIA DOS DISTÚRBIOS DE ANSIEDADE SOCIAL

As diferentes faces da ansiedade social

[1] Os distúrbios de ansiedade social podem manifestar-se de várias formas, sendo as mais comuns as quatro seguintes:

- ***O distúrbio de Ansiedade Social (Fobia Social)***. Caracteriza-se por um medo significativo de ser julgado ou humilhado em situações sociais. As pessoas podem evitar eventos como festas, reuniões de negócios ou mesmo interações simples do dia a dia. Além disso, pode manifestar-se em situações de desempenho, como falar em público, ou em contextos mais informais, como comer em companhia.
- ***A Ansiedade Social Generalizada***. É uma forma mais generalizada de ansiedade social, em que a pessoa sente ansiedade em quase todas as situações sociais, não se limitando a eventos específicos.
- Com o ***Distúrbio de Pânico em Situações Sociais***. Alguns indivíduos podem ter ataques de pânico durante situações sociais, tornando o medo do julgamento ainda mais intenso. O próprio medo de ter um ataque de pânico pode levar a evitar situações sociais.
- Embora não sejam diretamente considerados distúrbios de ansiedade social, ***as fobias específicas***, como o medo de falar em público (glossofobia), podem sobrepor-se ao distúrbio de ansiedade social.

[2] Por fim, digamos uma última palavra sobre o **isolamento social, o fenômeno Hikikomori**.

O termo «Hikikomori» refere-se a um fenômeno social originário do Japão, em que indivíduos, frequentemente adolescentes e jovens adultos, **se isolam completamente da sociedade por períodos prolongados**, por vezes meses ou anos.

Este comportamento de isolamento social está frequentemente associado a:

- **Ansiedade social.** Ou seja, muitos hikikomori mostram sinais de ansiedade social, achando extremamente difícil lidar com situações sociais ou com o mundo exterior.
- **Pressões escolares e profissionais.** Em culturas de alta pressão como a japonesa, os indivíduos podem retrair-se devido ao medo de falhar ou de não corresponder às expectativas.
- **Fatores familiares.** A dinâmica familiar, como um ambiente demasiado protetor ou crítico, pode contribuir para o isolamento. Alguns hikikomori podem também manifestar conflitos familiares.
- **Hikikomori.** *A ilusão de um céu numa sala.*

O isolamento extremo conduz a uma série de consequências negativas, nomeadamente:

- **Problemas de saúde mental.** O isolamento pode intensificar a ansiedade e a depressão, criando um círculo vicioso que é difícil de quebrar.
- **Prejuízo do funcionamento social e profissional.** Os jovens hikikomori podem perder oportunidades de educação e emprego, aumentando a dificuldade de reintegração na sociedade.
- **Dificuldades relacionais.** O retraimento pode levar a um empobrecimento das competências sociais, tornando a socialização futura ainda mais difícil.

Causas que contribuem para a ansiedade social

As causas da ansiedade social são complexas e multifatoriais, influenciadas por uma combinação de fatores genéticos, psicológicos, ambientais e sociais. Compreender estas causas é crucial para desenvolver estratégias de intervenção e apoio eficazes.

[1] Em primeiro lugar, **os fatores genéticos** desempenham um papel significativo na predisposição de um indivíduo para desenvolver ansiedade social. Estudos com gêmeos e investigação familiar mostraram que existe um componente hereditário associado aos distúrbios de ansiedade. Se um membro próximo da família, como um pai ou um irmão, sofre de ansiedade social, é mais provável que um indivíduo desenvolva problemas semelhantes. No entanto, a genética por si só não determina o distúrbio; ela interage com outros fatores.

[2] Do ponto de vista **psicológico**, as experiências pessoais e a forma como um indivíduo interpreta e reage a situações sociais são cruciais. As pessoas com ansiedade social tendem a desenvolver pensamentos negativos automáticos sobre a forma como são percebidos pelos outros. Estes pensamentos podem incluir a crença de que estão sendo julgadas negativamente, de que estão sendo ridicularizadas ou de que não correspondem às expectativas sociais. Estas crenças distorcidas podem estar enraizadas em experiências anteriores na vida, como episódios de humilhação ou rejei-

ção, levando a uma maior vulnerabilidade à ansiedade social. A percepção dos acontecimentos sociais como ameaçadores ou perigosos alimenta o ciclo de ansiedade, tornando as interações sociais cada vez mais difíceis de serem enfrentadas.

[3] Outro fator-chave é a **dinâmica familiar** e o ambiente de crescimento. As famílias em que existe um elevado grau de controle, crítica ou expectativas irrealistas podem contribuir para o desenvolvimento da ansiedade social. Um ambiente familiar em que o perfeccionismo é recompensado ou em que as emoções são minimizadas pode levar um jovem a interiorizar o medo do julgamento e do fracasso. Além disso, as experiências de *bullying* ou de exclusão social durante a infância e a adolescência podem ter um impacto duradouro, criando uma base para a ansiedade social. Os indivíduos que sofreram *bullying* podem desenvolver uma sensibilidade aguda à rejeição e uma tendência a evitar situações sociais para se protegerem de potenciais experiências dolorosas adicionais.

[4] A **influência dos pares** é outro elemento importante. Durante a adolescência, o grupo de pares torna-se crucial para a formação da identidade e da autoestima. A pressão social pode intensificar a ansiedade social, especialmente em contextos em que se comparam competências sociais, desempenho escolar ou popularidade aparente. As expectativas e normas sociais que surgem nestes contextos podem contribuir para um aumento do medo de ser julgado ou excluído, exacerbando os sintomas de ansiedade.

[5] As **variáveis culturais e sociais** também desempenham um papel significativo. Em algumas culturas, onde a importância da aprovação social é enfatizada e o fracasso é estigmatizado, os indivíduos podem desenvolver uma maior vulnerabilidade à ansiedade social. A globalização e a utilização dos meios de comunicação social acrescentaram novas complexidades a este fenómeno, uma vez que a exposição contínua a modelos idealizados tende a aumentar a pressão sobre os jovens, levando-os a recear de não corresponder a esses padrões.

[6] Por último, **os fatores biológicos** podem influenciar a suscetibilidade à ansiedade social. Os neurotransmissores, como a serotonina e a dopamina, têm sido associados à regulação do humor e da ansiedade. Um desequilíbrio nestes sistemas químicos pode contribuir para o desenvolvimento de sintomas de ansiedade. Além disso, o sistema nervoso autónomo desempenha um papel crucial na resposta ao estresse e nas reações de ataque ou fuga, o que pode levar a uma resposta excessiva em situações sociais.

2.3

SINAIS DE ALERTA DA ANSIEDADE SOCIAL

Os sinais de alerta associados à ansiedade social podem manifestar-se de diferentes formas e em várias fases da vida de um indivíduo. O reconhecimento destes sinais é crucial para identificar precocemente o distúrbio e intervir eficazmente.

[1] Um dos principais sinais de alerta é a **intensificação do medo em situações sociais**. Os indivíduos podem começar a sentir-se excessivamente ansiosos ou nervosos quando estão em contextos sociais, mesmo naqueles que anteriormente não causariam qualquer desconforto. Esta intensificação pode resultar numa preocupação constante com o julgamento dos outros, levando a pensamentos catastróficos sobre o que pode acontecer durante as interações sociais.

[2] Outro sinal significativo é o **comportamento de evitamento**. As pessoas que comecem a evitar eventos sociais, como festas, reuniões ou simples encontros com amigos e familiares, podem estar em risco de desenvolver ansiedade social. Este comportamento de evitamento pode manifestar-se de formas muito óbvias, como recusar convites ou arranjar desculpas para não participar em situações que antes eram agradáveis. Com o passar do tempo, este isolamento social pode intensificar-se, criando um círculo vicioso em que o medo de enfrentar situações sociais aumenta precisamente por causa do evitamento.

[3] Além disso, é importante considerar a mudança nas interações sociais cotidianas. Os sinais de alerta podem incluir o **aumento da timidez ou da insegurança** em situações que exijam interação, como falar com colegas ou participar em discussões de grupo. Os indivíduos podem começar a sentir-se sobrecarregados por situações com as quais anteriormente lidavam sem dificuldade. Este sentimento de vulnerabilidade pode ser acompanhado por sintomas físicos, como palpitações, suores ou náuseas, que ocorrem em resposta à ansiedade antecipatória.

[4] Um aspecto que não deve ser subestimado é a história pessoal. Experiências passadas de **humilhação ou rejeição social** podem ser sinais de risco significativos. Se um indivíduo foi vítima de *bullying* ou passou por situações em que foi duramente criticado, pode desenvolver uma maior sensibilidade ao julgamento e à avaliação dos outros. Este histórico de experiências negativas pode influenciar profundamente a sua autopercepção e a forma de lidar com situações sociais futuras.

[5] Por último, a presença de **fatores de estresse ambientais** pode aumentar o risco de desenvolver ansiedade social. As pressões escolares, as dinâmicas familiares complexas ou as situações de vida estressantes podem funcionar como fatores desencadeadores. Os indivíduos que enfrentam níveis elevados de estresse podem ser mais propensos a desenvolver ansiedade, especialmente em contextos em que se sentem expostos ao julgamento dos outros.

PRINCIPAIS MITOS E FALSAS CRENÇAS SOBRE A ANSIEDADE SOCIAL

A ansiedade social é apenas timidez. FALSO

A ansiedade social é um distúrbio mental reconhecido que vai para além da timidez. Enquanto uma pessoa tímida pode sentir-se desconfortável em determinadas situações, as pessoas que sofrem de ansiedade social sentem um medo intenso, evitam e sentem um desconforto significativo que interfere na vida cotidiana.

As pessoas com ansiedade social não querem interagir com os outros. FALSO

As pessoas com ansiedade social desejam frequentemente ter relações e contatos, mas o medo de serem julgadas e de cometerem erros ou parecerem inadequadas pode bloqueá-las.

O simples fato de sair da sua zona de conforto é suficiente para ultrapassar a ansiedade social. FALSO

Embora confrontar gradualmente os seus medos possa ajudar (terapia expositiva), a ansiedade social não pode ser ultrapassada simplesmente «forçando-se» a sair. É necessária uma abordagem estruturada, muitas vezes com a ajuda de um profissional, para gerir os sintomas e trabalhar as causas subjacentes.

As pessoas que sofrem de ansiedade social são demasiado sensíveis. FALSO

A ansiedade social não é um sinal de fraqueza ou hipersensibilidade, mas uma condição complexa que envolve fatores genéticos, biológicos e ambientais.

Se ele não parece nervoso, não tem ansiedade social. FALSO

Nem todas as pessoas com ansiedade social mostram sinais óbvios de angústia. Muitas conseguem disfarçar os seus sintomas, mas isso não significa que não estejam a debater-se internamente.

É apenas uma fase, passará com o tempo. FALSO

A ansiedade social tende a persistir se não for tratada. A intervenção precoce com terapias adequadas aumenta as hipóteses de a ultrapassar.

COMO ACOMPANHAR A ANSIEDADE SOCIAL NO CAMPO EDUCATIVO

Uma abordagem sistemática, empática e personalizada

Para apoiar os jovens que sofrem de distúrbios de ansiedade social, os educadores precisam desenvolver uma abordagem sistemática, empática e personalizada, basea-

da em intervenções destinadas a reduzir a ansiedade, a promover a autoeficácia social e a melhorar as competências interpessoais.

Qualquer intervenção educativa deve ter em conta tanto o nível individual como o nível grupal, a fim de criar um ambiente de apoio que facilite a expressão das emoções e a interação social.



Técnicas para trabalhar em profundidade os vários aspectos da ansiedade social

Aqui estão alguns exemplos práticos de ações educativas específicas para ajudar os jovens com distúrbios de ansiedade social. Estes incluem exercícios práticos, perguntas para utilizar num grupo de discussão e atividades de grupo destinadas a desenvolver competências sociais e a melhorar a gestão da ansiedade.

[1] Exercícios de autoconsciência e reflexão

Diário de emoções. Peça aos jovens para manterem um diário de emoções, registando os momentos do dia em que se sentiram socialmente desconfortáveis. Devem identificar a situação, o nível de ansiedade sentido e os pensamentos associados. Isto ajuda-os a tomar consciência das situações que desencadeiam a ansiedade e dos pensamentos que a acompanham.

Autoavaliação das competências sociais. Utilizar uma lista de perguntas de autoavaliação para refletir sobre a forma como veem as suas competências sociais. Alguns exemplos de perguntas são:

- «Em que situações me sinto mais desconfortável?»,
- «Que pensamentos me vêm à cabeça antes de uma interação social?»,
- «Que competências sociais gostaria de melhorar?»

Este exercício ajuda a identificar áreas específicas de trabalho.

Exercício de pensamentos alternativos. Depois de identificar um pensamento negativo, por exemplo, «Todos pensam que vou dizer algo errado», pedir aos jovens que escrevam pensamentos alternativos mais positivos ou neutros «Não posso saber o que os outros pensam», «Posso estar errado, mas isso pode acontecer a qualquer pessoa». Este exercício promove uma visão mais realista e flexível das interações sociais.

[2] Perguntas para um grupo de reflexão – Focus Group

Exploração das dificuldades sociais. «Quais são as situações sociais que o deixam mais ansioso? Como você se sente quando está nessas situações?» e «Que estratégias utilizou para lidar com essas situações? Foram eficazes?»

Pensamentos e emoções nas interações. «Quando estamos num grupo de pessoas, o que pensamos sobre nós mesmos? E o que imaginamos que os outros pensam?» Esta pergunta incentiva a partilha de pensamentos negativos ou de medos comuns, facilitando aos adolescentes e aos jovens a percepção de que não estão sozinhos nos seus medos.

Partilhar os sucessos. «Houve momentos em que você conseguiu gerir bem a sua ansiedade social? Como é que o fez? O que lhe ajudou?» A partilha de sucessos pessoais pode ser muito motivadora e oferecer ideias sobre estratégias úteis.

Objetivos de melhoria. «Que competências você gostaria de melhorar nas suas interações sociais? O que acha que lhe ajudaria a sentir-se mais confiante?» Esta pergunta ajuda os adolescentes e os jovens a identificar os seus objetivos e a ver o caminho para a melhoria como possível.

[3] Atividades de jogo de papéis e de simulação

Dramatização de situações do cotidiano. Proponha situações específicas aos jovens (pedir informações a um professor, falar com um novo colega de turma, apresentar um projeto) e peça-lhes que representem em pares ou pequenos grupos. Após a atividade, discuta como se sentiram e o que foi mais difícil, dando *feedback* positivo sobre cada interação.

Jogos de improvisação. Atividades como improvisar uma conversa sobre um tema aleatório podem reduzir a ansiedade social, ajudando os adolescentes e jovens, a experimentar situações inesperadas num ambiente controlado. Depois de cada etapa, discuta a experiência e reforce as suas capacidades de adaptação.

Simulação de situações geradoras de ansiedade. Preparar uma situação geradora de ansiedade, como falar em público, de forma progressiva. Por exemplo, os alunos podem começar por falar em frente de uma pessoa e ir aumentando gradualmente até falarem em frente de todo o grupo. Sempre que completarem com sucesso uma etapa, recebam *feedback* positivo e discutam os seus progressos.

[4] Exercícios de atenção plena e relaxamento

Respiração diafragmática. Antes de cada reunião de grupo, dedicar cinco minutos à respiração diafragmática. Ensinar aos participantes a inspirar lentamente, contando até quatro, e segurar a respiração durante dois segundos e depois a expirar lentamente, contando até quatro. Este exercício ajuda a relaxar e a reduzir os níveis de ansiedade.

Técnica de «body scan». Conduzir os adolescentes e jovens, num exercício de exame corporal, pedindo-lhes que se concentrem em cada parte do corpo e que relaxem gradualmente. Este exercício pode ser utilizado antes de uma situação que provoque ansiedade ou durante momentos de tensão.

Visualização positiva. Propor uma visualização de uma situação social ideal e serena, orientando os adolescentes e jovens para imaginarem um cenário em que se sintam seguros e bem-vindos. Incentivar as crianças a recordar esta imagem mental em momentos de ansiedade.

[5] Atividades de grupo para reforçar as competências sociais

Colaborar num projeto criativo. Dividir o grupo em pequenas equipas e propor um projeto comum, como a criação de um mural ou colagem sobre um tema escolhido em conjunto. A colaboração num projeto ajuda a desenvolver a confiança e a comunicação, permitindo que as crianças trabalhem as competências sociais num ambiente informal.

Jogos de confiança. Atividades como o «círculo de confiança» ou o jogo da «caça ao tesouro», em que devem trabalhar em conjunto para atingir um objetivo, ajudam os adolescentes e jovens a ultrapassarem o medo do julgamento e a desenvolverem um sentimento de pertença ao grupo.

Debates estruturados sobre temas de interesse. Organizar debates em grupo sobre temas relevantes (música, redes sociais, esportes). Todos têm um tempo definido para falar sem serem interrompidos, de modo a incentivar a participação sem se sentirem pressionados. Depois de cada intervenção, os outros podem fazer perguntas ou expressar opiniões, tornando o debate numa oportunidade para uma discussão construtiva.

[6] Para manter a eficácia das intervenções e personalizar as ações educativas, é importante recorrer a **ferramentas e materiais educativos específicos**, tais como:

Livros e recursos de autoajuda. Textos como *Mind Over Mood (A Mente Vencendo o Humor* São Paulo-SP: Editora Artmed, Dennis Greenberger e Christine A. Padesky ou *How to Overcome Social Anxiety*, de Dayhoff Signe, podem ser utilizados como referência tanto por educadores como por jovens, fornecendo técnicas de gestão da ansiedade para serem praticadas de forma autónoma.

Aplicações de meditação e de atenção plena. Aplicações como o *Headspace* ou o *Insight Timer* contêm programas de meditação específicos para jovens com ansiedade social e são fáceis de integrar nas rotinas diárias.

Materiais visuais e cartazes. Utilizar cartazes e infografias que ilustrem técnicas de respiração ou dicas para acalmar a ansiedade. Estes podem ser colocados na sala de aula ou em áreas comuns como um lembrete visual para os jovens. Alguns filmes sugeridos são:

- **«Inside Out 2»** (2024) um filme de animação que explora a gestão das emoções e as dificuldades sociais de uma forma acessível, útil para estimular conversas entre os jovens sobre ansiedade e emoções.

- «*Wonder*» (2017), a história de um jovem com uma doença rara que tenta integrar-se num ambiente escolar normal, aborda delicadamente questões de ansiedade, aceitação e *bullying*.
- «*Um dia esta dor lhe será útil*» (2011) um filme que acompanha um adolescente com dificuldades de relacionamento, mostrando o caminho para dominar a ansiedade e a alienação social.

Vídeos educativos e testemunhos. Os vídeos que contam experiências de jovens que conseguiram lidar com sucesso com a sua ansiedade social podem ser utilizados para criar debates e momentos de reflexão.

Testemunhos de grupo. Promover encontros com psicólogos ou terapeutas experientes, ou com pessoas que tenham dominado a ansiedade social, para dar aos jovens exemplos positivos e concretos.

[7] Terapia teatral

A terapia teatral é uma forma de terapia artística que utiliza o teatro como ferramenta para a exploração pessoal, relacional e emocional. No caso da ansiedade social, pode ser particularmente útil, uma vez que proporciona um ambiente protegido e estruturado para experimentar formas de relacionamento, gerir emoções e ultrapassar medos relacionados com o julgamento dos outros. Eis alguns benefícios específicos:

- **Expressão criativa.** A declamação ajuda a explorar aspectos do eu que podem estar reprimidos, melhorando a autoimagem e promovendo um sentido de autoeficácia.
- **Ultrapassar o medo do julgamento.** Trabalhar em equipe, recebendo *feedback* positivo e construtivo, ajuda a reduzir o medo de ser avaliado negativamente.
- **Melhoria da linguagem verbal e não verbal.** Os exercícios de teatro centram-se na utilização da voz, do corpo e das expressões, que são cruciais para se comunicar eficazmente com os outros.
- **Colaboração em grupo.** As atividades teatrais são frequentemente coletivas, incentivando o trabalho em equipe e a construção de relações positivas.
- **Experimentação de papéis diferentes.** Interpretar personagens com características diferentes permite sair dos próprios padrões habituais e explorar novas formas de relacionamento.
- **Regulação emocional.** O ato de desempenhar um papel permite distanciar-se das próprias emoções, facilitando uma maior consciência e controle.
- **Lidar com a exposição.** Gradualmente, os participantes podem adquirir a força necessária para se exporem fora do teatro.



CAPÍTULO

3

Depressão juvenil

3.1

COMO RECONHECER A DEPRESSÃO

Esmagados por um profundo sentimento de vazio

O que significa estar deprimido; quais são os sinais de alerta que nos podem fazer suspeitar de depressão; como pode ser tratada; quais são os fatores de risco e de proteção; que ações educativas podem ser implementadas?

[1] A depressão é um distúrbio mental muito comum, que afeta mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo. Pode ocorrer em qualquer idade, incluindo crianças e idosos, é mais comum nas mulheres do que nos homens, manifesta-se de forma diferente em indivíduos diferentes e pode ter diferentes níveis de gravidade.

Os principais sintomas são um **humor persistentemente baixo** e a **perda de prazer na maioria das atividades**.

Os fatores biológicos que podem predispor ao seu aparecimento incluem alterações hormonais, alterações nos neurotransmissores cerebrais e também componentes genéticos. Os problemas de saúde física podem agravar a depressão, ou a depressão pode levar a problemas de saúde física.

[2] A depressão não deve ser confundida com as alterações de humor comuns e com as breves reações emocionais aos problemas cotidianos. A tristeza ou as preocupações com situações adversas ou difíceis fazem parte da normalidade e a sua presença, por si só, não constitui um distúrbio depressivo. Por outro lado, é importante referir que a depressão é uma doença e *não deve ser interpretada como um sinal de fraqueza*.

De fato, a depressão **pode tornar-se um problema de saúde grave** quando é de longa duração e intensidade e impede a pessoa de realizar as suas atividades habituais em todos os domínios. Pode tornar-se crônica, quando não melhora com o tempo, ou recorrente, quando os episódios se repetem, e pode dificultar o funcionamento em casa, no trabalho ou na escola e na vida cotidiana. Na sua forma mais grave, pode levar ao suicídio.

Sintomas de depressão

[1] Nem todas as pessoas com distúrbios depressivos apresentam os mesmos sintomas. **A gravidade, frequência e duração dos sintomas podem variar de pessoa para pessoa** e de distúrbio para distúrbio, e os sintomas podem manifestar-se de forma diferente consoante com o contexto cultural.

Existem vários **sinais que podem indicar a presença de depressão** e que podem ajudar a diferenciá-la de outros estados de espírito comuns, para que possa decidir procurar ajuda no centro de saúde competente. Para além dos sintomas mencionados abaixo, o sentimento de tristeza é muitas vezes diferente do que se sente noutras alturas e não é uma situação passageira, pois não melhora com o tempo.

Em geral, o sintoma inicial da depressão consiste num episódio depressivo, ou seja, uma manifestação limitada no tempo dos sintomas da depressão. Este episódio pode depois repetir-se: consoante à intensidade e repetição destes episódios, fala-se de **distúrbios depressivos ligeiros, moderados ou graves**.

[2] Embora existam diferentes tipos de depressão, que diferem em duração e origem presumida, a característica comum é a presença de determinados sintomas que afetam significativamente a vida pessoal, relacional e social da pessoa:

- Tristeza incomum e persistente e tendência para chorar em situações que normalmente não provocariam essa reação.
- Perda de interesse ou de prazer em atividades que habitualmente dão prazer.
- Sentimentos de inutilidade, de aversão a si próprio e de culpa.
- Dificuldades de raciocínio e de concentração, problemas de memória e de atenção.
- Irritabilidade, ansiedade.
- Mal-estar geral, sensação de cansaço e falta de energia.

- Dores, dores de cabeça ou problemas digestivos.
- Dificuldade em adormecer ou dormir demais.
- Alterações do apetite (comer mais ou menos do que o habitual).

Alguns sintomas podem ser considerados sinais de alerta de uma depressão mais grave. Quando surgem, **deve ser consultado um profissional de saúde** o mais rapidamente possível para avaliar as alternativas de tratamento.

Prevalência

A depressão é um dos principais problemas de saúde no mundo atual, devido à sua frequência e às consequências que acarreta. A sua prevalência é muito elevada, estimando-se que 8-16% **das pessoas sofram de depressão durante a sua vida**. É atualmente a segunda principal causa de incapacidade em nível mundial (representando 4,3% do ônus global da doença), mas, até 2030, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que se tornará a principal causa.

De acordo com dados da OMS dos últimos anos, mais de **322 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de depressão**, das quais menos de 25% têm acesso a um tratamento eficaz. A OMS adverte ainda que uma em cada cinco pessoas desenvolverá depressão durante a sua vida e que este número aumentará com outros fatores, como a comorbilidade ou situações de estresse.

O número total estimado de pessoas que sofrem de depressão aumentou nos últimos anos devido a vários fatores: o *envelhecimento da população*, o *nível de estresse a que estamos sujeitos diariamente*, os *problemas sociais e econômicos* e o *aumento do consumo de substâncias tóxicas e de drogas*.

3.2

TIPOLOGIA DOS DISTÚRBIOS DEPRESSIVOS

As diferentes faces da depressão

[1] A depressão pode ser **ligeira, moderada ou grave**, dependendo da sua característica, e é considerada crônica quando a pessoa vive com ela durante mais de 2 anos (geralmente desaparece após 5 meses)⁶. Nas diferentes classificações encontramos diferentes tipos de distúrbios depressivos, dos quais os mais frequentes são:

⁶ Existem diferentes tipos de classificações para os distúrbios depressivos que são utilizados tanto para fins clínicos como de investigação, como a *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Relacionados* (CID) e a classificação da Associação Americana de Psiquiatria no *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais* (DSM).

- **Depressão grave.** Os sintomas depressivos duram pelo menos duas semanas e são suficientemente graves para interferir com a vida cotidiana. Este tipo de depressão pode, em alguns casos, ser recorrente, quando os episódios se repetem várias vezes ao longo da vida. Pode ser ligeira, moderada ou grave.
- **Depressão crônica ou distímia.** Os sintomas podem ser menos graves, mas persistem durante pelo menos dois anos.
- **Depressão pós-parto.** Ocorre quando o episódio aparece numa mulher que acabou de ter um bebé; pode ser um episódio grave influenciado por fatores hormonais.
- **Distúrbio adaptativo com sintomas depressivos.** surge como consequência de um problema difícil na vida da pessoa, como um problema de trabalho, uma separação do parceiro, um problema familiar, etc.
- **Depressão bipolar.** Surge no contexto de uma distúrbio bipolar. Neste caso, os episódios de depressão alternam-se com episódios de euforia, ou seja, um estado de espírito elevado, excessivamente feliz, alegre ou alterado que não corresponde ao que está a acontecer na vida da pessoa. Estes episódios duram vários dias e são separados por intervalos de tempo em que a pessoa se encontra num estado de espírito normal.

[2] A depressão e a tristeza podem ser confundidas, mas não são a mesma coisa.

Nem sempre é fácil reconhecer o que sentimos. Por vezes, usamos a expressão «estou deprimido!», mas provavelmente fazemo-lo de forma incorreta. É normal sentir um momento de tristeza, mas é preciso distingui-lo da depressão, que é uma verdadeira doença incapacitante que deve ser tratada com apoio profissional.

Acontece muitas vezes atravessarmos períodos particularmente difíceis da vida e, conseqüentemente, *sentirmo-nos tristes, resignados, desanimados, sem energia*. Por vezes, é a consequência de um luto, entendido não apenas como o desaparecimento de um ente querido, mas como uma experiência de perda: sentimos que perdemos algo de forma permanente. Uma perda pode ser tanto material como simbólica: a perda de um emprego; o fim de uma relação amorosa; o rompimento de uma amizade; a mudança de país, etc.

É natural sentir estes sentimentos nestas situações; no entanto, se surgirem sintomas particularmente intensos que prejudiquem a vida cotidiana, pode tratar-se de uma depressão grave. Embora o estado de tristeza, a falta de entusiasmo e de energia possam ser a consequência temporária de um luto e, portanto, uma expressão da própria perda, isso não significa que não se possa recorrer a um profissional para o ajudar a aceitar, ultrapassar e processar o luto.

Em resumo, a **tristeza** é uma emoção e, como tal, é mais transitória e limitada no tempo, estando mais relacionada com o luto, o processamento da perda de alguém querido. A **depressão** é uma condição emocionalmente prolongada que afeta vários aspectos da personalidade; não é certamente uma questão transitória que afeta apenas um dia da semana.

Causas que contribuem para a depressão

A depressão é o resultado de interações complexas entre **fatores biológicos** (bioquímicos, genéticos, hormonais, de saúde), **psicológicos** (acontecimentos traumáticos na infância ou na idade adulta, situações adversas e estressantes) e **sociais** (como o isolamento social ou a falta de recursos).

[1] Em primeiro lugar, os fatores **biológicos** desempenham um papel crucial. A genética é um dos elementos-chave: a presença de membros da família com historial de depressão aumenta a probabilidade de desenvolver a doença. Estudos demonstraram que neurotransmissores como a serotonina, a dopamina e a noradrenalina estão envolvidos na regulação do humor e que um desequilíbrio entre eles pode contribuir para o aparecimento da depressão. Foram observadas alterações estruturais e funcionais no cérebro, como a redução de certas áreas cerebrais associadas à regulação do humor e das emoções, em indivíduos deprimidos.

Para além dos fatores genéticos e neuroquímicos, os fatores **hormonais** também podem influenciar o risco de depressão. As alterações hormonais, como as que ocorrem durante a gravidez, o ciclo menstrual ou a menopausa, podem desencadear episódios depressivos em algumas mulheres. No entanto, a predisposição biológica não é suficiente, por si só, para explicar a doença; frequentemente, interage com fatores ambientais e psicológicos.

[2] Em nível **psicológico**, a depressão está frequentemente associada a padrões de pensamento negativos e a uma visão pessimista de si próprio e do mundo. As pessoas predispostas a interpretar os acontecimentos de forma negativa ou a ruminar sobre experiências passadas dolorosas podem ver-se presas num ciclo vicioso de pensamentos e emoções negativas. A baixa autoestima é outro elemento psicológico comum entre as pessoas que sofrem de depressão. Sentir-se inadequado ou incapaz de lidar com os desafios diários pode alimentar sentimentos de impotência e desespero.

Os traumas ou experiências negativas durante a infância, como os abusos físicos, emocionais ou sexuais, também podem ter efeitos duradouros na saúde mental. Estes acontecimentos podem afetar o desenvolvimento da autoeficácia e das capacidades de lidar com a situação, ou seja, a forma como um indivíduo lida e gere uma situação de sofrimento grave. Este fato torna o indivíduo mais vulnerável à depressão na idade adulta. Além disso, o estresse crônico, resultante de situações como o trabalho, relações difíceis ou pressão financeira, pode contribuir para o desenvolvimento do distúrbio.

[3] Em nível **social**, o isolamento e a falta de apoio social são fatores de risco significativos. As pessoas que não têm uma rede de apoio ou que se sentem sozinhas podem ser mais susceptíveis à depressão. As dificuldades relacionais, como os conflitos familiares ou as amizades comprometidas, podem intensificar o sentimento de solidão e tristeza. Num contexto cultural que estigmatiza a doença mental, as pessoas que sofrem de depressão podem sentir-se ainda mais isoladas e relutantes em procurar ajuda, agravando a sua situação.

Por último, **os acontecimentos significativos da vida**, como a perda de um ente querido, uma separação ou uma mudança drástica nas circunstâncias da vida, podem atuar como fatores desencadeantes. Estes acontecimentos podem desencadear uma resposta emocional profunda que, combinada com vulnerabilidades preexistentes, pode levar ao aparecimento de depressão.

3.3

SINAIS DE ALERTA DA DEPRESSÃO

[1] É importante que as pessoas que sofrem de depressão sejam capazes de reconhecer os primeiros sinais de alerta da doença, de modo a poderem implementar estratégias adequadas e procurar ajuda para prevenir um possível episódio depressivo. Em geral, **os primeiros sinais de alarme** a que se deve prestar especial atenção são:

- Não querer sair de casa ou mesmo não ser capaz de se levantar da cama.
- Incapacidade de realizar as atividades diárias (higiene, alimentação, obrigações familiares, etc.)
- Não ter esperança, acreditar que a situação que se está a viver não tem solução, que nada pode ser feito para melhorá-la.
- Inibição psicomotora: dificuldade nos movimentos e na fala, sensação de abrandamento do pensamento e de que a voz soa monótona, lenta e abafada.
- Pensamentos de morte ou tentativas de suicídio

[2] Existem diferentes sinais e sintomas de depressão e estes podem variar consoante à idade.

De fato, **a depressão nas crianças (idade pré-escolar, até os 6/7 anos)** existe e é muitas vezes ignorada ou subestimada, mas é importante abordá-la com sensibilidade.

Pode assumir as seguintes formas:

- Sintomas físicos: dores (dores de cabeça e dores abdominais), fadiga, tonturas.
- Ansiedade (especialmente ansiedade de separação).

- Fobias.
- Agitação psicomotora ou hiperatividade.
- Irritabilidade.
- Diminuição do apetite (baixo peso).
- Alterações do sono.
- Diminuição do prazer de ir à escola ou de brincar.
- Perda de competências sociais.

E também...

- Distúrbios de evacuação.
- Um rosto triste (tristeza constante).
- Comunicação deficiente.
- Choro frequente.
- Movimentos repetitivos.
- Autoagressão e heteroagressão.

Também reconhecemos alguns sinais **na idade escolar (6/7 - 12 anos)**:

- Humor deprimido verbalizado: tristeza, irritabilidade, aborrecimento.
- Aspecto triste, facilidade em chorar, apatia, cansaço, isolamento.
- Mau desempenho escolar.
- Baixa concentração.
- Distúrbios somáticos.
- Perda de peso.
- Insônias.
- Sintomas psicóticos congruentes com o humor.
- Má relação com os colegas.
- Desejo de morte.
- Apego exclusivo e excessivo aos animais.
- Dificuldade em divertir-se (anedonia).
- Baixa autoestima.

A depressão na **adolescência (>12 anos)** não consiste apenas em humor deprimido e melancolia ocasional, mas é um distúrbio que se pode manifestar com sintomas diferentes dos observados nos adultos. A lista que se segue enumera os sintomas mais frequentes; ao lê-la, é preciso ter em conta que nem todos estão sempre presentes:

- Irritabilidade e instabilidade.
- Humor deprimido e irritável.
- Perda de energia.
- Desmotivação e falta de interesse.
- Abrandamento psicomotor.
- Sentimentos de desespero e de culpa.
- Distúrbios do sono (hipersonia).
- Alterações do apetite e do peso.
- Isolamento.
- Dificuldades de concentração.
- Diminuição do rendimento escolar.
- Baixa autoestima.
- Ideação e tentativas de suicídio.
- Problemas comportamentais graves (consumo de álcool e de drogas).

Para ser mais conciso, os sintomas subjetivos mais numerosos nas **garotas** são: tristeza, vazio, aborrecimento, raiva, ansiedade, maior preocupação com a popularidade, menor satisfação com a própria aparência, menor autoestima.

Em vez disso, **os rapazes** exprimem sentimentos de desprezo e desafio, bem como problemas de comportamento (absentismo escolar, fuga de casa, violência física, roubo, abuso de substâncias).

Embora os sintomas da depressão pareçam semelhantes nos adolescentes e nos adultos, existem de fato algumas diferenças

- Os adolescentes nunca usam uma «máscara de depressão»: a sua aparência, a sua expressão facial não é depressiva.
- Os adolescentes não dizem verbalmente que estão tristes, muito menos deprimidos; podem dizer que estão aborrecidos, esgotados, fartos.
- Não procuram compreensão empática e conforto do adulto – tendência para recusar ajuda, ser hostil ou indiferente.

Estar deprimido é como ver a vida passar com óculos de sol, que não permite ver a realidade tal como ela é, mas filtrada através destas lentes, onde tudo parece tão difícil ou impossível de concretizar.

PRINCIPAIS MITOS E FALSAS CRENÇAS SOBRE A DEPRESSÃO

Muitas pessoas que sofrem de depressão são **vítimas da incompreensão da população em geral**, que não consegue compreender a dimensão desta doença ou o impacto real que tem na vida cotidiana dos doentes. Compreender a realidade da depressão é de grande ajuda para normalizar este problema de saúde mental. Nesse sentido, é muito interessante ouvir e expor os falsos mitos.

A depressão e a tristeza são a mesma coisa. FALSO

A tristeza é uma emoção passageira e temporal que ocorre em determinados momentos da vida. A depressão, por outro lado, é um distúrbio mental que interfere significativamente na vida cotidiana de quem a experimenta. É importante saber distinguir os sintomas que indicam a presença de um quadro depressivo.

A depressão dura toda a vida. FALSO

Com um bom diagnóstico e um tratamento adequado, uma pessoa pode ter uma vida normal. Os profissionais indicam a cada pessoa o tipo de tratamento a efetuar com base nas melhores provas científicas possíveis. O envolvimento ativo da pessoa que sofre de depressão e da sua família é crucial durante o processo de tratamento.

A depressão pode ser simulada. FALSO

É muito difícil simular uma depressão. É importante lembrar que a depressão causa grande sofrimento à pessoa.

A depressão na velhice é diferente e mais difícil de tratar do que a depressão na juventude. FALSO

O quadro da depressão nos idosos é idêntico ao dos jovens. A reação à depressão é tão boa nos idosos como nos jovens.

A depressão não afeta as crianças. FALSO

A depressão afeta a infância, mas apresenta sintomas diferentes dos adultos e, em particular, passa despercebida porque não é pensada ou é confundida com outros problemas que podem ser consequência do estado de saúde. Noutras crianças, a depressão pode tornar-se altamente incapacitante e transcender para um nível superior de mal-estar.

A depressão pode ser curada sozinha. FALSO

Os sintomas de depressão, como fadiga corporal, insônias, dores musculares, dificuldades de estômago ou alterações de humor, impedem a recuperação da pessoa

que sofre de depressão. É essencial ter consciência de que se trata de uma depressão e procurar ajuda profissional para obter a ajuda necessária.

As pessoas com depressão estão sempre tristes. FALSO

É possível que algumas pessoas deprimidas estejam sempre tristes. Cada pessoa pode ter sintomas diferentes. É muito comum a anedonia, ou seja, a incapacidade de sentir prazer, o que pode resultar num estado de tristeza profunda.

A depressão é uma consequência de um traumatismo. FALSO

É certo que a depressão pode surgir de uma situação negativa, como a perda de um ente querido, um fracasso, a perda de um emprego ou a perda de uma relação amorosa. Assim, as pessoas deprimidas não são capazes de reconhecer um fator externo que tenha dado origem à manifestação deste mal-estar.

Os medicamentos são suficientes para curar a depressão. FALSO

A medicina intervém regulando a base bioquímica da depressão. No entanto, na maioria dos casos, a medicação pode ser insuficiente e são necessárias outras intervenções, tais como intervenções psicoterapêuticas, educativas e no ambiente de vida, para completar o tratamento e otimizar a recuperação.

3.5

COMO ACOMPANHAR A DEPRESSÃO NO CAMPO EDUCACIONAL

Atenção especial à prevenção primária

[1] Como é sabido, a *prevenção primária* consiste em reduzir a incidência de uma doença, visando os fatores de risco que a precedem. A *prevenção secundária* tem por objetivo reduzir a prevalência e centrar-se no tratamento da doença. A *prevenção terciária* visa a reabilitação e a prevenção de recaídas.

Neste ponto, gostaríamos de salientar os aspectos da **prevenção primária da depressão**, centrando-nos na intervenção antes do início dos sintomas, e fazemo-lo abordando o ambiente em que a pessoa vive para promover uma maior resiliência e bem-estar emocional.

A este respeito, alguns *fatores de proteção pessoal* que podem reduzir o risco de desenvolver depressão devem ser realçados e encorajados no campo educacional:

- Expressar os sentimentos com pessoas próximas, uma rede de apoio social estável para partilhar o seu estado de espírito com pessoas em quem confia.

- Apoiar-se na família e nos amigos, ou seja, manter relações estreitas e coesas.
- Cultivar crenças espirituais ou religiosas.
- Exercitar-se regularmente: exercício físico regular.
- Estabelecer uma rotina diária e definir objetivos realistas.
- Refletir todos os dias sobre as coisas positivas que lhe aconteceram, agradeça e aprecie os aspectos positivos da vida.
- Fazer planos.
- Manter uma dieta saudável.
- Manter uma boa rotina de sono e repouso.
- Evitar o álcool e as drogas.
- Envolver-se em atividades que o façam sentir-se melhor, por exemplo, participar em atividades de voluntariado ou de serviço comunitário.
- Pensamentos positivistas e desenvolvimento da autoestima.
- Ajudar a tolerar a incerteza e a ambiguidade. Vivemos tempos de incerteza.
- Aprender a relaxar.
- Manter um sentido de perspectiva. Certas situações não durarão para sempre e devem ser estabelecidos novos objetivos realistas, em conformidade com as circunstâncias atuais.
- Se tiver pensamentos suicidas, procurar ajuda imediatamente.
- Se necessário, procurar a ajuda de profissionais de saúde.

[2] Por outro lado, para abordar a depressão juvenil de forma eficaz e abrangente, os educadores devem criar um ambiente acolhedor e sem juízos de valor, onde os jovens se sintam seguros para iniciar um diálogo sobre as suas emoções e dificuldades. Um critério educativo essencial é a **promoção da empatia e da escuta ativa**, para que os educadores possam estabelecer uma relação de confiança com os jovens. Para o efeito, é útil organizar encontros individuais e de grupo, nos quais os jovens possam contar livremente as suas experiências.

Num contexto comunitário, podem ser criados espaços protegidos, como os círculos de partilha, onde cada participante tem a oportunidade de falar sem interrupções. Um educador pode conduzir estas sessões introduzindo um tema de reflexão, como por exemplo: «Quais são as coisas que mais o preocupam neste momento?»; «Quais são as situações em que se sente mais feliz?».

A utilização de perguntas abertas é crucial para incentivar a partilha sincera.

[3] Existem **ações educativas que promovem e previnem a saúde mental** dos adolescentes, nomeadamente, intervenções centradas na família – como o treino de competências – nas escolas e nos contextos educativos, tais como:

- Mudanças organizacionais para um ambiente psicológico seguro e positivo.
- O ensinamento do valor da saúde mental e das competências para a vida.
- Formação do pessoal em matéria de identificação e gestão dos riscos de suicídio.
- Intervenções baseadas na liderança entre pares ou em programas de tutoria.
- Programas de prevenção dirigidos a adolescentes em situações vulneráveis, como os afetados por ambientes humanitários frágeis e os grupos minoritários ou discriminados.
- Intervenções em vários níveis para prevenir o abuso de álcool e de substâncias.
- Programas para ajudar a prevenir comportamentos sexuais de risco.



Técnicas para trabalhar em profundidade os vários aspectos da depressão

Aqui estão algumas atividades práticas com técnicas específicas que os educadores podem aplicar para ajudar os jovens a gerir a depressão e a desenvolver competências emocionais. Estas técnicas promovem a autoconsciência, melhoram as competências interpessoais e fornecem ferramentas concretas para lidar com dificuldades emocionais.

[1] Diário da gratidão e do bem-estar. Um exercício de escrita que ajuda os jovens a concentrarem-se nos aspectos positivos das suas vidas, reduzindo o efeito dos pensamentos negativos.

Atividade. Pedir aos jovens que escrevam, todas as noites, três coisas pelas quais se sintam gratos ou felizes, mesmo que sejam pequenas coisas como uma conversa agradável ou uma bela paisagem vista durante o dia. O educador pode então conduzir um debate semanal sobre o seu «momento de gratidão» preferido.

Materiais. Caderno para cada participante e canetas.

Duração. 10-15 minutos por dia.

[2] Grupos de discussão sobre emoções. Momentos de partilha em que os jovens podem discutir temas específicos e desenvolver um entendimento comum.

Atividade. O educador introduz um tópico específico, por exemplo: «Como lidar com momentos de tristeza?» ou «Quais são as suas principais preocu-

pações?» Os participantes respondem e discutem em círculo, ouvindo e respeitando as experiências uns dos outros. Cada grupo de discussão pode terminar com uma breve reflexão guiada, na qual cada pessoa expressa o que aprendeu com a reunião.

Materiais. Espaço tranquilo para o círculo, folhas de papel para tomar notas pessoais.

Duração. 45-60 minutos.

[3] A colagem do futuro. Ajuda os jovens a visualizar e a organizar os seus sonhos e objetivos, oferecendo uma ferramenta de introspeção que reforça a esperança no futuro.

Atividade. O educador fornece revistas, papel, tesoura e cola e convida as crianças a recortar imagens ou palavras que representem como veem o seu futuro ou o que desejam. No final da atividade, cada um apresenta a sua colagem e explica o que representa para ele. Pode concluir pedindo-lhes que escolham uma palavra-chave para representar o seu projeto futuro.

Materiais. Revistas, folhas, tesouras, cola.

Duração. 60-90 minutos.

[4] Atividade de escrita expressiva: «A carta a si próprio». A escrita expressiva ajuda os jovens a exteriorizar as suas emoções e pensamentos, promovendo uma reflexão pessoal profunda.

Atividade. O educador pede aos garotos que escrevam uma carta dirigida a si próprias num momento difícil ou a si próprias no futuro, dando conselhos e encorajamentos. Pode propor-se um tema, como «O que gostarias de dizer a ti próprio quando te sentes triste?» ou «Que conselho darias a ti próprio para ultrapassar as dificuldades?». No final, quem quiser pode ler a sua carta ao grupo. Este exercício pode ajudar a criar um sentimento de autoconsciência e de compreensão mútua.

Materiais. Papel, canetas.

Duração. 30 minutos para escrever, 30 minutos para partilhar.

[5] Workshop de Arteterapia. Através da arteterapia, os jovens podem expressar visualmente emoções que são difíceis de verbalizar.

Atividade. O educador convida os garotos a desenhar ou pintar algo que represente o seu estado emocional atual ou um desafio que estejam a enfrentar. Deixa-se bastante espaço para a liberdade criativa, sem julgar a capacidade artística. Uma vez terminados os desenhos, cada pessoa pode, se quiser, partilhar o significado do seu trabalho com o grupo.

Materiais. Folhas de desenho, marcadores, cores, lápis de cera.

Duração. 45-60 minutos.

[6] Atividades de «resolução de problemas» para lidar com os desafios do dia a dia. Estas atividades ajudam os jovens a desenvolver uma abordagem prática e positiva das dificuldades.

Atividade. O educador apresenta uma situação problemática, como «Tens um teste difícil e te sentes sobrecarregado» ou «Tiveste uma discussão com um amigo e não sabes como lidar com isso». Cada participante tem de pensar numa estratégia para lidar com o problema, tentando resolvê-lo com os meios à sua disposição. No final, partilham e discutem qual foi a solução mais eficaz e porquê.

Materiais. Cartões com situações problemáticas.

Duração. 30 minutos.

[7] Exercícios de comunicação empática. Estes exercícios ajudam a desenvolver a empatia e a compreensão mútua, competências fundamentais para o bem-estar relacional.

Atividade. Em pares, os participantes trocam histórias sobre uma situação difícil. De seguida, cada membro tem de resumir o que ouviu, tentando compreender o ponto de vista do outro. Depois, o grupo reflete sobre a importância de «sentir-se ouvido» e sobre como melhorar a comunicação.

Materiais. Nenhum específico.

Duração. 15-20 minutos para as duplas, 20 minutos para a reflexão em grupo.



CAPÍTULO

4

Distúrbios de sintomas somáticos

4.1

COMO RECONHECER OS DISTÚRBIOS SOMÁTICOS

Quando o corpo fala

Sempre se deu muito mais importância ao corpo. Este pode também ser um meio válido para comunicar um estado de mal-estar ou de sofrimento psíquico. Assim, há sofrimentos que encontram um espaço de expressão e tentam dar um sinal à pessoa, manifestando-se através da dor física. Envolvem a pessoa a 360 graus com a mente e o corpo. Existe, sem dúvida, uma ligação íntima mal-estar/bem-estar físico-mental.

Os distúrbios somatoformes, atualmente classificados no DSM-5 como «**sintomas somáticos e distúrbios relacionados**», são um grupo de doenças caracterizadas por sintomas físicos que não podem ser explicados por uma condição médica geral ou por outro distúrbio mental.

No entanto, estes sintomas físicos causam um desconforto considerável ou prejudicam a vida social, profissional ou outras áreas importantes da vida de uma pessoa.

Sintomas de distúrbios psicossomáticos

No DSM-5, os distúrbios somáticos e afins dividem-se principalmente em duas categorias: distúrbios de sintomas somáticos e distúrbios afins, cada uma com características distintas.

[1] Os distúrbios dos sintomas somáticos caracterizam-se pela presença de um ou mais sintomas somáticos que causam sofrimento significativo e estão associados a uma preocupação excessiva com a gravidade dos sintomas. Estes sintomas podem ser muito variados e incluem dor, distúrbios gastrointestinais, fadiga e outras manifestações físicas. O que distingue estes distúrbios é o fato de o foco da pessoa não estar tanto na doença em si, mas na sua interpretação da mesma e na ansiedade que sente em relação a ela. Muitas vezes, a pessoa procura repetidamente assistência médica, apesar de os exames médicos não revelarem uma causa física óbvia para os sintomas.

[2] Outro grupo são os **distúrbios relacionados**, que incluem o distúrbio de conversão, o distúrbio de doença hipocondríaca e o distúrbio de somatização. *O distúrbio de conversão* manifesta-se com sintomas neurológicos (como paralisia ou problemas de coordenação) que não podem ser explicados por uma condição médica, frequentemente em resposta a estresse emocional ou trauma. *O distúrbio hipocondríaco* envolve uma preocupação persistente com a possibilidade de ter uma doença grave, com base numa interpretação incorreta dos sintomas corporais normais.

Por último, *o distúrbio de somatização* refere-se a uma história de sintomas somáticos recorrentes e variáveis que não podem ser explicados por uma doença médica ou outro distúrbio mental. O DSM-5 sublinha que, embora os sintomas somáticos sejam reais e possam causar um sofrimento significativo, o mecanismo subjacente não está necessariamente relacionado com uma doença física.

[3] O **distúrbio de dismorfismo corporal** (ou *Distúrbio Dismórfico Corporal*) é um dos distúrbios relacionados com os distúrbios dos sintomas somáticos. Este distúrbio caracteriza-se por uma preocupação excessiva com um defeito perceptível na aparência física, que pode ser ligeiro ou mesmo inexistente aos olhos dos outros.

Pode dizer-se que se trata de uma condição psicológica caracterizada por uma obsessão com defeitos perceptíveis na aparência física, que podem ser ligeiros ou inexistentes.

Mesmo que estes defeitos pareçam insignificantes ou invisíveis para os outros, **para a pessoa que sofre são uma fonte de grande ansiedade e desconforto, de tal forma que interferem com a vida cotidiana.**

Principais características do distúrbio do dismorfismo corporal:

- **Preocupação obsessiva com a aparência física.** As pessoas passam muito tempo a concentrar-se em partes específicas do corpo, como a pele, o cabelo, o nariz, os olhos, a forma do rosto, os dentes ou outras características. Mesmo que as imperfeições sejam ligeiras ou imaginárias, a pessoa as vê como falhas estéticas graves.
- **Comportamentos repetitivos relacionados com a aparência.** Estes incluem ver-se repetidamente ao espelho, comparar-se com os outros, camuflar o alegado defeito (por exemplo, com maquiagem ou roupa) e recorrer a intervenções cosméticas para o corrigir. A pessoa pode procurar constantemente a segurança dos outros ou, pelo contrário, evitar o espelho e os contatos sociais por vergonha.
- **Impacto na vida cotidiana.** O distúrbio pode causar sofrimento emocional grave e interferir com o funcionamento diário. As pessoas com *Distúrbio Dismórfico Corporal* evitam frequentemente situações sociais por medo de serem julgadas pela sua aparência e podem isolar-se. O sofrimento pode também levar à depressão, ansiedade social e a pensamentos suicidas.
- **Procura obsessiva de intervenções estéticas.** Apesar das intervenções cirúrgicas ou estéticas, que as pessoas procuram frequentemente para corrigir os seus supostos defeitos, o alívio é apenas temporário. Em muitos casos a insatisfação persiste ou desloca-se para outras zonas do corpo, tornando a intervenção inútil.
- **Aspectos psicológicos e psiquiátricos.** O distúrbio está associado a uma baixa autoestima, ao perfeccionismo e a distúrbios de ansiedade. Em muitos casos, os indivíduos desenvolvem também distúrbios depressivos, ansiedade generalizada ou distúrbios alimentares. O distúrbio dismórfico corporal pode coexistir com a ansiedade social, uma vez que as pessoas receiam o julgamento dos outros.

Prevalência

[1] Os dados sobre os distúrbios somáticos são difíceis de determinar com exatidão devido à variabilidade na definição e no diagnóstico destas doenças. No entanto, estima-se que entre 5% e 7% da população em geral possa ser afetada por distúrbios somáticos. Estes distúrbios são **mais comuns nas mulheres do que nos homens**, com uma proporção variável, mas observa-se geralmente que as mulheres têm cerca de duas vezes mais probabilidades de desenvolver distúrbios somáticos.

[2] O grupo etário mais afetado por estes distúrbios tende a ser o dos adultos jovens e de meia-idade, com **um pico de incidência entre os 20 e os 40 anos**. No entanto, é importante notar que os sintomas também podem ocorrer na adolescência e, em alguns casos, mesmo na velhice, onde podem ser complicados por outros fatores, como a presença de doenças físicas crônicas ou o declínio das capacidades cognitivas.

[3] As características relevantes incluem uma comorbidade significativa com outros distúrbios psicológicos, como a ansiedade e a depressão, o que pode complicar ainda mais o diagnóstico e o tratamento. Além disso, as pessoas com distúrbios somáticos **têm frequentemente antecedentes de experiências traumáticas ou estressantes**, que podem afetar a sua saúde mental e física.

[4] Geograficamente, a prevalência dos distúrbios somáticos pode variar. Nos Estados Unidos e na Europa as taxas de diagnóstico podem ser mais elevadas, em parte devido a uma maior conscientização e acesso aos serviços de saúde mental. No entanto, em muitas regiões da Ásia e da África os distúrbios somáticos podem estar subdiagnosticados devido ao estigma, à falta de formação profissional e às diferenças culturais na percepção da saúde mental.

4.2

CAUSAS QUE CONTRIBUEM PARA OS DISTÚRBIOS SOMÁTICOS

As causas dos distúrbios dos sintomas somáticos são complexas e multifatoriais, resultando de uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. **Embora não exista uma causa única que possa explicar a sua origem**, é amplamente reconhecido que uma interação dinâmica entre a mente e o corpo desempenha um papel fundamental.

[1] Um fator importante é a **predisposição genética**. Estudos demonstraram que existe um componente hereditário que torna algumas pessoas mais vulneráveis a desenvolver distúrbios psiquiátricos relacionados com a ansiedade, como os distúrbios somáticos. As pessoas com uma história familiar de distúrbios de ansiedade, distúrbios depressivos ou outros distúrbios mentais têm um risco mais elevado de desenvolver sintomas somáticos. Esta predisposição genética influencia a sensibilidade do sistema nervoso central, que pode reagir de forma mais intensa a estímulos físicos e emocionais, exacerbando a percepção da dor ou de sintomas corporais.

De um ponto de vista neurobiológico, verifica-se que as pessoas com distúrbios dos sintomas somáticos podem ter alterações nos circuitos cerebrais envolvidos na percepção da dor e no processamento dos estímulos corporais. O sistema nervoso central pode estar mais ativado ou hipersensível aos sinais normais do corpo, levando a uma maior percepção e amplificação dos sintomas físicos. Foi também sugerido o envolvimento de neurotransmissores como a serotonina e a dopamina, que regulam tanto o humor como a sensibilidade à dor.

[2] **Os fatores psicológicos** desempenham um papel crucial no desenvolvimento e na manutenção dos distúrbios dos sintomas somáticos. As pessoas com tendência para in-

interpretar os sinais físicos de forma catastrófica ou com uma acentuada sobreatenção ao corpo são mais propensas a desenvolver este tipo de distúrbio. A crença de que um sintoma físico é um sinal de uma doença grave, mesmo na ausência de provas médicas, é comum nestes indivíduos. Experiências traumáticas ou emocionais, particularmente durante a infância, como abuso físico ou sexual, negligência ou trauma psicológico, podem aumentar a probabilidade de desenvolver distúrbios somáticos.

Estas experiências podem levar a uma dificuldade em gerir as emoções, fazendo com que a pessoa expresse o seu sofrimento psicológico através de sintomas corporais. Por outras palavras, o corpo torna-se o meio através do qual se manifestam os conflitos emocionais ou o estresse não processado. Alguns indivíduos também desenvolvem uma forma de «hipervigilância» em relação aos sinais do seu corpo, monitorizando constantemente a mais pequena alteração ou sensação, o que pode levar a uma sobrevalorização da importância dos sintomas físicos.

[3] O **contexto familiar** também desempenha um papel importante. Os padrões de doença observados na infância podem influenciar a forma como um indivíduo percebe e reage aos seus sintomas físicos. Se, numa família, se tende a prestar demasiada atenção aos sinais corporais ou a tratar todas as doenças físicas como algo grave, é mais provável que a criança desenvolva crenças semelhantes. Em alguns casos, os sintomas físicos podem tornar-se um meio de obter atenção, conforto ou de evitar responsabilidades e pressões. Este mecanismo pode ser reforçado inconscientemente pelo ambiente que o rodeia, levando a pessoa a manter ou a amplificar os sintomas somáticos.

[4] Por último, **os fatores culturais e sociais** contribuem significativamente para a manifestação e interpretação das queixas somáticas. Em algumas culturas, exprimir o sofrimento emocional através de sintomas físicos pode ser mais aceitável ou compreensível do que verbalizar as emoções. As normas sociais e culturais podem influenciar a forma como um indivíduo interpreta e lida com os sintomas corporais. Em algumas sociedades, um distúrbio mental ainda é estigmatizado e menos aceito do que uma doença física. Os ideais de beleza promovidos pelos meios de comunicação social, a pressão social e as expectativas em relação à aparência física podem agravar a doença. Consequentemente, é mais provável que as pessoas manifestem o sofrimento psicológico através do corpo, em vez de o reconhecerem como um problema emocional ou mental.

Os sinais de alerta dos distúrbios dos sintomas somáticos podem variar de pessoa para pessoa, mas existem alguns sintomas comuns que podem indicar a presença de um distúrbio. Reconhecê-los é importante para intervir precocemente e procurar tratamento adequado.

- [1] Um dos principais sinais é a **preocupação excessiva e persistente com os sintomas físicos**, mesmo quando não existe uma explicação médica clara. As pessoas com distúrbios dos sintomas somáticos tendem a preocupar-se obsessivamente com os seus sintomas, interpretando-os como sinais de doença grave. Esta preocupação pode não ser aliviada, mesmo após numerosos exames médicos negativos ou garantias de profissionais de saúde.
- [2] Um outro sinal de alerta importante é a **dor ou o desconforto persistentes sem uma causa médica clara**. As pessoas podem sentir dor crônica ou outros sintomas físicos, como fadiga, tonturas ou dificuldade em respirar, apesar de os exames não indicarem qualquer problema físico evidente. Embora os sintomas possam ser reais e debilitantes, o nível de sofrimento sentido pela pessoa é desproporcional em relação à gravidade real do sintoma.
- [3] **A procura frequente de assistência médica** ou de diferentes especialistas é outro sinal de alerta. As pessoas tendem a consultar vários médicos ou a submeter-se a exames repetidos na esperança de encontrar uma resposta ou um diagnóstico que explique os seus sintomas. Muitas vezes não ficam satisfeitos com os resultados negativos e continuam a acreditar que têm uma doença física grave.
- [4] Um comportamento comum é o **controle constante dos sintomas**. As pessoas com distúrbios dos sintomas somáticos podem verificar repetidamente o seu corpo em busca de sinais de doença, por exemplo, medindo continuamente a temperatura, a tensão arterial ou inspecionando uma parte específica do corpo. Isto pode levar a um ciclo obsessivo de monitorização dos sintomas que agrava a preocupação.
- [5] **A tranquilização excessiva** por parte de familiares, amigos ou médicos é outro sinal. Estes indivíduos procuram frequentemente ser tranquilizados por outros, perguntando-lhes se os seus sintomas parecem preocupantes ou se devem preocupar-se com uma doença. Apesar das garantias que recebem, a sua ansiedade não diminui e continuam a procurar confirmação.

[6] O comprometimento das atividades diárias é um sinal-chave. Os distúrbios dos sintomas somáticos podem interferir significativamente na vida cotidiana, afetando o trabalho, as relações sociais e as atividades pessoais. As pessoas podem evitar certas atividades por receio de agravar os sintomas ou porque não se sentem fisicamente capazes de participar. Isto pode levar ao isolamento social, à diminuição da produtividade e à deterioração da qualidade de vida.

[7] Por último, o aparecimento de sintomas psicológicos concomitantes, como a ansiedade e a depressão, é mais um sinal de alerta. A angústia e a frustração resultantes da persistência dos sintomas físicos, combinados com a falta de explicação médica, podem levar a um agravamento do estado emocional. As pessoas podem desenvolver distúrbios de ansiedade, ataques de pânico ou depressão, agravando ainda mais o seu estado geral.

4.4

PRINCIPAIS MITOS E FALSAS CRENÇAS SOBRE OS DISTÚRBIOS SOMÁTICOS

Os distúrbios dos sintomas somáticos são apenas imaginação: as pessoas inventam os seus sintomas. FALSO

As pessoas com distúrbios dos sintomas somáticos não fingem. Sentem dores ou desconforto reais, mesmo que nem sempre exista uma causa médica óbvia. O sofrimento é genuíno e muitas vezes agravado pela ansiedade e por processos mentais inconscientes.

As pessoas que sofrem de distúrbio do dimorfismo corporal são apenas vaidosas. FALSO

O distúrbio do dimorfismo corporal não tem a ver com vaidade, mas sim com uma obsessão patológica com defeitos físicos perceptíveis (muitas vezes inexistentes ou mínimos). Estas preocupações causam um sofrimento intenso e prejudicam a vida social e profissional.

Os distúrbios dos sintomas somáticos podem ser resolvidos pela força de vontade. FALSO

Não se trata de «escolher de estar bem». Estes distúrbios requerem uma abordagem multidisciplinar que inclua apoio psicológico e, em alguns casos, tratamento médico dos sintomas físicos e psicológicos.

Se os médicos não encontrarem nada, isso significa que não há mesmo nada. FALSO

A ausência de uma explicação médica não torna os sintomas menos reais. Os distúrbios dos sintomas somáticos têm bases psicológicas e neurobiológicas, mesmo que nem sempre sejam visíveis através de exames médicos.

Os distúrbios dos sintomas somáticos afetam apenas as mulheres. FALSO

Embora sejam mais comuns nas mulheres, os homens também podem ser afetados. O seu diagnóstico pode ser menos frequente devido a estereótipos de gênero ou a uma manifestação diferente dos sintomas.

4.5

COMO ACOMPANHAR OS SINTOMAS SOMÁTICOS NO CAMPO EDUCACIONAL

Uma abordagem muito cuidadosa, sensível e multidisciplinar

[1] O primeiro fator a considerar é a importância do **apoio social**. Ter uma rede social forte de amigos, familiares ou outras pessoas de confiança pode constituir um importante mecanismo de proteção. As relações interpessoais positivas ajudam a gerir o estresse, normalizam as preocupações com a saúde e reduzem a ansiedade relacionada com os sintomas físicos.

As pessoas que se sentem apoiadas têm **mais probabilidades de interpretar corretamente os sinais corporais e de procurar ajuda profissional quando necessário**, sem cair em atitudes hipercatastróficas.

[2] **Uma boa adaptação emocional** e a **capacidade de lidar com o estresse** são outro fator de proteção fundamental. As pessoas que desenvolvem competências eficazes para lidar com o estresse, como técnicas de relaxamento, atenção plena ou estratégias cognitivas para gerir emoções negativas, são menos propensas a somatizar o sofrimento psicológico. Uma boa **regulação emocional** permite lidar com o estresse diário sem o descarregar no corpo, evitando assim o aparecimento de sintomas físicos relacionados com a tensão emocional ou a ansiedade.

[3] É, pois, importante, no campo educacional **insistir no conhecimento e na educação à saúde**. As pessoas que têm uma compreensão adequada do funcionamento do corpo e das respostas fisiológicas normais ao estresse têm menos probabilidades de interpretar erradamente os sintomas físicos como sinais de doença grave. A educação para a saúde pode ajudar a reduzir a ansiedade relacionada com a saúde, promovendo uma atitude mais realista em relação aos sintomas corporais.

[4] Em geral, o objetivo principal é oferecer **apoio e criar um ambiente seguro e inclusivo** onde os jovens possam explorar e abordar as suas preocupações relacionadas com a aparência física e o bem-estar geral, sem se sentirem julgados ou estigmatiza-

dos. Por conseguinte, uma intervenção educativa deve basear-se numa série de critérios fundamentais, incluindo ações preventivas e atividades estruturadas, a fim de construir um percurso abrangente e eficaz de sensibilização e apoio.

[5] A abordagem educativa deve, em primeiro lugar, incluir uma informação correta sobre os distúrbios somáticos, como a dismorfia corporal, e, de um modo mais geral, sobre os efeitos que a percepção do corpo tem na saúde mental e física. O educador deve fornecer conteúdos claros e cientificamente corretos sobre o que são estes distúrbios, salientando também **o impacto que os meios de comunicação social e as redes sociais** podem ter na percepção do corpo.



Técnicas para trabalhar em profundidade os diferentes aspectos dos distúrbios somáticos e do dimorfismo

Questionário sobre a percepção do corpo e o bem-estar emocional

Os questionários anônimos são instrumentos fundamentais para identificar preliminarmente o nível de desconforto ou insegurança relacionado com a percepção do corpo. Antes de iniciar um programa educativo, é útil distribuir um questionário aos participantes com perguntas estruturadas para avaliar:

- A autopercepção
- A influência das redes sociais
- O estado emocional relacionado com a imagem corporal
- Bem-estar psicofísico

Autopercepção e imagem corporal

- Até que ponto você se sente satisfeito com a sua aparência física geral?
Muito satisfeito – Um pouco satisfeito – Não muito satisfeito – Nada satisfeito
- Com que partes do seu corpo está mais satisfeito? (Resposta aberta)
- Com que partes do seu corpo está menos satisfeito? (Resposta aberta)
- Até que ponto você acha que a sua aparência física influencia o seu humor?
Muito – Um pouco – Nem por isso
- Quantas vezes por dia você pensa na aparência do seu corpo?
Nunca – 1 ou 2 vezes – 3 ou 5 vezes – Mais de 5 vezes
- Sente-se frequentemente preocupado ou desconfortável com o seu corpo?
Sempre – Frequentemente – Por vezes – Raramente – Nunca

Influência das redes sociais

- Durante todos os dias, quanto tempo você passa nas redes sociais?
Menos de uma hora – 1-3 horas – 3-5 horas – Mais de 5 horas
- Costuma comparar a sua aparência com a das pessoas que vê nas redes sociais?
Sempre – Frequentemente – Por vezes – Raramente – Nunca
- Acha que as redes sociais influenciam a forma como você vê o seu corpo?
Muito – Um pouco – Nem por isso
- Quando você vê fotografias de pessoas «perfeitas» nas redes sociais, como se sente?
Motivado para melhorar a minha aparência – Insatisfeito com a minha aparência – Indiferente – Outro (especificar)
- Já alguma vez você editou ou retocou uma fotografia antes de a publicar nas redes sociais?
Sempre – Muitas vezes – Às vezes – Nunca

Autoestima e autoaceitação

- Como você descreveria a sua autoestima geral?
Muito alta – Um pouco alta – Média – Baixa – Muito baixa
- Em que medida você se sente aceito pelo seu grupo de amigos?
Completamente – Um pouco – De modo algum
- Já alguma vez você foi vítima de comentários negativos ou de gozo relativamente ao seu aspecto?
Nunca – Raramente – Frequentemente – Muito frequentemente
- Até que ponto você se sente confiante em mostrar-se tal como é, sem alterações ou truques?
Muito seguro – Razoavelmente seguro – Não muito seguro – Nada seguro

Bem-estar psicofísico

- Com que frequência você se sente ansioso ou estressado em relação ao seu corpo ou à sua imagem?
Sempre – Muitas vezes – Às vezes – Nunca
- Quando você está entre amigos ou em público, alguma vez pensa na sua aparência?
Sempre – Muitas vezes – Às vezes – Nunca
- Até que ponto você acha que a sua autoestima é influenciada pela sua aparência física?
Muito – Um pouco – Nem por isso

- Que estratégias ou hábitos você utiliza para cuidar do seu bem-estar psicofísico? (por exemplo, desporto, meditação, outras atividades de autocuidado) (Resposta aberta)

Reflexões e sugestões

- Quais são as principais dificuldades com que você se depara quando se trata de aceitar o seu corpo? (Resposta aberta)
- Que atividades ou estratégias pensa que o poderiam ajudar a melhorar a sua autopercepção? (Resposta aberta)
- Se pudesse receber apoio sobre este tema, que tipo de apoio você consideraria útil? (por exemplo, aconselhamento, grupos de discussão, material informativo) (Resposta aberta)
- Há mais alguma coisa que gostaria de acrescentar ou partilhar sobre o tema da percepção corporal? (Resposta aberta).

Grupo de discussão sobre imagem corporal e estereótipos de beleza

A organização de sessões de grupo em que os jovens possam exprimir as suas opiniões sobre os modelos de beleza e as pressões estéticas da sociedade permite-lhes desenvolver o pensamento crítico. Durante estas sessões, o educador pode utilizar perguntas de estímulo como:

- «Que padrões de beleza você acha que são promovidos pelas redes sociais?»
- «Até que ponto você se sente influenciado pelos padrões estéticos publicitados nos meios de comunicação social?»
- «você acha que a imagem do corpo ideal mudou ao longo do tempo?»

Estes debates não só ajudam os jovens a refletir, como também criam um ambiente onde se sentem ouvidos e podem encontrar apoio mútuo. Para incentivar a participação aberta, recomenda-se a utilização de um círculo de partilha onde todos têm o direito de se exprimir sem interrupção.

Seminários de consciência corporal

A atenção plena é uma técnica eficaz para ajudar os jovens a desenvolver uma relação mais equilibrada com o seu corpo, baseada na consciência e na aceitação. Durante estas sessões, os participantes podem ser guiados através de:

[1] Exercícios de respiração e de consciencialização. O educador convida os jovens a fecharem os olhos, a concentrarem-se na respiração e a repararem nas sensações corporais sem as julgar. Isto ajuda a desenvolver uma autoconsciência livre de críticas.

[2] Visualizações guiadas. O educador orienta os jovens para que imaginem um momento em que se sentiram serenos e em sintonia com o seu corpo, pedindo-lhes depois que reflitam sobre a forma de manter esse sentimento.

[3] Diário de gratidão corporal. Convidar os participantes a manter um diário no qual, no final do dia, anotam pelo menos uma qualidade do seu corpo pela qual estão gratos. Este exercício reforça a aceitação e reduz a autocrítica.

Projetos criativos de exploração da identidade corporal

A criação de projetos artísticos coletivos permite que os jovens explorem a autenticidade do corpo num contexto seguro e sem juízos de valor. Algumas ideias práticas incluem:

[1] Exposição de fotografias pessoais. Cada participante tira uma fotografia que representa um aspecto de si próprio que considera autêntico ou significativo. A fotografia é depois exposta numa galeria da escola com uma breve descrição do que representa.

[2] Colagem sobre a identidade corporal. Cada rapaz pode criar uma colagem de imagens e palavras que representam a sua identidade, tanto física como emocional. Este projeto incentiva a autorreflexão e valoriza a diversidade.

[3] Murais de autoimagem: Em colaboração, os rapazes podem pintar um mural que represente a ideia de beleza e aceitação. Este tipo de atividade não só fortalece o grupo, como também permite que os participantes explorem a imagem corporal de uma forma construtiva.

Reuniões de discussão com peritos

Convidar psicólogos, nutricionistas e *personal trainers* especializados na promoção da saúde e do bem-estar corporal pode ser uma forma de fornecer aos jovens informações profissionais sobre como cuidar do seu corpo. Durante estas reuniões, os especialistas podem abordar temas como:

- A diferença entre uma dieta saudável e as dietas restritivas.

- Como definir objetivos físicos realistas baseados no bem-estar e não na estética.
- Técnicas para melhorar a autopercepção sem ficar obcecado com a aparência física.

Este tipo de encontro pode também ser acompanhado de uma sessão de perguntas e respostas, onde os jovens têm a oportunidade de exprimir as suas dúvidas e receber conselhos práticos.

Percursos educativos ao uso consciente das redes sociais

A educação para a literacia mediática ajuda os jovens a compreender o efeito das redes sociais na imagem corporal. Por exemplo, podem ser organizadas atividades como:

[1] Análise crítica de perfis sociais. O educador mostra perfis de influenciadores e anunciantes para discutir em grupos como as imagens perfeitas são construídas e que ferramentas são utilizadas (filtros, retoques). O objetivo é desmascarar a natureza artificial de muitas imagens.

[2] Criar conteúdos realistas. Os jovens podem ser encorajados a criar conteúdos realistas que promovam a autenticidade, documentando momentos das suas vidas sem edição ou filtros. Isto promove a autenticidade e ajuda a contrariar a pressão no sentido de uma imagem perfeita.

Materiais educativos e brochuras

O educador pode utilizar materiais de apoio, tais como brochuras e cartazes informativos a colocar em áreas comuns, abordando temas como:

- Os riscos de prestar demasiada atenção ao corpo.
- A importância da autoestima e da autoaceitação.
- Estratégias para melhorar a percepção do próprio corpo.

A distribuição de materiais informativos em locais frequentados por jovens (salas de aula, biblioteca, ginásio) ajuda a normalizar estas questões, criando um ambiente em que os jovens se sentem menos sozinhos no seu percurso de aceitação do corpo.





CAPÍTULO

5

Distúrbios alimentares

5.1

COMO RECONHECER OS DISTÚRBIOS ALIMENTARES

Estou doente, mas é difícil admiti-lo

Quais são os tipos de distúrbios, qual é a causa, quais são os sinais de alerta que nos podem fazer suspeitar, onde podemos ir e que tratamento devemos seguir, quais são os fatores de proteção contra esta doença? Estas são algumas das questões a que esta seção responde de forma sucinta para fornecer as informações mais relevantes sobre estas doenças.

Os distúrbios alimentares (DAE) fazem parte dos distúrbios psiquiátricos e caracterizam-se por um comportamento alimentar anormal que afeta negativamente a saúde física e psicológica de uma pessoa.

Estes distúrbios envolvem **uma preocupação excessiva com o peso corporal, a forma do corpo e a alimentação**, e podem ter consequências graves para a saúde. Os distúrbios do comportamento alimentar manifestam-se de várias formas, cada uma com características e critérios diagnósticos específicos, mas todas elas estão unidas por uma relação disfuncional com a comida e uma distorção da percepção do corpo.

Uma característica comum destes distúrbios é a falta de consciência da doença e, conseqüentemente, a falta de motivação para recuperar. Por este motivo, o tratamento é longo e complexo e o papel da família é essencial para a recuperação.

Sintomas de distúrbios alimentares

Certos comportamentos ou sinais podem levar a suspeitar de uma distúrbio alimentar. Estes devem ser observados porque, se forem diagnosticados o mais cedo possível, a recuperação será mais fácil e mais rápida. Os sinais de alerta para o início de um distúrbio alimentar são os seguintes:

Em primeiro lugar, **os sinais e sintomas físicos:**

- Perda de peso num curto espaço de tempo sem conhecer a sua origem.
- Atraso de crescimento normal para a idade e o peso.
- Alterações súbitas de peso.
- Distúrbios menstruais, perda da menstruação sem razão médica.
- Descalcificação óssea (osteoporose).
- Bochechas inchadas devido a vômitos autoinduzidos (hipertrofia das parótidas).
- Anomalias dentárias (perda da camada de esmalte, cáries).
- Calosidades nas articulações de alguns dedos.

Em segundo lugar, **os sinais e sintomas psicológicos:**

- Preocupação extrema com a figura, a dieta e o peso.
- Comentários depreciativos sobre o próprio corpo.
- Distorção grave da imagem corporal.
- Perfeccionismo e insatisfação.
- Instabilidade emocional.
- Isolamento e preocupação excessiva com o estudo.
- Irritabilidade.
- Baixa autoestima.
- Impulsividade.
- Aumento da rigidez e da obsessão.

Por último, **os sinais e sintomas comportamentais:**

- Persistência na dieta, mesmo que a pessoa seja muito magra.
- Mudança de hábitos alimentares (tornar-se vegetariano ou vegano).
- Aumento do interesse pela cozinha, pelo vestuário e pela moda.
- Desaparecimento após as refeições e fechar-se no banho.
- Tendência para esconder certas partes do corpo com o vestuário.
- Compra e consumo de produtos de emagrecimento.

- Rituais estranhos com a comida, como cortá-la muito.
- Exercício excessivo.
- Obsessão de se pesar continuamente.
- Isolamento social.

Prevalência

[1] Estudos epidemiológicos sobre a população de maior risco registram uma prevalência de aproximadamente 5% em mulheres com idades compreendidas entre os 12 e os 21 anos. Com base no diagnóstico, os valores de prevalência são de 0,31% para a anorexia nervosa, 0,77% para a bulimia nervosa e 3,07% para os distúrbios alimentares não especificados (Pérez-Gaspar et al., 2000). O comportamento de risco destes distúrbios nos adolescentes situa-se entre os 11 e os 18%.

Estima-se que, atualmente, só na Itália, mais de **três milhões de pessoas** sofram de ADN (Distúrbios Alimentares e Nutricionais) e que dezenas de milhões de jovens e adultos em todo o mundo adoeçam todos os anos. A pandemia veio agravar ainda mais a situação, com um aumento estimado dos casos de, pelo menos, 30-35% e uma **diminuição da idade de início**.

[2] Normalmente estes distúrbios têm o seu início na infância e afetam mais a população feminina, embora o número de indivíduos do sexo masculino esteja aumentando, especialmente na adolescência e pré-adolescência. As ADN **começam também a espalhar-se de forma consistente na população infantil**, com crianças entre os 8 e os 9 anos que apresentam sintomas de ADN típicos da adolescência e da idade adulta, especialmente do tipo anorético, e já não são distúrbios alimentares específicos da infância, como acontecia há alguns anos.

5.2

TIPOS DE DISTÚRBIOS ALIMENTARES

As diferentes faces dos distúrbios alimentares

«Os distúrbios da nutrição e da alimentação caracterizam-se por um distúrbio alimentar persistente ou por um comportamento relacionado com a alimentação que resulta numa diminuição do consumo ou da absorção dos alimentos e prejudica significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial»⁷.

⁷ Definição de nutrição e distúrbios alimentares do *Manual de Diagnóstico e Estatística das Distúrbios Mentais* (DSM-5-TR) (American Psychiatric Association, 2023).

Apresentamos um breve resumo dos distúrbios alimentares primários, cuja leitura pode ajudar a compreender melhor esta realidade:

- **Anorexia nervosa.** Manifesta-se por um desejo incontrolável de magreza, que pode ser acompanhado de medidas e procedimentos compensatórios: dieta rigorosa e restritiva (ou mesmo jejum), exercício físico excessivo e/ou comportamentos purgativos (vômitos autoinduzidos, abuso de laxantes e/ou diuréticos).

Os indivíduos afetados expressam um medo intenso do aumento de peso e da possibilidade de se tornarem obesos, ou um comportamento persistente que interfere com o aumento de peso. Apresentam uma distorção da imagem corporal, com uma preocupação extrema com a dieta, a figura e o peso.

Como o seu foco é a perda de peso, causando déficits nutricionais, podem levar a condições de risco de vida. Em nível psicológico, existem traços de personalidade caracterizados por um elevado perfeccionismo, autoexigência e baixa autoestima.

- **Bulimia nervosa.** Caracteriza-se por episódios de compulsão alimentar (ingestão voraz e descontrolada), em que a pessoa ingere uma grande quantidade de alimentos num curto espaço de tempo, normalmente em segredo e com uma sensação de perda de controle. Os doentes podem tentar compensar os efeitos da ingestão excessiva de alimentos através de vômitos autoinduzidos, abuso de laxantes e/ou diuréticos, jejum ou exercício físico excessivo.

Tal como a anorexia nervosa, as pessoas com bulimia nervosa apresentam uma preocupação excessiva com o peso, a imagem corporal e a forma. O que a diferencia da anorexia é a falta de controle sobre a alimentação. É frequentemente um distúrbio mais difícil de detectar, pois passa facilmente despercebido (a pessoa afetada pode ser normal, ter peso a menos ou peso a mais) e é vivido com sentimentos de vergonha e culpa.

- **Distúrbio alimentar descontrolado (binge-eating).** Caracteriza-se pela presença recorrente de uma alimentação voraz (*bingeeing*), semelhante à das pessoas que sofrem de bulimia nervosa. A diferença é que a pessoa não utiliza mecanismos compensatórios para a compulsão alimentar, pelo que, com o tempo, a pessoa afetada caminha inexoravelmente para o excesso de peso ou para a obesidade.

Muitas pessoas com distúrbio da compulsão alimentar utilizam a comida como forma de lidar com emoções e sentimentos negativos. Têm dificuldade em lidar com a ansiedade e acham que comer é reconfortante e calmante. No entanto, acabam por se sentir tristes e culpadas por não conseguirem controlar a comida, o que aumenta o estresse, e assim o ciclo continua.

- **Pica.** Distúrbio que envolve a ingestão de substâncias não nutritivas, como areia ou giz. A ingestão destas substâncias é considerada inadequada para o nível de

desenvolvimento do indivíduo. A substância típica ingerida tende a variar com a idade; as crianças pequenas comem frequentemente tinta, giz, fio, cabelo ou roupa. O distúrbio é mais comum durante a infância e, em alguns casos, ocorre em crianças com autismo ou atraso mental.

- **Distúrbio da ruminação.** Caracteriza-se pela regurgitação repetida de alimentos (sem náuseas ou doença gastrointestinal associada, como o refluxo esofágico) do estômago para a boca, para serem mastigados, engolidos ou cuspidos novamente. O distúrbio é mais frequente em crianças pequenas (entre os 3 e os 12 meses), mas pode ser encontrado em indivíduos mais velhos, nomeadamente com atraso mental. Não é diagnosticado quando ocorre no contexto de anorexia nervosa ou bulimia nervosa.
- **Distúrbio alimentar evitante/restritivo.** Caracteriza-se pela presença de comportamentos alimentares restritivos, perda de peso significativa ou estagnação pós-estática, dependência de alimentação por sonda ou suplementos nutricionais orais e dificuldades psicossociais. Ao contrário da anorexia nervosa e da bulimia nervosa, estes indivíduos não manifestam sintomas como a distorção da imagem corporal ou o medo de ganhar peso. São geralmente rapazes e garotas pré-púberes (com maior envolvimento do sexo masculino) que sempre tiveram problemas com a alimentação (muitas vezes associados a problemas gastrointestinais), com um repertório alimentar muito reduzido. Este distúrbio está associado a problemas de ansiedade, distúrbio de déficit de atenção e hiperatividade, distúrbio obsessivo-compulsivo e distúrbio do espectro autista..
- **Distúrbio da nutrição e da alimentação com especificação.** Esta categoria aplica-se a apresentações em que predominam os sintomas característicos de um distúrbio da nutrição e da alimentação que causam sofrimento significativo ou distúrbio na vida social, profissional ou em outras áreas importantes do funcionamento, mas que não satisfazem todos os critérios para qualquer um dos distúrbios da classe diagnóstica dos distúrbios da nutrição e da alimentação. A categoria distúrbio da nutrição ou da alimentação com outra especificação aplica-se a situações em que o médico opta por indicar as razões específicas pelas quais a apresentação não preenche os critérios para qualquer nutrição ou distúrbio alimentar específico. Isso deve ser registrado como «nutrição e distúrbio alimentar com outra especificação» seguido do motivo específico.
- **Distúrbio da nutrição e da alimentação sem especificação.** Esta categoria aplica-se a apresentações em que predominam sintomas característicos de um distúrbio da nutrição e da alimentação que causam sofrimento clínico significativo ou prejuízo em áreas sociais, profissionais ou outras áreas importantes, mas em que não são preenchidos os critérios completos para qualquer um dos distúrbios da classe diagnóstica dos distúrbios da nutrição e da alimentação. A categoria

de distúrbio da nutrição ou da alimentação com outra especificação é utilizada em situações em que o médico opta por não especificar a razão pela qual os critérios não são preenchidos para um distúrbio específico da nutrição e da alimentação, e inclui apresentações em que a informação é insuficiente para fazer um diagnóstico mais específico (por exemplo, num serviço de urgência).

Outra categoria emergente de distúrbio alimentar é a *ortorexia nervosa*, que se manifesta como uma obsessão doentia por alimentos «saudáveis» ou «puros». Embora ainda não seja oficialmente reconhecida como um distúrbio distinto nos manuais de diagnóstico, a ortorexia envolve uma preocupação excessiva com a qualidade e pureza dos alimentos, resultando em restrições alimentares que podem levar a deficiências nutricionais e ao isolamento social.

Causas que contribuem para os distúrbios alimentares

A causa dos distúrbios alimentares é multifatorial. Vários fatores biológicos e genéticos, características psicológicas, aspectos socioculturais e fatores de estresse ambiental estão envolvidos na sua formação. O peso específico de cada um deles ainda não está bem definido.

Estes distúrbios começam normalmente na adolescência, embora se observe uma frequência progressivamente maior de aparecimento na fase pré-púbere e na idade adulta. Afetam principalmente a população feminina: cerca de 9 em cada 10 casos são do sexo feminino e 1 do sexo masculino.

Entre os fatores que causam distúrbios alimentares encontram-se os seguintes:

[1] Fatores biológicos (vulnerabilidade familiar): Estudos familiares mostram uma maior frequência de distúrbios alimentares entre os membros da família de pessoas com distúrbios alimentares do que entre os que não têm a doença. No caso da anorexia nervosa, a genética parece explicar 60-70% do risco da doença.

[2] Fatores socioculturais: vários estudos identificam a relação entre os distúrbios alimentares e os modelos familiares demasiado protetores, rígidos e exigentes, conflituosos e pouco coesos. Por outro lado, existem fatores culturais ligados ao culto do corpo, a um ideal de beleza excessivamente magro, à influência da moda e dos meios de comunicação social e ao impacto das redes sociais nos jovens.

A importância dos aspectos socioculturais pode ser observada nos países desenvolvidos, onde a magreza e a beleza estereotipada são entendidas e vendidas como sinónimo de sucesso social e pessoal. Há um bombardeamento maciço desta mensa-

gem através das redes sociais, dos meios de comunicação social e do ambiente. Dados significativos e preocupantes:

- Nos últimos cinco anos, os conteúdos nas redes sociais que promovem comportamentos alimentares patológicos aumentaram 47%.
- A utilização de imagens contínuas «inspiradoras de magreza» e de desafios virais (*lphone-Knees* – colocar o *smartphone* à altura dos joelhos e, se ambos permanecerem cobertos pelo telemóvel, significa que são magros no ponto certo; participar em desafios – contar o número de moedas que cabem na cavidade da clavícula, ou *Headphones around Waist* – publicar fotografias amarrando auscultadores à cintura, provando assim que se é magro).

[3] Fatores psicológicos: Traços de personalidade de rigidez excessiva, perfeccionismo, dúvidas sobre si próprio, retraimento social e uma história pessoal de dificuldades alimentares têm sido associados aos distúrbios alimentares. Em particular, a bulimia e o distúrbio da compulsão alimentar têm um perfil de personalidade mais impulsivo, com dificuldade em persistir perante a frustração, levando a uma alimentação excessiva e ansiosa. A baixa autoestima é um fator comum à maioria dos distúrbios alimentares.

[4] Acontecimentos de vida potencialmente estressantes: abuso sexual e/ou físico na infância, críticas ambientais ao corpo e uma história de crises na vida têm sido associados.

5.3

SINAIS DE ALERTA DOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES

[1] Os distúrbios alimentares são doenças complexas e potencialmente perigosas, e o reconhecimento dos **sinais de alerta** é crucial para uma intervenção precoce. Uma mudança significativa no comportamento alimentar é frequentemente o primeiro sinal a ser notado. Esta pode manifestar-se através da adoção de **dietas extremas, da rejeição de alimentos considerados «não saudáveis» ou de uma restrição severa das porções**. As pessoas com distúrbios alimentares podem também começar a pular refeições ou a comer em segredo, apresentando comportamentos de evitamento e escondendo a sua relação com a comida.

[2] Além disso, o corpo pode começar a manifestar sinais físicos evidentes. **A perda drástica de peso** é um dos sintomas mais conhecidos, especialmente nos casos de anorexia, em que a pessoa pode parecer visivelmente abaixo do peso. Pelo contrário, no caso da bulimia, pode haver **flutuações de peso**, com episódios de compulsão ali-

mentar seguidos de comportamentos compensatórios como vômitos ou uso excessivo de laxantes. Outros sinais físicos como **fraqueza, fadiga, pele seca, queda de cabelo e irregularidades menstruais** podem também ser indicadores de um distúrbio alimentar em curso.

[3] Em nível emocional e comportamental, os sinais de alerta podem incluir uma obsessão com o peso e a forma do corpo, com uma preocupação constante com a imagem corporal. A pessoa pode manifestar **insatisfação com o seu corpo**, mesmo que tenha um peso normal ou baixo. Podem também ser registadas alterações de humor, como irritabilidade, ansiedade ou depressão, que acompanham frequentemente a deterioração da saúde física e mental. Finalmente, **o isolamento social** é outro sinal significativo, uma vez que a pessoa pode começar a evitar situações sociais que envolvam comida, como jantares com amigos ou eventos familiares.

[4] Os sinais de alerta **em contextos escolares, recreativos e associativos** são:

- Recreação ou momento de convívio (jogar fora a comida, não comer nada).
- Evitar de ficar em locais onde são feitas as refeições quando estão juntos.
- Alunos perfeccionistas.
- Exercício físico intenso.
- Falta de concentração.
- Exaustão.
- Alterações na primavera e no verão.
- Distúrbios do humor.

5.4

PRINCIPAIS MITOS E FALSAS CRENÇAS SOBRE DISTÚRBIOS ALIMENTARES

Vamos enumerar algumas ideias erradas sobre os distúrbios alimentares na nossa sociedade. Embora hoje se saiba mais sobre estes distúrbios atualmente do que alguns anos atrás, ainda existem algumas crenças falsas que precisam de ser eliminadas para se obter uma boa compreensão destas doenças complexas:

Os distúrbios alimentares não são uma doença. FALSO

Os distúrbios alimentares não são apenas hábitos alimentares pouco saudáveis, são doenças que têm uma gênese e uma evolução multifatoriais e que requerem um tratamento específico.

Os distúrbios alimentares são uma escolha. FALSO

Ninguém escolhe deliberadamente ter um distúrbio alimentar; pelo contrário, é o início do distúrbio que leva a pessoa a adotar comportamentos como a restrição da ingestão de alimentos, ou a indução de vômitos, ou episódios de compulsão alimentar. A pessoa não controla voluntariamente estes fenômenos e a sua presença exige uma intervenção especializada.

Os distúrbios alimentares afetam apenas as mulheres. FALSO

Nos últimos anos, tem-se registrado um aumento considerável dos distúrbios alimentares na população masculina. Embora mais frequentes na população feminina, os distúrbios alimentares estão também presentes nos rapazes e nos homens.

Fazer dieta é um comportamento normal para os adolescentes. FALSO

Muitos adolescentes não fazem dietas, outros optam por fazê-las, talvez seguindo os passos de um amigo. A preocupação excessiva com o peso e a implementação de dietas sem a prescrição de um especialista pode ser um sinal de alerta a ter em conta.

A anorexia e a bulimia são os únicos distúrbios alimentares. FALSO

Para além da anorexia e da bulimia, existem outros distúrbios como o distúrbio da nutrição e da alimentação com outra especificação e o distúrbio da nutrição e da alimentação sem especificação (ver DSM 5-TR).

A anorexia é a doença mais comum. FALSO

São diagnosticados mais casos de bulimia e de distúrbios alimentares não especificados do que de anorexia.

Quando uma pessoa tem um distúrbio alimentar, está sempre muito magra. FALSO

Em muitos casos, a aparência física da pessoa que sofre de um distúrbio alimentar é normal. Ou seja, não é necessariamente magra ou excessivamente magra. A ideia errada de que todos os indivíduos são magros pode dificultar a detecção de distúrbios alimentares.

Os distúrbios alimentares nunca são completamente curados. FALSO

Cerca de 50-60% dos casos recuperam-se completamente, 20-30% recuperam-se parcialmente e só em 10-20% das pessoas é que o distúrbio se torna crônico. O que é essencial para a recuperação de um distúrbio alimentar é um tratamento médico e psicológico especializado.

As pessoas que têm um distúrbio alimentar têm-no porque o «provocaram a si próprias». FALSO

São distúrbios mentais que ninguém escolhe ter. São distúrbios que causam um sofrimento intenso tanto à pessoa afetada como ao seu ambiente familiar. Têm sempre uma origem multicausal em que intervêm vários fatores individuais, familiares e sociais.

A anorexia é uma dieta que «terminou mal». FALSO

Por vezes, a anorexia pode surgir numa pessoa que anteriormente tinha excesso de peso, decidiu fazer uma dieta e desenvolveu um foco excessivo na necessidade de ser magra, restringindo ainda mais a dieta. Ao mesmo tempo, há pessoas com anorexia que começam a ter comportamentos de restrição alimentar, vômitos autoinduzidos ou exercício físico exagerado, sem terem feito dietas antes do início do distúrbio.

Os distúrbios alimentares afetam apenas garotas jovens. FALSO

Embora seja mais frequente nas mulheres (9 em cada 10 casos são mulheres), afeta ambos os sexos. Além disso, são diagnosticados em pessoas de todas as idades. O que é comum é que a idade de início da doença seja a adolescência e, uma vez que aparece, a doença acompanha a pessoa até iniciar o tratamento.

A compulsão alimentar na bulimia e no distúrbio da compulsão alimentar é um problema de força de vontade. FALSO

Quando falamos de bulimia e de distúrbio da compulsão alimentar, estamos falando de distúrbios mentais caracterizados pelo fato da pessoa afetada não ter a capacidade de controlar a sua alimentação. Não se trata, de forma alguma, de falta de força de vontade.

5.5

COMO ACOMPANHAR OS DISTÚRBIOS ALIMENTARES NO CAMPO EDUCACIONAL

As principais áreas e fatores que devem ser trabalhados

[1] É certo que, no campo educacional, se torna importante compreender a importância da autoestima. A construção de uma forte **autoestima** é um importante fator de proteção. As pessoas que têm uma boa autopercepção e são capazes de lidar com os desafios da vida de uma forma resiliente são menos suscetíveis aos distúrbios alimentares. O apoio social, como ter amigas positivas e estimulantes, também contribui para criar um ambiente em que uma pessoa se sente aceita e valorizada para além da sua aparência física.

Por último, **a educação sobre questões relacionadas com a imagem corporal** é crucial. Os programas que promovem a aceitação da diversidade corporal e incentivam a educação nutricional podem ajudar a prevenir o desenvolvimento de comportamentos disfuncionais. Desta forma, as pessoas podem estar mais bem equipadas para lidar com as pressões sociais e manter uma relação saudável com a comida e o seu corpo.

[2] A este respeito, há **uma série de fatores que devem ser abordados**. Estes podem ser agrupados da seguinte forma:

- **Fatores individuais:**

- Boa autoestima.
- Imagem corporal positiva.
- Fornecer ferramentas para desenvolver um sentido crítico em relação aos estereótipos de beleza difundidos pelos meios de comunicação social e à informação sobre dietas milagrosas.
- Bem-estar emocional.
- Boa adaptação escolar (desempenho e relação com os colegas).
- Assertividade.
- Boas competências sociais.
- Estratégias de resolução de problemas e de adaptação.

- **Fatores familiares:**

- Pertencer a uma família que não dá importância excessiva ao peso e à atratividade física, pelo contrário, encoraja uma imagem corporal positiva, aceitando as diferenças entre as pessoas e respeitando todos, independentemente da sua aparência física.
- Comer pelo menos uma das refeições principais em família: fazer da alimentação um ato social e familiar.
- Reforçar a autoestima em casa, ou seja, elogiar as crianças tal como são e reforçar positivamente a sua personalidade e as suas capacidades, em vez do que está relacionado com a aparência física.
- Promover hábitos alimentares saudáveis e um estilo de vida saudável. A família deve ser um modelo de saúde para os seus filhos.
- Incentivar a comunicação no seio da família, ouvir as opiniões, criar espaços de comunicação com os adolescentes.
- Partilhar atividades de lazer: praticar desporto em conjunto, fazer passeios culturais, ler, ver televisão, navegar na Internet, etc.

- **Fatores socioculturais:**

- Pertencer a uma cultura menos ocidentalizada que aceita uma variedade de formas e tamanhos de corpo.
- Participar em desportos ou indústrias em que não se dê ênfase à atratividade física ou à magreza.
- Relações sociais de apoio, em que o peso e a aparência física não são uma preocupação importante.
- Rejeitar os ideais estéticos irrealistas que podem pôr em risco a saúde dos nossos filhos.
- Alertar para os conteúdos nocivos na Internet e nas redes sociais: sítios Web e redes sociais que defendem a anorexia e a bulimia como estilo de vida.

[3] Trabalhar com as famílias

- Avaliação da estrutura e do funcionamento da família.
- É importante identificar as variações do bom funcionamento (famílias desorganizadas, regras rígidas, mães muito críticas em relação à aparência física, conflitos familiares, etc.).
- É necessário estabelecer um bom canal de comunicação com a família desde o início.
- Promover a capacidade e a vontade de cooperar no tratamento.
- As famílias podem favorecer os fatores de manutenção da doença.

Como falar com a família

É aconselhável que os educadores *tenham um primeiro contato* apenas com os pais, durante o qual são discutidos os seguintes tópicos: o encontro com o filho e a suspeita de distúrbio alimentar. *Numa fase posterior*, incluir o rapaz na reunião.

- Comparação em:
- Questões atuais.
- Importância do diagnóstico e tratamento precoces.
- Recursos sociais e de saúde existentes.

No que diz respeito aos menores, se os pais se recusarem a falar, ou se forem avaliados outros indícios de negligência, deve ser considerada a possibilidade de informar os serviços sociais.

Aspectos suscetíveis de complicar a situação na família

- Negação da doença.
- Alterações biopsicossociais que mantêm o problema.
- Isolamento social.
- Proteção excessiva
- Falta de acordo entre os pais.
- Minimizar o problema.

[4] A importância do ambiente educativo

O papel dos educadores é crucial, uma vez que têm um contato direto e contínuo com a população em risco/afetada. Há três tarefas educativas a considerar:

- Identificar sinais de alerta e possíveis casos.
- Apoio e acompanhamento durante o processo.
- Colaboração com a criança.

Por outro lado, há alguns cuidados a ter em conta:

- Alterações óbvias.
- Consequências físicas e emocionais.
- A relação com a família.
- Os familiares devem ser informados.
- Se a criança se recusar a falar com os pais, encorajar a mediação.

Recomendações em matéria de acompanhamento e apoio

- O principal obstáculo é a dificuldade da pessoa em revelar os sintomas. Por conseguinte, a empatia e o apoio percebidos serão fundamentais para conseguir que a pessoa explique os seus medos, preocupações e comportamentos.
- Gerar um clima de confiança e apoio.
- Evitar culpar ou apontar o dedo. Evitar um tom acusatório.
- O educador, enquanto estiver em contato com a família, tentará não ser identificado como um aliado da família, mas como alguém que se preocupa com a saúde e a situação emocional da família.
- Ter em conta a falta de conhecimento da doença, a tendência para negar o distúrbio e a frágil motivação para mudar, que é tanto mais acentuada quanto mais curta for a evolução.

[5] Como trabalhar em grupo

Trabalhar com todos os meninos as seguintes competências:

- Participação nas tarefas.
- Separação do dia em partes (estudo, passatempos, amigos, etc.).
- Atividades que promovem as competências sociais e as relações interpessoais.
- Procurar novos interesses.
- Incentivar a autonomia pessoal e a tomada de decisões.
- Aprender a verbalizar e identificar problemas, pensamentos e sentimentos.
- Estimular a reflexão sobre comportamento e atitudes e seu impacto nos outros.
- Incentivar a espontaneidade e falar sobre as emoções.
- Incentivar regras mais flexíveis e a autoestima.
- Evitar a manipulação e a mentira como forma de relacionamento.
- Promover a avaliação positiva dos seus resultados.

[6] Programas de prevenção para as escolas⁸

Os distúrbios do comportamento alimentar são doenças de etiologia complexa e expressão clínica variável. Em contextos que envolvem populações de risco, é fundamental ter formação adequada para intervir atempadamente, atuando como agentes de prevenção e detecção.

Embora a abordagem psicoterapêutica seja um eixo central no tratamento, **as intervenções no meio escolar e social da criança são cruciais** no prognóstico da doença. Todos os modelos terapêuticos coincidem em atribuir grande importância ao papel da família na recuperação, pelo que é essencial incluir a família no processo de recuperação.

Recomenda-se que **os vários profissionais envolvidos** (pediatras, educadores, conselheiros, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, nutricionistas, etc.) trabalhem de forma coordenada, com ações acordadas e integradas num plano de tratamento comum.

Um dos critérios educativos fundamentais consiste em promover **um ambiente seguro**, sem juízos de valor e de confiança, onde os jovens possam sentir-se à vontade para falar das suas dificuldades sem receio de serem estigmatizados. Por conseguinte, os educadores devem ser formados para reconhecer os primeiros sinais de um possível distúrbio alimentar, como a obsessão pelo peso, a evitação de certos alimentos ou comportamentos anômalos, como pular refeições ou comer compulsivamente.

Para responder às necessidades educativas, as ações preventivas podem ser articuladas em **atividades de sensibilização e de educação emocional**. Os educadores podem organizar seminários e encontros educativos onde se discuta a alimentação saudável, mas sobretudo se abordem as questões da aceitação do próprio corpo, da gestão do estresse e das emoções e pressões sociais relacionadas com a imagem corporal. Estes encontros devem ser estruturados com uma linguagem adequada à idade e devem incentivar a interação e a participação ativa dos jovens. De fato, poder-se-ia pensar em **programas** com os seguintes conteúdos e objetivos:

- Hábitos saudáveis – Sentido crítico em relação aos valores estéticos.
- Iniciativa, capacidade de lidar com a situação – aceitação, diversidade.
- Conteúdos:
 - Hábitos alimentares saudáveis: pirâmide, variedade, 5 por dia, exercício diário, falsos mitos, prato de Harvard, etc.

⁸ Programas nacionais (Espanha): ZARIMA, DITCA, AMEMC, outros. Programas internacionais: Projeto Corpo, Corpos Infantis, Peso Saudável.

- Impulsividade: resolução racional de problemas, autocontrole.
- Média: sentido crítico, influência nos gostos e ideais, diferenciação.
- Assertividade: exprimir e respeitar a sua própria opinião.
- Perfeccionismo: riscos, consequências negativas.
- Beleza e imagem corporal: alterações relacionadas com a puberdade, influência da nossa imagem na nossa autoestima, evolução do ideal de beleza ao longo da história, diversidade, etc.
- Autoestima: consequências da autoestima nas nossas ações, como cuidar dela.

Outro critério educativo fundamental é a **personalização das intervenções**. Cada jovem vive a sua relação com a comida e o seu corpo de forma diferente, pelo que é essencial modular as intervenções de acordo com as necessidades individuais. Isto pode exigir a utilização de ferramentas como questionários e entrevistas individuais para melhor compreender as experiências e necessidades de cada jovem. Por exemplo, um questionário sobre a imagem corporal pode incluir perguntas que explorem até que ponto o jovem se sente influenciado pelos meios de comunicação social ou pelas expectativas sociais e até que ponto se sente confortável com o seu corpo.



Técnicas para trabalhar em profundidade os vários aspectos dos distúrbios alimentares

Ferramentas didáticas e materiais utilizáveis

[1] Entre os instrumentos a utilizar, **os questionários** podem ser utilizados para avaliar a imagem corporal, a autoestima e os hábitos alimentares dos jovens. Existem questionários normalizados (*Body Image Questionnaire; Eating Attitudes Test*) que podem ser utilizados para detectar sintomas relacionados com distúrbios alimentares. Também podem ser utilizadas escalas de autoavaliação, como a *Escala de Apreciação Corporal*, que mede o grau de apreciação do próprio corpo. Estes instrumentos podem ser administrados periodicamente por profissionais para monitorizar a evolução das percepções das crianças e para detectar precocemente sinais de risco.

[2] Outra ferramenta útil são as **fichas de autorreflexão**, que encorajam os jovens a refletir sobre as suas emoções e a sua relação com a comida. Estas fichas podem incluir perguntas como: «Como te sentes depois de comer a tua comida preferida?» ou «Que pensamentos tens hoje sobre o teu corpo?». Estes exercícios são essenciais para desenvolver a consciência e a compreensão da relação entre as emoções e a alimentação.

[3] Os recursos audiovisuais podem ser um apoio valioso nas atividades educativas. Os vídeos informativos que abordam os temas dos distúrbios alimentares, da autoestima e da imagem corporal podem estimular o debate e tornar mais concreta a compreensão destes fenômenos. Os educadores podem utilizar pequenos documentários, vídeos de testemunhos ou animações que explicam de forma simples e direta o que são os distúrbios alimentares e como podem ser tratados.

[4] Por último, é aconselhável criar **um projeto de sensibilização** que envolva ativamente os jovens na criação de campanhas de prevenção. Isto pode incluir a criação de cartazes, folhetos ou conteúdos digitais (como publicações nas redes sociais) destinados a promover mensagens de positividade e aceitação do corpo. Os jovens envolvidos nestas atividades, não só aprendem a transmitir mensagens positivas, como também reforçam a sua autoestima e as suas capacidades de comunicação.

Materiais didáticos e testes

Para complementar as atividades, os educadores podem encontrar e descarregar uma variedade de materiais educativos e testes *on-line*. Alguns exemplos são o *The Body Image Workbook*, que contém exercícios de autorreflexão e atividades para melhorar a imagem corporal, ou o *Nutrition Education Manual*, que pode incluir informações práticas sobre nutrição adequada. Além disso, existem vários testes psicométricos validados, como o *Eating Disorder Inventory (EDI)* ou o *Rosenberg Self-Esteem Questionnaire*, disponíveis *on-line* para fins educativos e de prevenção. Estes instrumentos ajudam a monitorizar a autoestima e os comportamentos relacionados com a alimentação.

É importante salientar que estas ferramentas devem ser interpretadas por profissionais qualificados e que a sua correta aplicação requer formação específica para garantir resultados precisos e significativos.

Oficinas sobre imagem corporal e autoestima

Nestas oficinas, trabalhamos o conceito de autoestima e imagem corporal através de atividades de reflexão e discussão. Os principais objetivos são melhorar a autopercepção e encorajar um diálogo aberto sobre as pressões sociais relacionadas com a aparência física.

[1] Exercício do espelho. Os participantes são convidados a olharem-se ao espelho e a descreverem três aspectos da sua aparência que apreciam. Depois, há uma discus-

são em grupo sobre a forma como escolheram esses aspectos e as emoções que sentiram. Este exercício permite que os jovens se concentrem nos aspectos positivos do seu corpo e desenvolvam uma linguagem de apreciação de si próprios.

[2] Atividade de colagem. Pede-se aos jovens que façam uma colagem utilizando recortes de revistas e imagens que representem uma imagem corporal saudável e realista para eles. Em seguida, as colagens são analisadas em conjunto, salientando as diferenças entre o corpo ideal imposto pela mídia e uma imagem corporal real e saudável. Este exercício promove uma consciência crítica das mensagens da mídia

Grupos de discussão e partilha

Os grupos de discussão são úteis para encorajar os jovens a falar abertamente sobre as suas experiências e sentimentos sobre a alimentação e o corpo. Os educadores podem facilitar as conversas fazendo perguntas que estimulem a reflexão e o debate.

[1] Perguntas orientadoras para o grupo de discussão. Alguns exemplos de perguntas podem ser: «Quais são os principais fatores que influenciam a forma como você vê o seu corpo?», «Que pressões você sente em relação à sua aparência física ou à forma como se alimenta?», «Como se sente com os comentários das outras pessoas sobre o seu corpo?». Este tipo de discussão ajuda a normalizar certas preocupações e a perceber que muitos dos participantes partilham as mesmas dificuldades.

[2] Atividade de escuta ativa. Cada participante é convidado a partilhar uma experiência ou pensamento enquanto os outros ouvem em silêncio, sem julgar. Após cada intervenção, os participantes podem fazer perguntas ou partilhar reflexões de forma respeitosa. Esta técnica favorece um ambiente de escuta e de apoio mútuo.

Jogos de representação de papéis para gerir as emoções

A dramatização é uma excelente técnica para ajudar os jovens a explorar os seus sentimentos e a desenvolver estratégias para lidar com situações de estresse ou pressão social.

[1] Simulação de uma conversa difícil. Os educadores podem criar cenários em que os jovens têm de lidar com situações estressantes, como responder a um comentário negativo sobre o próprio corpo ou dizer «não» à pressão externa para perder peso. Os jovens são convidados a desempenhar os papéis, alternando entre o da pessoa que faz o comentário e o da pessoa que responde. Após cada simulação, refletem em con-

junto sobre o que sentiram e sobre possíveis respostas alternativas. Este tipo de atividade ajuda a desenvolver as competências sociais e a reforçar a resiliência emocional.

[2] Exercícios de reestruturação cognitiva. É introduzido o conceito de «pensamentos automáticos negativos» (como «não sou suficientemente magro» ou «não tenho valor») e trabalha-se a sua transformação. Por exemplo, pede-se aos participantes que escrevam um pensamento negativo e depois o substituam por um pensamento alternativo mais positivo e realista («O meu corpo está bem como está» ou «O meu valor não depende da minha aparência»). Isto ajuda a reduzir a autocritica e a promover uma mentalidade mais positiva.

Oficinas de educação alimentar e sensibilização para a nutrição

Um objetivo importante é desenvolver uma relação saudável com a comida, longe de regras restritivas ou compulsões. Os educadores podem introduzir o tema da alimentação consciente através de atividades práticas.

[1] Simulação de compras conscientes. É criada uma atividade em que os jovens simulam uma ida às compras no supermercado, onde têm de selecionar uma gama de alimentos equilibrados. De seguida, discutem as suas escolhas, falando sobre o valor nutricional e a importância da variedade dos alimentos. Esta atividade ajuda os jovens a fazer escolhas informadas e a compreender a importância de uma dieta equilibrada.

[2] Oficina de culinária: Durante a oficina, os participantes preparam em conjunto refeições simples e nutritivas. Durante a preparação, o educador fala sobre os vários grupos de alimentos, a importância das porções e o prazer de comer em conjunto e de uma forma descontraída. Esta atividade torna mais concreta a ideia de uma alimentação saudável e equilibrada, promovendo o prazer da comida sem ansiedade ou restrições.

Atividade de arteterapia e atividades de escrita

Técnicas artísticas como o desenho, a pintura ou a escrita podem ajudar os jovens a explorar os seus sentimentos de uma forma criativa e menos direta.

[1] Desenhar o «Eu Ideal e o Eu Real». Pede-se aos jovens que desenhem em duas folhas de papel separadas a imagem que têm de si próprias e a imagem que gostariam de ter. Depois, analisam-se as diferenças entre as duas imagens e discutem-se as ra-

zões pelas quais essas diferenças existem. Isto ajuda os participantes a explorar a discrepância entre o seu corpo real e a sua imagem ideal, realçando a influência das expectativas sociais.

[2] Escrita emocional. Os educadores podem propor que se escreva uma carta a si próprio ou ao seu corpo, expressando sentimentos de gratidão ou explorando emoções dolorosas relacionadas com a aparência física. Por exemplo, a carta pode começar com «Querido corpo, quero agradecer-te por...» ou «Querido corpo, gostaria que soubesses que...». Esta atividade ajuda a desenvolver um diálogo mais compassivo em relação ao próprio corpo.

Projetos de sensibilização

A participação dos jovens em projetos de sensibilização permite-lhes refletir sobre o que aprenderam e transmitir mensagens positivas ao mundo exterior.

[1] Campanha de *positividade corporal*. Neste sentido, os jovens podem conceber cartazes, vídeos ou conteúdos sociais para promover a aceitação do corpo e a diversidade corporal. Durante o processo de concepção, são trabalhadas mensagens de inclusão e analisadas formas de contrariar as mensagens tóxicas dos media.

[2] Jornadas de informação. Os educadores podem organizar jornadas de sensibilização sobre os distúrbios alimentares e a *positividade corporal*, um movimento social que visa combater a ridicularização do corpo, promover a aceitação de todos os aspectos físicos, independentemente do tamanho, forma, cor da pele, gênero e capacidade física, e desafiar os padrões de beleza como uma construção social a ser abandonada. Os jovens participam ativamente em reuniões, debates e apresentações. Neste contexto, podem também ser convidados especialistas, como nutricionistas ou psicólogos, para explorar o tema e responder a perguntas.





CAPÍTULO

6

Dependências comportamentais

6.1

COMO RECONHECER AS DEPENDÊNCIAS COMPORTAMENTAIS

Toda dependência esconde uma grande insatisfação

[1] Até há poucas décadas, **o conceito de dependência estava apenas ligado ao consumo de drogas**, mas nos últimos anos as dependências que não envolvem a ingestão de substâncias psicoativas, como, por exemplo, o uso excessivo de jogos de vídeo, começaram a ser objeto de estudo e procura nas consultas clínicas:

- Utilização excessiva de jogos de vídeo.
- Compras compulsivas.
- Jogos de azar.
- Dependência do sexo.
- etc.

As dependências comportamentais são definidas como **a perda de controle** sobre um comportamento que gera o aparecimento de consequências negativas e a incapacidade de resistir ao impulso de realizar um ato prejudicial.

Além disso, a realização destes comportamentos gera uma diminuição da ansiedade ou uma sensação de euforia, gerando **um elevado nível de interferência** em todas as esferas da vida cotidiana da pessoa.

Todas estas dependências são conhecidas como **Dependências Comportamentais** (*Behavioural Addictions* - BA). Em princípio, são atividades humanas agradáveis e inofensivas, mas, dependendo da sua utilização e em determinadas circunstâncias, podem conduzir a:

- **Perda de autocontrole.** A pessoa perde o controle sobre o comportamento ou a atividade problemática, sabendo que isso pode ter consequências negativas para ela (problemas familiares, sociais, econômicos, acadêmicos, laborais, jurídicos...).
- **Dependência** da ação ou do comportamento. A pessoa precisa de realizar a ação cada vez mais para obter o efeito que foi originalmente alcançado.
- **Interferência perigosa na vida cotidiana.** Fazendo com que as pessoas deixem de fazer atividades que antes eram agradáveis (por exemplo, uma criança «viciada» num jogo de vídeo pode deixar de sair com os amigos, jogar futebol, etc.).
- **Abstinência.** A pessoa é incapaz de controlar o seu mal-estar (nervosismo, irritabilidade, etc.) quando tenta abandonar o hábito de ter o comportamento problemático.

Embora o pedido de tratamento esteja cada vez mais frequente nas consultas clínicas, o principal manual de diagnóstico dos distúrbios de saúde mental (DSM-5) apenas reconhece o distúrbio do jogo de azar (com jogo de azar) e a dependência de jogos *on-line* como tais.

É de salientar que, embora a comunidade científica apoie a existência de dependências comportamentais, existe atualmente um debate aberto sobre alguns aspectos, como por exemplo, se a generalização do uso deste conceito pode levar a uma **patologização excessiva das atividades diárias realizadas em excesso**. Assim, existem dois elementos-chave para considerar um comportamento como patológico e, portanto, como um distúrbio:

- Quando este comportamento é acompanhado de um distúrbio do funcionamento cotidiano da pessoa.
- Quando este comportamento se mantém ao longo do tempo.

Prevalência

[1] Vários relatórios mostraram **um aumento das dependências comportamentais durante e após a pandemia**. Mais de 1,1 milhões de pessoas com menos de 35 anos correm um risco elevado de dependência das redes sociais, sendo os mais jovens os mais expostos às armadilhas comportamentais da Internet, representando quase 40% do total. É o que se conclui de um estudo da Demoskopika que, utilizando a *Escala de Vício em Redes Sociais de Bergen*, revelou alguns comportamentos preocupantes: desde a necessidade de utilizar as redes sociais com cada vez mais frequência até à incapacidade de as deixar de utilizar. E, mais uma vez, desde o comportamento ansioso ou agitado devido à não utilização das redes sociais até à redução das horas dedicadas ao estudo e ao trabalho devido ao seu uso excessivo

A análise dos investigadores do Demoskopika mostra uma relação inversamente proporcional entre a idade dos jovens e a incidência de um nível de risco elevado de dependência das redes sociais. Por outras palavras, à medida que a idade diminui, aumentam os possíveis fatores de preocupação comportamental. Em particular, os muito jovens, entre os 18 e os 23 anos, que se enquadram na zona de «elevada dependência», indicando um risco elevado de um nível patológico de dependência, seriam mais de 430 mil, ou seja, 38% do total, seguidos dos 390 mil indivíduos entre os 24 e os 29 anos (34,5%) e, por último, dos «mais adultos» com menos de 35 anos (30-35 anos) que ultrapassariam ligeiramente os 308 mil mais expostos.

[2] Algumas características:

- As redes sociais vencem os amigos: 85,7% contra 36,6%.
- Primatas: o Instagram é o melhor de todos.
- Consumo social. Um em cada 10 jovens no túnel de maior probabilidade de submissão.
- Ódio na Internet: a condenação prevalece (81,6%), mas os justificacionistas fazem-se ouvir (40,6%).

6.2

TIPOLOGIA DAS DEPENDÊNCIAS COMPORTAMENTAIS

As diferentes faces das dependências comportamentais

[1] Uma primeira reflexão incide sobre as dependências comportamentais **em ambientes digitais**. Qual é a relação das crianças e dos adolescentes com as novas tecnologias?

Qual é a diferença entre uso excessivo, uso problemático e dependência? O que podemos fazer para os prevenir nos domínios educativo, familiar e social? Qual é o tratamento mais adequado para estes casos? Queremos responder a estas e outras questões que nos podemos colocar quando falamos de dependências comportamentais que, no caso das crianças e adolescentes, ocorrem mais frequentemente em ambientes digitais.

A utilização de dispositivos móveis e da Internet tem muitos aspectos positivos, mas o uso abusivo pode levar a problemas de saúde, a uma pior qualidade do sono, a dificuldades na interação face a face e até a um pior desempenho escolar.

Nas últimas décadas, a disseminação das tecnologias digitais provocou grandes mudanças na sociedade e a sua rápida incorporação no nosso cotidiano revolucionou a forma como nos comportamos. Esta conectividade condicionou a forma como nos apresentamos socialmente e nos relacionamos com os outros, bem como o processamento de informação, a memorização, os processos de aprendizagem e até os mecanismos clássicos de participação com o nosso ambiente. Uma grande preocupação é o impacto que tudo isto tem tido nas crianças e nos jovens.

[2] Se, no passado, a utilização destas tecnologias estava associada aos dispositivos e à posse de perfis nas redes sociais digitais como rito de passagem para a adolescência – que, ao mesmo tempo, coincidia com a entrada no ensino secundário – **a sua utilização é cada vez mais precoce** e faz parte do cotidiano de rapazes e moças.

Esta geração vive com dispositivos como objetos integrados desde o minuto zero das suas vidas. Desta forma, o próprio *smartphone* ou a ligação à Internet tornam-se um mecanismo cotidiano, fornecendo-lhes uma lógica complementar ao mundo físico e presencial. Observam-se também diferenças em relação ao género: no caso dos rapazes, a utilização dos ecrãs está associada a atividades de lazer e, no caso das jovens, à sua função relacional e de conversação.

[3] As crianças e os adolescentes utilizam dispositivos tecnológicos muito potentes, de preferência portáteis e sempre equipados com conectividade, que, ao mesmo tempo, são multifuncionais: conversação, armazenamento de imagens, agenda e organização, jogos, mensagens, trabalhos de casa, etc. E, embora o mercado seja muito dinâmico e imponha constantemente novas fórmulas, existem aplicações «estrela»: Instagram, Tik-Tok e YouTube acabaram por se estabelecer como canais regulares. Por outro lado, **estão permanentemente ligados** (24 horas por dia, sete dias por semana). Assim, numa era de hiperconectividade essencial, um dos desafios deve ser o de definir a desconexão e a disponibilidade.

O *smartphone* ou a própria ligação à Internet se torna um mecanismo cotidiano, fornecendo uma lógica complementar ao mundo físico e presencial.

[4] Desta forma, **moldam-se novas dimensões** (novas formas de conhecimento), constroem-se tendências e novas **influências** (de mercado, profissionais, referenciais, etc.) que se transformam em **novos «receptáculos»** (de desconforto, de gestão do tempo, etc.) e criam-se **novas fontes de relacionamento**, de entretenimento e de gestão da vida cotidiana (com todos os seus derivados).

À medida que crescem, na sua construção como pessoas, a digitalidade «desempenha» várias funções: existir (eu existo); participar (em grupos e socialmente); informar-se (aprender e descobrir); relacionar-se (interagir); reconhecer-se (gostar, entre outras possibilidades) e ser reconhecido (*gostar*, validar). Nesta história, contam (narram) a si próprios e tornam-se autores e protagonistas das suas vidas.

Ao mesmo tempo, a capacidade de fazer várias coisas contemporaneamente é sentida como normal. Por exemplo, estudar enquanto se consulta o telemóvel. Apesar desta suposta capacidade de multitarefa, a agilidade na passagem de uma tarefa para outra não deve ser confundida com uma grande capacidade de atenção.

[5] Em conclusão, tem-se observado um aumento das consequências negativas e problemáticas associadas à **utilização excessiva de determinadas aplicações**: sofrimento emocional, isolamento em casa ou presença de outros comportamentos de risco. Na prática clínica, nos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, tem-se verificado um aumento progressivo dos pedidos de tratamento pela utilização abusiva destes ambientes (sem que seja claro se o problema reside nos dispositivos, nas redes sociais, nos jogos de vídeo, etc.). As preocupações mais recorrentes dos profissionais e educadores são:

- **As consequências de utilização excessiva** e de uma eventual dependência.
- **A utilização excessiva do tempo** dedicado a outras atividades, incluindo as interações face a face. Por um lado, a *sobreutilização corresponde àquela utilização que excede em frequência e intensidade o que é razoável esperar para a idade e para o tempo*. Enquadra-se numa lógica muito mais comportamental e episódica, em que aspectos como horários, limites e regras são os principais reguladores. Estão geralmente ligados ao sentimento de aborrecimento da pessoa ou à relação *on-line* com amigos conhecidos. Por outro lado, a *utilização problemática está ligada a um problema relacionado com uma ação mais específica*, não necessariamente pelo número de horas, mas pelo impacto na qualidade das relações e na identidade da pessoa: *cyberbullying*, problemas de relacionamento, etc.
- **O impacto em aspectos fundamentais como o exercício e o sono**. Embora as provas de relações causais estejam ainda a ser desenvolvidas, os estudos sugerem correlações com o peso, o humor e a imagem corporal.
- **Controle do acesso** e do visionamento de determinados conteúdos, com especial destaque para a «nova» pornografia.

- Novas representações do **assédio moral**.
- Novos meios de comunicação para alguns **problemas de comportamento**: jogo, dependência sexual, etc...
- O impacto das **comorbilidades psiquiátricas e psicológicas** e os riscos de sobre-exposição.
- Aspectos **de privacidade e segurança**.

[6] Para concluir, falemos do **distúrbio do jogo**. Apesar da ampla aceitação das dependências comportamentais pela comunidade científica, na última versão do *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DSM-5)*, apenas o distúrbio do jogo de azar (com o jogo de azar) foi incluído sob o mesmo título que as dependências de substâncias.

Entre as chamadas «dependências tecnológicas», apenas o distúrbio de jogo na Internet mereceu uma inclusão neste mesmo manual, mais concretamente no apêndice dedicado aos «Distúrbios que requerem mais investigação». Por outro lado, a Organização Mundial de Saúde (OMS), na sua *Classificação Internacional de Doenças (CID-11)* (2019), inclui pela primeira vez o distúrbio do jogo na seção «Distúrbios mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento», logo a seguir ao *distúrbio do jogo de azar*. De fato, com esta conceitualização, a OMS incluiu oficialmente o distúrbio de dependência do jogo na sua apresentação em 1 de janeiro de 2022.

Causas que contribuem para a dependência

[1] Tem-se observado um aumento das consequências negativas e problemáticas associadas à utilização excessiva de certas aplicações: angústia emocional, isolamento em casa ou à presença de outros comportamentos de risco. As provas explicam a presença de duas perspectivas principais: por um lado, distúrbios externalizados (comportamentais) ou internalizados (afetivos e de ansiedade). Os dados mostram claramente que, para estes últimos distúrbios, o ambiente digital funciona como um «refúgio» ou uma «válvula de escape»: a ansiedade social, a depressão e a solidão emocional surgem como os principais fatores explicativos. O rapaz ou a jovem utiliza a Internet como um **mecanismo de autoeficácia para compensar deficiências ou situações negativamente vividas**.

[2] Assim, se assumirmos que a dependência – de jogos de vídeo, redes sociais, etc. – preenche vários critérios que a classificam como um distúrbio de pleno direito, o ambiente digital e a utilização específica que lhe está associada tornar-se-iam um **elemento causal** para o aparecimento de determinados problemas. Ao mesmo tempo, se houver um distúrbio subjacente que conduza a uma utilização problemática da In-

ternet, esta tornar-se-á um sintoma de outra psicopatologia ou problema de saúde mental que a precede (isolamento, falta de relações sociais, dificuldades de comunicação). Não é de excluir que, com o tempo, se aplique o **modelo da «dupla patologia»** (conhecido no domínio da toxicodependência): os distúrbios de saúde mental e o distúrbio de dependência da Internet influenciam-se mutuamente durante o seu desenvolvimento. Este aspecto é particularmente importante, pois é muito provável que o sintoma acabe por se agravar e se torne suficientemente significativo para ter de ser tratado isoladamente.

[3] O distúrbio de dependência relacionado com a Internet é uma questão complexa. Embora existam muitos exemplos de utilização problemática (especialmente em termos de dependência), continuam a existir **diferentes perspectivas sobre o que é ou não um comportamento aditivo associado à sua utilização**. Existe algum consenso sobre conceitos como a utilização excessiva, a dependência ou o vício, mas é necessário trabalhar mais para compreender se estes problemas se tornam uma causa ou um sintoma de uma distúrbio subjacente.

Embora socialmente vivamos com discursos que oscilam entre a normalização absoluta e a relação patológica – nem todos os excessos terminam em dependência, nem todas as dependências têm a ver exclusivamente com o uso excessivo.

Existe algum consenso sobre conceitos como a utilização excessiva, a dependência ou a habituação, mas é necessário fazer mais para compreender se estes problemas se tornam uma causa ou um sintoma de um distúrbio subjacente.

6.3

SINAIS DE ALERTA DAS DEPENDÊNCIAS COMPORTAMENTAIS

[1] De um modo geral, o início da dependência é um processo mais ou menos gradual que vai desde os primeiros contatos esporádicos, em que a pessoa experimenta aspectos prazerosos que promovem a repetição (reforço positivo), até à necessidade de realizar o comportamento várias vezes para aliviar o desconforto (reforço negativo).

É igualmente importante ter em conta a fase de desenvolvimento da avaliação. De fato, em determinados momentos, ocorrem naturalmente mudanças nas relações com os pares e com a família e até nas rotinas diárias, como os hábitos de sono. Neste sentido, nas fases iniciais de qualquer processo, pode ser **difícil distinguir entre o comportamento normal do adolescente e o causado por uma dependência** incipiente.

[2] Assim, os sinais de alerta, neste caso, são **pequenas mudanças que o adolescente incorpora** de forma sutil, mas contínua, e que, a certa altura, deixam de ser invulgares e justificáveis, tanto para ele como para o seu meio, para deixarem de o ser. Alguns desses indicadores, que devem ser recorrentes e sustentados ao longo do tempo, são:

- **Alteração do ritmo do sono**, secundária a uma mudança dos hábitos de sono e a uma diminuição das horas de sono para manter o comportamento aditivo. Por exemplo, manter-se ligado durante a noite, deitar-se tarde, dificuldade em levantar-se de manhã.
- **Alteração do padrão do apetite**. Come depressa e mal para ganhar tempo, podendo mesmo pular refeições.
- **Menor atenção à higiene**. Tem de se lembrar dos hábitos básicos de higiene que costumava fazer antes (escovar os dentes, tomar banho, mudar de roupa).
- **Negligência de aspectos importantes da sua vida**, devido ao aumento do tempo dedicado ao comportamento aditivo ou à sua preparação. Perda da noção do tempo.
- **Mudança de estilo de lazer**, mudança de interesses, mudança de ambiente.
- **Perda de amizades** ou perda de interesse em vê-las pessoalmente. Só tem amigos *on-line*.
- **Irritabilidade** quando não consegue realizar o comportamento de dependência. Ou pode ficar inativo, deitado na cama durante horas a fio.
- **Humor flutuante** e tendência para a tristeza. Não são muito comunicativos, fecham-se no seu próprio mundo e sentem-se incomodados quando lhes fazem perguntas sobre a sua vida cotidiana.
- **Alteração do rendimento escolar**, assentismo escolar, aumento de relatos de atitudes pouco cooperantes ou de repreensão, aumento de reprovações e expulsões das aulas.
- **Procura de produtos ou aplicações que custam dinheiro**. Pode roubar, geralmente pequenas somas de dinheiro, especialmente de familiares próximos.
- **Elevada concentração ou excitação pela atividade** aditiva, não respondendo a estímulos externos. Por exemplo, não respondem quando são chamados, levantam a voz ou usam linguagem imprópria quando interagem com o ecrã.
- **Começa a roubar**, normalmente pequenas quantias de dinheiro, sobretudo a familiares próximos.

Neste contexto, podemos colocar-nos as seguintes questões para identificar estes sinais:

- O que é que vemos que nos preocupa?
- O que é que vemos quando eles interagem que não vemos em casa?

- Quais são as alterações que não são lógicas?
- Que atitudes podem fazer parte da adolescência e quais não?
- Trata-se de uma experiência negativa, de um mal-estar e de um funcionamento instalado?

6.4

PRINCIPAIS MITOS E FALSAS CRENÇAS SOBRE AS DEPENDÊNCIAS COMPORTAMENTAIS

As dependências comportamentais não são verdadeiras dependências porque não envolvem substâncias químicas. FALSO

As dependências comportamentais (como o jogo patológico, as compras compulsivas ou a dependência das redes sociais) ativam os mesmos circuitos de recompensa no cérebro que as dependências de substâncias. A dopamina e outros neurotransmissores também desempenham um papel crucial nestas formas de dependência.

As pessoas com dependências comportamentais podem deixar de fumar quando quiserem, basta um pouco de força de vontade. FALSO

Tal como as dependências de substâncias, as dependências comportamentais envolvem uma perda de controle e alterações neurológicas que tornam difícil parar sem ajuda. Muitas vezes, só a força de vontade não é suficiente.

Só as pessoas com problemas econômicos ou sociais desenvolvem dependências comportamentais. FALSO

As dependências comportamentais podem afetar qualquer pessoa, independentemente da classe social, idade ou nível de escolaridade. São influenciadas por uma combinação de fatores genéticos, ambientais e psicológicos.

As dependências comportamentais não têm consequências tão graves como as dependências de substâncias. FALSO

As dependências comportamentais podem ter graves repercussões na vida das pessoas, incluindo problemas financeiros, dificuldades de relacionamento, perda de emprego e deterioração da saúde mental.

As dependências comportamentais são apenas modas passageiras associadas ao nosso tempo. FALSO

Embora algumas dependências (como as da tecnologia) sejam mais evidentes atualmente, os mecanismos subjacentes às dependências comportamentais têm raízes na neurobiologia e no comportamento humano e sempre existiram.

Intervenções educativas e de apoio para desenvolver competências sociais e comportamentais

As idades da infância e da adolescência são períodos-chave na maturação e na evolução dos indivíduos. Estes ciclos de vida são particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de problemas de dependência, tanto de substâncias como de comportamentos.

As dependências comportamentais implicam uma dependência que afeta a vida cotidiana da pessoa em causa, sobre a qual perde o controle. Uma dependência ocorre quando o jogo ou a utilização da Internet ou dos jogos de vídeo tem prioridade sobre situações consideradas mais importantes para o jovem. A sua utilização torna-se uma prioridade e está associada a consequências graves para o indivíduo e para o seu ambiente.

O debate sobre a utilização das tecnologias digitais, os **problemas que acarretam e a forma de os resolver**, é contínuo e gera preocupação na sociedade. Será que estamos utilizando estes dispositivos corretamente? As alterações de comportamento são normais? O que se entende por utilização normal, utilização incorreta ou utilização excessiva ou problemática?

[1] Em geral, alguns fatores sobre os quais trabalhar **contra as dependências de substâncias ou de comportamentos nos jovens são os seguintes:**

- Manter um estilo de vida saudável (alimentação, sono, desporto) e hábitos de lazer.
- Relações saudáveis com adultos de referência.
- Facilitar as redes comunitárias para que os jovens tenham um apoio adaptado às suas necessidades.
- Utilização e gestão razoáveis da tecnologia e promoção de um lazer responsável.
- Formação em competências sociais e sensibilização para as consequências do consumo de drogas.
- Estabelecer limites claros e aplicar a disciplina de forma consciente.
- Ter opções motivadoras e saudáveis para os tempos livres.
- Promover valores positivos na sociedade.

- Igualdade de acesso aos recursos e serviços.
- Pertença à comunidade e fortes laços sociais.

[2] As emoções são reações subjetivas ao ambiente. É importante ensinar as crianças a expressar, processar, regular e canalizar corretamente as suas emoções, um processo contínuo ao longo do seu desenvolvimento. **Deve ser promovida uma boa educação emocional.** Toda a família e os educadores devem aprender a expressar os seus sentimentos e a ser congruentes com a forma como sentem e agem:

- **Ter empatia:** coloque-se no lugar da criança ou do adolescente, tente compreender o seu ponto de vista, mesmo que não o partilhe.
- **Reforçar a sua autoestima.** Criar expectativas positivas e confiança e encorajá-los a atingir os seus objetivos, valorizando o esforço e a perseverança.
- **Ensinar-lhes formas de expressão positivas.** Através de uma comunicação assertiva, respeitando os seus direitos sem violar os dos outros.
- **Dedicar tempo à criação de laços afetivos.** Expressar os nossos sentimentos e afeto. Nenhuma pessoa tem idade suficiente para dizer que a ama.

[3] A dependência de jogos de vídeo ou da Internet é um problema complexo que exige diferentes abordagens para ser superado. Fundamental é a prevenção, que implica a promoção de atitudes e hábitos saudáveis nas diferentes áreas da vida dos nossos filhos, e isto começa com a revisão dos nossos modelos. Eis algumas recomendações básicas:

- **Somos modelos a ser seguidos:** as crianças aprendem sobretudo por imitação. Utilizar as tecnologias da informação de forma responsável, comunicar, ser visto a desfrutar de outras atividades.
- **Estabelecer regras claras para regular a utilização dos ecrãs de acordo com a idade.** Estabelecer um horário, escolher conteúdos adequados, utilizar filtros de controle parental. O envolvimento de toda a família na criação de regras ajudará a melhorar o autocontrole e a corresponsabilidade.
- **Tempo em família:** promover o tempo de lazer sem ecrãs. Melhora a coesão familiar e é um fator de proteção da saúde geral (atividade física, cultural ou social).
- **Alfabetização digital urgente:** estar a par das tecnologias da informação permite-lhe estar mais perto dos seus filhos, conhecer melhor os seus riscos e potencialidades e poder acompanhá-los melhor na sua utilização (proteção de dados, responsabilidade e respeito nas redes sociais).
- **Incentivar o diálogo e o pensamento crítico** ajuda a tomar melhores decisões e a partilhar quaisquer dúvidas ou problemas que possam surgir.
- **Detectar rapidamente que «algo está errado»** ajuda a parar a espiral descendente e a reorientar a situação. Se detectar sinais de alerta, procurar aconselhamento na escola, no centro de cuidados primários ou num centro especializado.

Estratégias para trabalhar preventivamente sobre os diferentes aspectos da toxicod dependência

[1] Conselhos para prevenir a toxicod dependência na família

A prevenção é entendida como um conjunto organizado de estratégias destinadas a antecipar o aparecimento de comportamentos aditivos. Estas intervenções visam reduzir os fatores de risco e aumentar os fatores de proteção contra estes comportamentos. Isto é conseguido através da aplicação de diferentes estratégias, implementadas em diferentes áreas e em três níveis, dependendo da população-alvo a que se destinam:

- **Prevenção universal.** Dirigida a toda a população, ou seja, é a prevenção mais geral.
- **Prevenção seletiva.** Direcionar-se para a população de risco.
- **Prevenção indicada.** Dirigida à população que já tem o problema.

A família (ou os adultos, os mentores ou o ambiente em que vivem) é um elemento-chave no campo educacional digital das crianças e dos adolescentes. Educar significa acompanhar, orientar, dirigir, proteger, etc. O seu papel neste novo contexto é crucial para os acompanhar na sua viagem digital. É um desafio que, no entanto, exige tempo e dedicação.

Começamos pelos valores da **parentalidade digital positiva**. De acordo com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, trata-se de «um comportamento parental baseado no interesse superior da criança, que é carinhoso, estimulante, não violento e oferece reconhecimento e orientação, incluindo a definição de limites que permitam à criança desenvolver todo o seu potencial». Os pais têm a responsabilidade fundamental de educar os filhos e de facilitar o seu desenvolvimento e zelar pelos seus interesses; por conseguinte, o bem-estar e o desenvolvimento da criança devem ser a prioridade.

Nesta base de premissas, é aconselhável:

- **Dar o exemplo.** As crianças aprendem por imitação, pelo que é importante sermos **coerentes** no que fazemos e no que dizemos. Albert Einstein disse que *«liderar pelo exemplo não é a principal forma de influenciar os outros, é a única»*. A família deve ser um exemplo de utilização responsável das TIC (Tecnologias de Informação e Comunicação).
- **Estabelecer regras e limites** coerentes e adequados à sua idade. Limitar o tempo, a utilização de ecrãs e o local da atividade. Como?

- Incentivar momentos de desconexão: não utilizar aparelhos eletrônicos durante as refeições (aproveitar estes espaços para conversar com eles), nem antes de se deitar, pois estimulam a atividade mental e dificultam o sono.
- Dê prioridade a locais comuns em casa para a utilização de dispositivos e tente partilhá-los.
- Racionalizar a utilização do tempo, dando prioridade às responsabilidades e obrigações diárias: acadêmicas, domésticas, etc.
- **Promover uma comunicação positiva entre pais e filhos.** É essencial estabelecer uma boa comunicação com as crianças, para que elas nos contem as suas «coisas», mas esta comunicação deve ser bidirecional e recíproca:
 - Escutar as crianças com interesse, «através dos seus olhos», com uma escuta ativa, tendo em conta e respeitando as suas opiniões.
 - Procurar espaços e oportunidades para iniciar uma conversa.
- **Incentivar o pensamento crítico.** Ensinar a contrastar informações e a identificar as suas fontes. Nem tudo o que é publicado na Internet é verdadeiro e exato.
- **Praticar a netiqueta.** Incentivar aspectos como a empatia e o respeito. A utilização das redes sociais deve reger-se pelas mesmas regras de comportamento e respeito que a comunicação presencial.
- **Partilhar atividades de lazer e de tempo em família:** desportivas, culturais, etc. Elaborar uma lista de atividades e interesses comuns e criar locais de encontro para os partilhar em família.
- **Ensiná-los a proteger os dados pessoais** e a privacidade e a compreender a importância da reputação digital. Devem também limitar a publicação de fotografias dos seus filhos nas redes sociais. Muitos pais praticam frequentemente o *sharenting* (exposição excessiva dos filhos nas redes sociais, ou seja, utilização excessiva das redes sociais para documentar e informar constantemente sobre os progressos dos filhos).

Intervenções

- *Workshop* para famílias com o objetivo de promover a utilização saudável da tecnologia pelos seus filhos. Foco no grupo de famílias com crianças dos 0 aos 3 anos.
- *Workshop* para pais e filhos refletirem em conjunto sobre a utilização da tecnologia.
- Criação de espaços nos sítios Web acreditados com informações específicas e serviço de consultoria.
- Elaboração e divulgação de materiais informativos e preventivos.

[2] Conselhos para a prevenção em nível escolar

Embora a família seja o principal agente envolvido no campo educacional dos seus filhos e filhas, a escola e a instituição desempenham um papel primordial como espaços de aprendizagem e socialização. São, por isso, locais muito apropriados para trabalhar a prevenção. Podemos partir do princípio de que quanto maiores são as crianças, mais ecrãs têm, mais contas têm nas redes sociais, mais dispositivos possuem e mais acesso têm à Internet. Além disso, o ambiente escolar permite-nos trabalhar tanto na prevenção universal como na seletiva, acrescentando um nível mais profundo à tarefa preventiva.

Um dos desafios que pode surgir é a convivência que existe em muitos centros com ecrãs (computadores, projetores, *tablets*, televisões, redes sociais escolares, etc.), ao mesmo tempo que é proibida a utilização de outros (telemóveis ou consoles portáteis).

Outro desafio são as mensagens ambivalentes que podem existir com a família, pelo que a prevenção escolar deve incluir também o trabalho com os adultos que são os pontos de referência para estes rapazes e moças, de forma a conseguir uma proposta de intervenção abrangente.

Intervenções:

- *Workshops* para meninos para promover o pensamento crítico nos ecrãs.
- *Workshops* para meninos trabalharem os aspectos emocionais da utilização dos ecrãs.
- *Workshop* para adultos para promover o pensamento crítico nos ecrãs.

[3] Conselhos para prevenir a dependência de maneira comunitária

A experiência da prevenção mostra-nos a necessidade de atuar a partir das diferentes esferas que compõem a comunidade. E não levar a cabo iniciativas isoladas, mas integrá-las numa proposta unitária e abrangente, através da participação ativa, do envolvimento e da corresponsabilidade dos diferentes agentes sociais, unindo esforços, estabelecendo uma comunicação horizontal e partilhando objetivos comuns e a definição de estratégias preventivas:

- **Educadores desportivos e de lazer.** Estes profissionais são um ponto de referência para os jovens, desempenham um papel fundamental como formadores e podem identificar situações de risco e de utilização problemática.
- **Os meios de comunicação social.** As informações e notícias que difundem e o seu tratamento têm um impacto nos cidadãos, que deve ser utilizado para divulgar boas práticas, recomendações, recursos, etc.

- **Cuidados primários e profissionais de saúde.** Enquanto promotores de saúde, podem desempenhar a tarefa de transmissão de hábitos saudáveis e de diagnóstico precoce.

É necessário uniformizar e integrar a prevenção nos diferentes espaços da comunidade, numa perspectiva global e transversal.

Intervenções:

- Atividades de prevenção entre pares, jovens formados para transmitir mensagens de saúde.
- Realizar campanhas de informação e de sensibilização e utilizar os meios de comunicação social para abordar os problemas de saúde e as TIC.
- Promover a formação técnica sobre prevenção e detecção do uso problemático dos ecrãs em adolescentes direcionada para os agentes sociais.
- Desenvolver protocolos de ação e encaminhamento para a utilização problemática de ecrãs em adolescentes e jovens.
- Elaborar documentos técnicos e guias metodológicos sobre prevenção e intervenção na utilização e abuso das TIC.

[4] Conselhos para evitar a dependência ambiental ou estrutural

Trata-se de um tipo de prevenção que se revelou muito eficaz, mas, ao mesmo tempo, as suas estratégias revelaram-se muitas vezes impopulares e depararam-se com uma resistência considerável entre os jovens e os diferentes grupos. Trata-se de mudar o ambiente cultural, social e físico. Estas estratégias incluem:

- Regulamentar o número de estabelecimentos de jogos e apostas.
- Regulamentar o acesso aos jogos de azar.
- Alterações na forma dos jogos de azar e dos prémios.
- Aumentar a idade de acesso às salas de jogo.
- Aumentar o regime de sanções em caso de incumprimento.
- Advertências sobre o jogo de azar problemático nos estabelecimentos de jogos e apostas.





CAPÍTULO

7

Psicose

7.1

COMO RECONHECER A PSICOSE

Uma sensação estranha, como se algo viesse do interior

Seguem por horas as informações mais relevantes sobre a psicose: o que é; qual a causa do seu desenvolvimento; quais os sintomas e sinais de alerta; como é tratada e qual o processo de recuperação; como se podem prevenir as recaídas?

A psicose é um distúrbio da saúde mental caracterizada por **uma percepção distorcida da realidade** e por **um distúrbio significativo do funcionamento mental** (pensamento, emoções e comportamento). Um exemplo: 'Comecei a ouvir vozes na televisão, nos anúncios, na Internet.... Monitorização da Internet, espiões... tudo estava ligado a mim».

Os sintomas da psicose variam de pessoa para pessoa, mas alguns dos mais comuns são: pensamentos delirantes ou falsas crenças, alucinações, alterações do humor e do estado de espírito, pensamentos confusos e alterações de comportamento. A presença destes sintomas pode levar a uma alteração do funcionamento diário da pessoa afetada em todas as áreas de sua vida (estudos, trabalho, relações sociais...) e a um impacto muito importante na família. O aparecimento dos sintomas é conhecido como episódio psicótico ou surto psicótico.

Sintomas de psicose

[1] A psicose é um estado mental caracterizado por uma ruptura ou perda de contato com a realidade (Organização Mundial de Saúde, 1992). Para além disso, estão também presentes vários outros sintomas mais específicos que interferem com o funcionamento diário da pessoa, alteram o comportamento e requerem ajuda médica (Volkmar, 1996).

[2] Os principais sintomas clínicos dos distúrbios psicóticos, tal como descritos no *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais* da Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association, 2013), são:

- **Alucinações.** São percepções imaginárias que ocorrem sem a presença de estímulos externos. São involuntárias e vivenciadas de forma intensa, gerando forte ansiedade no indivíduo. As pessoas podem ouvir, sentir, cheirar ou ver coisas que não estão presentes. As alucinações mais frequentes são as auditivas.
- **Delírios.** São crenças falsas e fixas que são vividas com convicção e não são alteradas por argumentação lógica. O seu conteúdo pode ser muito variado. Os mais comuns são os delírios de perseguição e os delírios referenciais.
- **Pensamento desorganizado.** É a perda de associações lógicas no pensamento, da relação entre ideias. A pessoa afetada pode pular de um tema para outro ou pode mesmo perder o fio do discurso, tornando-o incompreensível.
- **Comportamento ou movimentos motores altamente desorganizados ou anormais (incluindo catatonia).** Comportamentos motores diferentes ou movimentos sem sentido que dificultam a atividade diária da pessoa. A pessoa pode tornar-se extremamente ativa ou, pelo contrário, permanecer inativa durante todo o dia.
- **Sintomas negativos.** São aqueles que indicam um empobrecimento da personalidade da pessoa, afetando o humor e as relações sociais. Os sintomas negativos predominantes incluem a diminuição da expressão emocional, o retraimento social, a falta de energia para fazer coisas (abulia), a falta de prazer em fazer coisas agradáveis (anedonia) e a indiferença emocional.

Além dos sintomas acima mencionados, outros sintomas podem também estar presentes na psicose, como os sintomas **cognitivos** (dificuldades de concentração, processamento lento, lapsos de memória, etc.) e os sintomas afetivos, como a depressão e a ansiedade.

Todos estes sintomas nem sempre são estáveis; podem variar dentro de cada indivíduo e entre indivíduos, tanto em termos do início e do curso do distúrbio como da sua duração, com uma grande variabilidade inter e intraindividual (Heckers et al., 2013).

Prevalência

Os distúrbios psicóticos surgem normalmente no final da adolescência ou no início da idade adulta. A idade mais comum de início dos sintomas é entre os 18 e os 24 anos, mas a maioria dos casos ocorre entre os 13 e os 30 anos. Cerca de 3 em cada 100 jovens adultos terão um episódio psicótico durante a sua vida. A detecção e o tratamento nas fases iniciais do distúrbio são fundamentais para a recuperação das pessoas afetadas.

7.2

TIPOLOGIA DA PSICOSE

As diferentes faces da psicose

[1] A presença de sintomas determinantes e a sua duração determinam as diferentes faces. Os principais estudos de referência⁹ descrevem os seguintes diagnósticos:

- **Distúrbio psicótico breve.** A pessoa afetada apresenta um ou mais dos seguintes sintomas: delírios, alucinações, discurso desorganizado e comportamento altamente desorganizado ou catatônico. E pelo menos um dos três sintomas seguintes: delírios, alucinações ou discurso desorganizado. A duração do episódio do distúrbio é de pelo menos um dia, mas inferior a um mês, com um eventual regresso completo ao funcionamento anterior ao distúrbio.
- **Distúrbio psicótico induzido por substâncias ou drogas.** A pessoa afetada apresenta delírios e/ou alucinações. A anamnese, o exame físico ou os testes laboratoriais devem demonstrar que os sintomas se desenvolveram durante e logo após a intoxicação ou a abstinência de substâncias, ou após a intoxicação por uma droga, e que a substância ou a droga em causa pode produzir os sintomas atuais. O distúrbio causa angústia clinicamente significativa ou prejuízo do funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes.
- **Esquizofrenia.** A pessoa afetada apresenta dois ou mais dos seguintes sintomas: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento altamente desorganizado ou catatônico e/ou sintomas negativos. Deve apresentar pelo menos um dos três sintomas seguintes: delírios, alucinações ou linguagem desorganizada. O nível de funcionamento da pessoa está comprometido ou prejudicado numa ou mais áreas importantes, como o trabalho, as relações interpessoais ou os cuidados pessoais. Os sintomas do distúrbio persistem durante pelo menos seis meses.

⁹ Como é sabido, os dois manuais mais utilizados para o diagnóstico dos distúrbios mentais são o *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DSM-V)* da Associação Americana de Psiquiatria e a *Classificação dos Distúrbios Mentais e do Comportamento (CID-10)* da Organização Mundial de Saúde.

- **Distúrbio esquizofreniforme.** A pessoa afetada apresenta dois ou mais dos seguintes sintomas: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento altamente desorganizado ou catatônico e/ou sintomas negativos. Pelo menos um dos três sintomas seguintes deve estar presente: delírios, alucinações ou discurso desorganizado. O episódio do distúrbio dura pelo menos um mês, mas menos de seis meses.
- **Distúrbio delirante.** A pessoa afetada tem um ou mais delírios que duram pelo menos um mês. As alucinações não estão presentes e, se presentes, não são significativas e estão relacionadas com o tema delirante. O funcionamento da pessoa não é muito perturbado e o comportamento não é bizarro ou estranho.
- **Distúrbio esquizoafetivo.** A pessoa afetada apresenta dois ou mais dos seguintes sintomas: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento altamente desorganizado ou catatônico e/ou sintomas negativos. Além disso, devem ser preenchidos os critérios de diagnóstico de um episódio de humor (episódio maníaco ou episódio depressivo maior).
- **Distúrbio psicótico partilhado.** Ocorre quando duas ou mais pessoas partilham o mesmo tema ou sistema de ideias delirantes e apoiam-se mutuamente nas suas crenças. As duas pessoas partilham uma relação extraordinariamente próxima. Existem provas temporais e circunstanciais de que os delírios são induzidos na pessoa passiva (dominada) pelo contato com a pessoa ativa (dominante).
- **Distúrbio psicótico devido a outra condição médica.** A pessoa afetada apresenta alucinações ou delírios proeminentes. Deve ser demonstrado pela história clínica, exame físico ou testes laboratoriais que os sintomas do distúrbio são a consequência fisiopatológica direta de outra condição médica. O distúrbio não pode ser melhor explicado por outro distúrbio mental e causa um distúrbio claramente significativo ou uma diminuição da capacidade de funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes.
- **Distúrbio psicótico não especificado.** Esta categoria aplica-se quando os sintomas característicos de um distúrbio do espectro da esquizofrenia e de outro distúrbio psicótico são predominantes e causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou outro, mas não satisfazem os critérios para qualquer um dos distúrbios da categoria de diagnóstico. É utilizado em situações em que o médico opta por não especificar o motivo da não conformidade com os critérios da categoria de diagnóstico. Inclui também situações em que não existe informação suficiente para efetuar um diagnóstico mais específico.

É importante ter em conta que, no início do distúrbio, pode ser difícil fazer um diagnóstico específico e que este diagnóstico pode mudar ao longo do tempo, à medida que o distúrbio progride. Além disso, estes diagnósticos não podem ser efetuados se o distúrbio ou os sintomas puderem ser atribuídos aos efeitos fisiológicos de uma substância (droga ou medicamento) ou a outra condição médica.

Causas que contribuem para a psicose

As psicoses são doenças mentais caracterizadas **por uma percepção alterada da realidade**, e a compreensão das causas que podem levar a estas experiências é essencial para o diagnóstico e tratamento.

As causas da psicose podem ser classificadas em vários domínios: biológico, psicológico e ambiental, todos interligados e muitas vezes sobrepostos.

[1] Em primeiro lugar, **os fatores biológicos** desempenham um papel crucial no desenvolvimento da psicose. A genética é um dos aspectos mais estudados, uma vez que a investigação indica que as pessoas com uma história familiar de distúrbios psiquiátricos, particularmente esquizofrenia ou distúrbios relacionados, têm um risco significativamente mais elevado de desenvolver psicose. As anomalias neuroquímicas, nomeadamente as relacionadas com neurotransmissores como a dopamina e a serotonina, também têm sido associadas a experiências psicóticas. Por exemplo, a hiperatividade da dopamina em certas áreas do cérebro tem sido associada a sintomas psicóticos, como delírios e alucinações.

[2] Para além das influências genéticas e neuroquímicas, existem também fatores **estruturais** que podem contribuir para o aparecimento da psicose. Estudos demonstraram que as pessoas com esquizofrenia podem apresentar diferenças estruturais no cérebro, tais como um aumento dos ventrículos cerebrais e uma redução do volume da massa cinzenta. Estas anomalias podem afetar a forma como o cérebro processa a informação e reage a estímulos externos, contribuindo para uma percepção distorcida da realidade.

[3] **Os fatores psicológicos** são igualmente importantes. As experiências traumáticas, particularmente durante a infância, têm sido associadas ao desenvolvimento de psicose na idade adulta. Traumas como abuso físico, emocional ou sexual podem prejudicar a saúde mental e levar a distúrbios da personalidade, o que aumenta o risco de experiências psicóticas. Além disso, doenças como a ansiedade e a depressão podem predispor uma pessoa a desenvolver psicose, especialmente se estes distúrbios não forem tratados.

[4] Outro aspecto psicológico a considerar é a presença de **padrões cognitivos disfuncionais**. As pessoas que tendem a interpretar mal a informação ou a desenvolver pensamentos paranoicos podem ser mais suscetíveis a experiências psicóticas. Estes padrões podem ser influenciados por fatores de estresse ambientais ou relacionais, que exacerbam a vulnerabilidade.

[5] Em nível **ambiental**, vários elementos podem atuar como desencadeadores de psicose. Situações de estresse intenso, como a perda de um ente querido, mudanças significativas na vida (como uma separação ou licenciamento) ou dificuldades econômicas podem desencadear episódios psicóticos, especialmente em indivíduos já vulneráveis. O consumo de substâncias psicoativas, como o álcool, drogas recreativas ou medicamentos, é outro fator ambiental que pode desencadear episódios psicóticos. Em particular, o uso de substâncias relacionadas com os canabinoides – como o THC encontrado na maquiagem – tem sido associado a um risco acrescido de psicose, especialmente em indivíduos predispostos.

Um contexto social de isolamento ou estigmatização pode agravar a condição de uma pessoa predisposta à psicose. A falta de apoio social e de relações significativas pode contribuir para sentimentos de solidão e desesperança, aumentando a probabilidade de episódios psicóticos. Neste sentido, o apoio dos amigos, da família e da comunidade desempenha um papel fundamental na proteção da saúde mental.

[6] Por último, é importante considerar que a psicose também pode ser o resultado de **condições médicas gerais**, tais como infecções, doenças neurológicas ou metabólicas. Distúrbios como o delírio ou a encefalite podem levar a sintomas psicóticos, o que sublinha a importância de uma avaliação médica exaustiva para excluir outras causas.

7.3

SINAIS DE ALERTA DA PSICOSE

A psicose nem sempre é fácil de detectar. Antes do aparecimento dos sintomas psicóticos, podem surgir outros sintomas mais inespecíficos ou sinais de alarme, vários dias ou mesmo semanas antes. Os sinais de alarme são todos os indicadores de uma falta de normalidade. Devem ser recorrentes e duradouros no tempo:

- Sentir-se mais tenso, mais receoso ou mais ansioso.
- Pensamentos acelerados: ter muitos pensamentos ao mesmo tempo, não ser capaz de se concentrar numa coisa.
- Tornar-se mais silencioso e mais isolado.
- Sentir-se de mau humor, com menos vontade de fazer coisas ou mais irritável.
- Estar mais cansado.
- Ter sensações estranhas que me fazem sentir confuso.
- Não ter muita fome, perder peso.

- Esquecimentos frequentes.
- De repente não tenho sono.
- Negligenciar a minha aparência física.

A detecção e o tratamento nas fases iniciais da doença são essenciais para a recuperação das pessoas afetadas. É por isso que **é muito importante consultar um profissional** quando estes sintomas alteram as atividades diárias ou causam desconforto.

7.4

PRINCIPAIS MITOS E FALSAS CRENÇAS SOBRE A PSICOSE

Alguns dos mitos sobre a psicose são:

A psicose não tem tratamento eficaz. FALSO

Existem diferentes tratamentos para lidar com a psicose: psicológicos, sociais, de apoio... E os medicamentos são úteis para tratar os sintomas, alcançar a estabilidade e ajudar a pessoa afetada a levar uma vida «normal».

As pessoas com psicose são perigosas. FALSO

As pessoas que sofrem de um distúrbio psicológico têm muito mais probabilidades de ser vítimas de agressão ou de abuso por parte de outros do que as que não sofrem. Só em alguns casos, quando a pessoa não recebeu tratamento ou não o segue corretamente, pode ter alucinações graves ou pensamentos delirantes que a fazem acreditar em coisas que não são realmente verdadeiras, e pode acabar por se magoar a si própria ou a outra pessoa.

As pessoas com psicose fizeram alguma coisa. FALSO

Todas as pessoas podem desenvolver um distúrbio psicológico, independentemente do sexo, da idade ou do estado social. Embora a sua origem possa, por vezes, estar ligada a um estresse muito intenso ou à ingestão de toxinas, a psicose não é causada por uma única causa, mas pela ocorrência e interação de vários fatores. Alguns destes fatores são biológicos, ou seja, existe uma predisposição genética, enquanto outros são ambientais e relacionados com o estilo de vida.

Todos os medicamentos têm muitos efeitos secundários negativos e anulam a vontade da pessoa. FALSO

Nem todos os tratamentos têm o mesmo efeito, nem tentam sobrepor-se à vontade da pessoa, nem produzem os mesmos efeitos indescritíveis. De fato, existem cada vez mais tratamentos farmacológicos bem tolerados e com menos efeitos

secundários negativos. Com o devido controle e acompanhamento por parte dos profissionais, as possíveis repercussões devem ser mínimas.

As pessoas que sofreram um esgotamento psicológico não podem recuperar-se e devem ser confinadas a um centro. FALSO

O conhecimento sobre a psicose está aumentando, o que levou a melhores tratamentos farmacológicos e psicológicos para ajudar a pessoa afetada a recuperar-se. As pessoas com psicose podem recuperar completamente, podem estudar ou trabalhar, constituir família, manter as suas atividades sociais, etc. Em algumas ocasiões, quando a recuperação não é total, o objetivo é conseguir uma qualidade de vida semelhante à que tinham antes do episódio psicológico. Nestes processos, a inserção na comunidade desempenha um papel muito importante.

As pessoas com psicose são extravagantes e comportam-se de forma estranha. FALSO

Os meios de comunicação social e os filmes de Hollywood utilizam frequentemente de forma errada as palavras «psicótico» e «esquizofrênico» para se referirem a alguém que comete atos depravados ou bizarros ou a alguém que se comporta de forma estranha e diferente dos outros. A maioria das pessoas com psicose não é diferente de nós e das outras pessoas e passa despercebida nas ruas das nossas cidades.

A psicose é hereditária. FALSO

O fato de ter pais ou irmãos com psicose não significa que se venha a desenvolver a doença. De fato, a maioria das pessoas com psicose não tem familiares com a mesma doença. Embora seja verdade que existe uma componente genético no desenvolvimento da psicose, não existe um gene único que explique o seu aparecimento, uma vez que estão envolvidos vários fatores biológicos e ambientais.

O consumo de canábis não provoca o desenvolvimento de psicoses. FALSO

Embora nem todas as pessoas que consomem canábis desenvolvam psicose, o ingrediente ativo desta substância está intimamente ligado ao desenvolvimento de sintomas psicológicos. Há cada vez mais provas de que existe uma relação entre o consumo de cannabis, especialmente nos grupos etários mais jovens, e um risco acrescido de desenvolver um distúrbio psicológico.

A psicose está ligada à forma como os pais educaram a pessoa. FALSO

Contrariamente a um dos mitos mais difundidos do século passado, a psicose não tem nada a ver com a educação, a formação ou o comportamento dos pais. Esta crença gerou uma grande culpabilização dos pais e provocou ainda mais angústia nas famílias das pessoas com psicose. As causas da psicose são multifatoriais, genéticas e ambientais.

Uma intervenção educativa eficaz: empatia, escuta ativa e apoio emocional

Para abordar em pormenores os critérios e as ações educativas em relação aos distúrbios psicóticos nos jovens, é fundamental considerar as estratégias e atividades práticas que os educadores podem implementar.

Uma intervenção educativa eficaz para a psicose juvenil deve basear-se numa combinação de empatia, escuta ativa, apoio emocional num ambiente seguro e acolhedor, mas também **em ferramentas e metodologias profissionais** que permitam aos jovens compreender e gerir a sua experiência psicótica.

Segue-se um guia completo para trabalhar em contextos educativos e comunitários, com base em atividades específicas, ferramentas de apoio e recursos práticos.

[1] Criar um ambiente de apoio e compreensão. O educador deve, antes de mais, estabelecer uma relação de confiança, em que os jovens se sintam acolhidos e não julgados. Isto implica uma abordagem que normalize a conversa em torno dos distúrbios psicóticos, criando um ambiente em que os jovens possam falar livremente sobre as suas experiências sem receio de serem estigmatizados. Um exemplo concreto é a organização de momentos semanais de «espaço aberto» onde os jovens podem expressar livremente as suas emoções e pensamentos. Isto também pode ser feito através de um «canto das emoções» com quadros negros nos quais podem escrever os seus estados de espírito ou palavras-chave que descrevam as suas experiências. O objetivo é facilitar a comunicação e a partilha de experiências, levando os jovens a reconhecer e a lidar com as suas próprias dificuldades psicológicas.

[2] Atividades de grupo baseadas no diálogo e no confronto. O grupo de discussão é uma ferramenta poderosa para promover a partilha e o confronto entre pares. O educador pode organizar sessões temáticas em que são explorados aspectos específicos da experiência psicótica, tais como «compreender as vozes interiores» ou «lidar com a sensação de isolamento». Estas sessões devem ser conduzidas de forma muito sensível, permitindo que os participantes contem as suas experiências de forma espontânea e genuína, sem a pressão de terem de obter respostas «corretas». Para estimular o debate, pode ser proposta uma série de questões orientadoras, tais como: «O que significa para você sentir-se compreendido?», «Como é que o ajudaria falar sobre

o que sente?». Além disso, a utilização de técnicas criativas como desenhar ou escrever para exprimir as emoções pode ser muito útil para aqueles que têm dificuldade em exprimir-se verbalmente.

[3] Projetos de capacitação e resiliência. O objetivo de um projeto de capacitação é dotar os jovens com distúrbios psicóticos das competências e da confiança necessárias para gerir os desafios cotidianos. Os educadores podem criar percursos de autoajuda personalizados, nos quais cada jovem estabelece objetivos práticos e realistas que o ajudam a melhorar o seu bem-estar mental. Por exemplo, um percurso pode incluir a definição de objetivos a curto prazo, como «estabelecer uma rotina de sono» ou «praticar técnicas de respiração para gerir a ansiedade».

[4] Criação de materiais didáticos e de autoajuda. Os produtos educativos, tais como brochuras, guias e vídeos informativos, são recursos valiosos que os jovens podem consultar por si próprios. Os materiais devem explicar, de uma forma simples e direta, o que são os distúrbios psicóticos, quais são os sintomas comuns e como podem ser tratados. Por exemplo, um guia pode incluir seções como «O que são delírios?», «Como lidar com alucinações» e «Estratégias para reduzir o isolamento social». Os materiais devem ser interativos e interessantes, incluindo talvez exercícios de autorreflexão, como «escreva uma carta à sua ansiedade», ou perguntas abertas para reflexão, como «A que horas do dia se sente mais calmo?» Também é útil criar uma versão digital destes materiais, facilmente acessível em dispositivos móveis.

[5] Atividades práticas para melhorar as competências sociais e a gestão do estresse. Em contextos comunitários, é essencial oferecer atividades práticas que reforcem as competências sociais e reduzam os níveis de estresse. O educador pode organizar dramatizações ou simulações de situações sociais em que os jovens podem aprender a lidar com conversas e interações cotidianas. Por exemplo, uma simulação pode envolver uma conversa ao telefone, um momento de conflito com um colega ou uma situação desconfortável num ambiente público. Nestas simulações, os jovens aprendem a reconhecer e a regular as suas reações emocionais, recebendo *feedback* construtivo do educador e dos colegas. Outros exercícios podem incluir atividades de relaxamento guiadas, como a técnica de «relaxamento muscular progressivo», ou sessões de meditação, ajudando-os a reduzir a ansiedade e a melhorar o seu bem-estar geral.



Técnicas para trabalhar em profundidade os diferentes aspectos da psicose

Estas atividades centram-se em técnicas de gestão emocional, melhorando as competências sociais e reforçando o sentido de consciência e controle da experiência psicótica. Cada uma destas atividades inclui objetivos claros, uma descrição da atividade e formas práticas de a implementar.

[1] Projetos artísticos para exprimir emoções e pensamentos. Oferecer um canal de expressão não verbal para ajudar os jovens a exteriorizar emoções complexas e experiências psicóticas num ambiente seguro. Especificamente, o educador propõe atividades de desenho, pintura, escrita criativa ou colagem para explorar emoções, pensamentos e imagens mentais. Estas atividades permitem-lhes abordar e reenquadrar experiências internas que podem ser difíceis de verbalizar. Existem duas formas práticas:

- **Desenhar emoções.** Convidar os jovens a representar visualmente as principais emoções que sentem. Podem utilizar cores e formas que considerem representar estados de espírito como a ansiedade, o medo ou a esperança. No final, podem optar por partilhar ou refletir sobre o seu trabalho artístico.
- **Escrever uma carta a si próprio.** Neste exercício, pede-se aos participantes que escrevam uma carta ao seu «eu futuro» ou ao seu «eu passado». Isto permite-lhes pôr em palavras os seus desejos, preocupações ou pensamentos recorrentes, encorajando a autorreflexão e uma maior compreensão de si próprios.

[2] Grupos de discussão para discussão entre pares. Facilitam o apoio mútuo, a partilha de experiências e a redução do estigma interno e externo relativamente à condição psicológica de cada um. Em particular, o grupo de discussão cria um espaço onde os jovens podem discutir as suas experiências psicóticas num contexto seguro. As reuniões são estruturadas em torno de temas como «compreender as vozes interiores» ou «vencer o sentimento de isolamento». Existem duas modalidades práticas:

- **Partilha orientada sobre um tema específico.** Cada reunião começa com um tema a debater. Por exemplo, «Que estratégias o ajudam a acalmar-se quando sente ansiedade?» ou «O que significa para você ter 'vozes'?» O educador facilita a conversa, estimulando a escuta ativa e o respeito mútuo.
- **Atividades de grupo para explorar o estigma.** O educador pode propor atividades como escrever frases negativas num cartaz e depois destruí-lo simbolicamente ou substituí-lo por frases de autoaceitação, promovendo a criação de uma narrativa positiva e de pertença.

[3] Projetos de autonomia e objetivos pessoais. Reforçar a autoeficácia, aumentando a confiança nas próprias capacidades e a motivação através da realização de pequenos objetivos. Ou seja, os educadores ajudam os jovens a identificar objetivos simples e concretos, como estabelecer uma rotina diária ou melhorar as competências de autocuidado. Cada jovem pode escolher um objetivo personalizado, planear os passos necessários e acompanhar os progressos. Existem duas formas práticas:

- **Criar um diário de objetivos.** Cada jovem mantém um diário no qual anota os seus objetivos, as dificuldades encontradas e os progressos realizados. Por exemplo, se o objetivo é acordar a uma determinada hora todos os dias, anotar os sucessos e as dificuldades permite ao jovem ter um *feedback* tangível e refletir

sobre pequenas melhorias. Todas as semanas, o educador pode reservar um momento para rever o diário em conjunto, dando um *feedback* construtivo e um reforço positivo.

- **Planejamento e revisão de objetivos.** No início de cada mês, o educador orienta o jovem no planejamento de objetivos específicos e realistas. Por exemplo, um jovem pode estabelecer o objetivo de «participar numa atividade de grupo» ou «reduzir o tempo passado em isolamento». Periodicamente, é feita uma revisão para monitoriar os progressos e ajustar o plano de ação, se necessário. Os educadores devem encorajar os jovens a celebrar qualquer progresso, mesmo que pequeno, para reforçar a sua confiança nas suas próprias capacidades.

[4] Atividade de escrita reflexiva. Desenvolver a capacidade de análise e consciencialização pessoal, explorando os próprios pensamentos e sentimentos relacionados com a experiência psicótica. Na prática, a escrita reflexiva é uma técnica poderosa que permite aos jovens pôr em palavras as suas experiências, favorecendo um processo de introspeção e de reelaboração emocional. Pode-se utilizar cadernos pessoais, sem obrigação de partilha, ou atividades de grupo em que a discussão é livre. Existem duas formas práticas:

- **Diário a cada dia ou semanal.** Convidar os jovens a manter um diário no qual escrevam sobre as suas emoções, momentos difíceis e positivos. Perguntas de reflexão como «O que aprendi hoje sobre mim mesmo?», «Qual foi o momento mais significativo do meu dia?» ou «O que me fez sentir melhor?» podem orientar a escrita.
- **Cartas aos próprios medos ou aos pensamentos intrusivos.** Esta atividade consiste em escrever uma carta dirigida a uma emoção, como o medo, ou a uma experiência, como as vozes. O objetivo é confrontar os seus medos ou pensamentos sem se sentir julgado, explorando as emoções de uma forma distanciada e racional.

[5] Programa de psicoeducação em colaboração com as famílias. Educar tanto os jovens como as famílias para compreender melhor a psicose, reduzir o estigma e melhorar o apoio familiar. De um ponto de vista prático, o educador organiza reuniões educativas periódicas com as famílias, onde são explicados os mecanismos da psicose, os métodos de comunicação e as técnicas de gestão do estresse na família. O envolvimento das famílias é essencial para criar um ambiente de apoio abrangente. Existem duas formas práticas:

- **Sessões de informação sobre as características dos distúrbios psicóticos.** Nestas reuniões, são explicados os sintomas, as causas e as técnicas de tratamento, com referência a casos concretos ou exemplos práticos, respeitando sempre a privacidade.

- **Debate sobre comunicação empática e apoio positivo.** São sugeridas formas de lidar com conversas difíceis, explicando a importância da escuta ativa e das palavras de encorajamento. Exemplos práticos como «Estou aqui para o ouvir sem julgá-lo» podem ser úteis para fornecer modelos de comunicação positiva.

[6] Atividade de Criação de rotinas e de gestão do tempo. Proporcionar estruturas e modelos para ajudar os jovens a criar uma rotina estável é essencial para a gestão da ansiedade e dos sintomas psicóticos. Consequentemente, a criação de uma rotina ajuda a melhorar a estabilidade e a reduzir o estresse, aumentando as capacidades de gestão do tempo. É possível planejar atividades diárias ou semanais que tenham em conta os interesses e as necessidades dos jovens. Existem duas formas práticas:

- **Criação de um calendário semanal personalizado.** Os jovens constroem o seu próprio calendário, dividido entre atividades de rotina (por exemplo, acordar, refeições, escola) e atividades pessoais ou de lazer. Este calendário pode ser atualizado todas as semanas e adaptado em função das necessidades, favorecendo um sentimento de controle e de previsibilidade.
- **Sessões de revisão da rotina.** No final da semana, o educador pode propor uma reflexão sobre a rotina semanal, destacando as atividades que funcionaram melhor e identificando possíveis áreas de melhoria.

[7] Atividades de apoio à autoaceitação e à redução do estigma. Promover uma atitude positiva em relação a si próprio e à sua experiência, reduzindo a autoestima e encorajando uma visão mais compassiva de si próprio. Isto significa que o educador orienta os jovens através de atividades de reflexão, sensibilização e autoaceitação, ajudando-os a reduzir o autojulgamento e promovendo uma autoimagem positiva e autêntica. Existem duas formas práticas:

- **Criar um «caderno de sucessos».** Convidar os jovens a manter um caderno onde anotam pequenos sucessos diários, competências que estão melhorando ou momentos positivos. Este caderno torna-se uma recordação visível dos seus progressos e do seu valor.
- **Afirmações positivas e autorreflexão.** Durante cada encontro os jovens podem escolher ou criar uma afirmação positiva sobre si próprios (por exemplo, «Sou capaz de lidar com as dificuldades» ou «Todos os dias estou melhorando»). Os educadores orientam a reflexão sobre estas afirmações, ajudando a interiorizar uma narrativa mais positiva.





CAPÍTULO

8

Automutilação

8.1

COMO RECONHECER A AUTOMUTILAÇÃO

Cortes como um grito de socorro para comunicar as dores da alma

[1] O que é o comportamento de automutilação? Quantos tipos de lesões autoprovocadas conhecemos e quais são os sinais de alerta? Para além de responder a estas questões, também analisaremos a seguir quais são os fatores desencadeantes e protetores. Quais as estratégias a seguir quando ocorre a automutilação: quando e a quem pedir ajuda.

A automutilação, especificamente **a automutilação não suicida**, é definida como **a destruição direta e deliberada do tecido do próprio corpo sem a intenção de cometer suicídio**. Após décadas de aumento da incidência da automutilação não suicida entre adolescentes e jovens adultos e de um crescente interesse científico pelo tema, o distúrbio foi incluído na quinta edição do *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DSM-5)* como um problema que requer atenção clínica quando preenche os critérios de gravidade estabelecidos.

No entanto, estes comportamentos nem sempre ocorrem no contexto de um distúrbio mental e **nem sempre requerem atenção clínica**, uma vez que são cada vez

mais observados na população em geral e, em muitos casos, podem ser intervencionados num contexto não relacionado com a saúde mental. De fato, nas últimas décadas, tem-se verificado um aumento das lesões autoprovocadas em rapazes e jovens sem diagnóstico de saúde mental, como **forma de expressar a sua angústia**.

[2] Podem distinguir-se dois métodos de automutilação: **a automutilação direta** (cortes, queimaduras, arranhões, mordeduras, golpes, etc.) e **a automutilação indireta** (medicação excessiva, consumo excessivo de álcool, ingestão maciça de álcool ou exposição a situações de risco, como desportos radicais, condução imprudente, etc.). Mas o conceito atual de **lesões autoprovocadas não suicidas**, tanto em termos clínicos como em estudos de investigação, refere-se a lesões diretas e não indiretas. Assim, quando falamos de lesões autoprovocadas, na maioria dos casos, estamos a referir-nos a este primeiro tipo.¹⁰

[3] De acordo com o DSM-5, **os critérios para diagnosticar** o distúrbio do comportamento de automutilação não suicida incluem:

- Cinco ou mais dias de comportamento de automutilação repetido no último ano (em revisão, uma vez que alguns autores propõem aumentar o limiar para dez dias).
- A automutilação deve cumprir uma função:
 - Libertar-se de pensamentos ou sentimentos negativos.
 - Resolver um conflito interpessoal.
 - Gerar um estado positivo.
- A automutilação deve ser produzida por:
 - Pensamentos ou sentimentos negativos.
 - Preocupação recorrente com a automutilação.
 - O impulso para praticar a automutilação.
- Os comportamentos que não são socialmente sancionados, como os atos de protesto ou a marcação de identidade, são excluídos.

Os sintomas de comportamento de automutilação

O comportamento de automutilação é **uma manifestação complexa de sofrimento emocional e psicológico** e pode assumir várias formas e modos.

A compreensão dos sintomas associados a este tipo de comportamento é fundamental para reconhecer a sua presença e intervir de forma adequada.

¹⁰ Desde 2013, o DSM-5, o Sistema Internacional de Classificação dos Distúrbios Mentais, incluiu o comportamento autolesivo direto e repetido (cinco ou mais vezes) como uma nova categoria em estudo: o distúrbio do comportamento autolesivo não suicida (frequentemente designada pelo acrónimo «non-suicidal self-injury», NSAB).

[1] Em primeiro lugar, um dos sintomas mais evidentes é a **automutilação física**, que se pode manifestar de várias formas, como cortes, queimaduras, nódoas negras ou golpes infligidos em partes do corpo. Estes atos podem ser realizados em zonas facilmente cobertas, como os braços e as coxas, para esconder cicatrizes ou sinais de ferimentos. A pessoa pode realizar estes atos de forma ritualizada, utilizando objetos específicos ou seguindo um processo particular que lhe pode dar uma sensação de controle ou de libertação temporária de emoções avassaladoras.

[2] O comportamento de automutilação está frequentemente ligado a **emoções intensas e difíceis**, como a tristeza, a ansiedade, a raiva ou uma sensação de vazio. As pessoas que praticam tais atos podem descrever uma espécie de libertação emocional imediata após a automutilação, como se a lesão física fosse uma forma de expressar ou aliviar uma dor emocional interna. Este comportamento pode oferecer uma sensação temporária de alívio ou controle, criando um ciclo em que a pessoa se sente compelida a repetir o ato para lidar com o sofrimento emocional.

[3] Além disso, é comum que o comportamento autolesivo seja acompanhado de **uma diminuição da autoestima** e de sentimentos de aversão a si próprio. As pessoas que se ferem podem ter uma visão negativa de si próprias, sentindo-se indignas de amor ou atenção, e a autopunição torna-se uma forma de se castigarem por falhas ou fracassos aparentes. Esta autopunição pode também ser vista como uma forma de expressão da dor em situações em que a pessoa se sente impotente para comunicar o seu sofrimento aos outros.

[4] Para além dos sinais físicos, os sintomas emocionais e comportamentais desempenham um papel crucial na manifestação da automutilação. Pode observar-se **uma alteração nas relações sociais**, com o indivíduo que tende a isolar-se dos amigos e da família, criando uma barreira que impede os outros de compreenderem o seu estado de espírito. Esta relutância pode ter origem no medo de ser julgado ou mal-interpretado. A pessoa pode também mostrar sinais de **ansiedade ou depressão**, com alterações de humor, dificuldade de concentração e sentimentos de desespero.

[5] em alguns casos, as pessoas que se envolvem em comportamentos de automutilação podem também utilizar a dor física como uma forma de lidar com a situação, em que a dor externa se torna uma forma de gerir a dor interna. Esta estratégia pode parecer uma tentativa de transformar o sofrimento emocional em dor tangível, que parece mais fácil de enfrentar. No entanto, esta solução é temporária e conduz frequentemente a mais complicações emocionais e físicas.

[6] É importante notar que, embora o comportamento de automutilação possa parecer uma forma de lidar com a dor, não aborda as causas subjacentes e pode levar a complicações como infecções, cicatrizes permanentes e um risco acrescido de com-

portamento suicida. Muitas vezes, as pessoas que praticam estes atos não têm a intenção de causar a sua própria morte, mas sim de escapar à dor. No entanto, a falta de apoio adequado e a experiência contínua de desconforto podem levar a pensamentos suicidas ou a tentativas de suicídio.

Prevalência

[1] As lesões autoprovocadas diretamente são particularmente frequentes entre os adolescentes e os jovens adultos. A investigação indica que a incidência deste comportamento nestes grupos etários varia entre 18% e 45%, com um pico de início entre os 12 e os 14 anos de idade. Embora a prevalência real das **lesões autoprovocadas indiretamente** seja desconhecida e possa ser muito mais elevada, os estudos longitudinais mostram uma evolução natural das formas diretas para as formas indiretas de **lesões autoprovocadas** com a idade. De fato, nos adultos a prevalência das lesões autoprovocadas é mais baixa, rondando os 6%. Todos os comportamentos podem ser esporádicos (menos de cinco episódios por ano), sem fatores de risco prévios, sem sintomas clínicos de distúrbio mental e sem afetar a capacidade de funcionamento da pessoa.

No entanto, num número muito menor de casos, expostos a fatores de risco específicos, o comportamento repete-se ao longo do tempo e está associado à presença de sintomas psiquiátricos comórbidos, incluindo comportamentos suicidas, durante ou numa fase posterior. Os estudos populacionais mostram que 9-11% dos jovens e até 3% dos adultos preenchem os critérios de diagnóstico de lesões autoprovocadas não suicidas repetidas. E na população com problemas de saúde mental, 60% podem estar associados a qualquer diagnóstico psiquiátrico, com uma maior prevalência de distúrbios alimentares nos menores de 18 anos e de distúrbios da personalidade nos maiores de 18 anos, nomeadamente o distúrbio limítrofe da personalidade.

[2] Tradicionalmente, a automutilação tem sido considerada um fenómeno predominantemente feminino. Há muitos estudos sobre a prevalência e a incidência que apoiam este ponto de vista. No entanto, há também estudos recentes que desqualificam dados de estudos mais antigos e algumas investigações indicam pequenas diferenças na incidência por sexo e género.

Um aspecto que tem sido amplamente demonstrado é a **utilização de métodos diferentes por rapazes e jovens** ao cometerem autoagressão não suicida. Enquanto as jovens são mais propensas a cortar, arranhar e a ações que provoquem hemorragias, os rapazes são mais propensos a bater e a queimar-se.

As diferentes faces do comportamento de automutilação

[1] O comportamento de automutilação pode manifestar-se de diferentes formas, cada uma com características específicas. Eis uma visão geral dos principais tipos de automutilação:

- **Cortar-se.** Este é um dos comportamentos de automutilação mais comuns e consiste em fazer incisões na pele com objetos afiados, como facas, lâminas de barbear ou vidro.
- **Queimaduras.** Algumas pessoas provocam queimaduras a si próprias com cigarros, isqueiros ou outros objetos muito quentes.
- **Coçar ou morder.** Estes comportamentos incluem arranhar profundamente a pele ou morder-se a si próprio ao ponto de causar ferimentos.
- **Bater em si próprio.** Com os punhos, bater com a cabeça contra uma parede ou outra superfície dura são outras formas de automutilação.
- **Puxar os cabelos.** Este comportamento, também conhecido como «tricotilomania», consiste em puxar os cabelos até arrancá-los.
- **Ingestão de substâncias tóxicas.** Como drogas em doses não letais ou objetos não comestíveis.
- **Autointoxicação.** Inclui o uso de substâncias como drogas ou álcool para causar danos ao próprio corpo.
- **Comportamentos compulsivos.** Alguns comportamentos autolesivos podem ser compulsivos, como roer as unhas até sangrarem ou espetar agulhas na pele.
- **Automutilação indireta.** Este tipo de automutilação inclui comportamentos como a sexualidade promíscua, o jogo de azar ou o abuso de substâncias.

Causas que contribuem para a automutilação

[1] 27,6% dos adolescentes europeus declaram ter-se automutilado intencionalmente pelo menos uma vez na vida (Brunner et al., 2014). Mas por que é que os adolescentes tendem a continuar este comportamento depois de terem começado a automutilar-se?

É importante ter em conta que, quando uma pessoa se automutila, não é uma tentativa de pôr termo à vida, mas sim um mecanismo para lidar com um problema ou dificuldade. Muitas pessoas que se automutilam explicam que o fazem porque **se sentem incapazes de lidar com uma emoção intensa** (como a tristeza ou a raiva) e recorrem à automutilação para tentar reduzir, gerir ou escapar a esses sentimentos. A dor física pode distrair da dor emocional, oferecendo um alívio temporário.

O fato de haver um alívio emocional após a automutilação pode levar a que se utilize a mesma estratégia no futuro para lidar com emoções difíceis. No entanto, este efeito não dura muito tempo e, a médio ou longo prazo, é muito provável que surjam sentimentos ainda piores, como a culpa ou o medo. Outra causa pode ser a autopunição, ou seja, chegar à automutilação para se punir devido à culpa ou à autocrítica excessiva.

[2] Além disso, as pessoas que se autoflagelam tendem a sofrer de **maior sofrimento emocional, dificuldades de relacionamento e, ao mesmo tempo, um menor desempenho acadêmico**. Em alguns casos, a automutilação pode representar um pedido de atenção e ajuda.

[3] Em resumo, o comportamento autolesivo pode começar como resultado de:

- **Reforço negativo.** O adolescente pode ter aprendido que este comportamento é uma forma eficaz, a curto prazo, de evitar emoções negativas (ansiedade, tristeza, culpa, raiva, desespero, etc.) que causam grande sofrimento psicológico, ou de conseguir uma regulação emocional aparentemente eficaz nos momentos em que essas emoções ocorrem. Neste caso, o objetivo da automutilação é evitar ou desligar-se daquilo que causa dor emocional intensa, centrando-se no dano físico e não nos aspectos da pessoa que causam sofrimento. Alguns dos traumas subjacentes podem ser emocionais (acontecimentos traumáticos como a perda de um ente querido, abuso emocional ou experiências de abandono), físicos (experiências de violência física ou abuso sexual) ou mediáticos (exposição a conteúdos que normalizam ou glorificam a automutilação através das redes sociais, da televisão ou dos vídeo-jogos).
- **Reforço social positivo.** O adolescente pode ter aprendido que, quando adota este comportamento, obtém um nível muito maior e imediato de atenção social ou de reforço social por parte do grupo de pares ou dos adultos do que com outros comportamentos que adota ou quando não se automutila. Por outras palavras, ele sente que este comportamento produz mudanças sociais consideradas positivas por ele (por exemplo, ele percebe que recebe mais afeto, apoio e aceitação do grupo desde que se automutila).
- **Evocação de mudanças ambientais.** O adolescente pode ter aprendido que, quando se envolve neste comportamento, ocorrem mudanças no seu ambiente que são conducentes a sentir-se bem e que são do seu agrado. Neste caso, o re-

forço obtido pela automutilação não é a atenção social dos outros, mas sim benefícios reativos secundários do ambiente (por exemplo, após a automutilação, os adultos decidem que o adolescente já não tem de fazer face a exigências próprias da idade, como ir à escola e fazer exames, ou é dispensado de assumir responsabilidades).

- **Construção da identidade.** O adolescente pode encontrar neste comportamento uma forma de identidade e um sentimento de pertença ao grupo. Neste caso, o comportamento veicula uma ideologia de vida ou identifica-se com subculturas urbanas (por exemplo, a subcultura emo), ou expressa discursos filosóficos e emocionais que veiculam uma visão trágica da existência humana. Neste caso, a automutilação é geralmente praticada num contexto de grupo e é socialmente reforçada pelo resto das pessoas que participam nesta forma de identidade.

8.3

SINAIS DE ALERTA DO COMPORTAMENTO DE AUTOMUTILAÇÃO

Em muitos casos, o comportamento de automutilação pode ser esporádico e, por isso, não preencher os critérios de gravidade para estabelecer um diagnóstico clínico ou médico. No entanto, o aumento da frequência e a utilização de diferentes métodos podem ser variáveis de um prognóstico negativo. Por conseguinte, **a detecção e intervenção precoces podem ser muito úteis** para evitar que os comportamentos autolesivos esporádicos se tornem um problema de saúde.

Neste sentido, prestar atenção a certos **sinais de alerta** que podem fazer-nos suspeitar que uma pessoa está se automutilando é crucial para identificar o problema nas suas fases iniciais. Alguns desses sinais são:

- Ter lesões contínuas que não possam ser explicadas (cortes, queimaduras, arranhões ou inchaços injustificados).
- Usar vestuário que não é adequado à estação do ano ou à temperatura, como jaqueta ou suéter no verão.
- Recusa de participar em atividades que impliquem uma mudança de roupa (ginástica, natação).
- Usar fitas, bandagens regularmente.
- Mostrar ou verbalizar ideias relacionadas com a automutilação (desenhos, conversas com os colegas, etc.).
- Necessidade frequente de privacidade.

- Transportar ou esconder objetos que cortam (lâminas de barbear, pedaços de vidro, tesouras, facas, etc.).
- Passar muito tempo no banheiro ou no quarto.
- Encontrar vestígios de sangue no lixo.

É importante notar que os sinais de alerta são úteis para detectar possíveis situações de automutilação, mas a sua presença não implica necessariamente que a pessoa esteja se automutilando. É considerado um problema quando o comportamento autolesivo se torna uma rotina frequente.

8.4

PRINCIPAIS MITOS E FALSAS CRENÇAS SOBRE O COMPORTAMENTO DE AUTOMUTILAÇÃO

Algumas das falsas crenças que existem sobre o comportamento autolesivo são:

O comportamento autolesivo é uma tentativa de manipulação. FALSO

Embora algumas pessoas tenham aprendido que a única forma de obter a atenção dos outros é adotando comportamentos como a automutilação não suicida, o fato de se automutilarem não significa que sejam manipuladoras. O que significa é que precisam de um certo tipo de atenção e ainda não aprenderam estratégias mais adaptativas para o conseguir.

A automutilação não suicida é um comportamento patológico e irracional. FALSO

Embora a automutilação possa parecer incompreensível para algumas pessoas, tem sempre um objetivo importante quando ocorre e não é, portanto, uma ação irracional. As pessoas que se autolesionam fazem-no normalmente para se sentirem melhor ou para obterem um alívio emocional imediato, mesmo que isso possa ter consequências negativas a longo prazo.

A automutilação é um sinal de aviso de que uma pessoa quer suicidar-se. FALSO

Em princípio, a automutilação não suicida é um comportamento que é adotado sem intenção pessoal, ou seja, sem a intenção de causar a morte. Trata-se de uma forma pouco saudável de lidar com a angústia, na ausência de estratégias mais saudáveis e benéficas. No entanto, é verdade que existem muitos estudos que confirmam que a automutilação não suicida é um fator de risco para o suicídio, ou seja, quando uma pessoa se automutila frequente e gravemente, corre normalmente o risco de desenvolver pensamentos suicidas, que podem levá-la a fazer uma tentativa de suicídio.

A automutilação implica um distúrbio mental. FALSO

Estes comportamentos nem sempre ocorrem no contexto de um distúrbio mental. De fato, são cada vez mais comuns na população não clínica e, em muitos casos, podem ser intervencionados num contexto não relacionado com a saúde mental. Nas últimas décadas, tem-se verificado um aumento das lesões autoprovocadas não suicidas entre rapazes e jovens sem qualquer diagnóstico de saúde mental, como forma de expressão de angústia.

A automutilação não é um problema; muitas pessoas fazem-no. FALSO

Muitas pessoas podem ser automutiladoras – talvez você conheça algumas que o sejam – e não têm distúrbios ou problemas de saúde mental, mas a automutilação não é uma forma saudável de lidar com a situação. Embora possa parecer funcionar a curto prazo, recorrer a esta estratégia a médio e longo prazo pode ter consequências muito problemáticas e impede a pessoa de aprender estratégias mais saudáveis.

É necessário resolver os problemas do passado para deixar de ser autodestrutivos. FALSO

Não há razão para pensar que deve esperar até ter passado todas as experiências negativas do passado para deixar de se automutilar. De fato, deixar de se automutilar pode ajudá-lo a começar a resolver o resto dos seus problemas.

A automutilação não suicida é uma forma de chamar a atenção para si próprio. FALSO

As pessoas se autolesionam por muitas razões diferentes e muitas escondem a automutilação para não a mostrar. Mesmo dentro da mesma pessoa, as razões e a forma de automutilação podem variar ao longo do tempo.

A automutilação é uma coisa de adolescentes. FALSO

Não, a automutilação não suicida como mecanismo de defesa pode estar presente em qualquer idade, mas é verdade que é mais comum entre os adolescentes e os jovens adultos.

A automutilação não tem consequências a curto prazo. FALSO

As consequências das lesões autoprovocadas podem ser tanto a curto como a longo prazo, sendo que estas últimas podem ser as mais graves. A curto prazo, é um comportamento que pode ser estigmatizante, além de afetar as relações sociais e interpessoais, pois leva ao isolamento, a sentimentos de incompreensão, preocupação e desconforto no meio social e familiar, entre outros. Entre as consequências a longo prazo, para além da cronicidade destas consequências imediatas, está o fato de a automutilação se poder tornar a forma habitual de lidar com a angústia, o que impede a aprendizagem de estratégias mais adaptativas, com tudo o que isso implica. Por outro lado, existe o risco deste comportamento autolesivo se associar a problemas mais graves, como o desenvolvimento de pensamentos de morte.

A importância de promover a resiliência nos rapazes adolescentes

[1] Os fatores de proteção para o comportamento autolesivo são os mesmos que para qualquer distúrbio ou problema emocional e referem-se às **capacidades ou competências das pessoas para lidar com acontecimentos negativos ou estressantes da vida** sem desenvolver um comportamento disfuncional ou patológico.

Neste sentido, falamos de **resiliência** como a capacidade de lidar com eventos negativos da vida (Dray et al., 2017). Também tem sido definida como a capacidade de uma pessoa se adaptar a situações difíceis e persistir perante a adversidade, ou como a capacidade de recuperar após um evento traumático ou estressante (Norris et al., 2009). O desenvolvimento da resiliência durante a adolescência (entre os 12 e os 18 anos) é considerado uma alternativa eficaz para lidar com alguns dos distúrbios mentais presentes na sociedade atual.

As evidências sugerem que nem todos os adolescentes que passam por situações adversas desenvolvem problemas de saúde mental. Estudos demonstraram que a chave parece estar na resiliência, que **é fundamental para a recuperação de traumas e eventos adversos** (Rutter, 2013). É também frequentemente definida como a capacidade de recuperar-se após um acontecimento traumático ou estressante. Esta resiliência pode atuar como um fator de proteção contra o desenvolvimento de distúrbios mentais e, conseqüentemente, a sua ausência pode ser um fator de risco para uma série de distúrbios clínicos (Srivastava et al., 2019).

A resiliência tem uma relação direta com o bem-estar psicológico. O bem-estar emocional e a resiliência são conceitos intimamente relacionados. Quanto mais resilientes formos, menor é a probabilidade de desenvolvermos problemas de saúde mental e maior é a probabilidade de termos um estado de bem-estar psicológico.

A resiliência é a capacidade de lidar com novas situações e de se adaptar a elas. As pessoas resilientes adaptam-se à mudança. Têm a capacidade de lidar com as dificuldades, as frustrações e o estresse que fazem parte do nosso cotidiano. É por isso que a resiliência é considerada por muitos especialistas como um antídoto para a epidemia de saúde mental e como o caminho para o bem-estar psicológico.

[2] **Que competências podemos trabalhar** para promover a resiliência nos adolescentes?

As competências que constituem **a aprendizagem emocional** serão algumas das componentes-chave a serem trabalhadas. Há uma série de competências específicas que foram identificadas em estudos como fundamentais para promover a resiliência:

- Autorregulação emocional.
- A capacidade de autoconsciência (*intuição*).
- Consciência social (relacionada com a capacidade de se colocar no lugar dos outros e de compreender as suas emoções e pensamentos).
- Competências relacionais (estabelecer e manter relações, escutar ativamente, oferecer e pedir ajuda, etc.).
- A capacidade de tomar decisões responsáveis.

Além disso, nesta sociedade de sobreestimulação, serão ajudados a adquirir a capacidade de se ligarem ao momento presente e de se ligarem às emoções sem as julgarem, ou seja, **a adquirirem a prática da atenção plena**. Isto implicaria treiná-los a manter a atenção no presente, observando simplesmente a experiência, descrevendo-a em palavras e deixando-se levar por ela. Isto, por sua vez, ajudaria a evitar a impulsividade no momento de agir ou de tomar decisões.

Outro aspecto a ser trabalhado é a **autoeficácia**. A autoeficácia é a nossa autopercepção da nossa capacidade de alcançar as coisas que queremos. Quando trabalhamos a autoeficácia, os adolescentes sentem-se mais capazes de atingir os seus objetivos. Para atingirem os seus objetivos de vida, terão de agir e, para isso, será fundamental sentirem que podem alcançar o que desejam. Quando não se sentem capazes de atingir os seus objetivos, criam os seus próprios limites e desistem antes mesmo de tentar. Por esta razão, é importante gerar no adolescente a convicção de que: «Eu sou capaz de atingir o objetivo, vou tentar, por que não?»

«Nunca se sabe quão forte se é até que ser forte seja a única opção», Bob Marley.

Neste ponto, vemos a importância da relação entre a resiliência e a nossa autoestima. Se tivermos uma autoestima forte e organizada, estaremos mais aptos a ultrapassar as dificuldades que se nos apresentam. Assim, a resiliência aparecerá com uma maior capacidade de superação e, por outro lado, se tivermos atitudes resilientes, a nossa autoestima será certamente reforçada e a nossa percepção de nós próprios como pessoas melhorará.

Então, como é que nos podemos tornar resilientes? Se semearmos estas atitudes e as cultivarmos, podemos ser bem-sucedidos:

- Não se assustar com as mudanças, que consideramos necessárias.
- Compreender que as crises, que certamente teremos, não são insuperáveis.
- Ser determinados, tomar decisões sem medo; o fracasso devido às nossas ações não nos deve bloquear.

- Recordar as nossas experiências que nos fizeram ultrapassar as dificuldades.

Nós, as nossas decisões, o nosso otimismo ao enfrentá-las, serão decisivos para continuarmos a crescer e para que os obstáculos não nos detenham.

Ensinar-lhes **estratégias de enfrentamento** eficazes para lidar com as muitas situações com que se irão deparar será também crucial, tendo em conta que os adolescentes enfrentam desafios e novidades constantes. Ser capaz de desenvolver estratégias de enfrentamento eficazes irá ajudá-los a reduzir o estresse gerado por situações novas ou mesmo por situações que não são novas, mas que geram estresse. Estas estratégias incluem competências de comunicação, assertividade e resolução de problemas, entre outras.

[3] O que é que os profissionais da educação podem fazer para promover a resiliência?

Os contextos educativos podem fazer muito para promover o bem-estar psicológico dos seus jovens. Além disso, são contextos privilegiados porque são espaços que oferecem a oportunidade de implementar programas de prevenção universais (ou seja, dirigidos a todos os jovens e não apenas aos que apresentam dificuldades) para promover o bem-estar psicológico dos adolescentes, dotando-os de competências para fomentar a sua resiliência. A sala de aula pode tornar-se o local ideal para pôr em prática todas as competências acima mencionadas.

A partir dos centros educativos, para além da implementação de programas universais de prevenção que promovam a resiliência, podem ser implementadas várias **ações que promovam a resiliência** e, conseqüentemente, o bem-estar psicológico. Ações como:

- Fornecer diretrizes para relações saudáveis.
- Modelar e reforçar comportamentos e atitudes adequados.
- Proporcionar oportunidades para definir objetivos de vida.
- Criar espaços de debate e reflexão sobre questões importantes relativas à adolescência.
- Construir relações positivas, tanto entre os adolescentes como entre os profissionais adultos.
- Aumentar a sensibilização para a saúde mental e reduzir o estigma.
- Promover o sentimento de pertença dos adolescentes à comunidade educativa.
- Promover a participação ativa dos adolescentes em atividades que fomentem uma cultura escolar resiliente.



CAPÍTULO

9

Suicídio

9.1

SUICÍDIO. RECONHECÊ-LO COMO UM PROBLEMA GRAVE

O suicídio é uma escolha privada e um problema de todos

Este capítulo reúne as informações mais relevantes sobre o suicídio: os sinais de alerta, os fatores de risco e os fatores de proteção nos adolescentes, nos adultos e nos idosos; as diferentes intervenções educativas; as principais recomendações para os sobreviventes durante o luto; e os mitos mais difundidos sobre este grave problema que devemos combater em conjunto.

[1] Falar de suicídio é a grande tarefa inacabada de compreender o fenômeno, conhecer as suas causas, como ajudar a preveni-lo e ajudar a acabar com o seu estigma. O suicídio é um grave problema de saúde pública e, em geral, a principal causa externa de morte. Segundo dados de 2019 da Organização Mundial de Saúde (OMS), uma pessoa morre por suicídio a cada 40 segundos, o que equivale a cerca de 700 mil mortes evitáveis por ano em todo o mundo. A questão do suicídio ainda está associada ao estigma e estima-se que os números estejam subestimados, uma vez que muitas mortes não são registradas como suicídios. Para não falar das consequências de muitas tentativas de suicídio que não terminam em morte, para as quais não existem nem existirão registros.

[2] A prevenção do suicídio é considerada uma prioridade de saúde pública e uma das condições prioritárias do Programa de Ação para a Lacuna na Saúde Mental, criado em 2008. No Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020, os Estados membros da OMS comprometeram-se a trabalhar para atingir o objetivo global de reduzir as taxas nacionais de suicídio em 10%, mas os números quase não se alteraram.

Para falar de suicídio, mais do que dar uma definição precisa, **podemos estabelecer uma gradação de comportamentos** que, de menor a maior intensidade, constituem um comportamento suicida. A ocorrência destes comportamentos determinará então o perfil de gravidade e de perigosidade do comportamento do indivíduo.

Os sintomas de suicídio

[1] O comportamento suicida consiste nos seguintes comportamentos:

- **Ideação suicida.** Esta ideia vai desde pensamentos passivos sobre o desejo de morrer até pensamentos ativos de se matar, incluindo o planejamento da própria tentativa. Existe um amplo consenso de que o planejamento do suicídio identifica uma pessoa como estando em alto risco de suicídio. Quando falamos de ideação suicida, referimo-nos a pessoas com ideação suicida ativa, um desejo de morrer e, por conseguinte, um risco elevado de se suicidar. Este «risco elevado» é avaliado por um psiquiatra ou psicólogo, quer em ambulatório, quer nos serviços de emergência dos hospitais.
- **Ameaças de suicídio.** Entendemo-las como a verbalização desses pensamentos e, portanto, como indicadores de alto risco.
- **Gesto suicida.** Todos os atos preparatórios que precedem o início da tentativa autoiniciada, sem que a tentativa seja iniciada. Sabemos que se trata de um gesto suicida quando compreendemos o que está para acontecer, sem que seja necessário que a pessoa nos informe verbalmente do que está fazendo.
- **Tentativa de suicídio autoiniciada.** Trata-se de uma sequência de ações iniciadas por uma pessoa que planeja pôr termo à sua própria vida como resultado final dessas ações.
- **Suicídio consumado.** É a tentativa que termina com a morte da pessoa.

Prevalência

[1] Ao longo da última década, a prevalência do suicídio tem revelado tendências significativas em nível mundial, influenciadas por vários fatores, incluindo a idade, o sexo e as características socioeconômicas. Os dados indicam que o suicídio continua a ser uma das principais causas de morte em nível mundial, estimando-se que ocorram

mais de 700 000 suicídios por ano, de acordo com as estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS).

[2] O grupo etário mais afetado pelo suicídio é o dos adolescentes e jovens adultos, sobretudo entre os 15 e os 29 anos. Este grupo etário apresenta taxas de suicídio crescentes, frequentemente relacionadas com fatores como a saúde mental, a pressão social e experiências de discriminação. Curiosamente, as taxas de suicídio entre os idosos, em especial os que têm mais de 70 anos, são também significativas, o que realça os desafios do isolamento social, da perda de entes queridos e da deterioração das condições de saúde.

[3] Em termos de gênero, existe uma clara diferença na prevalência do suicídio. Os homens têm taxas de suicídio significativamente mais elevadas do que as mulheres, com a média global mostrando que os homens morrem por suicídio quase três vezes mais frequentemente do que as mulheres. No entanto, as mulheres tendem a apresentar um comportamento suicida diferente, com taxas mais elevadas de tentativas de suicídio, o que pode ser atribuído a vários fatores, incluindo a utilização de métodos menos letais.

[4] Geograficamente, a incidência do suicídio varia em todo o mundo. As regiões com as taxas de suicídio mais elevadas incluem a Ásia Oriental, com países como a Coreia do Sul e o Japão, onde fatores culturais, pressões laborais e expectativas sociais contribuem para este fenómeno. Em algumas nações da Europa Oriental, como a Letônia e a Lituânia, as taxas de suicídio são também preocupantemente elevadas, frequentemente relacionadas com crises económicas, desemprego e estilos de vida problemáticos.

Em contrapartida, algumas zonas de África e do Oriente Médio apresentam taxas de suicídio relativamente mais baixas, mas isto não significa que o problema não exista; pelo contrário, pode ser subestimado devido à estigmatização e aos tabus culturais relativos ao suicídio. Em muitos destes contextos, a falta de acesso aos serviços de saúde mental e o receio de retaliação social dificultam o reconhecimento e o tratamento dos problemas de saúde mental.

9.2

CAUSAS QUE CONTRIBUEM PARA O SUICÍDIO

Há experiências que colocam os adolescentes e os jovens numa situação de vulnerabilidade, quer pela gravidade da situação, quer pelo seu caráter duradouro, quer por terem acumulado uma série de experiências de vida estressantes ou angustiantes durante a infância. As situações podem ser variadas e diferentes ao mesmo tempo:

- conflitos relacionais com os pares, problemas de vinculação e de aceitação nos grupos de pares;
- problemas familiares conflituosos ou ruptura familiar;
- problemas acadêmicos;
- problemas financeiros;
- problemas relacionados com doenças orgânicas ou mentais;
- morte de membros da família ou de pessoas importantes;
- experiências de solidão, discriminação, violência ou abuso.

É nestes adolescentes em situação de vulnerabilidade que os comportamentos relacionados com a morte podem ocorrer com maior frequência. Quando falamos de comportamentos suicidas, referimo-nos a qualquer ato que tenha, em certa medida, a intenção de morrer. Este pode manifestar-se de diferentes formas: ter ideias relacionadas com a morte, planejar como morrer, fazer algum tipo de preparação ou mesmo realizar o ato com intenção suicida.

9.3

SINAIS DE ALERTA DO SUICÍDIO

[1] Os sinais que alertam para o risco de suicídio são diferentes. Por um lado, **qualquer verbalização de uma visão negativa de si próprio**. Isto traduz-se em expressões como: «Não valho nada», «A minha vida não tem sentido». Devemos também estar atentos às **mudanças de comportamento** que denotam uma perda de interesse pelas coisas que gostava de fazer.

A morte por suicídio é a **principal causa de morte não natural entre os adolescentes e os jovens**, e o número de tentativas de suicídio e de suicídios de que temos conhecimento fez soar o alarme em nível mundial. O suicídio continua a ser uma morte incômoda e pouco falada, sobretudo quando afeta adolescentes e jovens. Os dados epidemiológicos sobre as mortes por suicídio falam por si: em nível mundial, estima-se que um quarto dos suicídios é cometido por pessoas com menos de 25 anos.

No caso dos adolescentes, apontamos alguns sinais de alerta:

- Falta de esperança no futuro, pensamentos catastróficos como «a vida não vale a pena ser vivida» ou «nada vai mudar».
- Falta de planos de vida a curto/médio prazo.
- Humor baixo, sentimentos de tristeza, incapacidade e baixa autoestima.
- Alteração dos hábitos de sono e de alimentação e diminuição do rendimento escolar.

- Dificuldade em partilhar o desconforto ou o sofrimento com a família e os amigos.
- Isolamento em casa e falta de comunicação com a família e amigos.
- Interrupção de atividades anteriormente realizadas ou incapacidade de as desfrutar.
- Autolesão (cortes nos antebraços, coxas...), geralmente efetuada para regular emoções negativas.
- Sofrer de *bullying* ou ter dificuldade em estabelecer relações sociais duradouras.
- Ter descoberto ou expressado experiências traumáticas (abuso sexual, maus tratos...) que geram grande sofrimento.
- Sobrecarga emocional desproporcionada em situações de conflito ou falta de recursos para lidar com elas.

9.4

PRINCIPAIS MITOS E FALSAS CRENÇAS SOBRE O SUICÍDIO

No inconsciente coletivo, esconde-se toda uma série de mitos, falsas crenças e preconceitos associados ao tabu e ao estigma do suicídio, que temos de combater. Não ajudam nem protegem e são apenas tentativas inúteis de explicar por que isso é tão terrível.

A pessoa que se suicida quer morrer. FALSO

As pessoas que tentam e realizam um ato suicida são frequentemente ambivalentes em relação à vida ou à morte. Algumas pessoas morrem durante a tentativa de suicídio, mas teriam preferido continuar a viver. Querem livrar-se definitivamente do sofrimento emocional que sentem.

Todas as pessoas que tentaram suicidar-se nunca deixarão de o tentar. FALSO

É verdade que algumas pessoas tentam o suicídio várias vezes num curto espaço de tempo, mas os pensamentos suicidas não são permanentes. Em alguns casos, nunca mais voltam.

As pessoas que dizem que se querem matar não o vão fazer. FALSO

Cerca de 75% das pessoas que se suicidam deram algum aviso antes do ato. Estas pessoas não querem chamar a atenção para si próprias. Estas mensagens nunca devem ser ignoradas. Falar sobre elas pode ser uma forma de pedir ajuda.

Falar de suicídio pode encorajar alguém a suicidar-se. FALSO

Existe um grande estigma em torno do suicídio. A maior parte das pessoas que pensam em suicidar-se não sabe com quem o partilhar. Falar sobre o assunto pode ser uma oportunidade para o prevenir, para oferecer uma visão nova e alternativa da situação.

O suicídio não pode ser evitado porque é um ato impulsivo. FALSO

A percentagem de casos em que não foram observados sintomas, fatores de risco ou indicadores anteriores é muito baixa. Estes casos são certamente muito difíceis de prevenir, mas na maioria dos casos existem numerosos indicadores de comportamento suicida. Por conseguinte, a prevenção é o maior contributo possível para ajudar estas pessoas.

9.5

COMO ACOMPANHAR A IDEACÃO SUICIDA NO CAMPO EDUCACIONAL

Promoção de competências e de espaços seguros de vida socioemocionais

[1] Uma das ações educativas mais importantes é a criação de **um espaço seguro e acolhedor** onde os jovens possam falar livremente sobre as suas emoções e dificuldades sem medo de serem julgados. O educador, neste contexto, atua como uma figura de escuta ativa, empatia, confiança e compreensão sem julgamento. Para o conseguir, pode organizar sessões de diálogo individuais ou em grupo, estruturadas de modo informal, talvez num ambiente acolhedor e sem juízos de valor.

Por exemplo, o educador pode estabelecer uma «Semana da Escuta», durante a qual os jovens podem marcar conversas individuais num ambiente confortável, como uma biblioteca ou uma sala comum, para falarem sobre as suas experiências e desafios emocionais. Nestas sessões, o educador pode fazer perguntas abertas como «Há alguma coisa de que gostaria de falar hoje?» ou «Como se sentiu nesta semana?» para promover a comunicação e encorajar uma reflexão autêntica.

[2] É importante salientar **os fatores que podem proteger contra a ideação suicida**, tais como:

Reduzir a dor ou aumentar a capacidade de lidar com a situação:

- Aumentar as capacidades de resolução de conflitos.
- Ligação a tratamentos de saúde mental, especialmente para o abuso de álcool e drogas.

Filiação ou fé religiosa ativa:

- Perante tanto sofrimento, acreditar na esperança ajuda a compreender a beleza da própria vida e a beleza de a viver em conjunto com os outros.

- Possuir práticas religiosas pessoais e coletivas.
- Confiança na cura das doenças.

Melhorar as ligações com grupos ou projetos (mesmo que individuais):

- Aumentar as competências em matéria de relações sociais.
- Boa comunicação familiar e participação nas atividades familiares.
- Autoconfiança.
- A presença de filhos a cargo.
- Ter apoio familiar e social, ou seja, o sentimento de ser útil e apreciado por pessoas importantes, tanto na família como nos grupos de pares.
- Sentimento de ter projetos/tarefas ainda por concluir.



Técnicas práticas para trabalhar em profundidade os diferentes aspectos do suicídio

As atividades visam fornecer ferramentas concretas para gerir emoções difíceis e construir relações de confiança. Descrevem-se a seguir algumas ações práticas e técnicas específicas que podem ser utilizadas em contextos escolares ou comunitários.

Grupos de apoio de pares. Criar um espaço de discussão e apoio onde os jovens possam falar livremente sobre as suas experiências, sentindo-se compreendidos e menos sozinhos. Em termos concretos, isto significa que os educadores organizam reuniões de grupo, dirigidas por um facilitador, onde os jovens são convidados a partilhar os seus pensamentos e experiências de forma respeitosa e anônima, se assim o desejarem. A tónica é colocada na escuta e no apoio mútuo, sem juízos de valor.

Materiais. Cadeiras dispostas em círculo para incentivar a interação; o educador pode fornecer cartões com perguntas ou sugestões, tais como «Fale de um momento em que se sentiu pressionado» ou «O que é que o deixa orgulhoso de si próprio?».

Frequência. Reuniões semanais ou quinzenais, com uma duração aproximada de uma hora.

Jogo de papéis para lidar com conflitos. Desenvolver competências de gestão de conflitos e dificuldades cotidianas através da simulação de situações problemáticas. Desta forma, os participantes são divididos em pares ou pequenos grupos e recebem cenários que reproduzem situações de conflito comuns (por exemplo, um desentendimento com um amigo ou uma crítica recebida). Durante a atividade desempenham diferentes papéis e procuram soluções, após o que o educador conduz um debate para analisar as estratégias utilizadas.

Materiais. Cartões com cenários de conflito, possíveis acessórios para enriquecer o cenário.

Frequência. Reuniões mensais ou quinzenais, com a duração de uma hora.

Exercício da árvore da vida. Reforçar a autoestima e promover o autoconhecimento, ajudando os jovens a visualizar os seus recursos e objetivos. Metodologicamente, os jovens desenham uma árvore que representa eles próprios: as raízes representam os seus recursos pessoais (por exemplo, família, amigos, qualidades pessoais), o tronco representa os seus valores e pontos fortes, os ramos indicam objetivos futuros e os frutos simbolizam experiências positivas ou sucessos alcançados.

Materiais. Papel e tintas, eventuais esquemas para ajudar na construção da árvore.

Frequência. Atividade pontual ou periódica que vai se repetir de 3-6 meses para acompanhar as alterações.

Projeções e debates de filmes com tema emocional. Incentivar o diálogo e a reflexão sobre questões emocionais e relacionais através da análise de filmes que abordem temas relacionados com as emoções, as dificuldades dos adolescentes e a superação de momentos difíceis, convidando os jovens a sugerir filmes ou séries que abordem esta temática. Isto significa que os educadores organizam a visão de filmes que tratam de questões emocionais (por exemplo, amizade, coragem, luto), seguido de uma discussão orientada. Durante o debate, são colocadas questões como «Qual foi a personagem que mais te afetou e por quê?» ou «Como é que a história evoluiu a partir do problema inicial?».

Materiais. Projetor ou aparelho de televisão, lista de filmes adequados e reflexivos, questões de reflexão a serem propostas aos participantes.

Frequência. uma vez por mês, duração total de 2 horas (filme + debate).

Propostas de filmes:

'Scialla! (Stai sereno) (2011) de Francesco Bruni. Este filme aborda as dificuldades da relação entre pai e filho, os desafios da adolescência e as escolhas de vida. Pode abrir o diálogo sobre questões de crescimento pessoal e de como lidar com conflitos familiares e sociais.

«Quase Amigos - Intocáveis» (2011). O filme aborda os temas da deficiência e da amizade, mostrando como as diferenças podem enriquecer e levar a descobertas pessoais.

«Bianca come il latte, rossa come il sangue» (2013) de Giacomo Campiotti. Conta a história de um adolescente que se apaixona por uma moça doente. O filme explora a descoberta do amor, a dor e a superação de dificuldades, temas importantes para os jovens em fase de crescimento.

«*As Vantagens de Ser uma Flor de Parede*» (2012), de Stephen Chbosky. Trata da amizade, do trauma e da saúde mental, acompanhando a vida de um adolescente que luta contra os seus demônios interiores. É ideal para falar sobre a autoestima, a resiliência e o poder das ligações pessoais.

«*Good Will Hunting*» (1997), de Gus Van Sant. A história de um jovem gênio atormentado por traumas e inseguranças. Através de um encontro com um terapeuta, ele enfrenta os seus medos e descobre o seu próprio valor. É útil para falar sobre autoestima e crescimento pessoal.

«*It's Kind of a Funny Story*» (2010) de Anna Boden e Ryan Fleck. Passado num hospital psiquiátrico, o filme conta a história de um adolescente que procura ajuda para os seus pensamentos suicidas. É uma obra interessante que explora o tema da depressão e a importância do apoio.

Questionário de autoavaliação do bem-estar emocional. Avaliar periodicamente o bem-estar emocional e identificar quaisquer sinais de angústia nos jovens, permitindo monitorizar o seu estado de espírito e intervir, se necessário. Por conseguinte, os educadores distribuem um questionário anónimo com perguntas para ajudar os jovens a refletir sobre o seu bem-estar emocional. As perguntas podem incluir: «Com que frequência se sente triste ou frustrado?» ou «Quando se sente desconfortável, o que faz para se sentir melhor?»

Materiais: Questionários em papel ou digitais, respostas anónimas para respeitar a privacidade.

Frequência: administrado de três em três meses ou sempre que necessário.

Sessões de narração de histórias pessoais. Incentivar a abertura e a partilha de experiências pessoais num ambiente seguro e respeitoso, onde os jovens possam ouvir e partilhar histórias de crescimento pessoal e de superação de dificuldades. Em termos concretos: em pequenos grupos, os jovens são convidados a contar uma história pessoal significativa, como um momento difícil superado ou uma situação em que se sentiram valorizados. Após cada partilha, o grupo faz comentários positivos e perguntas de apoio, respeitando sempre o limite de partilha que cada participante deseja manter.

Materiais. Ambiente acolhedor, gravador de voz (se os participantes concordarem, para ouvir e discutir mais tarde).

Frequência. Reuniões mensais ou a pedido do grupo.

Atividades de visualização do futuro (*Vision Board*). Ajudar os jovens a criar uma visão positiva e motivadora do seu futuro, aumentando a sua esperança e motivação para atingir os seus objetivos. Isto significa que os participantes criam um «quadro de visão» com imagens, palavras ou símbolos que representam os seus sonhos e objetivos futuros. Podem recortar imagens de revistas ou desenhar símbolos que representem o que pretendem alcançar.

Materiais. Revistas, tesouras, cola, cartolina, marcadores e material de desenho.

Frequência. Atividade anual ou semestral, útil para reavaliar e atualizar as aspirações.



CAPÍTULO

10

Bullying

10.1

COMO RECONHECER O *BULLYING*

O *bullying* é uma manifestação de violência

A Declaração Universal dos Direitos da Criança afirma nos seus artigos o direito à educação e a ser protegido contra práticas que possam encorajar a discriminação racial, religiosa ou de qualquer outra natureza... a ser educado num espírito de compreensão, tolerância, amizade entre os povos, paz e fraternidade universal, etc. A convivência escolar é um direito e um dever de todos os membros da comunidade educativa, cujo fundamento principal é a dignidade da pessoa humana.

O comportamento de intimidação pode ser definido como **um comportamento negativo (desagradável, ofensivo) repetido e intencional de uma ou mais pessoas contra uma pessoa que tem dificuldade em defender-se.**

De acordo com esta definição, o fenómeno do assédio moral pode ser descrito como:

- Comportamento agressivo ou com intenção de provocar dano.
- É feito repetidamente e durante muito tempo.
- Numa relação interpessoal caracterizada por um desequilíbrio real ou aparente de poder ou força.

O *bullying* parece ocorrer sem provocação aparente por parte da pessoa que é o *alvo*. Esta definição torna claro que o *bullying* pode ser entendido como uma forma de abuso entre pares. O que o diferencia de outras formas de abuso é o contexto em que ocorre e as características da relação entre as partes que interagem.

O *bullying* é qualquer intimidação ou agressão física, psicológica ou sexual contra uma pessoa em idade escolar, de forma repetida, que cause dano, medo e/ou angústia à vítima ou a um grupo de vítimas (OMS e ONG internacional Bullying Without Borders).

Os atores envolvidos em situações de assédio moral

Para além do agressor e da vítima, há outras pessoas que participam, mesmo que indiretamente. Vamos, portanto, descrever brevemente os atores envolvidos:

[1] O tipo de vítima mais frequente é a vítima passiva ou submissa, que apresenta normalmente algumas das seguintes características:

- São cautelosos, sensíveis, silenciosos, fechados em si próprios e tímidos;
- São ansiosos, inseguros, infelizes e têm baixa autoestima;
- Estão deprimidos e cultivam ideias suicidas com muito mais frequência do que os seus pares;
- Muitas vezes não têm amigos e relacionam-se melhor com os adultos do que com os seus pares;
- Se forem do sexo masculino, são normalmente mais fracos fisicamente do que os seus pares

Existe ainda um outro grupo de vítimas, menos numeroso: as vítimas desafiantes ou rufias, que se caracterizam por uma combinação de padrões de reação ansiosos e agressivos. Estes alunos têm frequentemente problemas de concentração e podem ter dificuldades de aprendizagem. Podem comportar-se de forma que criam irritação e tensão à sua volta. Alguns são caracterizados como hiperativos: não é raro que o seu comportamento seja provocador para muitos alunos da turma.

[2] Por outro lado, digamos *uma palavra sobre os rufias*, que apresentam frequentemente algumas das seguintes características:

- Forte necessidade de dominar e subjugar os outros alunos e conseguir o que quer.
- São impulsivos e irritam-se facilmente.

- Mostram pouca empatia para com os colegas que são vítimas de violência.
- São frequentemente rebeldes e agressivos para com os adultos, incluindo os educadores e os pais.
- Estão frequentemente envolvidos noutras atividades antissociais ou transgressivas, como o vandalismo, a delinquência e o consumo de drogas.
- Se forem homens, são muitas vezes fisicamente mais fortes do que as suas vítimas.

Podem ser detectadas características psicológicas subjacentes ao *bullying*. Em primeiro lugar, os agressores têm uma forte necessidade de poder e domínio; parecem gostar de estar no controle e de subjugar os outros. Em segundo lugar, tendo em conta as condições familiares em que muitos deles cresceram (Olweus, 1993), é natural supor que desenvolveram um certo grau de hostilidade em relação ao ambiente exterior; tais sentimentos e impulsos podem levá-los a obter satisfação ao infligir danos e sofrimento aos outros. Em terceiro lugar, existe uma «componente instrumental ou de benefício» no seu comportamento: os *bullies* obrigam frequentemente as suas vítimas a fornecer-lhes dinheiro, cigarros, cerveja e outros objetos de valor.

[3] *As Testemunhas:*

- São espectadores que podem estar do lado do agressor ou defender a vítima.
- Poderiam reforçar o assédio.
- Defender os rufias.
- Ignorar a situação.

[4] *A escola pode ser:*

- Organização interna.
- O cenário.
- O agente ativo do abuso.
- Aquele que toma uma posição.
- Implementação de políticas de prevenção e gestão de casos.
- Aquele que é capaz de resolver conflitos.

[5] *A sociedade tem responsabilidade porque:*

- Ser socialmente vulneráveis torna mais provável a vulnerabilidade na escola, que se torna um reflexo da sociedade.
- Nega o problema.

Os sintomas de assédio moral

A vítima de *bullying* apresenta uma variedade de **sintomas e sinais** que podem manifestar-se de diferentes formas: física, psicológica, emocional, verbal, sexual ou *ciberbullying*. Queremos oferecer três categorias principais: física, comportamental e emocional.

«Não podemos alcançar uma educação inclusiva e equitativa para todos se as crianças não puderem aprender em escolas seguras e livres de violência, incluindo a violência perpetrada por alunos, educadores e outros funcionários da escola, bem como castigos corporais.» UNESCO 2020

[1] As pessoas que são vítimas de *bullying* podem sofrer efeitos físicos (**sintomas físicos**), muitas vezes relacionados com o estresse crônico e a ansiedade que o *bullying* gera. Os sintomas físicos mais comuns incluem dores de cabeça frequentes, dores de estômago e outras queixas gastrointestinais sem causa aparente. Além disso, o constante estado de tensão pode manifestar-se através de distúrbios do sono, como insónias, pesadelos ou dificuldade em adormecer. O cansaço crônico, relacionado com a falta de sono ou com a ansiedade, é também um sintoma comum. Em alguns casos mais extremos, podem ser notadas nódoas negras ou lesões físicas que a criança pode tentar esconder por medo ou vergonha.

[2] A intimidação provoca frequentemente **sintomas comportamentais**, ou seja, alterações significativas no comportamento da vítima. Pode notar-se uma queda súbita no desempenho escolar, uma vez que a pessoa pode ficar desinteressada ou ter dificuldade em concentrar-se. A ansiedade e o stress associados podem também levar a um aumento do absentismo, em que a vítima tenta evitar a escola ou outros ambientes onde o *bullying* ocorre. Outra manifestação comportamental é o isolamento social: a vítima pode começar a evitar atividades sociais, preferindo estar sozinha ou evitando amigos e familiares. Algumas pessoas desenvolvem uma fobia de certos locais ou situações associadas ao *bullying*, como ir à escola ou apanhar o ônibus.

Além disso, existe a possibilidade de observar comportamentos autodestrutivos, como a tentativa de se magoar fisicamente ou o recurso a substâncias como o álcool e as drogas para aliviar o sofrimento emocional. Alterações nos hábitos alimentares, como perda de apetite ou compulsão alimentar, podem ser outro indicador de sofrimento psicológico e comportamental.

[3] As vítimas de *bullying* desenvolvem frequentemente sinais de depressão e ansiedade, que podem variar em termos de gravidade. Trata-se de **sintomas emocionais**. Podem parecer tristes ou melancólicas a maior parte do tempo, demonstrando um forte sentimento de impotência e baixa autoestima. Muitas vezes, sentem-se inadequados ou culpados, chegando a acreditar que o *bullying* é, de alguma forma, culpa

sua. Em situações prolongadas, podem surgir pensamentos suicidas, o que constitui um sério sinal de alerta. A pessoa pode também ficar facilmente irritável, ter explosões de raiva ou explosões emocionais que não parecem proporcionais à situação.

As vítimas podem também ter dificuldade em exprimir claramente os seus sentimentos, tentando disfarçar a sua dor. Isto pode levar a um aparente desinteresse ou apatia em relação a muitas atividades que anteriormente eram uma fonte de prazer, uma condição conhecida como anedonia.

Prevalência

O *bullying* tornou-se um problema de saúde pública que afeta crianças e adolescentes, independentemente do seu estatuto social, idade, raça, sexo ou religião. A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) revelou que cerca de 246 milhões de crianças e jovens em todo o mundo sofrem alguma forma de violência escolar, sendo a mais comum o *bullying*.

De acordo com o estudo oficial da ONG internacional *Bullying Without Borders* para as Américas, Europa, Ásia, Oceânia e África, (janeiro de 2022 - abril de 2023):

- 6 em cada 10 crianças são vítimas de alguma forma de *bullying* e *cyberbullying* todos os dias.
- O *bullying* e o *cyberbullying* agravaram-se no México, nos Estados Unidos da América e na Espanha.

Estudo da UNESCO em 144 países (2020):

- Um em cada cinco estudantes em todo o mundo é vítima de *bullying*.
- Uma das principais consequências para as vítimas reflete-se nos seus resultados escolares: têm duas vezes mais probabilidades de faltar às aulas.
- O assédio também afeta a saúde.
- A UNESCO alerta também para os potenciais efeitos negativos no bem-estar e na saúde.

200 000 crianças e adolescentes perdem a vida todos os anos devido ao *bullying* e ao *ciberbullying* em todo o mundo (5).

«Os jovens que sofrem desta doença têm duas vezes mais probabilidades de se sentir sozinhos, de não conseguirem dormir à noite e até de terem pensamentos suicidas», alertou a agência.

Para além destes dados, sabemos que:

- 85% dos casos ocorrem na escola.
- 82% das crianças com deficiência são vítimas de *bullying* na escola.

- 74% das crianças entre os 8 e os 14 anos já foram vítimas de *bullying* pelo menos uma vez.
- Mais de 90% das situações de *bullying* não são comunicadas aos educadores.
- 60% ou mais dos *bullies* terão pelo menos um episódio criminal na idade adulta.
- 3 milhões de crianças faltam à escola todos os meses devido ao *bullying*.
- 9 em cada 10 rapazes homossexuais são vítimas de assédio devido à sua orientação sexual.

Relativamente ao *cyberbullying*:

- De acordo com dados de 7 países europeus, entre 2010 e 2014, a percentagem de jovens entre os 11 e os 16 anos que foram vítimas de *ciberbullying* aumentou de 7% para 12%.
- Embora ocorra no universo «virtual», o *ciberbullying* tem consequências muito reais para a saúde das crianças.
- O *bullying* e o *cyberbullying* são diretamente responsáveis por mais de 200.000 mortes.
- Redes como o Facebook, o Twitter, o Instagram e o WhatsApp estão criando um ambiente doentio e perigoso entre as crianças, os adolescentes e os jovens,
- O assédio nas redes sociais é difícil de controlar e não existe legislação nacional ou internacional para proteger as vítimas.

10.2

CAUSAS QUE CONTRIBUEM PARA O ASSÉDIO MORAL

Os fatores desencadeantes e as motivações que levam um indivíduo a praticar *bullying* são múltiplos e podem variar de caso para caso. Algumas das principais razões incluem:

[1] Necessidade de poder e controle. Muitos agressores procuram exercer poder sobre os outros para se sentirem fortes e dominantes. Isto pode ser o resultado de inseguranças pessoais ou de um ambiente em que o poder é visto como um sinal de sucesso e superioridade. Nestes casos, o *bullying* torna-se um meio de afirmar a sua posição social e de controlar os outros.

[2] Conformidade do grupo e pressão social. A intimidação ocorre frequentemente no seio de grupos, onde os membros participam para se sentir aceites e respeitados pelos seus pares. Nestes contextos, o agressor atua para se conformar com as expectativas do grupo, especialmente durante a adolescência, quando a aprovação social é

particularmente significativa. Mesmo aqueles que não iniciam o *bullying* podem ser levados a participar para evitar serem marginalizados.

[3] Inveja e ciúme. Alguns incidentes de *bullying* têm origem em sentimentos de inveja ou ciúme. Se um indivíduo considera que um colega é mais bem-sucedido na escola, socialmente ou mesmo no seio da família, pode utilizar o *bullying* como forma de o rebaixar e de se sentir menos inadequado.

[4] Experiências pessoais de violência ou marginalização. Muitos agressores tiveram eles próprios experiências traumáticas ou de marginalização. Nestes casos, o *bullying* pode representar uma tentativa de recuperar o controle ou de descarregar a sua frustração e raiva em alguém considerado mais fraco. Em alguns casos, aqueles que foram vítimas de *bullying* no passado podem tornar-se agressores para evitar reviver essas experiências ou para se defenderem.

[5] Falta de empatia e problemas emocionais. Alguns indivíduos praticam *bullying* porque não conseguem perceber a dor e o sofrimento que estão infligindo aos outros. A falta de empatia, combinada com uma má gestão das emoções, pode levar a comportamentos agressivos. Em particular, os jovens que têm dificuldade em gerir a raiva ou a frustração podem agir de forma impulsiva e agressiva.

[6] Diversão e desejo de entretenimento. Em alguns casos, o assédio moral pode ser motivado por um simples desejo de diversão. Alguns agressores, especialmente os mais jovens, podem ver a dor e a humilhação dos outros como uma fonte de entretenimento. Esta motivação está frequentemente associada a uma incapacidade de reconhecer as consequências dos seus atos e a uma falta de responsabilidade.

[7] Sentimento de impunidade. Por último, o assédio moral pode ser motivado pela percepção de que se pode atuar sem consequências. Em contextos em que não existem sanções claras ou em que os adultos não intervêm prontamente, os agressores podem sentir que as suas ações não serão punidas, incentivando novos comportamentos agressivos.

10.3

SINAIS DE ALERTA DE ASSÉDIO MORAL

Os sinais que vimos anteriormente podem ser observados na forma como uma pessoa se comporta, nas suas relações sociais, nos seus hábitos tecnológicos e no seu estado geral de saúde.

[1] A utilização da tecnologia desempenha um papel crucial no *bullying* moderno, especialmente com a disseminação do *cyberbullying*. Por conseguinte, é possível falar de **indicadores tecnológicos**. As vítimas podem apresentar vários sinais relacionados com a sua utilização de dispositivos eletrônicos. Por exemplo, pode notar-se um aumento ou uma diminuição drástica na utilização de um telemóvel, de um *tablet* ou de um computador. Em alguns casos, a vítima pode ficar obcecada com a verificação constante das notificações, temendo novos ataques ou mensagens ofensivas. Por outro lado, outras podem evitar completamente a tecnologia, receando mais abusos através das redes sociais ou das plataformas de mensagens.

Outro indicador significativo é a mudança de hábitos *on-line*. A vítima pode deixar subitamente de participar nas redes sociais ou apagar completamente os seus perfis. Também é comum verificar que a pessoa muda frequentemente o número de telefone ou as *passwords* das própria contas, numa tentativa de escapar aos atacantes. Além disso, um aumento súbito e inexplicável do tempo passado *on-line* pode sugerir que a vítima está procurando tranquilidade ou apoio, ou que está enfrentando novos incidentes de *bullying* digital.

[2] A intimidação afeta muitas vezes gravemente as relações sociais da vítima. Assim, **as mudanças nas relações sociais** são outro sinal de alerta. Muitos indivíduos afetados começam a evitar amigos que anteriormente eram importantes, desenvolvendo uma forte desconfiança em relação aos colegas ou às pessoas em geral. Este comportamento pode ser o resultado do fato de a vítima já não se sentir segura para confiar, especialmente se já foi traída ou gozada por amigos no passado.

Em nível familiar, a vítima pode mostrar-se distante e pouco comunicativa, recusando-se a falar sobre o que está acontecendo ou minimizando o problema quando questionada. Em outros casos, a vítima pode procurar apoio constante dos pais ou familiares, receando enfrentar sozinha o ambiente escolar ou social.

O impacto no companheirismo também pode ser evidente na tendência da vítima para se aproximar de pessoas mais jovens ou menos populares, numa tentativa de evitar atenções indesejadas. Em alguns casos, a vítima pode optar por frequentar ambientes *on-line* para procurar a compreensão e o apoio de grupos ou comunidades virtuais, correndo o risco de sofrer mais *bullying*.

O comportamento dos acompanhantes também pode ser o seguinte:

- piadas desagradáveis, insultos, etc.
- Mensagens ou e-mail eletrônicos insultuosos ou ameaçadores.
- Apelidos.
- Exclusão de festas ou atividades fora da escola.
- Isolamento.
- Escárnio pelo vestuário, aparência, gestos,...

75% das crianças e adolescentes que foram ou continuam a ser vítimas de *bullying* e *cyberbullying* apresentam situações relacionadas com doenças mentais como a depressão, a ansiedade, a bulimia ou a anorexia.

10.4

PRINCIPAIS MITOS E FALSAS CRENÇAS SOBRE O BULLYING

Qualquer conflito entre alunos deve ser considerado um ato de *bullying*. FALSO

Para serem considerados como tal, os fatos devem manter-se no tempo (repetidos), deve haver um desequilíbrio de poder entre o ofendido e o agressor, deve haver intenção de ferir por parte deste último e o agressor deve estar numa situação de defesa.

Os jovens são as vítimas. FALSO

O *bullying* é uma situação que pode envolver qualquer pessoa, independentemente do seu nível cultural, social ou econômico.

Não é comum nas mulheres. FALSO

Os casos de *bullying* não diferem entre gêneros. Trata-se de uma diferença na forma de atuar. O homem agressivo usa mais a agressão física, enquanto a mulher agressiva usa mais a agressão verbal ou social. Há uma clara diferença no comportamento das mulheres, que são as mais vulneráveis.

Os rufias são sempre «maus rapazes». FALSO

Os agressores podem ser crianças ou adolescentes com dificuldades relacionais, que tentam gerir inseguranças ou problemas pessoais através do controle sobre os outros. Não são «maus», mas precisam de ajuda para compreender e modificar o seu comportamento.

O *cyberbullying* não é tão grave como o *bullying* físico. FALSO

O *cyberbullying* pode ser tão ou mais devastador. O conteúdo *on-line* espalha-se rapidamente e permanece visível durante muito tempo, amplificando a humilhação e o isolamento das vítimas.

Fatores de proteção que podem prevenir o início do assédio moral

[1] Para o acompanhar, é necessário começar por alguns fatores que podem *proteger as potenciais vítimas* deste fenômeno:

- Um dos fatores de proteção mais importantes é uma **forte autoestima**. As crianças ou adolescentes com uma boa autopercepção e confiança nas suas próprias capacidades tendem a lidar melhor com situações de conflito e são menos vulneráveis a ataques de rufias.
- Outro fator fundamental é o **apoio familiar**. As vítimas que têm pais atentos e presentes, que ouvem os seus problemas e as apoiam, têm mais probabilidades de procurar ajuda e de vencer as suas dificuldades em matéria de *bullying*.
- **As relações positivas com os pares** são também um recurso importante. Ter um grupo de amigos de confiança ou mesmo uma pessoa de referência na rede social pode proporcionar uma sensação de segurança e proteção, bem como reduzir o risco de isolamento, o que muitas vezes torna mais fácil tornar-se um alvo para os *bullies*.
- **Respeito mútuo e empatia**, promovendo a compreensão e a aceitação das diferenças. Neste sentido, é assumida a responsabilidade individual e coletiva, incentivando cada jovem a cuidar dos outros e a intervir em caso de comportamentos agressivos ou discriminatórios.
- Por último, um **ambiente escolar seguro e inclusivo** pode funcionar como um poderoso fator de proteção. Quando as escolas têm políticas claras contra o *bullying*, pessoal atencioso e um clima de respeito e inclusão, as crianças sentem-se mais protegidas e seguras.
- **Gestão das emoções**, fornecendo ferramentas para exprimir as emoções de uma forma saudável e positiva, evitando comportamentos violentos.
- Consciencialização e sensibilização, pois é fundamental que todas as crianças compreendam **o que é o bullying** e reconheçam as suas diferentes formas.

[2] **Fatores de proteção dos agressores**. Para evitar que os rapazes se tornem agressores, é essencial uma intervenção precoce em vários aspectos.

Um dos fatores mais eficazes é a **presença de modelos positivos**, como pais, educadores ou treinadores que ensinam o respeito, a empatia e o diálogo como ferramen-

tas para a resolução de conflitos. Quando os jovens veem comportamentos construtivos em adultos de referência, é mais provável que os reproduzam nas suas relações com os seus pares.

Outro fator de proteção é a **capacidade de gerir as emoções**. Os programas educativos que ajudam as crianças e os adolescentes a desenvolver competências sociais e emocionais, como a regulação da raiva e a empatia, podem reduzir a probabilidade de um jovem se envolver em comportamentos agressivos. **A supervisão cuidadosa dos adultos**, tanto em casa como na escola, é crucial para prevenir o *bullying*. Nos contextos em que os adultos monitorizam cuidadosamente o comportamento e intervêm prontamente, os agressores têm menos oportunidade de agir sem consequências.

[3] Além disso, a prevenção do *bullying* em contextos educativos **exige uma abordagem integrada que envolva não só os rapazes, mas também os educadores, os pais e toda a comunidade educativa**. As intervenções educativas devem ter como objetivo criar um ambiente de respeito e inclusão, desenvolvendo competências sociais e emocionais nos rapazes. Vejamos algumas intervenções eficazes e as suas aplicações práticas:

- **Educação socioemocional.** Uma intervenção fundamental é a integração da educação socioemocional no currículo escolar. Este tipo de educação ajuda as crianças a reconhecer e gerir as suas emoções, a desenvolver empatia para com os outros e a construir relações positivas. Por exemplo, as escolas podem implementar programas que incluam atividades de representação de papéis, em que as crianças assumem os papéis de agressor, vítima e observador para discutir as emoções e as consequências do comportamento agressivo. Desta forma, as crianças aprendem a colocar-se na pele dos outros, adquirindo uma compreensão mais profunda da dor causada pelo *bullying*.
- **Formação do pessoal docente.** Outro passo crucial é a formação do pessoal educativo. Os educadores devem estar equipados com estratégias para identificar e lidar com os comportamentos de *bullying*. As sessões de formação podem incluir simulações de situações de *bullying*, debates sobre como intervir eficazmente e como apoiar as vítimas. Por exemplo, um professor pode aprender a reconhecer sinais de angústia nos seus alunos e a intervir precocemente, falando em privado com a vítima e, se necessário, envolvendo os pais.
- **Criar políticas antibullying.** As escolas devem desenvolver e aplicar políticas antibullying claras e consensuais. Estas políticas devem definir o que constitui o *bullying*, as consequências para os agressores e o apoio às vítimas. Por exemplo, uma escola pode criar um código de conduta que todos os meninos devem assinar no início do ano letivo, reconhecendo a importância de um ambiente seguro e respeitador. As políticas devem ser visíveis e acessíveis, por exemplo, através de cartazes afixados nas salas de aula e nos corredores.

- **Iniciativas de envolvimento dos jovens.** Incentivar os jovens a tornarem-se promotores ativos da mudança é outra intervenção eficaz. As escolas podem criar grupos de trabalho ou comitês anti*bullying*, compostos por jovens que tenham demonstrado interesse e empenho. Estes grupos podem organizar eventos, tais como dias de sensibilização, em que as questões do *bullying* são abordadas e os valores do respeito e da inclusão são promovidos. Um exemplo prático poderia ser a «Semana da Bondade», durante a qual as crianças são encorajadas a praticar atos de bondade e a partilhar as suas experiências positivas.
- **Atividades de formação de equipas.** As atividades de formação de equipas podem ajudar a reforçar os laços entre os jovens, reduzindo o risco de *bullying*. As escolas podem organizar passeios, desportos de equipa ou projetos de colaboração em que os jovens trabalham em conjunto para atingir um objetivo comum. Por exemplo, um projeto de jardinagem comunitária pode incentivar as crianças a trabalhar em conjunto e a desenvolver um sentido de responsabilidade e de pertença. Estas experiências partilhadas podem melhorar a coesão do grupo e criar um ambiente onde o *bullying* é menos provável.
- **Criar espaços seguros.** As escolas também devem criar espaços seguros onde as crianças possam expressar livremente as suas preocupações. Isto pode incluir a criação de «horas de escuta» onde as crianças podem encontrar-se com um psicólogo ou um professor de confiança para discutir questões relacionadas com o *bullying*. Além disso, a implementação de um sistema de denúncia anónima de incidentes de *bullying* pode ajudar os jovens a sentir-se mais confiantes para denunciar comportamentos problemáticos sem receio de retaliações.
- **Colaboração com as famílias.** O envolvimento das famílias é essencial para uma estratégia de prevenção eficaz. As escolas podem organizar reuniões ou *workshops* para educar os pais sobre os sinais de *bullying* e como podem apoiar os seus filhos. Um exemplo poderia ser uma reunião para os pais para discutir a importância de promover a empatia e o respeito na família, bem como fornecer informações sobre como lidar com quaisquer denúncias de *bullying* recebidas dos seus filhos. A criação de uma linha de comunicação aberta entre a escola e a família promove uma rede de apoio mais alargada.
- **Monitorização e avaliação.** Finalmente, é crucial monitorizar e avaliar a eficácia das intervenções implementadas. As escolas podem realizar inquéritos entre as crianças para recolher *feedback* sobre o ambiente escolar e as atitudes em relação ao *bullying*. Esta informação pode orientar possíveis mudanças nos programas e nas políticas existentes. Por exemplo, se um inquérito revelar que as crianças não se sentem seguras em denunciar incidentes de *bullying*, a escola pode rever a sua abordagem à denúncia e melhorar os sistemas de apoio.

Tentemos, de forma rápida e concisa, resumir num decálogo o que devemos fazer e pensar quando somos confrontados com o assédio moral:

1. O assédio não é uma «brincadeira».
2. Qualquer pessoa pode participar ou estar sujeita a comportamentos de *bullying* e de *ciberbullying*.
3. Em situações de *bullying*, todos têm um papel a ser desempenhado.
4. Os rapazes e as jovens são diferentes no que diz respeito à agressividade.
5. A intimidação entre os jovens é um problema de saúde que afeta todos.
6. O rapaz ou a moça vitimizados precisam de ajuda.
7. O rapaz ou a moça que atacam também precisam de ajuda.
8. É necessária uma atitude decisiva para pôr termo a esta situação.
9. Trata-se de direitos fundamentais.
10. A cooperação da família é essencial.



Técnicas para trabalhar em profundidade os diferentes aspectos do assédio moral

As ações educativas que os educadores podem realizar incluem várias atividades individuais e em grupo, instrumentos de avaliação e recursos educativos específicos.

[1] Entrevistas

Entrevista com a vítima:

- Comunicar que compreendemos a dificuldade de falar sobre o que aconteceu ou está acontecendo, mas também a importância de o fazer.
- Fale calmamente e evite culpar-se pelo que aconteceu ou está para acontecer.
- Não falar demasiado e ouvir com atenção e empatia.
- Deixemos claro que não queremos alimentar o problema!



Algumas perguntas

- Como é que está? Como você se sente na escola/no centro?
- O que é que o preocupa?
- O que é que aconteceu?
- Onde e quando?
- Quem é que fez isto?

Por que é que acha que eles fazem isso?
Alguém já o viu?
Quem conhece a situação?
Contou a alguém? A quem?
Alguém pode ajudá-lo?
Desde quando é que estas situações ocorrem?
Como é que se sente quando estas coisas acontecem?
O que fazer quando isto acontece?
Como você acha que este problema pode ser resolvido?



Mensagens-chave

O que aconteceu não é da sua responsabilidade.
Não está sozinho.
Acreditamos que você...
Ninguém tem o direito de o fazer sentir-se culpado.
Nós podemos ajudá-lo.

Entrevista com o agressor

- Falar calmamente, utilizando um tom de voz respeitoso e não agressivo, evitando discussões, que criam resistência.
- Evitar avaliações ou julgamentos morais.



Algumas perguntas

Como você se sente na escola/no centro? Quais são as suas preocupações?
Você se dá bem com os seus pares/colegas?

Disseram-me que aconteceu uma coisa no outro dia com.... O que aconteceu, onde, quando, por que é que você acha que aconteceu, como é que se sente quando estas coisas acontecem?

Como é que você acha que X se sente? Como é que você acha que este problema pode ser resolvido? Considera que a agressão entre pares é um problema na escola?

Quais são, na tua opinião, as formas mais frequentes de *bullying* entre pares? Com que frequência é que estas coisas acontecem? Por que é que você acha que alguns rapazes ou jovens fazem estas coisas? Alguma vez fez estas coisas? Acha que o que aconteceu com X... pode ser considerado *bullying* e/ou *cyberbullying*?



Mensagens-chave

É importante estar consciente das próprias ações.
Tente pôr-se na pele de quem sofre.
A aprovação dos outros pode ser obtida de outras formas.
O que pode fazer para recuperar e reparar os danos.
A capacidade de mudar pertence aos fortes.

Entrevista com os observadores:

- Sensibilizar os pares para o fenômeno do *bullying* ou do *cyberbullying*, promovendo a empatia para com aqueles que o sofrem.
- Ajudar a quebrar a lei do silêncio para visualizar as situações de *bullying* ou de *cyberbullying* que permanecem ocultas aos olhos dos adultos.
- Incentivar a identificação e a confirmação de quem está sendo vítima de *bullying* e por quem.
- Procurar o seu envolvimento, fornecendo ajuda para mudar o papel de espectador passivo para colaborador ativo.
- Garantir a confidencialidade.



Algumas perguntas

Como você se sentiu quando testemunhou o assédio moral?

Qual foi a sua reação nessa altura? Fez ou disse alguma coisa?

O que o impediu de intervir (se eles não fizeram nada)?

Já alguma vez pensou como a vítima se sentiu nesse momento?

Se estivesse no lugar da vítima, o que é que gostaria que os outros fizessem por você?

Você acha que o rufia teria tido um comportamento diferente se alguém tivesse intervindo?

Falou com a vítima ou ofereceu-lhe apoio após o incidente?

Se voltar a acontecer, o que é que acha que poderia fazer de diferente?



Mensagens-chave:

O que está acontecendo não é uma brincadeira.

O que acontece tem um impacto em si.

Somos todos corresponsáveis.

Como você acha que se sentem as pessoas que sofrem um comportamento negativo?

O poder de mudar as coisas está no grupo.

Entrevista com a família

- Estas entrevistas devem ser efetuadas separadamente com as famílias dos alunos envolvidos.
- É importante que seja feita uma apresentação clara, com uma comunicação serena.
- É importante utilizar instrumentos de comunicação adequados (empatia, mensagens na primeira pessoa, etc.) para não alarmar demasiado a família.

- É importante deixar claro que a escola e a família têm o mesmo objetivo e que, por isso, é necessária a sua cooperação e empenho.
- Recomenda-se de transmitir confiança de que as coisas podem melhorar.
- Recomenda-se concentrar-se nos fatos e não na pessoa, e evitar julgar e culpar a família.

[2] Questionários anônimos para avaliar a percepção do assédio moral. Os questionários anônimos são um instrumento eficaz para obter uma visão geral do clima escolar e da presença de possíveis incidentes de *bullying*. Os alunos podem responder a perguntas que exploram tanto as percepções do fenômeno na escola como a experiência direta. As perguntas práticas sobre diferentes aspectos podem incluir:



Perguntas sobre a percepção geral do assédio moral

- Na sua opinião, qual é a frequência do *bullying* na nossa escola?
- Quais as formas de *bullying* que você considera mais comuns (físico, verbal, em linha, exclusão)?
- você acha que o *bullying* é um problema sério na nossa escola?

Perguntas sobre a experiência pessoal

- Alguma vez você foi vítima de *bullying*? Se sim, de que forma?
- Alguma vez presenciou uma situação de *bullying*? Se sim, como é que reagiu?
- Sente-se à vontade para pedir ajuda a um educador ou a um adulto em caso de *bullying*?
- Considera que os educadores intervêm de forma adequada para pôr termo ao *bullying*?

Perguntas sobre o clima escolar e social

- Você se sente aceito e respeitado pelos seus amigos?
- Considera que existe informação suficiente sobre o que fazer em caso de assédio moral?
- Acha que existem atividades ou projetos na nossa comunidade para prevenir o *bullying*?

Perguntas sobre a dinâmica de grupo e o apoio dos pares

- Já viu alguém intervir para impedir um incidente de *bullying*? Se sim, quem (amigos, outros colegas de turma, educadores)?

- Já alguma vez apoiou ou defendeu um amigo vítima de *bullying*? Se não, o que o impediu de o fazer?
- Acha que existe um bom sentido de cooperação e respeito entre os rapazes?

Perguntas sobre a utilização das redes sociais e a cyberperseguição

- Alguma vez você recebeu mensagens ou comentários ofensivos de amigos nas redes sociais?
- Considera que o *cyberbullying* é mais ou menos grave do que o *bullying* «tradicional»?
- Sente-se confiante ao utilizar as redes sociais sem medo de ser intimidado?

Perguntas sobre possíveis intervenções e melhorias

- Que medidas você pensa que podem ser tomadas para prevenir o assédio moral?
- Gostaria de ter momentos de discussão ou projetos específicos para falar sobre o *bullying*?
- Considera que uma campanha de sensibilização dos jovens poderia melhorar a situação?

[3] Programa de sensibilização na sala de aula. Os educadores podem dedicar uma série de encontros à sensibilização para o *bullying*, onde são explorados temas-chave como a empatia, a inclusão e o respeito mútuo. Cada sessão pode incluir atividades práticas, debates e reflexões de grupo. Um exemplo prático: *Atividade «Eu, o agressor e a vítima»*: Pedir às crianças que imaginem como se sentiriam no lugar da vítima, do agressor e do observador. Os alunos podem escrever as suas emoções e partilhar o que sentem em pequenos grupos. Esta atividade ajuda a desenvolver a consciência emocional e a empatia, permitindo-lhes compreender melhor as implicações do *bullying*.

[4] Workshop sobre emoções e comunicação não violenta. Um seminário específico sobre gestão das emoções e comunicação assertiva pode ajudar os rapazes a exprimir os seus sentimentos sem recorrer à violência. A comunicação não violenta e as técnicas de escuta ativa podem ser utilizadas para ensinar os rapazes a exprimirem-se respeitando os outros.

Exercício «Eu falo, você escuta». Dividir os participantes em pares; um fala sobre as suas emoções ou uma experiência difícil e o outro ouve sem interromper, fazendo apenas perguntas abertas para clarificar. No final, o segundo participante repete o que entendeu, para garantir que compreendeu

corretamente a mensagem. Esta técnica favorece a compreensão mútua e reforça a empatia.

[5] Criação de uma Carta de Valores. Uma carta de valores partilhada pela turma pode reforçar o sentido de comunidade e o compromisso de respeito e aceitação mútuos. A carta de valores pode ser elaborada em conjunto com os rapazes, para que estes se sintam parte ativa na definição das regras e comportamentos sociais.

Exemplo prático. Começar com uma discussão aberta sobre o que significa para eles «respeito» e «aceitação». Os rapazes podem então propor alguns valores e diretrizes fundamentais que serão escritos e assinados por todos, e depois pendurados na sala de aula como referência constante. Este processo permite-lhes sentirem-se responsáveis e encorajados a cumprir os seus compromissos.

[6] Projetos de grupo para a criação de materiais de sensibilização. Criar projetos de grupo em que as crianças criem cartazes, vídeos ou pequenas apresentações para aumentar a sensibilização para o *bullying*. Este tipo de projeto desenvolve a colaboração entre os rapazes, dando-lhes voz para se exprimirem e transmitirem mensagens positivas aos seus pares.

Exemplo prático. Dividir a turma em grupos e atribuir a cada grupo um tema diferente, como «O que é o *bullying*?», «Como combater o *bullying*» e «A importância da empatia». Os grupos podem utilizar cartazes, vídeos ou apresentações digitais para expressar as suas mensagens e partilhar o seu trabalho com o resto da escola ou da comunidade.

[7] Programas de tutoria entre pares. Criar um sistema de tutoria em que os estudantes mais velhos ou com formação possam acompanhar e apoiar os mais novos. Estes programas de tutoria entre pares são eficazes na criação de um ambiente acolhedor e inclusivo, especialmente para os recém-chegados, que podem ser mais vulneráveis ao *bullying*.

Exemplo prático. Formar um grupo de estudantes finalistas sobre como reconhecer e intervir contra o assédio moral. Os tutores podem então organizar reuniões semanais com os seus «protegidos», nas quais discutem os desafios diários e dão sugestões sobre como lidar com quaisquer situações incômodas.

[8] Dramatização de casos de *bullying*. O *role-playing* é uma técnica prática que permite aos jovens experimentar diferentes perspectivas do fenómeno: a da vítima, a do agressor e a do observador. Esta atividade ajuda os jovens a refletir sobre as consequências do *bullying* e sobre a forma como podem reagir em situações reais.

Exemplo prático. Num contexto de dramatização, dividir os alunos em pequenos grupos e atribuir a cada um deles um guião que descreva uma situação de *bullying*. Em cada grupo, um participante fará o papel de vítima, outro o de agressor, um ou mais alunos serão observadores e um último aluno assumirá o papel de defensor. Após a simulação, cada grupo reflete em conjunto sobre o que cada personagem sentiu e sobre possíveis soluções alternativas para melhorar a situação. Esta atividade promove a sensibilização e incentiva os alunos a tomar uma posição contra o *bullying*.

[9] Reuniões periódicas de grupos de discussão e debates orientados. A organização de reuniões periódicas de discussão permite aos alunos exprimir-se livremente sobre o clima da escola e os problemas que apercebem, proporcionando um espaço seguro para discutir o *bullying*. Estas reuniões são conduzidas por um educador que modera a conversa e encoraja uma reflexão construtiva.

Exemplo prático. As reuniões podem incluir questões como «Que situações na escola fazem você se sentir desconfortável?», «O que espera dos seus colegas e dos adultos para se sentir mais seguro?» e «O que poderia ser feito para melhorar o clima da escola?» Os alunos, após o debate, podem também formular propostas concretas a serem implementadas em conjunto com os educadores.

[10] Utilizar um diário de emoções O diário de emoções é uma ferramenta pessoal que permite aos rapazes refletir sobre os seus sentimentos e registrar as suas experiências diárias. Incentiva a autorreflexão e ajuda a desenvolver a consciência emocional, que é crucial para reconhecer e lidar com situações difíceis, incluindo o *bullying*.

Exemplo prático. Os garotos podem manter um diário no qual, no final do dia, escrevem como se sentiram, o que os fez sentir assim e o que pensam que podem fazer para lidar com situações semelhantes no futuro. O educador pode convidar periodicamente aqueles que desejem partilhar algumas reflexões anónimas ou gerais, utilizando estas ideias para discutir estratégias positivas de gestão emocional e de resolução de conflitos.

[11] Criação de um grupo de «Embaixadores do Respeito Os «Embaixadores do Respeito» são estudantes voluntários que se comprometem a monitorizar e a promover um ambiente escolar positivo. Este grupo pode atuar como um recurso para os rapazes que se sentem isolados ou angustiados, e pode também organizar eventos e campanhas de sensibilização contra o *bullying*.

Exemplo prático. Os embaixadores, escolhidos dentre os rapazes mais sensíveis e respeitadores, podem receber formação sobre como reconhecer si-

tuações de *bullying* e como intervir em segurança. Podem organizar, juntamente com os educadores, dias temáticos como o «Dia da Bondade» ou a «Semana da Inclusão», durante os quais promovem atividades de grupo e pequenos eventos destinados a reforçar o sentimento de pertença.

[12] Encontros com peritos e relatos em primeira mão. Convidar peritos, como psicólogos ou associações especializadas na luta contra o *bullying*, pode dar aos rapazes uma perspectiva externa e autorizada sobre a forma de lidar com o problema. Os testemunhos de antigas vítimas ou de pessoas que ultrapassaram situações de *bullying* podem inspirar outros a pedir ajuda ou a tomar uma posição.

Exemplo prático. Durante uma reunião com um especialista, os jovens podem fazer perguntas sobre como se comportar em caso de *bullying* e como gerir as suas emoções em situações difíceis. Um convidado, que conte a sua própria experiência como vítima e como encontrou o apoio de que necessitava, pode motivar os rapazes a abrir-se com os adultos em caso de dificuldades.

[13] Projetos interativos para respeitar as diferenças. Os projetos que celebram a diversidade, como a criação de um «Muro da Diversidade», em que cada aluno escreve uma característica única sobre si próprio, podem reforçar a inclusão e ajudar a ver o valor das diferenças individuais.

Exemplo prático. Os rapazes podem fazer um grande cartaz ou mural com desenhos, mensagens e imagens que representem as diferenças positivas de cada pessoa. Podem também incluir palavras como «empatia», «amizade», «solidariedade». Esta atividade ajuda a criar um ambiente acolhedor onde as diferenças são celebradas e respeitadas.

[14] Exibição e debate de filmes com temas emocionais. Incentivar o diálogo e a reflexão sobre questões emocionais e relacionais por meio da análise de filmes que tratam de temas relacionados com as emoções, as dificuldades dos adolescentes e a superação de momentos difíceis. Serão indicados alguns filmes, mas pode ser interessante que os jovens procurem também outros títulos de filmes e séries sobre o tema.

Os educadores organizam a visão de filmes que tratam de questões de *bullying* ou de inclusão, seguido de um debate orientado. Durante o debate, são colocadas questões como «Qual foi a personagem que mais o afetou e por quê?» ou «Como é que a história evoluiu a partir do problema inicial?».

«*Come te nessuno mai*» (1999) - Realizado por Gabriele Muccino, retrata a dinâmica e a agitação dos adolescentes durante um período de ocupação da escola. O filme oferece uma visão dos problemas típicos dos adolescentes, das suas inseguranças e do seu desejo de pertença.

«*Mean Girls*» (2004) - Embora seja uma comédia, este filme explora os complexos jogos de poder e a dinâmica de exclusão entre adolescentes numa escola americana. É uma forma ligeira, mas eficaz, de introduzir debates sobre o *bullying*, a influência do grupo e a importância de ser autêntico.

«*Cyberbully*» (2011) - Um filme que aborda a questão do *cyberbullying* através da história de uma adolescente que é vítima de *bullying on-line*. Ideal para falar sobre os desafios e os perigos das redes sociais e a importância de ter consciência das nossas ações *on-line*.

«*Después de Lucía*» (2012) - Um filme realizado por Michel Franco. Após a morte da sua mulher Lucía, Roberto muda-se para a Cidade do México com a sua filha Alejandra, de 17 anos. Matriculada numa escola frequentada pelos filhos da classe média alta da cidade, durante uma festa Alejandra tem relações sexuais com um companheiro e é filmada com um telemóvel. No dia seguinte, as imagens circulam na escola e Alejandra torna-se o motivo de chacota da turma, apontada como uma jovem fácil e insultada. Cada vez mais isolada, durante uma excursão de estudo, Alejandra é humilhada fisicamente pelos colegas e violada por outros colegas, sob o olhar indiferente de todos. No auge da sua resistência, a jovem foge, e Roberto, ao tentar encontrar a filha, exerce uma vingança implacável.

«*To This Day Project*» (vídeo de animação, 2013) - Uma curta-metragem de animação baseada na poesia de Shane Koyczan, uma antiga vítima de *bullying*, que relata as suas experiências de uma forma poética e profunda. Apesar de curta, é uma ferramenta poderosa para discutir o impacto emocional do *bullying* e a importância de ouvir e apoiar aqueles que são vítimas.

«*A Turma dos Burros*» (2016) - Baseado numa história verdadeira, este filme conta a história de uma professora que luta pela inclusão de alunos marginalizados e com deficiência nas escolas públicas. Oferece uma perspectiva educativa sobre a luta contra a discriminação e incentiva a reflexão sobre a escola como um lugar de inclusão.

«*Wonder*» (2017) - Baseado no livro homónimo de R. J. Palacio, conta a história de Auggie, um rapaz que nasceu com uma malformação facial, e a sua difícil experiência de adaptação na escola. É um filme que promove valores como a aceitação, a empatia e o respeito pelas diferenças.

«*I ragazzi dello Zecchino d'Oro*» (2019) - Passado na década de 1960, este filme conta a história das crianças que participam no famoso coro e as suas experiências de amizade, solidariedade e desafios. Retrata a importância da comunidade e da colaboração, bem como da inclusão e da resiliência.

«*O Rapaz das Calças Cor-de-Rosa*» (2024) de Margherita Ferri. O filme foi inspirado na história verídica de André Spezzacatena, um jovem de 15 anos vítima de *bullying* homofóbico e *cyberbullying*, que se suicidou no dia 20 de novembro de 2012.



Conclusões

[1] Os nossos adolescentes e jovens são sinais de alerta do nosso mundo ferido e indicam que a nossa sociedade e o nosso mundo estão atravessando sérios problemas. O bem-estar da população jovem põe em evidência uma prioridade educativa: a **prevenção, o reconhecimento e o acompanhamento/tratamento das doenças mentais**.

Como vimos no início, convém também sublinhar que o estigma está presente em todas as esferas de uma pessoa com um distúrbio de saúde mental: no ambiente educativo, mas também na família, com o parceiro, nas amizades, etc. Um estigma que perpetua comportamentos discriminatórios e é frequentemente alimentado por preconceitos e estereótipos ainda presentes nos meios de comunicação social, filmes, livros e canções que consumimos. É, portanto, necessário ativar processos **de sensibilização nos nossos contextos educativos**, formar para trabalhar «**novas**» **atenções educativas**, envolvendo todos os nossos ambientes e especialmente os jovens, para que possam fazer mudanças reais para erradicar o estigma social e estrutural e, conseqüentemente, o autoestigma.

Precisamente para iniciar um processo de conhecimento e de acompanhamento inicial no âmbito educativo, abordamos neste guia alguns dos distúrbios prevalentes no mundo juvenil, que são fonte de desconforto para tantos jovens que frequentam os nossos ambientes. Torna-se crucial para nós educadores, promover o bem-estar emocional e mental e cuidar dele.

Como educadores salesianos, sabemos bem a importância de **criar um ambiente familiar** para a educação das crianças e dos meninos, dos adolescentes e dos jovens. Como Dom Bosco, devemos ainda cultivar a arte de dar o primeiro passo, eliminando distâncias e barreiras, criando a alegria e o desejo de reencontrar-se, de ser amigos.

Esta arte consiste também em criar, com paciência e dedicação, um ambiente rico em humanidade, um ambiente familiar onde as crianças e os jovens se sintam muito livres e capazes de se exprimir e de ser eles mesmos, assimilando com alegria os valores que lhes são propostos. Esta pedagogia do espírito de família é também uma escola de fé para os jovens. Oferecemos amor e acolhimento incondicionais, para que eles possam descobrir progressivamente, e a partir de uma opção de liberdade pessoal, a confiança e o diálogo, bem como a celebração e a vivência comunitária da fé.

Portanto, o espírito de família que caracteriza **o Sistema Preventivo de Dom Bosco**:

desenvolve-se através de relações significativas como: paternidade e maternidade pastorais, presença, assistência, proximidade, fraternidade, ajuda, valorização mútua, diálogo, perdão, realismo, clima de cura das feridas, superação de posições ideológicas, projeto unitário;

torna-se visível com propostas reconhecíveis, com uma atmosfera positiva, um ambiente que se adapta ao indivíduo e ao grupo, recorrendo à criatividade pastoral que privilegia os momentos de celebração e de festa.

Pretendemos propor um ambiente harmonioso de pessoas, estruturas, lugares materiais, ferramentas e, sobretudo, um ambiente capaz de envolver os jovens numa intensa atmosfera familiar.

[2] «Educar a mente sem educar o coração não é educar». O aforismo de Aristóteles continua tão atual como sempre e é apoiado por evidências empíricas. De fato, não existe nenhum processo de aprendizagem que seja completamente desprovido de emoções. A literatura científica dos últimos tempos tem revelado a forte ligação entre os sistemas emocionais e cognitivos. Efetivamente, as emoções parecem desempenhar um papel fundamental na determinação da qualidade da cognição.



Bibliografía

CAPÍTULO 2

- American Psychiatric Association (2023). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- Giorgio, D. (2015). *Il disturbo d'ansia sociale: Teoria e terapia*. Milano: Franco Angeli.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. L., & Becker, R. E. (2018). *Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Anxiety Disorder: Evidence and Practice*. New York: Guilford Press.
- Mazzarini, L., & Monteleone, P. (2016). *Ansia e fobia sociale: Comprendere e affrontare il disturbo*. Roma: Edizioni Erickson.
- Nardone, G., & Portelli, C. (2005). *Strategie per affrontare l'ansia sociale*. Roma: Tecniche Nuove.
- Riva, P. (2019). *Ansia sociale: Come affrontarla e superarla*. Milano: Sperling & Kupfer.

CAPÍTULO 3

- Bañuelos M, Planella M, de Giacomi F., *Trastornos afectivos (I): Síndrome depresivo en AAVV, Hospitalización psiquiátrica breve. Manual Clínico*. Editorial Panamericana, Madrid 2019.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. *The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)*. JAMA. 2003; 289(23): 3095-105
- Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Rodríguez A, Fernández A, Pinto-Meza A, Vilagut G, et al. *Use of primary and specialized mental health care for a major depressive episode in Spain by ESEMeD respondents*. Psychiatr Serv. 2011;62(2):152-61.
- Marcus M, Yasamy MT, Ommeren Mv, Chisholm D, Saxena S, WHO *Department of Mental Health and Substance Abuse. Depression. A Global Public Health Concern*. Geneva: WHO. 2012.
- World Health Organization. *Mental health action plan 2013 - 2030*. Geneva: WHO; 2018.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) 2021. Depresión. [Citado 13 octubre 2021].

CAPÍTULO 4

- Falabella M. (2001). *L'ABC della psicopatologia. Esplorazione, individuazione e cura dei disturbi mentali*. Edizione Magi.
- Lalli, N. (2009). *I disturbi somatoformi: aspetti clinici e psicoterapeutici*. Franco Angeli.
- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici: Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Raffaello Cortina Editore.
- Looper, K. J., & Kirmayer, L. J. (2002). Psychosomatic symptom presentation and somatization in primary care. *Psychiatric Clinics of North America*, 25(3), 579-602.
- Miniati, M., & Rucci, P. (2019). *Manuale di psichiatria clinica*. Il Pensiero Scientifico Editore
- Rief, W., & Martin, A. (2014). How to use the new DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in research and practice: A critical evaluation and a proposal for modifications. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 339-367.

CAPÍTULO 5

- American Psychiatric Association (2023). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Publishing.
- World Health Organisation. *The 11th Revision of the International Classification of Diseases (ICD-11)*. 2018.
- Pérez-Gaspar M, Gual P, de Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Lahortiga F, Cervera S. *Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras*. *Med Clin (Barc)*. 2000; 114 (13):481-6.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- Lock J, La Via MC, AACAP. *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 54(5):412-25.

CAPÍTULO 6

- Bianchi di Castelbianco, F. (2017). *Disturbi del comportamento in età evolutiva: Dalla diagnosi all'intervento*. Edizioni Centro Studi Erickson.
- Canevaro, A., & Trisciuzzi, L. (2019). *Inclusione scolastica e disturbi del comportamento: Strumenti e strategie*. Carocci Editore.
- Di Blasio, P., & Lis, A. (2018). *La psicologia dell'età evolutiva*. Il Mulino.
- Frick, P. J., & Viding, E. (2017). *The Handbook of Disruptive and Impulse-Control Disorders*. Wiley.
- Kazdin, A. E. (2021). *Parent Management Training: Treatment for Oppositional, Aggressive, and Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. Oxford University Press.
- Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2019). *Cognitive-Behavioral Interventions for Emotional and Behavioral Disorders: School-Based Practice*. Guilford Press.
- Pietropolli Charmet, G. (2020). *Adolescenti fragili: La fatica di crescere*. Laterza.

CAPÍTULO 7

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* 5th ed. Washington, DC: American psychiatric Association.
- Cardno, A. G., Marshall, E. J., Coid, B., Macdonald, A. M., Ribchester, T. R., Davies, N. J., Venturi, P., Jones, L. A., Lewis, S. W., Sham, P. C., Gottesman, I. I., Farmer, A. E., McGuffin, P., Reveley, A. M., & Murray, R. M. (1999). Heritability estimates for psychotic disorders: the Maudsley twin psychosis series. *Archives of general psychiatry*, 56(2), 162–168. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1001/archpsyc.56.2.162>
- Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
- Heckers, S., Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Malaspina, D., Owen, M. J., Schultz, S., Tandon, R., Tsuang, M., Van Os, J., & Carpenter, W. (2013). Structure of the psychotic disorders classification in DSM-5. *Schizophrenia research*, 150(1), 11–14. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1016/j.schres.2013.04.039>
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación internacional de las enfermedades (10ª ed) (CIE-10)*. Madrid: OMS.
- Khamker, N. (2015). First episode schizophrenia. *South African Family Practice*, 57(5), 29–33.
- Vila-Badia, R., Butjosa, A., Del Cacho, N., Serra-Arumí, C., Esteban-Sanjusto, M., Ochoa, S., & Usall, J. (2021). Types, prevalence and gender differences of childhood trauma in first-episode psychosis. What is the evidence that childhood trauma is related to symptoms and functional outcomes in first episode psychosis? A systematic review. *Schizophrenia research*, 228, 159–179. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1016/j.schres.2020.11.047>
- Volkmar F. R. (1996). Childhood and adolescent psychosis: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(7), 843–851. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1097/00004583-199607000-00009>

CAPÍTULO 8

- Nock, M.K. (2010). Self-Injury. *Annu Rev. Clin. Psychol*, 6, 339–63.
- Jarvi, S., Jackson, B., Swenson, L., Crawford, H. (2013). The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: a review of the literature. *Arch Suicide Res*, 17, 1-19.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *Lancet*, 366, 1471-83.
- Ladouceur, C.D. (2012). Neural systems supporting cognitive-affective interactions in adolescence: the role of puberty and implications for affective disorders. *Front Integr Neurosci*, 6, 65.
- Fox, K.R., Franklin, J.C, Ribeiro, J.D., Kleiman, E.M., Bentley, K.H., Nock, M.K. (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clin Psychol Rev*, 42, 156-67.
- Bresin, K., Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.*, 38, 55-64.
- Yates, T.M., Carlson, E.A., Egeland, B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Dev Psychopathol*, 20, 651-71.
- Klonsky, E.D., Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 192, 166-70.
- Hankin, B.L., Abela, J.R.Z. (2011). Nonsuicidal self-injury in adolescence: prospective rates and risk factors in a 21/2 year longitudinal study. *Psychiatry Res.*, 186, 65-70.
- Dray, J., Bowman, J., Campbell, E., Freund, M., Wolfenden, L., Hodder, R. K., et al. (2017). Systematic review of universal resilience-focused interventions targeting child and adolescent mental health in the school setting. *J. Am. Acad. Child. Psy.* 56, 8139-824. doi: 10.1016/j.jaac.2017.07.780
- Norris, F.H., Tracy, M., Galea, S. (2009). Looking for Resilience: Understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *Social Science Medicine*, 68(12), 2190-8. doi:10.1016/j.socscimed.2009.03.043
- Rutter, M. (2013). Annual Research Review: Resilience in child development. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 474-487. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02615.x>
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C.W., et al. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*, 55(4), 337-48.
- Vega D, Sintes A, Fernández M, Puntí J, Soler J, Santamarina P, Soto À, Lara A, Méndez I, Martínez-Giménez R, Romero S, Pascual JC. Review and update on non-suicidal self-injury: who, how and why? *Actas Esp Psiquiatr*. 2018 Jul;46(4):146-55. Epub 2018 Jul 1. PMID: 30079928.

CAPÍTULO 9

- Bertolotti, G., Zotti, A. M. (2020). *Il suicidio in adolescenza: Prevenzione e intervento*. Milano: Franco Angeli.
- De Leo, D., & Padoan, L. (2017). *Il suicidio: Comprendere, prevenire e curare*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Forte, A., Vichi, M., Ghirini, S., Orri, M., & Pompili, M. (2021). *Trends in suicides among Italian youth aged 10 to 25: A nationwide register study*. *European Psychiatry*.
(<https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/trends-in-suicides-among-italian-youth-aged-10-to-25-a-nationwide-register-study/1F9F2802D444DC819C9F8487C0541D3F>)
- Ferrara, P., Ianniello, F., Cutrona, C., Quintarelli, F., Vena, F., Del Volgo, V., Caporale, O., Malamisura, M., De Angelis, M. C., Gatto, A., Chiaretti, A., & Riccardi, R. (2014). *A focus on recent cases of suicides among Italian children and adolescents and a review of literature*. *Italian Journal of Pediatrics*. (<https://ijponline.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13052-014-0069-3>).
- Pompili, M. (2019). *Prevenzione del suicidio: Un manuale per operatori sanitari e sociali*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Springer, P. (2024). *Global public concern of childhood and adolescence suicide: a new perspective*. Springer. (<https://link.springer.com/article/10.1007/s12519-024-00828-9>).
- Springer, P. (2024). *Youth Suicide Prevention and Intervention*. Springer.
(<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-031-06127-1>).
- Tondo, L., Baldessarini, R. J. (2018). *Suicidio e disturbi dell'umore: Diagnosi, trattamento e prevenzione*. Bologna: Il Mulino.
- Wasserman, D. (2009). *Suicide among Italian adolescents: 1970–2002*. *European Child & Adolescent Psychiatry*. (<https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-009-0007-x>).

CAPÍTULO 10

- Ardone R., Gatti C. (2009), a cura di, *Disagio adolescenziale e dispersione formativa dei giovani in obbligo formativo. Una ricerca intervento nei centri di formazione professionale della Provincia di Roma*. Edizioni Kappa.
- Baraldi, S., & Bianchi, M. (2015). *Bullismo e cyberbullismo: Educare alla relazione*. Edizioni La Meridiana.
- Borg, M. (2008). *Il bullismo: un fenomeno in crescita*. Franco Angeli.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at School: What We Know and What We Can Do*. Blackwell Publishing.
- Pellegrini, D. (2010). *Bullismo e Cyberbullismo. La scuola che cambia*. Edizioni Erickson.
- Rigby, K. (2010). *Bullying in Schools: How Successful Can Interventions Be?* Australian Council for Educational Research.

- Ruggeri, A. (2016). *Il bullismo: percorsi di prevenzione e intervento*. Edizioni Universitarie Romane.
- Smith, P. K., & Sharp, S. (2005). *School Bullying: Insights and Perspectives*. Routledge.
- Sorrentino, A. (2014). *Prevenzione del bullismo: strategie e interventi*. Carocci.
- Save the Children – Oferece linhas guiadas e programas educativos sobre *bullying* nas escolas.

