



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

ADAPTAÇÃO DO PROGRAMA
#ENTREVIAGENSEAPRENDIZAGENS PARA
ADOLESCENTES COM PERTURBAÇÕES PSIQUIÁTRICAS:
CONSTRUÇÃO E AVALIAÇÃO DA VERSÃO-PILOTO

Dissertação apresentada à Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em
Psicologia do Bem-Estar e Promoção da Saúde

Por

Rosalina Mestrinho de Sousa

Faculdade de Ciências Humanas

Setembro de 2025



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

ADAPTAÇÃO DO PROGRAMA #ENTREVIAGENSEAPRENDIZAGENS
PARA ADOLESCENTES COM PERTURBAÇÕES PSIQUIÁTRICAS:
CONSTRUÇÃO E AVALIAÇÃO DA VERSÃO-PILOTO

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia do Bem-Estar e
Promoção da Saúde

Por

Rosalina Mestrinho de Sousa

Faculdade de Ciências Humanas

Sob orientação de Professora Doutora Rita Francisco

Setembro de 2025

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à Professora Doutora Rita Francisco pela orientação, disponibilidade, atenção e apoio incansável. Agradeço o incentivo e reconhecimento que foram especialmente importantes neste período.

À minha família por apoiar os meus objetivos e acreditar em mim. Aos meus pais por investirem no meu futuro e educação e à minha irmã por ter sido uma paciente companheira de casa neste último ano.

Às minhas amigas Maria, Mariana e Raquel que fazem parte da minha vida desde sempre, que espero que façam parte dela para sempre, e com quem sempre partilho as melhores gargalhadas.

À Melissa, Raquel e Bruna que, para além de amigas, foram as colegas com quem partilhei a minha vida universitária.

Àquelas que nos primeiros anos foram as minhas companheiras de casa, Margarida e Beatriz, e que muitas vezes me abriram a porta do seu quarto prontas para partilhar uma boa conversa.

À equipa da UPIA com quem tanto aprendi e que me permitiu desenvolver este estudo. Um agradecimento especial à Doutora Ana Prioste pela ajuda e confiança ao longo de todo o processo, pela sua criatividade que sempre me inspirou e, sobretudo, pelo companheirismo.

Finalmente, gostaria de agradecer aos participantes deste programa pelas aprendizagens que me proporcionaram.

Resumo

A adolescência constitui uma fase crítica do desenvolvimento humano, caracterizada por várias mudanças e com início de comportamentos de saúde que perduram até à idade adulta. Entre adolescentes com perturbações psiquiátricas, este período é ainda mais desafiante, apresentando habitualmente dificuldades ao nível das competências socioemocionais, literacia em saúde e literacia em saúde mental, essenciais para o bem-estar. O programa #EntreViagenseAprendizagens visa a promoção do bem-estar, estilos de vida saudáveis e competências socioemocionais em adolescentes em contexto escolar. Neste estudo, com desenho misto, procedeu-se à adaptação, implementação e avaliação do programa no contexto da Unidade Psiquiátrica Integrada para Adolescentes (UPIA). Inicialmente, foram entrevistadas três profissionais da UPIA com o objetivo de identificar necessidades específicas dos pacientes integrados no Hospital de Dia da UPIA, que foram consideradas na adaptação do programa. Posteriormente, procedeu-se à avaliação do seu impacto junto de sete adolescentes (16-20 anos), com recurso a questionários sobre bem-estar, regulação emocional, ansiedade e depressão, literacia em saúde mental, empatia, e hábitos de vida, aplicados antes e após a intervenção, bem como a um questionário de satisfação com o programa e questões associadas ao processo de implementação. Os testes de comparação de resultados pré e pós intervenção mostram melhorias estatisticamente significativas nas dificuldades de regulação emocional (*score* total e subescalas Estratégias e Não Aceitação). Verificaram-se ainda tendências de melhoria em variáveis como ansiedade e regulação de impulsos, embora não atingindo significância estatística. No bem-estar, empatia, depressão e literacia em saúde mental não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, apesar de alguns participantes evidenciarem mudanças individuais relevantes. Relativamente a hábitos de vida, observou-se melhorias em alguns hábitos alimentares (e.g., consumo de doces), e tendências positivas na atividade física e sono. Os participantes revelaram elevada satisfação com o programa, destacando a interação grupal, relaxamento e educação em saúde mental. Estes resultados sugerem que a intervenção tem potencial para promover o funcionamento emocional e social de adolescentes com perturbações psiquiátricas, sendo relevante continuar a investigar o impacto de intervenções grupais em populações mais vulneráveis, com amostras maiores e grupos de controlo para permitir avaliações mais rigorosas.

Palavras-chave: adolescentes, perturbações psiquiátricas, intervenção, competências socioemocionais, literacia em saúde, bem-estar, estilos de vida saudáveis

Abstract

Adolescence is a critical stage of human development, marked by multiple changes and the onset of health behaviors that often persist into adulthood. Among adolescents with psychiatric disorders, this period is even more challenging, as they typically present difficulties in socioemotional skills, health literacy, and mental health literacy, key components for well-being. The program #EntreViagenseAprendizagens aims to promote well-being, healthy lifestyles, and socioemotional skills in school settings. In this mixed-methods study, the program was adapted, implemented, and evaluated in the context of the Integrated Psychiatric Unit for Adolescents (UPIA). Initially, three UPIA professionals were interviewed to identify specific needs of patients attending the UPIA Day Hospital, which were considered in the program's adaptation. Subsequently, its impact was assessed with seven adolescents (16–20 years), using questionnaires on well-being, emotion regulation, anxiety and depression, mental health literacy, empathy, and lifestyle habits, administered before and after the intervention, along with a program satisfaction survey and implementation-related questions. Pre and post intervention comparisons showed statistically significant improvements in emotion regulation difficulties (total score and the subscales Strategies and Non-Acceptance). Trends toward improvement were also observed in variables such as anxiety and impulse regulation, though without reaching statistical significance. No significant differences were found in well-being, empathy, depression, or mental health literacy, although some participants showed meaningful individual changes. Regarding lifestyle habits, improvements were noted in certain eating behaviors (e.g., sweets consumption), with positive trends in physical activity and sleep. Participants reported high satisfaction with the program, highlighting group interaction, relaxation, and mental health education. These findings suggest that the intervention has potential to promote emotional and social functioning in adolescents with psychiatric disorders. Further research with larger samples and control groups is needed to enable more robust evaluations of group interventions in vulnerable populations.

Keywords: adolescents, psychiatric disorders, intervention, socioemotional skills, health literacy, well-being, healthy lifestyle

Índice

Introdução	1
Enquadramento teórico.....	3
Adolescência e Saúde Mental	3
Literacia em Saúde e Estilos de Vida	4
Literacia em Saúde Mental	7
Competências Socioemocionais e Problemas de Saúde Mental	9
Intervenção Grupal com Adolescentes com Problemas de Saúde Mental Graves.....	13
Intervenção na Unidade Psiquiátrica Integrada para Adolescentes.....	20
Programa #EntreViagenseAprendizagens.....	21
O presente estudo	23
Metodologia	25
Desenho do estudo.....	25
Participantes	25
Instrumentos.....	26
Guião de Entrevista Semiestruturada (para profissionais).....	26
Questionário sociodemográfico e geral	26
EPOCH Measure of Adolescent Well-Being.....	26
Escala de Dificuldades na Regulação Emocional	27
Survey on Social and Emotional Skills.....	27
Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar	27
Questionário de Literacia em Saúde Mental, versão reduzida	28
Questões sobre hábitos de vida	28
Questão sobre qualidade da relação com os pais.....	28
Questões de Avaliação de Processo e da Satisfação com o Programa.....	29
Procedimento de recolha de dados	29

Procedimento de análise de dados.....	29
Resultados	30
Identificação de necessidades da população-alvo	30
Diagnósticos	30
Desafios sociais e emocionais	31
Autocuidado	33
Literacia em saúde mental.....	33
Estratégias de intervenção eficazes	34
Papel da Família	35
Obstáculos à intervenção	35
Adaptação do Programa #EntreViagenseAprendizagens	36
Resultados Quantitativos	37
Satisfação com o Programa.....	42
Discussão de resultados	44
Sugestões de melhoria do programa em contexto de hospital de dia	49
Limitações e indicações para estudos futuros	50
Conclusão.....	51
Referências.....	52

Índice de Tabelas

Tabela 1	38
Tabela 2.....	39
Tabela 3.....	39
Tabela 4.....	40
Tabela 5.....	41
Tabela 6.....	41
Tabela 7.....	42

Índice de Apêndices

Apêndice A: Guião de Entrevista Semiestruturada (para profissionais)	67
Apêndice B: Proposta de adaptação do programa #EntreViagenseAprendizagens para adolescentes com perturbações psiquiátricas	68

Introdução

A adolescência abrange um período desafiante e importante para o desenvolvimento saudável, porém é também uma fase suscetível ao aparecimento e desenvolvimento de doenças ou problemas mentais (Cavaco & Silva, 2024; Inchley et al., 2020). Particularmente em Portugal, tem-se assistido a um aumento de problemas de saúde mental nesta população, que é agravado pela dificuldade ou até inexistência de resposta do sistema de saúde (Cavaco & Silva, 2024; Saraiva et al., 2022; Skokauskas et al., 2019).

A literacia em saúde é essencial para uma boa tomada de decisão e envolvimento em comportamentos saudáveis, sendo a literacia em saúde mental, em particular, fundamental para a prevenção, reconhecimento e gestão de problemas de saúde mental (Antunes & Lopes, 2018; Jorm, 1997). Indivíduos com perturbação mental apresentam níveis mais baixos tanto de literacia em saúde em geral como de literacia em saúde mental, salientando-se por isso a necessidade de desenvolver intervenções que permitam diminuir estas dificuldades e aumentar o acesso, a compreensão e o envolvimento no tratamento (Clausen et al., 2016; Degan et al., 2020; Nobre et al., 2021).

Para além disto, sabe-se que dificuldades em diversas competências socioemocionais são preditoras de sintomas depressivos e também desempenham um papel relevante na manutenção de psicopatologia que pressupõe um desajuste social na adolescência (Dryburgh et al., 2020; Elsina & Martinsone, 2021). Estas competências vão ganhando mais importância à medida do crescimento do indivíduo, devido às exigências sociais também cada vez mais marcadas (Dryburgh et al., 2020). As dificuldades na autorregulação, nomeadamente a desregulação emocional, aparecem como muito características de várias perturbações mentais significativas na adolescência (Beauchaine & Cicchetti, 2019; Hofmann et al., 2012) e pressupõem uma grande dificuldade no ajuste de respostas emocionais, culminando, conseqüentemente, num desajuste social devido à instabilidade e conflito que esta dificuldade provoca nas relações (Linehan, 2018). Desta forma, percebendo os desafios que os adolescentes com perturbação mental enfrentam e que são manifestados ao longo do seu desenvolvimento, parece importante apostar em intervenções direcionadas, especificamente, a estas dificuldades socioemocionais (Howe-Davis et al., 2023). A maior parte das intervenções hospitalares ou com o foco em população com perturbação mental abordam o desenvolvimento de competências socioemocionais de uma perspetiva cognitivo-comportamental (Caiado et al., 2022;

Kendall, 2006; Linehan, 2018) e, tendo em conta a marcada heterogeneidade e comorbilidade do contexto de serviços de saúde mental, trabalhar estes domínios através de intervenções transdiagnósticas revela-se mais adequado (Kennedy et al., 2024).

Neste sentido, tendo em conta não só a necessidade de intervenções para esta população, mas também o facto de a adolescência ser o período em que os comportamentos e hábitos de saúde se iniciam e formam e, portanto, o momento mais oportuno para apoiar o desenvolvimento saudável (Inchley et al., 2020), este estudo pretende adaptar o programa #EntreViagenseAprendizagens para adolescentes com perturbações psiquiátricas. Originalmente desenvolvido para ser implementado em contexto escolar e direcionado a adolescentes do 8º e 9º ano de escolaridade, este programa tem como grande objetivo a promoção do bem-estar e a adoção de estilos de vida saudáveis desta população (Francisco et al., 2023).

De forma a atingir o objetivo principal, este estudo visa: (i) explorar necessidades específicas de adolescentes com perturbações psiquiátricas associadas ao seu bem-estar, literacia em saúde e estilos de vida saudáveis; (ii) adaptar a estrutura e as atividades do #EntreViagenseAprendizagens às necessidades dos adolescentes com perturbações psiquiátricas; (iii) implementar e avaliar a eficácia do programa (em particular as dimensões de bem-estar, competências socioemocionais, literacia em saúde mental, estilos de vida saudáveis, sintomas psiquiátricos); e (iv) avaliar a qualidade do processo de implementação do programa junto de adolescentes com perturbações psiquiátricas.

Assim, a presente dissertação está estruturada em vários capítulos: (i) enquadramento teórico, onde são apresentados os principais temas e conceitos abordados no presente estudo e os seus objetivos; (ii) metodologia, que conta com a descrição de todos os processos metodológicos realizados, as medidas utilizadas e a caracterização dos participantes; (iii) apresentação dos resultados; (iv) discussão dos resultados, seguida de sugestões de melhoria do programa, limitações e indicações para estudos futuros e (v) conclusão.

Enquadramento teórico

Adolescência e Saúde Mental

A adolescência abrange um período desafiante no desenvolvimento humano visto que é caracterizado por mudanças em diversas áreas, tanto físicas, cognitivas, sociais como emocionais (Inchley et al., 2020; Pinto & Maia, 2022). Sendo que os comportamentos de saúde, especialmente os comportamentos de risco, têm início nesta fase formando hábitos que seguem até a vida adulta, a adolescência parece ser o período mais oportuno para prevenir e intervir no apoio ao desenvolvimento saudável, promovendo o bem-estar e a saúde de gerações futuras (Inchley et al., 2020).

É importante que os adolescentes consigam navegar esta fase do desenvolvimento de forma saudável, pois a qualidade de vida futura, nomeadamente, a capacidade de lidar com eventos negativos, depende, maioritariamente, da gestão positiva dos confrontos típicos desta fase (Aneesh et al., 2024; Ozdemir, 2012). Porém, nem sempre isso acontece e, tendo em conta a flexibilidade e adaptação que a adolescência requer, este grupo encontra-se mais vulnerável para desenvolver doença mental (Cavaco & Silva, 2024). As relações com pares são consideradas de grande importância para os adolescentes, acompanhadas do sentimento de pertença e preocupações com o estatuto social (Tomova et al., 2021), e é precisamente a hipersensibilidade ao ambiente social que contribui para a vulnerabilidade de desenvolvimento de psicopatologia (Pickering et al., 2020).

De facto, a maior parte dos problemas de saúde mental identificados na idade adulta surgem no início da adolescência (Inchley et al., 2020) que, sem resposta clínica, acabam por se manter, aumentando a gravidade e cronicidade da patologia (Cavaco & Silva, 2024). Problemas relacionados com abuso de substâncias, ansiedade e depressão continuam a aumentar nesta população (Castelpietra et al., 2022), com resultados referentes ao ano de 2019 a apontarem para 20% de adolescentes que experienciam perturbações mentais (UNICEF, 2019). Resultados recentes apontam para 34% dos adolescentes em risco de desenvolverem depressão (Shorey et al., 2022), juntamente com um aumento das taxas de suicídio, sendo este a terceira causa de morte em raparigas entre os 15 e os 19 anos e a quarta causa de morte em rapazes da mesma faixa etária (Organização Mundial da Saúde, OMS, 2021).

Em Portugal, o cenário é também preocupante com um aumento da procura de ajuda nos cuidados de Saúde Mental da Infância e Adolescência e, concomitantemente, um aumento da doença mental nesta população (Saraiva et al., 2022). A situação é

agravada pela falta de resposta por parte do sistema de saúde que se encontra saturado e sem recursos, assistindo-se assim a um aumento contínuo de perturbações mentais (Cavaco & Silva, 2024; Saraiva et al., 2022; Skokauskas et al., 2019). Desta forma, é importante ter em conta aspetos comprometidos pelas perturbações mentais, como a literacia em saúde e as competências socioemocionais, que possam ser alvo de intervenção para potenciar um melhor prognóstico (Degan et al., 2020; Dryburgh et al., 2020; Howe-Davies et al., 2023).

Literacia em Saúde e Estilos de Vida

Segundo a OMS (1998), a literacia em saúde é “a competência cognitiva e social que determina a motivação e capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação de forma a promover e manter uma boa saúde” que pode ser entendida em três níveis: literacia funcional, literacia interativa e literacia crítica (Nutbeam, 2000). A primeira diz respeito às competências básicas de comunicação em que o indivíduo é visto como recetor de informação que o capacita para seguir recomendações de saúde. Já a literacia interativa permite, através da ligação entre competências cognitivas, de leitura e sociais, a procura ativa e integração de informação e, posteriormente, a utilização da mesma no seu ambiente envolvente. Para além disso, este nível de literacia promove a confiança e motivação para a tomada de decisão autónoma com base no conhecimento adquirido. Por fim, a literacia crítica envolve competências cognitivas mais sofisticadas para analisar criticamente a informação proveniente de múltiplas fontes, proporcionando um controlo sobre situações diárias e determinantes de saúde (Nutbeam, 2000).

Apesar das várias definições deste conceito, é consensual que um bom nível de literacia em saúde permite uma tomada de decisão mais ponderada e um maior compromisso com ações saudáveis (Antunes & Lopes, 2018), constituindo não só um fator protetor como de reforço de saúde (OMS, 2005). Já um baixo nível de literacia em saúde aparece relacionado com uma maior mortalidade e morbilidade, maior taxa de doença mental e menor adesão à medicação (Antunes & Lopes, 2018). Desta forma, indivíduos com doença mental apresentam níveis mais baixos ou desadequados de literacia em saúde (Clausen et al., 2016; Degan et al., 2019; Galletly et al., 2012), traduzindo-se em dificuldades na utilização de serviços de saúde, menor investimento em medidas preventivas e hábitos menos alinhados com a promoção da saúde (Antunes & Lopes, 2018; Clausen et al., 2016; Sarris et al., 2014; Schoeyen et al., 2011).

Neste sentido, a literatura indica uma relação entre os estilos de vida e a doença mental, embora a sua direção ainda não seja totalmente clara (Firth et al., 2020). Assim, o acumular de vários fatores como inatividade física e dificuldades no sono incentiva um estilo de vida sedentário que pode potenciar o aparecimento de depressão (Sarris et al., 2014), mas também algumas características das perturbações mentais podem levar ao reforço e manutenção de ações prejudiciais à saúde ou não envolvimento em ações saudáveis (Audrain-McGovern et al., 2009; Stubbs et al., 2017). Por exemplo, adolescentes com perturbação mental severa têm uma saúde física muito pobre com prevalência elevada de obesidade (Anthony et al., 2023). Ser fisicamente inativo comporta uma probabilidade de 32% de experiência de ansiedade e esta associação pode ser entendida pelo facto de estes indivíduos se isolarem socialmente, dificultando ou até mesmo impedindo o envolvimento nestas atividades (Stubbs et al., 2017). Os sintomas de doença mental como stress, sintomas depressivos e falta de energia, combinados com fatores sociais como a falta de apoio, são uma barreira para o envolvimento no exercício físico (Firth et al., 2016).

Já no que diz respeito à alimentação, sabe-se que adolescentes com sintomas depressivos fazem menos refeições importantes, como o pequeno-almoço e o almoço, e apresentam comportamentos de controlo de peso frequentemente desadequados (Fulkerson et al., 2004). Indivíduos com perturbação depressiva major, quando comparados com indivíduos sem perturbação mental, apresentam pior estado nutricional assim como um estilo de vida menos saudável, que se traduz em hábitos alimentares menos saudáveis, num menor tempo a preparar e comer refeições, e sentimentos negativos em relação à alimentação (Mötteli et al., 2023). Apesar disto, o estudo de Mötteli et al. (2023) não revelou diferenças entre os dois grupos no que diz respeito ao nível de conhecimento sobre nutrição ou à motivação para praticar hábitos alimentares saudáveis, o que mostra que indivíduos com perturbação mental apresentam uma dificuldade em transformar o conhecimento em comportamento.

Outro fator importante e que aparece relacionado com a presença de sintomas depressivos é o consumo de substâncias (Fulkerson et al., 2004; Sarris et al., 2014). É muito comum o abuso e dependência de álcool em pacientes que apresentam quadros de perturbações afetivas (Sarris et al., 2014), sendo que o facto de o álcool ser uma substância depressora promove ainda mais a permanência e agravamento do humor deprimido (Fulkerson et al., 2004). Também o tabagismo se encontra relacionado com a presença de sintomas depressivos nos adolescentes e perturbação depressiva nos adultos (Fulkerson

et al., 2004; Stubbs et al., 2018). Ainda assim, Audrain-McGovern et al. (2009) encontraram uma bidirecionalidade entre a depressão e o consumo de tabaco que apoia a hipótese de automedicação. Esta bidirecionalidade mostra que não só a depressão contribui para o tabagismo, como a progressão do mesmo contribui para atenuar os sintomas negativos da depressão, resultando num reforço e manutenção do consumo (Audrain-McGovern et al., 2009).

As dificuldades no sono são descritas como uma característica transdiagnóstica e, portanto, extremamente importantes de serem tidas em conta em contexto clínico e em intervenções de saúde (Baglioni et al., 2016; Palagini et al., 2022). Baglioni et al. (2016) fizeram uma meta-análise e concluíram que as dificuldades no sono aparecem em perturbações afetivas, alimentares, de personalidade (borderline e anti social) e também na esquizofrenia. A perturbação depressiva major é a que apresenta mais alterações na continuidade do sono, influenciando também a sua duração, enquanto na perturbação da personalidade borderline observa-se, igualmente, problemas na continuidade e na profundidade no sono (Baglioni et al., 2016). Estas dificuldades, que se podem desenvolver e culminar em perturbações do sono, exercem uma influência relevante no agravamento de perturbações mentais e aumentam o risco de comportamento suicida em indivíduos com depressão (Firth et al., 2020; Wang et al., 2019).

Por fim, a literatura aponta para uma relação significativa entre a gravidade de perturbações depressivas e ansiosas e a utilização de telemóveis (Elhai et al., 2017). Nas perturbações depressivas há maior probabilidade de uso excessivo do telemóvel, sendo que há uma intenção de alívio de emoções negativas associada a este uso, aumentando o tempo despendido no mesmo (Kim et al., 2015). Por um lado, o facto de ser visto como algo que proporciona alívio emocional pode resultar numa dependência do telemóvel (Kim et al., 2015). Por outro, o uso excessivo do telemóvel vai, consequentemente, atrasar a hora de dormir o que contribui para o aumento da depressão, stress e irritabilidade, formando um círculo vicioso de psicopatologia (Elhai et al., 2017; Kim et al., 2015).

Desta forma, intervenções que promovam estilos de vida saudáveis devem complementar a intervenção psicológica e farmacológica, ajudando na gestão da doença (Sarris et al., 2014). Para além disto, intervenções que permitam diminuir as dificuldades que esta população enfrenta, tanto no investimento de um estilo de vida saudável como no acesso ao sistema de saúde, também têm de ser tidas em conta, para permitir que os pacientes não só tenham acesso, mas compreendam e se envolvam no tratamento (Degan

et al., 2020), respondendo eficazmente ao mesmo, aderindo à medicação e gerindo os seus sintomas (Nutbeam & Lloyd, 2021).

Literacia em Saúde Mental

Para além destas dificuldades, também é necessário considerar os baixos níveis evidentes de literacia em saúde mental nos adolescentes e jovens adultos (Kim et al., 2015; Sampaio et al., 2022). Estes níveis desadequados traduzem-se num conhecimento pouco rigoroso e em dificuldades nas competências de promoção da saúde, prevenção de perturbações mentais (Nobre et al., 2021) e na gestão das mesmas quando já se encontram instaladas (Jorm, 2012). Esta situação representa uma preocupação significativa, dado o aumento de perturbações mentais em adolescentes (Pinto & Maia, 2022).

A literacia em saúde mental foi inicialmente definida por Jorm (1997) como o conjunto de conhecimentos e crenças sobre perturbações mentais que capacitam o indivíduo a preveni-las, reconhecê-las e geri-las de forma adequada. Posteriormente, o autor enfatizou que o conhecimento, por si só, não é indicativo de um nível adequado de literacia em saúde mental, sendo necessário agir sobre esse conhecimento em contextos práticos (Jorm, 2012). Nesse sentido, Jorm (2012) identificou vários componentes fundamentais deste conceito: (a) conhecimento sobre prevenção de perturbações mentais, (b) capacidade de reconhecer o desenvolvimento de perturbações mentais, (c) conhecimento acerca das opções disponíveis para procura de ajuda e dos tratamentos disponíveis, (d) conhecimento de estratégias de autoajuda eficazes, e (e) competências de primeiros socorros para apoiar indivíduos com perturbações mentais ou em situação de crise.

Kutcher et al. (2016a; 2016b) também contribuíram para a definição deste construto, apoiando a definição acima referida e introduzindo o estigma associado a perturbações mentais como componente fundamental da literacia em saúde mental. O estigma associado à saúde mental manifesta-se através de estereótipos negativos e comportamentos discriminatórios dirigidos a indivíduos com perturbações mentais (Corrigan et al., 2009). A forma mais conhecida é o estigma público, que reflete o modo como a sociedade conceptualiza e reage a esta população, ou seja, representa crenças e atitudes sociais negativas (Corrigan et al., 2009). No entanto, isto pode levar ao estigma internalizado (Prizeman et al., 2023) que ocorre quando o próprio indivíduo assimila essas crenças e passa a aceitá-las como verdadeiras (Corrigan et al., 2009). Nestes casos, o indivíduo torna-se consciente dos estereótipos dos quais é alvo, encontra alguma verdade

nos mesmos e, assim, começa a aceitá-los e a aplicá-los a si próprio (Corrigan et al., 2009). Desta forma, este tipo de estigma internalizado é frequentemente descrito como um processo hierárquico em que a consciência do estigma público constitui a base, seguida pela aceitação e concordância com essas crenças, e culminando na sua internalização e estigma relativamente ao próprio (Corrigan et al., 2009). O autoestigma ou estigma internalizado está associado a níveis mais elevados de sintomas e de gravidade da doença, e níveis mais baixos de autoestima, esperança e relações sociais, constituindo, portanto, uma barreira importante à recuperação (Hawke et al., 2025; Yanos et al., 2020). Desta forma, a abordagem deste conceito enquanto estratégia eficaz de prevenção de aumento de sintomas e promoção de recuperação é incentivada (Hawke et al., 2025).

Entre os jovens, o estigma relacionado com a saúde mental continua a ser um problema significativo, levando-os a sentir-se julgados, incompreendidos e insignificantes (Prizeman et al., 2023). O medo da rejeição social e a necessidade de pertença ao grupo de pares leva os jovens a mascarar ou esconder as dificuldades provenientes da perturbação mental que apresentam, criando espaço para sentimentos de vergonha e desenvolvimento do estigma internalizado (Ferrie et al., 2020). Em alguns casos, rejeitam o próprio diagnóstico, interpretando-o como um rótulo ameaçador para a sua identidade (Mitten et al., 2016). Noutros casos, os jovens desejam receber o diagnóstico, sendo que o veem como elemento essencial do processo de recuperação (Moberg et al., 2023). Ainda assim, o diagnóstico pode alterar a perceção que têm de si mesmos, resultando numa diminuição da autoestima, num aumento das inseguranças e em sentimentos de desvalorização e perda de identidade, dificultando a construção e manutenção de um autoconceito positivo (Corrigan et al., 2009; Prizeman et al., 2023).

Além disso, o impacto do estigma leva frequentemente ao isolamento, não só devido à autoimagem negativa, mas também como estratégia de evitamento do estigma e experiências de discriminação, tentando, dessa forma, gerir as atitudes e crenças de que são alvo e evitar futuras experiências de estigma (Prizeman, 2023). Devido ao facto de a adolescência ser caracterizada pela extrema importância e desenvolvimento da área social (Tomova et al., 2021) e, ao mesmo tempo, uma necessidade de independência e autonomia em relação aos adultos (McCurdy et al., 2020), os adolescentes experienciam uma preocupação acrescida com o facto de poderem ser diferentes dos seus pares (Moses, 2015). Esta preocupação pode dificultar a procura de ajuda junto de adultos, contribuindo para desfechos negativos ao nível da saúde mental (Ferrie et al., 2020). Para além dos

adolescentes, também a sua família é afetada pelo estigma, embora de forma distinta (Radmanović & Burgić, 2017). Devido ao estigma, à culpa e à vergonha, as famílias não se encontram preparadas para ter um/a filho/a com perturbações mentais e têm dificuldade em aceitar o diagnóstico, levando ao isolamento e sensação de desamparo e solidão (Radmanović & Burgić, 2017).

Competências Socioemocionais e Problemas de Saúde Mental

As competências socioemocionais constituem capacidades intrapessoais e interpessoais que permitem a expressão, compreensão e regulação de pensamentos, emoções e comportamentos do próprio, o que leva a uma capacidade de adaptação a condições e ao mundo em mudança, aceitação pessoal e negociação com outros (Schoon, 2021). Indivíduos com problemas de saúde mental apresentam muitas vezes dificuldades em algumas destas competências (Linehan, 2018; Salo et al., 2020; Setterfield et al., 2016).

O modelo *Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning* (CASEL, 2020) reforça a importância da aprendizagem destas competências enquanto parte integral da educação e desenvolvimento humano, que se traduza na aplicação de conhecimentos, competências e atitudes que promovam o desenvolvimento saudável da identidade, a gestão das emoções, ou o estabelecimento de relações de apoio, por exemplo. Desta forma, são considerados cinco domínios de competências: autoconsciência, autorregulação, consciência social, competências relacionais e tomada de decisão responsável (CASEL, 2020). A autoconsciência refere-se à capacidade de um indivíduo compreender os seus pensamentos, emoções e valores, bem como a influência destes no seu comportamento em diferentes contextos. A autorregulação compreende a gestão eficaz das emoções, pensamentos e comportamentos com vista ao cumprimento de determinados objetivos (e.g., capacidade de adiar recompensas). A consciência social envolve a compreensão de diferentes perspetivas e, para além disso, a apreciação e empatia por outras pessoas, culturas e contextos. Tendo em conta as competências relacionais, estas englobam a capacidade para estabelecer e manter relações sociais saudáveis e capacidade de explorar contextos com outros, destacando-se competências de comunicação, cooperação e liderança. Por fim, a tomada de decisão responsável corresponde à capacidade de fazer escolhas fundamentadas e cuidadosas sobre comportamentos e interações, considerando tanto o bem-estar próprio como o social,

assim como as consequências das próprias ações (CASEL, 2020). Este modelo enfatiza ainda a importância de ambientes seguros e sustentados por relações interpessoais positivas, que favorecem e facilitam o desenvolvimento e aprendizagem destas competências (CASEL, 2020). Por isso, é defendida a importância do enquadramento da aprendizagem de competências socioemocionais no currículo escolar e sempre em colaboração com a família e a comunidade, pois comportam contextos cruciais não só em termos de apoio como de manutenção e sustentabilidade das aprendizagens em contexto escolar. Todos os membros destes contextos, ou seja, alunos, professores, famílias e comunidades, tomam lugar num sistema que modela o desenvolvimento dos próprios, portanto, as aprendizagens promovidas vão impactar o ambiente tornando-o mais inclusivo e estimulando interesses dos vários indivíduos (CASEL, 2020).

À medida que a criança cresce, as competências socioemocionais tornam-se progressivamente mais relevantes, dada a crescente complexidade das exigências sociais, particularmente no âmbito das relações interpessoais (Dryburgh et al., 2020). Durante a adolescência, os jovens começam a valorizar mais o companheirismo nas relações de amizade (Bagwell & Schmidt, 2011) e a envolver-se em relações íntimas, o que introduz novos desafios e requer competência emocional e social (Dryburgh et al., 2020; Grover et al., 2005).

Quando existe perturbação mental já instalada, os adolescentes tendem a enfrentar dificuldades significativas e persistentes no funcionamento social e interpessoal (Etkin et al., 2022; Howe-Davies et al., 2023; Moyal et al., 2014). Assim, as competências socioemocionais assumem tanto um papel preditor como de manutenção da psicopatologia (Berking, 2024; Elsina & Martinsone, 2021), considerando que as dificuldades no seu desenvolvimento estão associadas a um desajustamento social desde a infância até à adolescência (Dryburgh et al., 2020). Mais especificamente, a autorregulação tem sido identificada como fator explicativo de sintomas depressivos na adolescência, embora a própria perturbação possa comprometer a capacidade de regulação emocional (Elsina & Martinsone, 2021). A desregulação emocional tem sido amplamente reconhecida como um fator comum a diversas perturbações psicológicas, incluindo perturbações da personalidade, do humor e da ansiedade, e traduz-se na dificuldade persistente em gerir ou ajustar as respostas emocionais, mesmo quando há um esforço consciente para o fazer (Beauchaine & Cicchetti, 2019; Hofmann et al., 2012; Linehan, 2018).

As perturbações da personalidade, nomeadamente a perturbação *borderline*, caracterizam-se por uma instabilidade acentuada na regulação emocional, no controlo dos impulsos, nas relações interpessoais e na perceção de si próprio (Linehan, 2018). Esta dificuldade é resultado de uma sensibilidade emocional exacerbada, associada à incapacidade de modular reações intensas e maior tempo de recuperação de equilíbrio emocional, e manifesta-se em diversos contextos e associada a várias emoções (Linehan, 2018; Fitzpatrick et al., 2023). Entre as principais manifestações da desregulação emocional incluem-se a experiência de emoções negativas muito intensas, dificuldades em desviar a atenção de estímulos emocionalmente significativos, distorções cognitivas, falhas no processamento da informação e impulsividade face a emoções extremas (Linehan, 2018). Além disso, podem existir dificuldades em manter um comportamento orientado para objetivos quando a situação implica forte ativação emocional, bem como uma tendência para bloquear ou dissociar em situações de stress elevado (Linehan, 2018). Por outro lado, a desregulação pode também assumir a forma de controlo excessivo das emoções, levando a uma supressão afetiva que reduz a vivência de emoções positivas e dificulta a expressão emocional (Linehan, 2018), ao uso de estratégias de evitamento e a comportamentos impulsivos que perpetuam um ciclo de instabilidade emocional e relacional (Fitzpatrick et al., 2023). Dado que a formação e manutenção de relações interpessoais saudáveis requerem um sentido de identidade estável e uma expressão emocional espontânea e regulada, a desregulação emocional severa compromete a capacidade de estabelecer e manter relações satisfatórias, sendo frequente a presença de interações marcadas por instabilidade e conflito (Linehan, 2018).

Segundo Gratz e Roemer (2004), as dificuldades na regulação emocional pressupõem várias dimensões como falta de consciência e incompreensão de emoções, a não aceitação da resposta emocional, incapacidade de tomar ações orientadas para objetivos e restringir impulsos, e acesso limitado a estratégias de regulação emocional, contribuindo muitas vezes para problemas de saúde mental. Por exemplo, Raposo e Francisco (2022) mostraram existir relações significativas entre dificuldades de regulação emocional, menores níveis de bem-estar e problemas de internalização em adolescentes. Já Ruan et al. (2023) concluíram que o componente central da relação entre dificuldades de regulação emocional e reatividade emocional em adolescentes era o acesso limitado a estratégias de regulação emocional. Para além disto, os resultados mostraram que a depressão tem uma forte relação com dificuldades de regulação emocional e que existem

diferenças entre adolescentes de contexto clínico e não clínico, nomeadamente adolescentes do contexto clínico mostram mais dificuldades de regulação emocional.

No caso das perturbações do humor e de ansiedade, a dificuldade na regulação das emoções negativas, aliada a uma experiência reduzida de emoções positivas, desempenha um papel central na sintomatologia (Hofmann et al., 2012). Dependendo da predisposição individual e do estilo emocional de cada pessoa, pode estabelecer-se um círculo vicioso entre a perturbação, a desregulação emocional e os estados afetivos negativos, dificultando a recuperação e contribuindo para a cronicidade da condição (Hofmann et al., 2012).

A depressão é caracterizada por dificuldades de utilização de estratégias de regulação emocional adaptativas (Liverant et al., 2008), devido ao envolvimento em processos ruminativos que favorecem a inibição da expressão emocional (Dryman & Heimberg, 2018). Esta inibição não se limita às emoções negativas, mas também afeta a expressão de emoções positivas, reduzindo a comunicação de sinais afetivos essenciais para a interação social (Wisco & Nolen-Hoeksema, 2010). Além disso, as interações sociais são também menos compreendidas por estes indivíduos pois demonstram dificuldades no reconhecimento emocional, sendo mais sensíveis às emoções negativas, menos precisos na identificação de emoções positivas, e tendendo a interpretar estímulos neutros de forma negativa (Kupferberg & Hasler, 2023). O comprometimento desta capacidade pode resultar em respostas inadequadas em contextos sociais, podendo gerar reações negativas por parte de outros e, consequentemente, resultar em rejeição social e menor suporte social (Kupferberg & Hasler, 2023).

A empatia é outra competência socioemocional fundamental que também se encontra alterada em indivíduos com depressão, compreendendo um desgaste empático significativo (Salo et al., 2020). A dificuldade em inibir o próprio estado emocional e alternar entre diferentes perspetivas compromete a compreensão das necessidades dos outros, tornando a interação social mais desafiante (Hofelich Mohr et al., 2016; Kupferberg & Hasler, 2023). Assim, há um foco no próprio sofrimento que dificulta o reconhecimento e resposta às necessidades dos outros, traduzindo-se numa menor capacidade de oferecer suporte emocional e prático (Hofelich Mohr et al., 2016). A experiência prolongada de estados depressivos pode normalizar a tristeza, dificultando a perceção da tristeza de outros como algo que exige intervenção (Kupferberg & Hasler, 2023). Para além disto, esta perturbação implica uma menor propensão para

comportamentos pró-sociais, uma vez que as pessoas antecipam menos respostas positivas nas interações interpessoais, devido à anedonia social (Setterfield et al., 2016). Essa redução da expectativa de prazer nas interações pode reforçar o desinteresse social, contribuindo para a persistência dos sintomas depressivos (Kupferberg & Hasler, 2023).

Nas perturbações de ansiedade, o predomínio do afeto negativo e a presença de um viés atencional centrado na ameaça contribuem para um processamento socioemocional inflexível, dificultando a interpretação de situações sociais e das reações dos outros (Czekóová et al., 2020; Howe-Davis et al., 2023). Esta dificuldade deve-se, em grande parte, à tendência para a automonitorização corporal excessiva, que limita a atenção disponível para os estímulos sociais relevantes (Czekóová et al., 2020; Howe-Davis et al., 2023). Consequentemente, indivíduos com ansiedade apresentam dificuldades tanto na resposta emocional como na partilha afetiva apropriada, resultando em desafios interpessoais significativos (Howe-Davies et al., 2023). No que diz respeito à empatia, estas dificuldades emergem precocemente no desenvolvimento social, podendo ser identificadas antes mesmo do surgimento da perturbação ansiosa (Howe-Davies et al., 2022). A relação negativa entre ansiedade e empatia pode ser explicada por fatores como o medo, a autoconsciência exacerbada e os elevados níveis de excitação fisiológica, que limitam a partilha afetiva e comprometem a aceitação pelos pares, levando a interações sociais desajustadas (Greco & Morris, 2005; Howe-Davies et al., 2022; Nikolić et al., 2019; Nikolić et al., 2020).

Assim, torna-se evidente que as dificuldades emocionais se manifestam ao longo do desenvolvimento social, afetando a sua progressão e contribuindo para o desenvolvimento de problemas de saúde mental, o que reforça a importância de intervenções precoces e direcionadas para as dificuldades socioemocionais (Howe-Davis et al., 2023).

Intervenção Grupal com Adolescentes com Problemas de Saúde Mental Graves

Quando as dificuldades e os sintomas são muito agudos e comprometem significativamente o funcionamento do jovem, é necessária uma intervenção em contextos especializados de saúde mental (Kennedy et al., 2024). As admissões em unidades de saúde mental são um momento desafiante tanto para o adolescente como para a família (Stanton et al., 2017). Quando não são cumpridos critérios para internamento mas existem dificuldades significativas, recorre-se a tratamentos de curto-prazo, agudos ou intensivos,

nomeadamente programas de hospital de dia ou de ambulatório, que asseguram um nível de cuidado intermédio. Nestes casos, as intervenções intensivas assumem um papel fundamental, podendo atuar como alternativas ao internamento (Kennedy et al., 2024).

Os programas de dia são estruturados com base em diversos modelos de tratamento, devido ao contacto intensivo e contínuo com os pacientes (Baudinet & Simic, 2021). Entre os modelos mais comuns destacam-se o tratamento baseado na família e a terapia cognitivo-comportamental que, quando combinados, oferecerem um tratamento mais completo (Baudinet & Simic, 2021). A maioria destes programas compreende o envolvimento familiar ou parental, embora o nível de responsabilidade atribuído possa variar. Em alguns casos, a família assume um papel central na mudança, enquanto noutros adota uma posição mais apoiante (Baudinet & Simic, 2021). Independentemente do nível de intervenção – seja em regime parcial, ambulatório ou internamento – o envolvimento dos pais contribui para o sucesso do tratamento dos adolescentes (Sarrió-Colas et al., 2022) e, portanto, muitas das intervenções realizadas a nível hospitalar envolvem os mesmos diretamente (Baudinet & Simic, 2021). Os pais destes adolescentes relatam dificuldades no que diz respeito ao estigma internalizado, no reconhecimento da doença mental, na gestão da manifestação da doença e na gestão da recusa escolar (Sarrió-Colas et al., 2022). Neste sentido, identificam a necessidade de conhecimento de estratégias de gestão comportamental, de apoio mais concreto e sensível, e de uma melhoria na relação com os filhos (Blizzard et al., 2016). Desta forma, as intervenções serão mais eficazes e aceitáveis se tiverem em conta as necessidades não só do adolescente como dos cuidadores (Blizzard et al., 2016; Sarrió-Colas et al., 2022). A relevância de todas as necessidades exploradas sublinha a importância de intervenções hospitalares estruturadas, as quais serão exploradas a seguir.

No que diz respeito a perturbações depressivas, alguns aspetos a ter em conta são estratégias de coping, resolução de problemas, reestruturação cognitiva e a construção de uma autoimagem positiva (Kendall, 2006). O *Child and Adolescent Integrated Mood Program* (CAIMP) é um exemplo de intervenção desenvolvida para jovens dos 9 aos 18 anos com diagnóstico primário de perturbação do humor e implementado em contexto intensivo, nomeadamente em hospital de dia (Leffler et al., 2020). Esta intervenção, aplicada ao longo de duas semanas consecutivas, tem como objetivo melhorar o funcionamento emocional, social, a capacidade funcional e o bem-estar físico através de uma abordagem familiar, aumentando as competências dos jovens e dos seus cuidadores

(Leffler et al., 2017; Leffler et al., 2020). Organizado à volta de componentes facilitadores, de reforço e manutenção das perturbações do humor, engloba técnicas cognitivo-comportamentais, interpessoais, de atenção plena e de aceitação, sendo estas competências praticadas durante o programa, mas também no contexto social fora do hospital (Leffler et al., 2020). Os módulos abordam o planeamento e a resolução de problemas, através da definição de objetivos realistas e da gestão emocional face a estímulos ativadores, desenvolvendo a consciência do impacto do estado de humor nas respostas. São também trabalhadas estratégias de coping, a relação entre pensamentos, sentimentos e comportamentos, bem como as interações sociais e a comunicação, incentivando relações saudáveis e a expressão emocional. Por fim, abordam-se estilos de vida saudáveis, com foco nos consumos, alimentação, sono e uso de tecnologias (Leffler et al., 2020). Numa primeira implementação, verificaram-se diferenças significativas nos sintomas de depressão, ansiedade e ansiedade social, para além de uma redução de readmissões em internamentos, melhorias no funcionamento do jovem e da família, e autorrelato de jovens e pais quanto aos benefícios da participação na intervenção (Leffler et al., 2017, 2020).

As intervenções grupais direcionadas para os comportamentos suicidários e autolesivos devem considerar a tendência para o pensamento dicotómico e a catastrofização características dos adolescentes que o praticam (Kendall, 2006) através, por exemplo, de estratégias de regulação emocional e treino de resiliência (Cheng et al., 2024). O programa BRAVA consiste numa intervenção grupal breve, contando com 6 sessões semanais de 90 minutos, para adolescentes com ideação suicida ligeira a moderada que procura promover competências sociais e emocionais (Cloutier et al., 2022). Para atingir este objetivo, trabalha a capacidade de identificação de vieses cognitivos e redução de pensamentos negativos, a comunicação assertiva, competências *mindfulness* e estratégias de *coping* em momentos de crise (Cloutier et al., 2022). Os resultados indicam que os adolescentes que participaram neste programa apresentaram uma redução significativa da ideação suicida e, especificamente, melhorias no humor deprimido, ansiedade e perceção de stress (Cloutier et al., 2022). Esta intervenção também tem em conta os cuidadores, abordando temas como o desenvolvimento do adolescente, estilos de vinculação e estratégias parentais eficazes, com especial foco na validação do adolescente. Neste caso, os cuidadores reportaram melhorias nos resultados de perceção de stress e vinculação evitante (Cloutier et al., 2022). Kennard et al. (2019)

também desenvolveram uma intervenção que procura mitigar os fatores de risco associados a comportamento suicidário em jovens entre os 12 e 18 anos com uma tentativa de suicídio recente ou agravamento da ideação suicida em contexto de programa ambulatorio intensivo. Com recurso às abordagens cognitivo-comportamental, dialética, atenção plena e prevenção de recaída, esta intervenção inclui grupos terapêuticos, mas também acompanhamentos individual, familiar e focado na gestão da medicação (Kennard et al., 2019). Durante 4 a 6 semanas, a intervenção foca-se na construção de um plano de segurança, na identificação de razões para viver e na identificação e reconhecimento de pontos fortes individuais, para além de abordar todos os componentes da terapia dialética comportamental (*mindfulness*, tolerância ao mal-estar, regulação emocional, eficácia interpessoal, caminho do “meio termo”) (Kennard et al., 2019). A ativação comportamental possibilita que os jovens experienciem bem-estar durante a participação em atividades prazerosas e no módulo sobre afeto positivo aprendem a ativar e a manter este bem-estar experienciado (Kennard et al., 2019). Com os pais, a intervenção centra-se na promoção da adesão e psicoeducação sobre fatores de risco e protetores, comunicação colaborativa e prevenção de conflito (Kennard et al., 2019). Os resultados preliminares apontaram para melhorias significativas na gravidade da depressão, assim como nos sintomas de ideação e comportamento suicida, especialmente no primeiro mês após a alta (Kennard et al., 2019).

As intervenções direcionadas para as perturbações de ansiedade baseiam-se na aplicação de estratégias cognitivas que pretendem, por um lado, reduzir o auto diálogo negativo, irrealista ou disfuncional e, por outro, construir afirmações positivas, desenvolvendo um plano para lidar com situações ansiogénicas (Kendall, 2006). O principal objetivo destas intervenções passa por construir este novo modelo de pensamento, de modo a permitir que situações anteriormente percecionadas como insuportáveis e angustiantes possam ser vistas como uma oportunidade de utilizar estratégias de coping adaptativas. Neste sentido, os jovens são incentivados a pensar sobre o problema, explorando soluções e os possíveis resultados comportamentais e emocionais (Kendall, 2006). Por exemplo, o Cool Kids Anxiety Program, Social Enhanced (CK-E; Agersnap et al., 2022) desenvolvido e aplicado num centro universitário clínico e de investigação, na Dinamarca, (*Centre for the Psychological Treatment of Children and Adolescents*) pretende atuar no tratamento da Perturbação de Ansiedade Social, através de 10 sessões com os adolescentes e os pais. Para isso, o foco está nos mecanismos de

manutenção da perturbação, introduzidos através de técnicas cognitivo-comportamentais, como: atenção focada em tarefas e redução do autofoco, exercícios comportamentais para redução de comportamentos de segurança, reestruturação cognitiva focada na sobrevalorização do risco e tarefas de exposição interpessoal que ajudam os participantes a ter uma auto percepção mais próxima da realidade (Agersnap et al., 2022). Inicialmente, são delineados objetivos através da técnica SMART, que são revistos no final do programa de forma que os participantes consigam construir um plano futuro. O programa foi avaliado como satisfatório pelos adolescentes e os pais e mostrou reduções significativas nos sintomas de ansiedade e nos mecanismos da perturbação, nomeadamente nos comportamentos de segurança, na atenção auto focada e no processamento pós-evento (Agersnap et al., 2022).

Ainda que existam indicações para intervenções que consideram diagnósticos específicos, no contexto de serviços de saúde mental as intervenções transdiagnósticas, isto é, dirigidas a vários diagnósticos e focando-se em características centrais e comuns dos mesmos, são as mais adequadas, devido à grande heterogeneidade e comorbilidade diagnóstica marcadas neste contexto (Kennedy et al., 2024).

O Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico de Perturbações Emocionais em Adolescentes (UP-A) baseia-se nos mecanismos comuns às perturbações emocionais, como o neuroticismo, constituindo assim uma intervenção transdiagnóstica (Ehrenreich-May et al., 2017). Desta forma, são delineados cinco objetivos: aumentar a consciência emocional, aumentar a flexibilidade cognitiva, desafiar pensamentos desadaptativos, prevenir o evitamento emocional e reestruturar ações desadaptativas. Esta intervenção foi adaptada para o contexto de hospital de dia, implementada de forma interativa e dinâmica ao longo de 9 dias consecutivos, podendo o tempo de intervenção ser também dinâmico dependendo do tempo de estadia dos jovens (Kennedy et al., 2023; Kennedy et al., 2024). Os módulos focam temas como a motivação, utilizando a estratégia de objetivos SMART; a consciência emocional, de forma a compreender os sinais físicos ativadores; a flexibilidade cognitiva, pelo treino de ação oposta à emoção e o desafio de pensamentos desadaptativos, trabalhando formas de pensamento rígidas; o evitamento emocional, através da consciência do presente e exposição permitindo também a modificação de ações desadaptativas; competências de eficácia interpessoal, através do treino da comunicação e, por fim, módulos sobre estilos de vida saudáveis, focando o uso de redes sociais e higiene do sono (Kennedy et al., 2023). Todas os módulos contam com

sessões de exposição onde as competências aprendidas são postas em prática, sendo especialmente incentivada esta prática em casa com os cuidadores (Kennedy et al., 2023). Também existe um acompanhamento contínuo durante cada dia, ou seja, os jovens fazem uma monitorização antes, durante e depois da sessão permitindo que acompanhem conscientemente a sua experiência e resposta emocional à intervenção (Kennedy et al., 2023). Os pais participam em sessões familiares e em sessões de grupo, trabalhando questões e estratégias de gestão emocional dos filhos, empatia e modelação das próprias emoções (Kennedy et al., 2023). Kennedy et al. (2024) avaliaram a adaptação da intervenção em hospital de dia e os resultados apontaram para uma diminuição dos sintomas depressivos em jovens com perturbação depressiva apesar de o *follow-up* sugerir que após a alta é necessário um acompanhamento intensivo para que esta melhoria seja mantida. Ainda assim, os participantes mostraram uma redução da reatividade emocional durante a intervenção e redução de dificuldades funcionais, mantida no *follow-up*. Para além disto, tanto os jovens como os cuidadores reportaram satisfação com o programa, descrevendo-o como uma ferramenta de ajuda. No geral, os resultados mostram uma melhoria significativa após a intervenção e uma manutenção da mesma, apesar de não existirem ganhos posteriores. Ainda assim, a manutenção das melhorias pode atuar como protetor de possíveis crises futuras.

Uma outra intervenção desenvolvida com base nos princípios da psicologia positiva e aplicada junto de um grupo de pacientes com condições psiquiátricas graves acompanhados em contexto ambulatorio mostrou resultados importantes no que diz respeito ao bem-estar destes indivíduos (Valiente et al., 2021). Ao contrário das abordagens tradicionais centradas nos sintomas, esta intervenção foca-se no fortalecimento da autoaceitação, no reconhecimento de pontos fortes e na construção de relações interpessoais positivas. Composta por 11 sessões semanais de 90 minutos para adultos entre os 18 e 65 anos, aborda estratégias para ampliar emoções positivas, lidar com emoções negativas e cultivar a autocompaixão (Valiente et al., 2021). Quando comparados com um grupo em lista de espera, os participantes do grupo experimental apresentaram maior autoaceitação e domínio do ambiente, mantidos seis meses após a intervenção. Todavia, verificou-se, em ambos os grupos, um aumento na satisfação com a vida e uma redução de sintomas de depressão, ansiedade e obsessão-compulsão (Valiente et al., 2021).

A Terapia Comportamental Dialética (DBT) é uma abordagem cognitivo-comportamental desenvolvida por Linehan (2018), originalmente dirigida a indivíduos com perturbação da personalidade borderline e comportamento suicida, mas que, atualmente, se mostra promissora também para adolescentes com dificuldades na regulação emocional e comportamental (Rathus & Miller, 2015). A DBT baseia-se na teoria biossocial e dialética da psicopatologia, destacando o papel das dificuldades na regulação emocional e a sua relação com padrões comportamentais, emocionais e interpessoais desadaptativos. Ao reconhecer que tanto o indivíduo como o ambiente estão em constante mudança, considera essencial ajudar o paciente a desenvolver conforto com a transformação (Linehan, 2018). O foco desta intervenção está no equilíbrio entre aceitação e mudança, garantindo que o paciente valide a sua experiência enquanto aprende novas competências para reduzir o sofrimento (Linehan, 2018). No caso dos adolescentes, a DBT estrutura-se em torno de cinco conjuntos de competências que abordam os principais desafios da desregulação emocional: (1) *mindfulness*, promove a autoconsciência, o controlo da atenção e o prazer, reduzindo o sofrimento; (2) tolerância ao mal-estar, ensina estratégias de aceitação da realidade e reduz a impulsividade; (3) regulação emocional, ajuda a fortalecer emoções positivas e minimizar as negativas; (4) eficácia interpessoal, melhora as relações familiares e entre pares; (5) caminho do “meio termo”, ensina estratégias para reduzir conflitos familiares, validar emoções e equilibrar a aceitação e a mudança (Rathus & Miller, 2015). Vários estudos indicam que a DBT é viável e eficaz na redução de comportamentos suicidas, depressão e sintomas de Perturbação da Personalidade Borderline em adolescentes, demonstrando a sua aplicabilidade em diversos contextos e reforçando o seu potencial terapêutico (Linehan, 2018; Rathus & Miller, 2015). A DBT mostra ser eficaz no contexto de hospital de dia, com adolescentes entre os 14 e os 24 anos (Tung et al., 2024). Quando aplicada como tratamento principal, os participantes apresentam não só uma diminuição de comportamentos suicidas como menores níveis de depressão, ansiedade e stress. Para além disto, apresentam ainda menos dificuldades na regulação emocional e mais estratégias de coping adaptativas (Tung et al., 2024).

Intervenção no Hospital de dia da Unidade Psiquiátrica Integrada para Adolescentes

A Unidade Psiquiátrica Integrada para Adolescentes (UPIA), da Unidade Local de Saúde de Santa Maria (Lisboa), dirige-se a jovens entre os 15 e os 21 anos que apresentem perturbações psiquiátricas graves, dificuldades significativas nas relações interpessoais, isolamento social ou recusa escolar, e que não tenham respondido de forma eficaz a intervenções terapêuticas anteriores (UPIA, 2024). Muitos destes adolescentes manifestam comportamentos suicidários, perturbações do humor, da ansiedade, da personalidade ou do comportamento (Siopa, 2025). A intervenção nesta unidade assenta num modelo terapêutico integrativo e multidimensional, com orientação sistémica, articulando intervenções grupais, individuais e familiares, em constante articulação com estruturas da comunidade. A filosofia da intervenção visa manter os adolescentes inseridos na comunidade, oferecendo-lhes um espaço seguro e contendor onde possam desenvolver-se emocional e relacionalmente, sendo acompanhados de forma contínua e avaliados por uma equipa multidisciplinar que observa em tempo real, a partir de múltiplas perspetivas (Siopa, 2025; UPIA, 2024).

A intervenção com os adolescentes pauta-se por uma abordagem flexível e adaptativa, ajustando-se constantemente às necessidades individuais e grupais (UPIA, 2024). A intervenção grupal assume um papel central, funcionando como espaço de apoio, validação e pertença (Siopa, 2025). Este contexto promove a autoestima e o desenvolvimento emocional dos jovens, reduzindo o sentimento de solidão e isolamento. Os grupos terapêuticos permitem ainda o treino de competências sociais, como a comunicação, empatia e resolução de conflitos, enquanto fomentam a autorreflexão e a consciencialização de padrões relacionais e comportamentais. A responsabilização coletiva é igualmente trabalhada, através da promoção do cumprimento de regras, da cooperação e do desenvolvimento do sentido de responsabilidade partilhada. A identificação com o grupo contribui para a redução do estigma associado à doença mental e reforça o sentimento de pertença.

Um dos eixos fundamentais da intervenção é o “Projeto Futuro”, atividade que promove a orientação vocacional e a preparação para a vida adulta (Siopa, 2025). Este componente visa explorar interesses e aptidões, ajudar os jovens a refletir sobre o futuro escolar ou profissional, e criar um plano de vida alinhado com as suas expectativas e capacidades. A autonomização é incentivada através da experimentação de

responsabilidades e da tomada de decisões, num contexto seguro que permite aprender com os erros e consolidar competências essenciais para a vida adulta.

Reconhecendo o papel central da família no processo terapêutico, a intervenção familiar constitui uma vertente estruturante do modelo adotado pela UPIA (Siopa, 2025). Esta intervenção organiza-se em dois espaços distintos, mas complementares: o grupo de pais e as reuniões familiares. O grupo de pais promove a responsabilização e o envolvimento ativo dos cuidadores no projeto terapêutico dos seus filhos, constituindo uma oportunidade para partilhar experiências, refletir sobre os desafios da parentalidade na presença de doença mental, e adquirir novas perspetivas e equilíbrios relacionais. É também um contexto de apoio mútuo, onde se procura criar uma aliança terapêutica sólida entre a equipa técnica e as famílias, favorecendo um clima de confiança e confidencialidade. Essa aliança é facilitadora da intervenção e permite a troca de dúvidas, informações e vivências em diferentes fases do processo terapêutico. As reuniões familiares contam com a participação de todos os elementos que coabitam com o adolescente, bem como de outras figuras de referência significativas. Estas reuniões são conduzidas em co-terapia com os técnicos de referência do jovem e têm como principal objetivo mobilizar o sistema familiar para uma participação ativa e comprometida no projeto terapêutico. Através destas sessões, procura-se compreender o significado sistémico da problemática do adolescente, promovendo mudanças nas dinâmicas familiares que favoreçam a comunicação, a resolução de conflitos e o fortalecimento do bem-estar coletivo.

Em síntese, a intervenção nesta unidade assenta num modelo integrativo de base sistémica que promove a articulação entre intervenções individuais, grupais e familiares, num contexto comunitário (UPIA, 2024). Priorizando o trabalho em grupo, a abordagem visa o desenvolvimento emocional e relacional dos adolescentes, integrando a avaliação contínua e o envolvimento da família como pilares fundamentais. Este enquadramento proporciona um espaço seguro e estruturado que favorece a autonomização e a construção de um projeto de vida alinhado com as necessidades e potencialidades dos jovens.

Programa #EntreViagenseAprendizagens

O programa #EntreViagenseAprendizagens é uma intervenção escolar, desenvolvida em Portugal, com o objetivo de promover o bem-estar e estilos de vida saudáveis de adolescentes do 8.º e 9.º ano (Francisco et al., 2023). Através de uma abordagem estruturada em 20 sessões, pretende-se fortalecer competências sociais e

emocionais e comportamentos associados a estilos de vida saudáveis, aumentar a literacia em saúde (incluindo a literacia em saúde mental), bem como identificar e reforçar as forças de carácter dos adolescentes. Para além destes objetivos explícitos, através do fortalecimento das competências de adaptação social e emocional procura também, indiretamente, prevenir dificuldades futuras neste domínio (Francisco et al., 2023).

O #EntreViagenseAprendizagens foi desenhado tendo em conta abordagens para promoção de saúde e bem-estar com base científica, como é exemplo a aprendizagem social e emocional (CASEL, 2020) e a promoção da literacia em saúde e de estilos de vida saudáveis. Considerando que os comportamentos de saúde adquiridos na adolescência são preditores dos comportamentos que serão adotados na vida adulta (Francisco et al., 2023a; Inchley et al., 2020), a adolescência surge como uma oportunidade de prevenção e intervenção no apoio a um desenvolvimento saudável das próximas gerações (Francisco et al., 2023; Inchley et al., 2020). Também as intervenções de psicologia positiva desempenham um papel relevante no programa ao explorar qualidades individuais dos adolescentes, facilitando a aplicação dessas forças de forma criativa e significativa nas suas vidas (Francisco et al., 2023a; Norrish & Vella-Brodrick, 2009).

A construção do programa seguiu a abordagem SAFE (sequencial, ativa, focada e explícita), recomendada para intervenções no ramo da aprendizagem socioemocional (Durlak et al., 2011; Francisco et al., 2023a). Neste sentido, a sua sequencialidade assegura uma ordem lógica nas atividades para o desenvolvimento de competências, como por exemplo o reconhecimento de emoções antes da regulação emocional (Francisco et al., 2023). A aprendizagem ativa promove maior envolvimento dos participantes, o foco em objetivos bem definidos e explícitos facilita a aquisição de competências, garantindo-se tempo adequado para a consolidação das aprendizagens (Francisco et al., 2023a).

Cada sessão do #EntreViagenseAprendizagens tem a duração de 50 minutos e inclui atividades individuais e de grupo, seguidas de momentos de reflexão e partilha, terminando com um “desafio da semana”, que incentiva os participantes a aplicar os conhecimentos adquiridos fora da escola e envolver a família. Para além disso, a família participa numa sessão focada no papel parental na promoção do bem-estar dos filhos, para além de uma sessão introdutória. Algumas das principais competências trabalhadas ao longo do programa incluem reconhecimento e regulação emocional, autoestima, empatia, comunicação e literacia em saúde, sendo que, apesar de serem abordadas em sessões específicas, muitas são desenvolvidas de forma transversal ao longo de toda a intervenção

(Francisco et al., 2023a). Os resultados preliminares da avaliação da eficácia do #EntreViagenseAprendizagens são promissores quanto à melhoria do bem-estar e da literacia em saúde dos participantes (Francisco et al., 2025), estando também alinhados com os resultados bastante positivos de satisfação e avaliação qualitativa do processo de intervenção (Francisco et al., 2023b).

O presente estudo

A adaptação do programa #EntreViagenseAprendizagens para adolescentes com perturbações psiquiátricas no contexto da UPIA revela-se pertinente face aos múltiplos desafios que esta população enfrenta ao nível emocional, relacional e comportamental (Inchley et al., 2020). Adolescentes com perturbações psiquiátricas apresentam frequentemente défices significativos nas competências socioemocionais, em particular na regulação emocional, que estão fortemente associados ao agravamento dos quadros clínicos e à manutenção de padrões de funcionamento desadaptativos (Linehan, 2018; Berking, 2024; Howe-Davies et al., 2023). Simultaneamente, observa-se nesta população uma reduzida literacia em saúde e literacia em saúde mental (Degan et al., 2019; Sampaio et al., 2022), o que compromete a adoção de estilos de vida saudáveis, bem como a capacidade de reconhecer sintomas, procurar ajuda e aderir eficazmente aos tratamentos (Jorm, 2012; Sarris et al., 2014). O programa #EntreViagenseAprendizagens (Francisco et al., 2023a) constitui uma intervenção potencialmente eficaz para ser aplicada num contexto clínico, desde que devidamente adaptado, uma vez que a sua implementação permitiria um trabalho estruturado e contínuo no desenvolvimento de competências socioemocionais e de promoção do bem-estar e literacia em saúde, alinhando-se com o modelo integrativo e sistémico da UPIA. Ao mesmo tempo, o enquadramento grupal do programa favorece a validação, a redução do estigma e a promoção do sentimento de pertença, aspetos centrais na intervenção com esta população (Corrigan et al., 2009; Tomova et al., 2021). Assim, a adaptação do programa representa uma oportunidade de resposta inovadora e baseada na evidência, contribuindo para a investigação neste contexto clínico e intensivo (Kennedy et al., 2024).

Considerando a literatura revista, definiram-se como objetivos para o presente estudo: (i) explorar as necessidades específicas de adolescentes com perturbações psiquiátricas associadas ao seu bem-estar, literacia em saúde e estilos de vida saudáveis, na perspetiva de profissionais de saúde mental que trabalham com este grupo populacional; (ii) adaptar as atividades e estrutura do #EntreViagenseAprendizagens às

necessidades dos adolescentes com perturbações psiquiátricas; (iii) implementar e avaliar a eficácia do programa (em particular as dimensões de bem-estar, competências socioemocionais, literacia em saúde mental, estilos de vida saudáveis, sintomas psiquiátricos); e (iv) avaliar a qualidade do processo de implementação do programa junto de adolescentes com perturbações psiquiátricas.

Metodologia

Desenho do estudo

O presente estudo recorreu a uma abordagem mista, caracterizada pela combinação e integração de métodos qualitativos e quantitativos apropriados para organizar vários conhecimentos de diferentes partes (Creswell & Park, 2007; Scholz & Tietje, 2002). Neste sentido, este estudo segue um tipo de desenho misto – de encaixe – descrito por Creswell e Park (2007) que consiste na condução de um estudo (quasi) experimental desenhado a partir de dados qualitativos e avaliado através de medidas quantitativas de modo a perceber o seu impacto. Este estudo parte de uma primeira fase qualitativa com o objetivo de identificar as necessidades da população-alvo por meio de entrevistas com profissionais de saúde que trabalham diretamente com adolescentes com perturbações psiquiátricas, que se mostrou essencial para compreender o contexto e adaptar o programa de intervenção #EntreViagenseAprendizagens às necessidades identificadas, garantindo maior adequação ao contexto e população. Após essa fase, procedeu-se à adaptação do programa de intervenção e à sua implementação, e posteriormente à componente quantitativa do estudo, na qual se analisou o impacto da intervenção junto dos participantes. Para tal, foram recolhidos dados antes e depois da implementação do programa, permitindo avaliar de forma objetiva as mudanças ocorridas e conferindo uma abordagem longitudinal ao estudo. Na fase do pós-teste foi ainda adicionada uma breve componente qualitativa sobre satisfação e processo da intervenção. Assim, esta estratégia de métodos mistos permitiu clarificar e construir sobre os resultados obtidos, integrando *insights* qualitativos para fundamentar a fase quantitativa e, assim, fortalecer a relevância dos resultados (Wheeldon, 2010).

Participantes

Relativamente à parte qualitativa do estudo, a amostra foi constituída por três profissionais de saúde da UPIA, nomeadamente, uma enfermeira especialista em saúde mental, uma pedopsiquiatra e uma psicóloga. Todas as participantes são do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 39 e os 52 anos.

No total, participaram 8 jovens no programa de intervenção, no entanto, para a avaliação do seu impacto a amostra é de 7 adolescentes, que correspondem àqueles que preencherem o protocolo de investigação em ambos os momentos (pré e pós teste). Os adolescentes têm idades compreendidas entre os 16 e os 20 anos ($M= 18$, $DP= 1.29$), sendo que 3 identificaram-se com o género feminino, 3 com o sexo masculino e 1 com

outro género. No que diz respeito à situação familiar, 3 participantes vivem com a família nuclear, 3 participantes vivem numa família monoparental e 1 participante encontra-se noutra situação. No que diz respeito à situação escolar, 3 participantes relataram já ter reprovado pelo menos uma vez ao longo do seu percurso.

Instrumentos

Guião de Entrevista Semiestruturada (para profissionais)

Foi desenvolvido um guião de entrevista semiestruturada (Apêndice A) com o objetivo de conhecer melhor as necessidades da população que iria ser alvo da intervenção, na perspetiva das profissionais que trabalham com a mesma, particularmente tendo em conta os principais temas que o programa aborda, nomeadamente competências socioemocionais (e.g., “Que tipo de desafios emocionais e sociais costuma encontrar nestes adolescentes?”), literacia em saúde e literacia em saúde mental (e.g., “Que dificuldades identifica ao nível do reconhecimento de sintomas e da compreensão dos tratamentos por parte dos adolescentes?”). Também se teve em conta os diagnósticos mais comuns neste contexto, estratégias e intervenções eficazes, obstáculos no desenvolvimento de competências e o papel parental no tratamento.

Questionário sociodemográfico e geral

No âmbito do presente estudo foi construído um questionário para caracterização geral dos participantes, que inclui questões sobre o género, idade, nacionalidade, ano de escolaridade, reprovação escolar, com quem vive e grau de escolaridade dos pais.

EPOCH Measure of Adolescent Well-Being

Foi utilizada a versão portuguesa do questionário de avaliação do bem-estar em adolescentes (Francisco et al., 2019), originalmente desenvolvida por Kern et al. (2016), constituído por 20 itens, que permite avaliar cinco características psicológicas positivas deste conceito, nomeadamente, o envolvimento (e.g., “Absorvo-me completamente no que estou a fazer”), a perseverança, o otimismo, a conexão (e.g., “Existem pessoas na minha vida que se importam comigo”) e a felicidade. Existem dois blocos de resposta, ambos respondidos numa escala de Likert, onde, no primeiro bloco varia entre 1 (“Quase nunca”) e 5 (“Quase sempre”) e, no segundo bloco, de 1 (“Nada parecido comigo”) a 5 (“Muito parecido comigo”). O instrumento apresenta níveis de consistência interna adequados na população portuguesa (de $\alpha = ,82$ a $\alpha = ,93$).

Escala de Dificuldades na Regulação Emocional

Esta escala, desenvolvida por Gratz e Roemer (2004), avalia dificuldades de regulação emocional clinicamente significativas através de 36 itens respondidos numa escala de Likert que varia entre 1 (“Quase nunca”) e 5 (“Quase sempre”). A versão portuguesa da escala (Coutinho et al., 2010), utilizada no presente estudo, apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = ,92$), muito semelhante à original, assim como todas as subescalas: estratégias ($\alpha = ,88$) (e.g., “Quando estou em baixo, demoro muito tempo até me sentir melhor”), não aceitação ($\alpha = ,86$) (e.g., “Quando estou em baixo, fico embaraçado por me sentir assim”), consciência ($\alpha = ,74$) (e.g., “Estou atento aos meus sentimentos”), impulsos ($\alpha = ,80$) (e.g., “Quando estou em baixo, fico fora de controlo”), objetivos ($\alpha = ,85$) (e.g., “Quando estou em baixo, tenho dificuldades em concentrar-me”) e clareza ($\alpha = ,75$) (e.g., “Tenho dificuldade em atribuir um sentido aos meus sentimentos”).

Survey on Social and Emotional Skills

O presente estudo utilizou apenas a subescala “Empatia” deste instrumento desenvolvido pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2021). Esta é composta por oito itens (e.g., “Eu sei como consolar os outros”) e a escala de resposta varia entre 1 (“Discordo totalmente”) e 5 (Concordo totalmente). A versão portuguesa (Castro et al., 2023) desta subescala apresenta um nível de consistência interna adequado para fins de investigação ($\alpha = ,70$).

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

De forma a avaliar sintomas de ansiedade e depressão, recorreu-se à Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Snaith, 2003) constituída por um total de 14 itens e por duas subescalas avaliadas individualmente, com sete itens cada. A escala é respondida tendo em conta 4 opções de resposta fechada que são cotadas de 0 a 3 pontos, podendo cada subescala variar de 0 a 21 pontos. Na sua versão portuguesa aqui usada (Pais-Ribeiro et al., 2007), a subescala de ansiedade (e.g., “Tenho a cabeça cheia de preocupações”) assim como a subescala de depressão (e.g., “Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico”) apresentam níveis de consistência interna adequados ($\alpha = ,76$ e $\alpha = ,81$, respetivamente). As pontuações de cada subescala podem ser interpretadas tendo em conta

um critério de gravidade: entre 0 e 7 considera-se “normal”; entre 8 e 10 “leve”; entre 11 e 14 “moderado”; e, entre 15 e 21 “severo”.

Questionário de Literacia em Saúde Mental, versão reduzida

A versão reduzida do Questionário de Literacia em Saúde Mental, desenvolvida por Campos et al. (2022), permite avaliar este construto em quatro dimensões: conhecimento de problemas de saúde mental ($\alpha = ,72$) (e.g., “Situações de grande stress podem causar perturbações mentais”), crenças/estereótipos erróneos ($\alpha = ,67$) (e.g., “Uma perturbação mental não afeta o comportamento”), competências de procura de ajuda e primeiros socorros ($\alpha = ,69$) (e.g., “Se eu estivesse com uma perturbação mental procuraria ajuda de um psicólogo”) e estratégias de autoajuda ($\alpha = ,66$) (e.g., “Dormir bem contribui para uma boa saúde mental”). Conta com um total de 16 itens, respondidos numa escala de Likert de 1 (“Discordo muito”) a 5 (“Concordo muito”), e apresenta níveis adequados de consistência interna em cada subescala e mais elevado no *score* total ($\alpha = ,82$).

Questões sobre hábitos de vida

Foram utilizados 7 itens retirados do questionário usado no estudo *Health Behaviour in School-aged Children* (Inchley et al., 2018), com o intuito de avaliar vários comportamentos relacionados com estilos de vida, como a prática de atividade física (e.g., “Nos últimos 7 dias, quantos dias praticaste atividade física num total de pelo menos 60 minutos por dia (ex: ginástica, desporto, jogar futebol, ir a pé para a escola, limpar o pó, varrer, etc.)?”), hábitos de sono (e.g., “Quantas horas, em média, dormes por dia nos dias de semana?”), alimentação (e.g., “Normalmente, com que frequência tomas o pequeno-almoço durante a semana?”), consumo de substâncias (e.g., “Com que frequência fumas tabaco?”) e tempo de ecrã (e.g., “No teu tempo livre, durante a semana, quanto tempo por dia utilizas ecrãs como iPads, televisão, telemóveis ou computadores?”).

Questão sobre qualidade da relação com os pais

O protocolo de investigação inclui dois itens para avaliar a relação dos adolescentes com a mãe e com o pai (e.g. “Como consideras ser a tua relação com o teu pai?”), através de uma escala de resposta de Likert de 1 (“muito má”) a 5 (“muito boa”).

Questões de Avaliação de Processo e da Satisfação com o Programa

No pós-teste é avaliada a satisfação da participação no programa através de uma primeira questão “Em geral, gostaste de participar neste programa de intervenção?”, respondida numa escala de Likert entre 0 (“Não gostei”) e 3 (“Gostei muito”). Seguem-se perguntas abertas mais específicas para que os participantes identifiquem o que aprenderam com o programa (e.g. “Quais foram as grandes aprendizagens que este programa de proporcionou”), o que gostaram mais e menos ao longo da intervenção, e ainda outros temas que gostariam que o programa tivesse abordado.

Procedimento de recolha de dados

A recolha de dados iniciou-se depois da aprovação da Comissão de Ética em Tecnologia, Ciências Sociais e Humanidades da Universidade Católica Portuguesa (ref. CETCH2024-207) e da Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa (ref. 353/24), bem como da autorização da Direção do Serviço de Psiquiatria da Unidade Local de Saúde de Santa Maria.

Para a parte qualitativa inicial do estudo foi utilizado um método de amostragem intencional. As entrevistas foram realizadas entre novembro e dezembro de 2024, depois de assinado o consentimento informado por parte das profissionais de saúde entrevistadas, e de forma presencial no Hospital Pulido Valente. As entrevistas tiveram uma duração média de 22 minutos, recorrendo-se à sua gravação.

No que diz respeito à dimensão quantitativa, consideraram-se elegíveis para participação no estudo todos os jovens a frequentar o Hospital de Dia da UPIA, no Hospital Pulido Valente, no momento do início da intervenção, tendo apenas sido definido como critério de exclusão o não domínio da língua portuguesa. Recorreu-se, assim, a um método de amostragem não probabilístico intencional e por conveniência. Os participantes assinaram o consentimento informado na primeira sessão em que participaram. O protocolo de investigação, com duração de cerca de 20 minutos, foi respondido em papel no final da primeira sessão em que participaram (pré-teste) e no final da última sessão do programa (pós-teste). A intervenção ocorreu entre 22 de abril e 24 de junho de 2025, na UPIA.

Procedimento de análise de dados

Numa primeira fase, depois de transcritas as entrevistas, foi realizada uma análise temática das mesmas, que permitiu identificar e analisar as experiências, significados e

realidades dos participantes (Braun & Clarke, 2006), através das perspetivas de profissionais de saúde que trabalham com os mesmos. A identificação e categorização dos temas surgiu de forma indutiva-dedutiva, isto é, combinando aspetos dedutivos no sentido em que se baseia no estudo que permitiu a construção do programa #EntreViagenseAprendizagens e na literatura existente sobre perturbações psiquiátricas na adolescência, mas também indutivos, pois considerou-se toda a informação nova e relevante proveniente dos dados recolhidos das entrevistas (Braun & Clarke, 2006).

Assim, iniciou-se o processo de codificação de todos os dados relevantes para a adaptação do programa, seguido de um processo mais seletivo que implica rever todos os códigos e agrupar aqueles que são semelhantes, identificando também excertos das entrevistas que sustentem os códigos gerados. Este processo foi seguido da elaboração do mapa temático que possibilitou a identificação e definição dos temas, assim como a relação entre eles (Braun & Clarke, 2013).

Para o tratamento dos dados quantitativos utilizou-se a o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 30.0). Inicialmente, para caracterização da amostra, efetuaram-se estatísticas descritivas das variáveis sociodemográficas. Devido ao reduzido número da amostra utilizou-se o teste estatístico não paramétrico de Wilcoxon para comparar os participantes nos dois momentos de avaliação (pré e pós intervenção). Também se recorreu às estatísticas descritivas das variáveis por participante nos dois tempos com o intuito de enriquecer a análise.

Resultados

Identificação de necessidades da população-alvo

Os dados obtidos a partir das três entrevistas realizadas foram sujeitos a análise temática, tendo sido possível identificar sete temas fundamentais para a posterior adaptação do programa #EntreViagenseAprendizagens à população de adolescentes com perturbações psiquiátricas, e que a seguir se detalham e enquadram na literatura. São também usados excertos das entrevistas que ilustram a perspetiva das profissionais entrevistadas.

Diagnósticos

O primeiro tema refere-se aos principais diagnósticos dos pacientes que são acompanhados na UPIA, sendo essencialmente perturbações do humor e perturbações de

ansiedade que, tal como sugere a literatura, são as que continuam a aumentar entre os adolescentes (Castelpietra et al., 2022), e ainda as perturbações da personalidade. Apesar da discórdia e até discriminação dentro dos próprios serviços de saúde mental sobre o diagnóstico destas perturbações na adolescência, existem evidências científicas sólidas que permitem que o diagnóstico seja realizado nesta fase de desenvolvimento (Chanen, 2022). Aliás, é importante que a intervenção tenha em conta as dificuldades associadas a estes diagnósticos de forma a ser mais eficaz, facilitando a transição para a vida adulta (Chanen, 2022).

Desafios sociais e emocionais

Os desafios sociais e emocionais com que estes adolescentes se deparam abrangem outro tema importante na perspetiva das profissionais entrevistadas, sendo este já um aspeto alvo de intervenção no programa #EntreViagenseAprendizagens. Estes desafios estão fortemente interligados e complementam-se. Ainda assim, podem enquadrar-se em dois subtemas: desafios sociais e fracas competências socioemocionais.

No que diz respeito aos desafios sociais, as profissionais de saúde apontaram a integração e absentismo escolar, o isolamento e integração social, o estigma e a inexistência de modelos positivos de autorregulação e resolução de problemas. Estas dificuldades descritas assentam num desajuste social associado a dificuldades nas competências socioemocionais que podem predizer ou manter perturbações mentais (Berking, 2024; Dryburgh et al., 2020; Elsin & Martinsone, 2021). Para além disso, o estigma – tanto social como internalizado – prejudica a forma como o jovem é percecionado e se percebe, reforçando ainda mais o isolamento (Corrigan et al., 2009; Prizeman, 2023). Tendo em conta que a adolescência é uma fase em que as relações com pares e o sentido de pertença assumem um papel central no desenvolvimento, isto parece ser um desafio importante de ser trabalhado juntos destes jovens. Já a ausência de modelos positivos pode comprometer a aprendizagem de comportamentos sociais adequados, sendo que para o desenvolvimento de competências sociais é fundamental existirem ambientes seguros, relações positivas e contextos educativos integradores (CASEL, 2020).

As fracas competências socioemocionais abrangem, entre outras, a resolução de problemas e a gestão de conflitos. “Em termos de resolução de problemas [...] até por este isolamento, têm muito poucas habilidades desenvolvidas na gestão de conflitos e conflitos básicos do dia-a-dia, na relação com pares, com os pais, família.” (Participante

1). Existe uma dificuldade na recuperação do equilíbrio emocional quando frente a uma situação ativadora, podendo levar a estratégias de evitamento disfuncionais ou comportamentos impulsivos que, em vez de uma tentativa de resolução, perpetuam a instabilidade emocional ou relacional (Linehan, 2018; Fitzpatrick et al., 2023), existindo também marcada instabilidade e conflito nas relações interpessoais (Linehan, 2018), o que é coincidente com a literatura. A labilidade emocional e as dificuldades de autorregulação, mais especificamente, a impulsividade, a baixa tolerância à frustração, os comportamentos autolesivos e os consumos foram temas explorados pelas entrevistadas e que são muito comuns e característicos das perturbações da personalidade e perturbações depressivas (Hofmann et al., 2012; Linehan, 2018). Podem ser até um fator de cronicidade da perturbação, no sentido em que se estabelece um círculo vicioso entre essa, a desregulação emocional e a experiência reduzida de emoções positivas, prevalecendo os estados afetivos negativos (Hofmann et al., 2012). Muitas vezes o sofrimento e a incapacidade de integrar e lidar com experiências emocionais negativas resulta em comportamentos autolesivos que, de certa forma, proporcionam uma sensação de alívio momentâneo que reforça a sua prática (Bezerra et al., 2024).

“Eu diria que as dificuldades de regulação emocional são bastante evidentes, com os jovens a tentarem regular-se ou através dos consumos, ou através de comportamentos autolesivos, comportamentos suicidários, de risco, tentando regular-se, estando claramente desregulados emocionalmente, através destes comportamentos agidos.” (Participante 2)

Por fim, ainda foram apontadas dificuldades no autoconhecimento que integra a sensação de incompetência (autoeficácia) e a autoperceção negativa. Para além do estigma internalizado poder explicar o facto de estes jovens terem uma perceção própria mais negativa e sentirem-se incompetentes, o próprio diagnóstico pode alterar a autoperceção, havendo risco de uma perda identitária e diminuição da autoestima, reforçando o autoconceito negativo (Corrigan et al., 2009; Prizeman et al., 2023). Adicionalmente, o facto de as respostas sociais destes adolescentes serem mais desadequadas, facilitando a rejeição social e menor suporte social, e a menor tendência para comportamentos pró-sociais impede a oportunidade de contrariar esta perceção negativa, sendo estes particularmente reativos a informações negativas provenientes de contextos sociais (Kupferberg & Hasler, 2023).

“Eu diria que desafios de integração escolar, de adaptação à escola, de adaptação ou integração social com os pares, do seu contexto sociofamiliar, muitas vezes em crise familiar [...] muitas vezes, adultos que eles próprios estão em crise, a tentar lidar com a sua crise, menos disponíveis para o seu papel parental, e que, no fundo, deixam o próprio adolescente muito sozinho a lidar com os seus desafios emocionais da adolescência.” (Participante 2)

Autocuidado

O autocuidado surgiu como uma dificuldade destes adolescentes, até no que diz respeito à gestão do seu espaço, cuidados de higiene e alimentação. “O autocuidado muitas vezes está muito comprometido nestes jovens e isso tem de se trabalhar com eles. Estamos a falar duma coisa elementar, cuidado de higiene, alimentação.” (Participante 1) “Com rotinas muito pobres, com muito pouca capacidade de gerirem o seu dia-a-dia, o autocuidado [...]” (Participante 1). Sabe-se que, por exemplo, os sintomas depressivos estão associados a comportamentos desadequados de controlo de peso e a sentimentos negativos em relação à alimentação (Fulkerson et al., 2004; Mötteli et al., 2023). Stewart et al. (2021) relataram existir muitas dificuldades na manutenção de cuidados de higiene e cuidado pessoal quando existe perturbação depressiva, atribuídas ao humor deprimido, dificuldades cognitivas, apatia e crenças de desvalor.

Literacia em saúde mental

No que diz respeito à literacia em saúde mental, foi apontada a procura e a necessidade de um diagnóstico, a dificuldade no reconhecimento de sintomas, e ainda a dificuldade na adesão e compreensão do tratamento, associada a uma expectativa de melhoria imediata. As profissionais referiram que os jovens demonstram interesse em obter um diagnóstico, recorrendo a ele como forma de validar as suas experiências de sofrimento. Esta procura é descrita na literatura como estando associada à forma ambivalente como os jovens encaram a recuperação, sendo que o diagnóstico surge como um elemento valorizado nesse processo (Moberg et al., 2023). Por outro lado, as dificuldades no reconhecimento de sintomas e compreensão do tratamento constituem um ponto central no conceito de literacia em saúde mental, com baixos níveis nesta população, traduzindo-se num “mascarar” das dificuldades sentidas e na dificuldade em

gerir a perturbação mental (Jorm, 2012; Kim et al., 2015; Kutcher et al., 2016; Sampaio et al., 2022).

“Mas são poucos que numa fase inicial aderem bem ao tratamento e percebem o porquê de determinada medida terapêutica. Há outros que têm muita dificuldade em percebê-lo porque esperam muito uma melhoria muito rápida e isso não acontece. [...] Portanto, mostram muitas vezes alguma resistência até à mudança das medidas terapêuticas que vão sendo implementadas exatamente por isso, porque não reconhecem ali no imediato uma melhoria.” (Participante 1)

Estratégias de intervenção eficazes

Nesta categoria é mencionada a importância de uma intervenção grupal, multidimensional e multidisciplinar, como a que é implementada na UPIA (UPIA, 2024). De forma mais específica, as participantes mencionaram os resultados promissores que a intervenção DBT tem mostrado para a população em causa (Linehan, 2018; Rathus & Miller, 2015). Para além disto, foram mencionados a discussão de materiais informativos e a promoção da literacia emocional, tanto com o jovem como com a família, de forma a existir uma comunicação emocional dentro do sistema familiar, como estratégias consideradas eficazes pelos profissionais de saúde “Acho que é importante falar com os jovens e com as famílias das emoções [...]. [...] fazer circular a comunicação sobre as emoções e permitir que isso seja expresso no próprio sistema familiar [...]. (Participante 2)

“Eu diria que a intervenção com o grupo de jovens, portanto, eles serem capazes de aprender a regular-se, através também do suporte do grupo, dos outros jovens, com o apoio dos técnicos, obviamente. O facto de terem experiências positivas no grupo, e conseguirem reparar as negativas, servem de aprendizagem para estes jovens [...]” (Participante 2)

“[...] vai ler este livro ou vai ouvir este podcast e depois discutimos na consulta [...]. Podermos perceber o que é que eles sabem sobre isto e haver aqui um espaço de discussão no espaço psicoterapêutico, eu acho que pode ser muito útil.” (Participante 3)

Papel da Família

Tendo em conta a importância da família no tratamento dos jovens e a intervenção na UPIA integrar os mesmos, as profissionais concordaram na necessidade de aliança familiar, referindo até que se tal não existir o trabalho que se faz com o jovem é muito pouco eficaz. Realmente, a aliança familiar parece ser importante na medida em que os programas de dia incluem, frequentemente, a família e reconhecem o seu papel no sucesso terapêutico, pois a presença ativa dos cuidadores contribui para melhores resultados (Baudinet & Simic, 2021; Sarrió-Colas et al., 2022).

Para além disto, consideraram também a exaustão familiar e a necessidade de validação do sofrimento da família “É também preciso os pais sentirem que nós estamos aqui, que somos capazes de os acolher neste sofrimento que eles já vivem.” (Participante 1). Para além do jovem, também a família é confrontada com o sofrimento deste, tendo de lidar com o estigma, sentimentos de culpa e vergonha, expressando uma necessidade de apoio e de estratégias de gestão comportamental, sendo importante ter em conta as necessidades dos cuidadores (Blizzard et al., 2016; Radmanović & Burgić, 2017; Sarrió-Colas et al., 2022).

“[...] não há adolescente que sofra sem a família também estar em sofrimento
[...] O jovem muitas vezes é o paciente identificado por um funcionamento familiar que ele próprio está em grande sofrimento, e há destruturação noutros membros familiares e, portanto, é fundamental intervir com as famílias, mesmo.” (Participante 3)

Por fim, foi mencionada a dificuldade da família na compreensão de doença mental. Os pais destes adolescentes não só relatam uma dificuldade no reconhecimento da doença mental como também na gestão da sua manifestação e, tendo em conta a importância da aliança familiar, intervenções psicoeducativas focadas nos pais podem ajudar a colmatar estas dificuldades (Blizzard et al., 2016; Sarrió-Colas et al., 2022).

Obstáculos à intervenção

Finalmente, aprofundaram-se os obstáculos no desenvolvimento das competências socioemocionais e aumento da literacia em saúde, tendo sido o mais abordado por todas as participantes o estigma, tanto social como dos jovens e dos pais, “Esta dificuldade, às vezes pais que não querem vir à consulta porque não acreditam nisto [...] E os próprios jovens dizem “venho a esta consulta, mas aqui só vêm os malucos, eu não sou maluco” [...]” (Participante 3). Foram também referidos os resultados não

imediatos, a instabilidade do grupo “[...] é preciso haver alguma estabilidade para que eles também consigam retirar daqui alguma coisa.” (Participante 1), e a indisponibilidade interna de cada jovem. Esta necessidade de estabilidade e de disponibilidade foi descrita pelas participantes, mas também é descrita na literatura como integrada num *continuum* entre os níveis de cuidados de saúde primários, ambatório, hospital de dia e internamento. Neste sentido, os serviços de saúde mental variam de forma crescente neste *continuum* consoante a urgência, a gravidade e a incapacidade resultante dos sintomas (Leffler et al., 2020).

“Eu, apesar de tudo, acho que ainda persiste algum estigma em relação à saúde mental, mesmo dentro destes jovens. Por outro lado, como eu acho que eles não reconhecem um bem-estar associado [...] não veem o resultado imediato e acho que muitas vezes sentem-no como uma coisa quase supérflua, desnecessária.” (Participante 1)

“No ambatório temos miúdos que, sim, podem até ter uma doença psiquiátrica, e como estamos em contexto hospitalar, a nossa população praticamente tem toda uma doença psiquiátrica, mas que ainda conseguem manter alguma funcionalidade no dia-a-dia e são miúdos que conseguimos trabalhar para, de alguma forma, mantê-los num ambiente escolar, num ambiente profissional. E, portanto, a sintomatologia ainda não invadiu de forma tão destruturante a vida. No hospital de dia já temos aqueles miúdos que não estão a conseguir estar na escola, não estão a conseguir ter um trabalho. Já tentaram, normalmente muitos deles já vários momentos de ambatório com vários técnicos, e não tem sido possível haver aqui eficácia num tratamento que é expectável. Depois, no internamento, são jovens que estão em crise iminente, passagem ao ato, muitos deles, em que há uma destruturação enorme e que a segurança não é assegurada, a segurança própria não está assegurada num contexto fora do hospital e precisam de uma vigilância 24 horas.” (Participante 3)

Adaptação do Programa #EntreViagenseAprendizagens

Considerando a logística e funcionamento da intervenção na UPIA, a primeira alteração ao programa #EntreViagenseAprendizagens, na sua adaptação para o contexto de hospital de dia para jovens com perturbações psiquiátricas, consistiu no ajustamento da duração da intervenção e de cada sessão. Assim, as sessões semanais passaram a ter a

duração de 90 minutos (ao invés de 50 minutos), num formato ainda mais ativo e interativo, tendo-se agrupado dois temas por sessão. Todavia, ao invés das 10 sessões inicialmente previstas, apenas 9 sessões foram implementadas, exclusivamente com os jovens, na medida em que a equipa do hospital de dia considerou que a sessão dirigida aos pais poderia sobrepor-se à intervenção já realizada junto destes.

Tendo em conta a literatura e os resultados do estudo qualitativo de levantamento de necessidades destes jovens, introduziram-se temas que surgiram como dificuldades acentuadas e persistentes, como impulsividade, estigma associado à saúde mental, autoconceito, autocuidado e aceitação. Tendo isto em conta, introduziram-se bases da terapia dialético-comportamental que se mostra eficaz na gestão de dificuldades da população-alvo, especialmente no que diz respeito à impulsividade.

A forma como os temas e os conceitos foram trabalhados durante as sessões também decorreu da especial atenção à facilitação e ativação do envolvimento dos participantes, tal como teve em conta potenciais ativadores emocionais para os mesmos. Deste modo, por um lado, foram inseridos exemplos e atividades mais adequadas às necessidades e dificuldades da população em questão e, por outro, foram retirados exemplos ou atividades que pudessem ativar os participantes. Por exemplo, na sessão da literacia em saúde adicionaram-se casos da saúde mental que não estavam representados na versão original e, na sessão dos estilos de vida saudáveis, retiraram-se atividades e exemplos relacionados com temas mais focados em perturbações alimentares devido a problemáticas apresentadas por alguns participantes.

No que diz respeito à sessão dedicada aos pais, na proposta de adaptação da intervenção mantiveram-se os temas relacionados com a literacia emocional e comunicação, e introduziu-se o papel da família no tratamento dos jovens, nomeadamente a importância da validação e reforço positivo, assim como da autonomia. A proposta detalhada de adaptação do programa #EntreViagenseAprendizagens para jovens com perturbações psiquiátricas em hospital de dia encontra-se no Apêndice B.

Resultados Quantitativos

A Tabela 1 apresenta os resultados relativos à estatística descritiva e ao teste de comparação de resultados pré e pós intervenção para as principais variáveis em estudo.

Tabela 1

Estatística Descritiva e Resultado do Teste de Comparação de Resultados Pré e Pós Intervenção (Wilcoxon)

Variável	Pré Teste		Pós Teste		Z	p
	M	DP	M	DP		
Envolvimento	1.96	1.131	2.00	0.979	.086	.931
Perseverança	2.14	0.999	1.79	0.847	-1.166	.244
Otimismo	1.93	1.068	2.32	1.087	-1.095	.273
Conexão	3.96	0.567	3.82	1.305	-.315	.752
Felicidade	2.25	1.070	2.29	1.220	-.365	.715
Estratégias	32.14	7.841	27.29	8.361	-2.207	.027*
Não Aceitação	21.29	7.697	15.57	4.894	-2.375	.018*
Consciência	16.86	4.776	17.43	3.552	-.408	.683
Impulsos	23.00	6.481	21.57	4.756	-1.018	.309
Objetivos	21.71	3.729	21.14	2.795	-.677	.498
Clareza	11.43	3.780	12.43	2.370	-1.205	.228
Total EDRE	130.57	22.759	115.43	18.474	-2.197	.028*
Ansiedade	15.86	2.854	13.29	4.786	-1.802	.072 ^a
Depressão	11.29	5.345	11.43	5.350	-.105	.916
Empatia	3.67	1.072	3.86	.980	-.105	.917
Conhecimento de Problemas SM	26.86	3.078	25.43	5.159	-.106	.916
Crenças Erradas / Estereótipos	12.57	3.735	13.00	2.828	-.365	.715
Competências de Ajuda	14.29	1.113	12.29	3.450	-1.604	.109
Estratégias de Autoajuda	16.29	2.752	15.00	3.512	-1.382	.167
Total LSM	70.00	8.926	65.00	13.768	-.931	.352

Nota. * $p < .05$; ^a Próximo da significância estatística

Globalmente, nas dimensões de bem-estar avaliadas, através da escala EPOCH, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o pré e o pós-teste. Ainda assim, importa analisar as tendências individuais (Tabela 2). Verifica-se que três participantes aumentaram os valores na subescala do otimismo e envolvimento, conduzindo a um ligeiro aumento dos resultados médios, apesar de não se alcançar significância estatística. Já na subescala da conexão, apesar de apresentar uma ligeira redução dos resultados médios, também três participantes indicaram melhorias no momento do pós teste.

Tabela 2

Valores médios nas dimensões da Escala de Bem-Estar (EPOCH), por Participante, nos momentos Pré e Pós Teste

Participantes	Envolvimento		Perseverança		Otimismo		Conexão		Felicidade	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
P1	3.50	3.25	1.75	2.75	2.00	3.50	3.50	4.50	2.25	4.00
P2	1.25	1.00	1.25	1.00	1.50	1.50	3.75	1.75	2.25	2.25
P3	2.25	3.25	3.50	2.50	3.75	3.75	5.00	5.00	4.00	3.75
P4	1.00	2.00	1.00	1.00	1.00	1.50	4.00	4.75	1.75	1.25
P5	3.50	2.25	3.50	2.75	3.00	2.00	4.00	2.75	3.25	2.50
P6	1.00	1.25	2.00	1.50	1.25	3.00	4.25	5.00	1.25	1.25
P7	1.25	1.00	2.00	1.00	1.00	1.00	3.25	3.00	1.00	1.00

No que diz respeito às dificuldades de regulação emocional, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no *score* total e nas subescalas Estratégias e Não Aceitação da escala EDRE (Tabela 1). A análise individual permite aprofundar estes resultados (Tabela 3).

Tabela 3

Valores médios nas dimensões da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE), por Participante, nos momentos Pré e Pós Teste

Participantes	Estratégias		Não Aceitação		Consciência		Impulsos		Objetivos		Clareza		Total EDRE	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
P1	24	17	9	8	16	16	20	15	20	20	13	15	107	91
P2	34	33	25	13	22	13	30	27	25	24	7	10	151	120
P3	21	19	16	12	13	13	15	21	22	19	18	10	103	94
P4	40	40	30	18	11	20	30	28	25	25	12	13	155	144
P5	28	22	21	20	14	18	20	19	15	17	13	16	111	112
P6	40	28	30	22	18	20	17	18	25	21	9	12	149	121
P7	38	32	18	16	24	22	29	23	20	22	8	11	138	126

Na subescala Estratégias, seis participantes apresentaram uma diminuição dos valores no pós-teste e um manteve os resultados, enquanto na subescala Não Aceitação, todos os participantes evidenciaram uma diminuição, evidenciando o resultado do teste estatístico. Apesar de não se verificar significância estatística, a subescala Impulsos apresentou igualmente uma tendência de melhoria, com cinco participantes a diminuir os valores no pós-teste. Relativamente ao *score* total, observou-se uma melhoria em seis

participantes, sendo que apenas um participante registou aumento do valor médio no momento do pós-teste.

No que respeita à empatia, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre o pré e o pós-teste (Tabela 1). Apenas dois participantes revelaram aumento após a intervenção, enquanto quatro apresentaram diminuição (Tabela 4).

Tabela 4

Valores médios nas dimensões de Empatia, Ansiedade e Depressão, por Participante, nos momentos Pré e Pós Teste

Participantes	Empatia		Ansiedade		Depressão	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
P1	3.13	4.38	11	7	14	5
P2	2.38	4.25	16	13	14	12
P3	4.50	4.50	18	8	3	3
P4	4.75	4.63	20	21	12	13
P5	2.57	2.00	16	16	5	15
P6	5.00	4.25	14	13	18	17
P7	3.38	3.00	16	15	13	15

Quanto à ansiedade, verificou-se uma proximidade da significância estatística (Tabela 1). Na Tabela 4, verifica-se que cinco dos sete participantes diminuíram a gravidade dos sintomas, o que sugere uma tendência de melhoria. No pré-teste, dois participantes apresentavam sintomas moderados e os restantes sintomas severos. Já no pós-teste, observou-se que um participante apresentava sintomas normais, um sintomas ligeiros, dois sintomas moderados e três sintomas severos. Destacam-se o P1, que passou de sintomas moderados para sintomas normais, e o P3, que passou de sintomas severos para sintomas ligeiros.

No que se refere à depressão, os resultados não revelaram diferenças estatisticamente significativas (Tabela 1). É possível constatar na Tabela 4 que, inicialmente, dois participantes apresentavam sintomas normais, quatro sintomas moderados e um sintomas severos. Após a intervenção, três participantes diminuíram os valores na subescala da depressão, enquanto outros três aumentaram. Assim, no pós-teste, dois participantes encontravam-se em estado normal, dois em estado moderado e três em estado severo. Importa destacar que o P1 registou uma melhoria substancial, passando de sintomas moderados para sintomas normais, enquanto o P5 evidenciou um agravamento, evoluindo de sintomas normais para sintomas severos.

No que se refere à literacia em saúde mental, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre o pré e o pós-teste (Tabela 1). A análise individual, presente na Tabela 5, mostra que a maioria dos participantes apresentou uma diminuição dos valores, sendo de destacar a redução considerável no P6, enquanto apenas três participantes aumentaram ligeiramente no *score* total.

Tabela 5

Valores médios nas dimensões do Questionário de Literacia em Saúde Mental, por Participante, nos momentos Pré e Pós Teste

Participantes	Conhecimento Problemas SM		Crenças Erradas / Estereótipos		Competências de Ajuda		Estratégias de Autoajuda		LSM Total	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
P1	29	30	15	15	15	15	18	20	77	80
P2	25	28	15	14	14	14	12	14	66	70
P3	29	30	15	15	15	15	20	20	79	80
P4	29	29	15	15	15	15	18	14	77	73
P5	23	18	5	10	12	10	15	12	55	50
P6	30	19	11	8	15	6	17	13	73	46
P7	23	24	12	14	14	11	14	12	63	61

Por fim, no que diz respeito aos hábitos de vida, verificou-se uma diminuição estatisticamente significativa no consumo de doces e refrigerantes, mas não nas restantes dimensões, como consumo de substâncias ou horas de sono (Tabela 6).

Tabela 6

Estatística Descritiva e Resultado do Teste de Comparação de Resultados Pré e Pós Intervenção (Wilcoxon) dos Hábitos de Vida

Variável	Pré Teste		Pós Teste		Z	p
	M	DP	M	DP		
Atividade Física	2.71	2.498	3.43	2.699	-1.134	.257
Horas sono semana	8.17	2.639	8.67	1.751	-.756	.450
Horas sono fim de semana	8.83	2.787	11.33	2.160	-1.461	.144
Pequeno-almoço	4.43	2.370	4.57	2.440	-1.000	.317
Sopa	4.00	1.915	3.14	2.673	-1.511	.131
Frutas	5.00	2.280	3.83	2.401	-.447	.655
Vegetais	5.86	1.215	4.00	2.082	-1.802	.072

Doces	4.57	1.718	3.00	1.155	-2.041	.041*
Refrigerantes	4.29	1.704	2.43	1.272	-2.032	.042*
<i>Fast Food</i>	3.43	1.272	3.14	1.069	-.816	.414
Tabaco	2.43	.787	2.29	.951	-1.000	.371
Bebidas Alcoólicas	2.86	1.345	2.14	1.215	-1.633	.102
Ecrãs	3.57	.787	4.00	.000	-1.342	.180

Nota. * $p < .05$

A análise individual, apresentada na Tabela 7, revela que três participantes aumentaram a prática de atividade física e que as horas de sono ao fim de semana também registaram ligeiro aumento. O consumo de doces e refrigerantes diminuiu em cinco participantes, mantendo-se nos restantes dois. Já o consumo de bebidas alcoólicas diminuiu em três participantes, mantendo-se nos outros quatro.

Tabela 7

Valores médios nas dimensões dos Hábitos de Vida, por Participante, nos momentos Pré e Pós Teste

Variáveis	P1		P2		P3		P4		P5		P6		P7	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
Atividade Física	3	5	2	5	1	1	8	8	3	1	1	3	1	1
Horas Sono semana	9	9	4	6	7	8	-	-	9	11	12	10	8	8
Horas Sono fim-de-semana	11	10	4	13	9	11	-	-	9	14	12	12	8	8
Pequeno-almoço	1	1	6	6	6	6	1	1	5	6	6	6	6	6
Sopa	4	1	2	2	7	7	2	1	6	7	4	2	3	2
Frutas	4	4	1	1	5	5	7	1	6	7	7	-	-	5
Vegetais	5	5	4	3	7	6	7	1	6	7	7	3	5	3
Doces	5	4	5	3	4	4	2	1	6	4	7	2	3	3
Refrigerantes	2	2	4	4	4	1	4	1	6	4	7	3	3	2
Fast food	3	4	4	4	3	3	2	1	6	4	3	3	3	3
Tabaco	3	3	2	2	1	1	3	3	2	1	3	3	3	3
Bebidas Alcoólicas	2	2	4	4	3	3	5	3	3	1	1	1	2	1
Ecrãs	3	4	4	4	4	4	4	-	2	4	4	4	4	-

Satisfação com o Programa

Os participantes avaliaram o programa numa escala de 0 (“Não gostei”) a 3 (“Gostei muito”), com resultados médios de 2.43, mostrando satisfação com a

intervenção. Identificaram como aprendizagens proporcionadas pelo programa a “educação sobre saúde mental” (n=2) e autorregulação (n=1), consciência emocional, nomeadamente “distinguir sentimentos” (n=1), aumento do autoconhecimento (n=1), no sentido em que foi possível “identificar características pessoais de forma objetiva”, e a “possibilidade de falar” (n=1).

Sobre os aspetos que mais gostaram, relataram o facto de as atividades serem dinâmicas e proporcionarem interação entre os participantes (n=3), o “relaxamento” (n=2), a “comunicação” (n=1), o “questionário de autoconhecimento” (n=1) e a relação com a dinamizadora (n=1). Por outro lado, apenas três participantes responderam à pergunta sobre os aspetos que menos gostaram indicando o “*roleplay*” (n=2) e o “relaxamento muscular” (n=1). Quanto à pergunta sobre a existência de algo que não foi abordado e que os participantes gostariam que tivesse sido abordado, todos responderam “não” ou “não sei”.

Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo adaptar, implementar e avaliar a eficácia do programa #EntreViagenseAprendizagens junto de adolescentes com perturbações psiquiátricas. O processo de adaptação procurou responder às necessidades identificadas ao nível do bem-estar, competências socioemocionais, literacia em saúde mental, sintomas psiquiátricos e estilos de vida saudáveis, na primeira parte do estudo, através de entrevistas a profissionais de saúde em contacto com a população, em articulação com a literatura. Após a implementação do programa junto de sete pacientes da UPIA procedeu-se à avaliação da sua eficácia, com recurso a um desenho quasi-experimental, bem como à avaliação da satisfação e do processo de intervenção.

Considerando a comparação de resultados das principais variáveis em estudo antes e depois da intervenção (pré e pós teste), destaca-se a redução significativa nas dificuldades de regulação emocional, nomeadamente ao nível das estratégias utilizadas e da não aceitação de respostas emocionais. Isto significa que os participantes, depois da intervenção, têm maior capacidade para aceder a estratégias de regulação emocional que percebem como eficazes, tal como menor tendência para reagir negativamente às próprias emoções negativas ou rejeitar o próprio mal-estar (Coutinho et al., 2010; Gratz & Roemer, 2004). Durante o programa de intervenção, as estratégias de regulação emocional foram abordadas focando a impulsividade, através da aplicação da estratégia STOP, da identificação de impulsos de ação derivados das emoções e ações opostas às emoções por meio de um jogo de correspondência e de exemplos práticos trazidos pelos participantes. Para além disso, foram realizados exercícios *mindfulness*, que auxiliam na autorregulação emocional e na redução da reatividade impulsiva (Linehan, 2018). Relativamente às dificuldades relacionadas com a não aceitação emocional, a intervenção incidiu na aceitação das próprias emoções e pensamentos, através da identificação de pensamentos rígidos e da sua substituição por pensamentos mais flexíveis, permitindo a coexistência de ideias aparentemente contraditórias (e.g., “é difícil e vou-me esforçar para conseguir”), promovendo uma postura mais aceitante perante o próprio sofrimento.

As técnicas utilizadas para trabalhar estes domínios basearam-se, predominantemente, nos princípios da DBT, nomeadamente em competências de *mindfulness*, tolerância ao mal-estar e regulação emocional (Rathus & Miller, 2015). Esta abordagem tem-se mostrado eficaz em adolescentes com perturbações psiquiátricas e até em contexto de hospital de dia, especialmente na regulação emocional (Tung et al., 2024). Assim, os resultados do presente estudo vão ao encontro da literatura, evidenciando uma

redução das dificuldades de regulação emocional, o que concede relevância e se apresenta como uma mais-valia do programa.

No que diz respeito à sintomatologia apresentada pelos participantes, os resultados apontam para uma tendência de redução dos sintomas de ansiedade após a intervenção, passando em geral de um estado severo para moderado, com valores próximos da significância estatística. Para estes resultados julga-se que podem ter contribuído o facto de terem sido considerados no programa de intervenção aspetos descritos na literatura como eficazes e relevantes, nomeadamente o treino de resolução de problemas, permitindo que situações desagradáveis possam ser vistas como oportunidades de utilizar estratégias de coping adaptativas, e também as tarefas de exposição interpessoal, que promovem uma autoperceção mais realista da situação (Agersnap et al., 2022; Kendall, 2006). Neste sentido, os exercícios de resolução de problemas, que implicaram a exploração de soluções e de possíveis resultados comportamentais e emocionais, tal como os exercícios de *role-play*, poderão ter desempenhado um papel relevante na redução da sintomatologia ansiosa.

Relativamente aos sintomas depressivos, apesar da intervenção se sustentar em princípios da psicologia positiva, que mostra eficácia no tratamento da depressão (Pan et al., 2022), e trabalhar aspetos como *mindfulness*, resolução de problemas, aceitação e autoconceito positivo, que mostraram ser estratégias eficazes noutras intervenções direcionadas a perturbações do humor (Kendall, 2006; Leffler et al., 2020), não houve uma diminuição dos sintomas depressivos neste estudo. Estes resultados podem ser compreendidos à luz dos modelos cognitivos da depressão, caracterizados por esquemas negativos rígidos e persistentes que conduzem a enviesamentos cognitivos, favorecendo a atenção seletiva a estímulos negativos, a interpretação tendencialmente negativa das experiências e o bloqueio de memórias desfavoráveis (Beck, 2008). Para além disto, estes esquemas podem também distorcer a perceção de experiências positivas, que tendem a ser desvalorizadas ou mesmo evitadas (Collins et al., 2023). Nos casos de maior sintomatologia, este padrão manifesta-se através do chamado “evitamento da felicidade”, no qual situações positivas podem gerar emoções negativas e dificultar a obtenção de prazer em atividades agradáveis (Collins et al., 2023). Assim, tanto a rigidez destes esquemas como o evitamento de experiências positivas podem justificar a dificuldade da intervenção e a manutenção ou agravamento dos sintomas depressivos observados neste grupo de participantes.

Os domínios de bem-estar não apresentaram resultados significativos, embora se tenha verificado um ligeiro aumento no otimismo e envolvimento. Este resultado poderá sugerir a relevância de investir em atividades que promovam dimensões positivas, como a perseverança, a conexão e a felicidade. Apesar de os componentes do bem-estar não terem sido abordados de forma direta, a literatura indica que, pelo facto de existirem fatores comuns aos temas trabalhados, como é habitual em intervenções psicológicas, seria expectável a ocorrência de alguns efeitos consequentes, como poderá ter acontecido no caso do otimismo (Kazdin, 2025). Ainda assim, os resultados parecem ser mais difíceis de alcançar quando a intervenção não está explicitamente orientada para esses componentes (Kraiss et al., 2022). A discussão sobre as forças de carácter de cada participante constituiu a estratégia mais clara de promoção de aspetos positivos. No entanto, esta abordagem poderia ter sido reforçada através do desafio da semana, que não foi bem aceite pelos participantes. Ao longo de toda a intervenção verificou-se alguma dificuldade em mobilizá-los para a realização dos desafios propostos, o que poderá ter limitado o impacto esperado.

Embora os resultados da empatia se tenham mantido relativamente estáveis, importa referir que os valores médios dos participantes antes da intervenção parecem contradizer a literatura que evidencia existir um foco no próprio sofrimento e uma incapacidade de oferecer apoio emocional e prático a outros (Hofelich Mohr et al., 2016), sendo que a maioria dos participantes se encontra muito perto do valor máximo possível da medida. Esta aparente contradição pode ser interpretada tendo em conta a distinção teórica entre empatia afetiva e empatia cognitiva, embora o instrumento utilizado não faça essa diferenciação. Estudos sugerem que, em adolescentes com perturbações psiquiátricas, a empatia afetiva, associada à capacidade de partilha de experiência emocional do outro, pode apresentar níveis elevados e relacionar-se com diferentes dimensões da ansiedade, bem como com emoções autoconscientes (e.g., vergonha, culpa) e sintomas depressivos (Decety & Jackson, 2004; Gambin & Sharp, 2018a; Gambin & Sharp, 2018b). Por outro lado, a empatia cognitiva, relacionada com a compreensão da experiência emocional do outro, não se mostra associada aos sintomas depressivos mas apresenta uma relação negativa com a ansiedade (Decety & Jackson, 2004; Gambin & Sharp, 2018a; Gambin & Sharp, 2018b). Assim, é possível que os elevados valores de empatia observados na nossa amostra reflitam predominantemente processos afetivos, o que ajuda a compreender a ausência de aumento significativo após a intervenção.

Os resultados relativos à literacia em saúde mental são possivelmente os mais inesperados, sendo que houve uma diminuição. Ainda assim, os resultados do pré-teste não se afastam muito do valor máximo possível de obter no *score* total, contrariando a literatura que indica níveis baixos de literacia em saúde mental nos adolescentes (Kim et al., 2015; Sampaio et al., 2022). Ainda que os valores deste construto tenham diminuído em geral no pós teste, três dos sete participantes apresentaram um aumento da literacia em saúde mental. É possível ver ainda que os participantes que apresentaram uma diminuição do nível de literacia em saúde mental são os que apresentam, de forma geral, mais sintomas de depressão, ansiedade e mais dificuldades de regulação emocional no pós teste, comparados com os outros participantes. Contudo, é importante tentar entender o porquê desta diminuição ter ocorrido. Intervenções que visam aumentar a consciência e a compreensão sobre determinados construtos, tendo como finalidade a mudança de comportamento, tendem a desencadear alterações nos padrões internos de avaliação (Olivera-Aguilar & Rikoon, 2024). Ou seja, a intervenção poderá ter levado os participantes a reverem os seus critérios internos de avaliação, tornando-se mais conscientes das exigências práticas da literacia em saúde mental e das suas próprias limitações em atendê-las (Kruger & Dunning, 1999; Schwartz & Sprangers, 1999). Neste sentido, as pontuações mais baixas no pós-teste poderão refletir um reajuste na forma como os participantes interpretam o construto e não necessariamente uma diminuição real da literacia em saúde mental.

Quanto aos hábitos de vida que constituem elementos de um estilo de vida saudável, os resultados são ambivalentes. Por um lado, a redução estatisticamente significativa no consumo de doces e refrigerantes, acompanhada pelo ligeiro aumento do número de vezes que os participantes tomam o pequeno-almoço, ainda que não estatisticamente significativo, poderia sugerir um efeito positivo da intervenção. Porém, houve aspetos importantes da alimentação que mostraram uma diminuição, por exemplo o consumo de frutas e vegetais, e que tornam a possibilidade de afirmar a existência desse efeito positivo menos rigorosa. Para além disso, os participantes pontuaram baixo nos níveis de atividade física, que pode marcar a dificuldade em envolver-se em atividades saudáveis devido a características das perturbações mentais (Stubbs et al., 2017). Quanto às horas de sono, apesar de não existirem resultados estatisticamente significativos, analisando individualmente os dados de cada participante nota-se uma tendência para manutenção ou aumento. Futuramente, é relevante reforçar a importância do sono de uma forma constante, considerando o fim de semana e a semana. É possível constatar que o

tempo de ecrã atingiu o valor máximo possível, indo ao encontro da literatura que explica o uso excessivo do telemóvel como uma tentativa de alívio de emoções negativas, levando ao aumento do tempo despendido no mesmo (Kim et al., 2015). Também o tabaco apresenta valores elevados. É possível que os pacientes percebam o consumo de tabaco como um auxílio no alívio dos sintomas depressivos, resultando no reforço e manutenção do tabagismo (Audrain-McGovern et al., 2009). Porém, as bebidas alcoólicas mostram, no geral, resultados baixos, contrariando a grande frequência de abuso e dependência desta substância nas perturbações afetivas (Sarris et al., 2014). Desta forma, ainda que dois domínios dos estilos de vida saudáveis tenham mostrado mudanças estatisticamente significativas, os restantes resultados mostram que, tal como sugere a literatura, a perturbação mental pressupõe dificuldades na adoção de hábitos alinhados com a promoção da saúde e manutenção de ações prejudiciais à saúde (Audrain-McGovern et al., 2009; Mötteli et al., 2023; Stubbs et al., 2017). Não são claras as técnicas de mudança comportamental mais eficazes na promoção de comportamentos de saúde e, em especial as intervenções com vista a diminuir ou cessar o tabagismo têm taxas de sucesso baixas (Van Achterberg et al., 2010). Ainda assim, a prática comportamental mostra-se útil na obtenção de melhores resultados no que diz respeito à atividade física (Carraça et al., 2021). De facto, na versão original do programa, algumas atividades, como a prática de exercício físico, a contagem de pacotes de açúcar e a leitura de rótulos, requeriam o envolvimento prático e experimental de hábitos saudáveis. Porém, devido à possibilidade de ativação emocional dos participantes deste estudo, por se tratar de uma população particularmente sensível a estímulos emocionais (Linehan, 2015) e o conteúdo dessas atividades poder ativar essa sensibilidade, a prática comportamental foi retirada.

Apesar dos escassos resultados estatisticamente significativos, a avaliação geral do programa foi muito positiva, mesmo sobre aspetos onde não se verificaram mudanças estatisticamente significativas. Por exemplo, a literacia em saúde mental foi apontada como uma aprendizagem importante, apesar dos resultados do questionário não o indicarem, corroborando a hipótese de realmente terem existido ganhos a nível do conhecimento e, conseqüentemente, das suas limitações, levando a uma autoavaliação mais negativa (Kruger & Dunning, 2009; Schwartz & Sprangers, 1999). Destaca-se, naquilo que mais gostaram, as atividades dinâmicas e a interação entre os participantes, que juntas podem ter um papel importante na autoeficácia dos participantes através da experiência vicariante (Ngooi et al., 2022). Apesar disso, indicam o *role-play* como aspeto de que menos gostaram da intervenção, já que estas atividades podem causar algum

desconforto e constrangimento inicial (Jackson & Back, 2011) e, para além disso, neste caso serviu para treinar competências sociais, que são uma dificuldade claramente presente nesta população (Czekóová et al., 2020; Howe-Davis et al., 2023; Setterfield et al., 2016).

Concluindo, a avaliação global da intervenção conta com alguns resultados importantes a ter em conta. Independentemente de apenas algumas mudanças se terem mostrado estatisticamente significativas, é importante considerar os valores médios individuais, devido ao tamanho reduzido da amostra. Desta forma, as variáveis estudadas e que mostraram mudanças positivas nos participantes, podem ter contribuído para promover melhorias no funcionamento emocional e social através da capacitação de competências intrapessoais e interpessoais, relevantes para a sua recuperação.

Sugestões de melhoria do programa em contexto de hospital de dia

Relativamente aos aspetos do bem-estar, existe necessidade de apostar em atividades que abordem diretamente os seus domínios através do foco em aspetos positivos. Neste caso, uma atividade e desafio semanal que foram eliminados da versão original do programa em detrimento de outras atividades, foi o tema da gratidão. Seria importante voltar a incorporar esse tema no programa e até de forma mais contínua, por exemplo, construindo uma tabela que ficasse na sala em que o programa é implementado e na qual, no final da semana, todos escrevessem três situações pelas quais estariam gratos.

Tendo em conta a importância da motivação intrínseca na adoção e manutenção de comportamentos promotores de saúde (Vancampfort et al., 2015), talvez fosse importante, para além de passar informação sobre hábitos e estilos de vida saudáveis, aceder ao valor pessoal associado aos comportamentos, passando depois para a prática experimental daqueles que os participantes consideram mais importantes para si, diminuindo o risco de ativação emocional. Seria importante também formular objetivos sobre esses comportamentos e ir monitorizando com os participantes. Isto trabalharia igualmente a literacia em saúde mental, nomeadamente as estratégias de autoajuda, que passam também por perceber a importância de hábitos saudáveis na saúde mental. Ainda sobre a literacia em saúde mental, de forma a tornar os participantes mais ativos e envolvidos, poderia ser interessante reunir questões sobre este tema que quisessem ver respondidas e convidar um psicólogo e/ou psiquiatra para respondê-las.

Por fim, é importante considerar a possibilidade de continuidade e reforço de temas trabalhados ao longo do programa. Alguns dos conteúdos abordados poderiam ser integrados no âmbito de outras intervenções na UPIA, o que permitiria não só consolidar aprendizagens como favorecer a prática recorrente das competências adquiridas, podendo contribuir para a sustentabilidade dos resultados.

Limitações e indicações para estudos futuros

A principal limitação deste estudo prende-se com a reduzida dimensão da amostra, o que implica resultados estatísticos menos confiáveis, bem como a inexistência de um grupo de controlo, que teria permitido avaliar com maior precisão o impacto do programa. Sem este grupo de comparação, é mais difícil descartar a influência de outros fatores que podem ter contribuído para os resultados obtidos. É necessário ter em conta que os participantes estavam simultaneamente envolvidos na intervenção da UPIA, o que dificulta o isolamento dos resultados de cada abordagem, dado ser uma intervenção integrada. Também é importante notar que alguns participantes começaram o programa mais tarde e, portanto, não participaram em todas as sessões.

No que diz respeito ao protocolo de investigação, o facto de ser extenso e tomar algum tempo a preencher pode ter reforçado alguma indisponibilidade. Para além disso, alguns instrumentos incluíram questões que, ao abordarem temas relacionados com dificuldades emocionais e comportamentais, poderão ter exposto os participantes a momentos de maior desconforto ou confronto com as suas próprias dificuldades, o que também pode ter contribuído para a indisponibilidade no preenchimento. Para evitar maior sobrecarga, optou-se por não incluir no protocolo de investigação questionários que avaliassem outros domínios trabalhados, como o estigma internalizado, pelo que se desconhece o possível efeito do programa nos mesmos.

Assim, é importante assegurar indicações para estudos futuros. Em primeiro lugar recomenda-se a aplicação do programa em amostras maiores que possibilitem o uso de testes estatísticos paramétricos, tal como a inclusão de um grupo de controlo, por exemplo em lista de espera, de modo a assegurar maior precisão da avaliação do impacto do programa. Seria ainda pertinente ajustar os instrumentos utilizados, garantindo, de igual forma, a aceitabilidade do protocolo pelos participantes.

Conclusão

A adolescência constitui um período particularmente oportuno para apoiar o desenvolvimento saudável, uma vez que é nesta fase que os comportamentos de saúde se iniciam e se consolidam. O desenvolvimento de competências socioemocionais, a literacia em saúde e a literacia em saúde mental são componentes centrais para esse processo. Sendo a adolescência, por si só, um período desafiante, a presença de perturbações mentais intensifica ainda mais as dificuldades, sobretudo nas áreas essenciais ao desenvolvimento saudável. Assim, intervenções que promovam estas competências junto de adolescentes com perturbações mentais assumem especial relevância.

O presente estudo centrou-se na adaptação do programa #EntreViagenseAprendizagens, destinado à promoção do bem-estar e de estilos de vida saudáveis, para adolescentes com perturbações psiquiátricas, procedendo posteriormente à sua implementação e avaliação. Para a adaptação, realizaram-se entrevistas a profissionais de saúde com experiência de intervenção com esta população, que, em articulação com a literatura, orientaram o processo de adaptação do programa. Os resultados quantitativos, embora com base numa amostra de tamanho reduzido, revelaram mudanças significativas ao nível das dificuldades de regulação emocional, dos sintomas de ansiedade e de alguns aspetos relacionados com a alimentação. Apesar de não terem surgido mudanças significativas noutras variáveis, observaram-se tendências de melhoria em dimensões como o otimismo, o envolvimento e os impulsos, bem como vulnerabilidades persistentes nesta população, nomeadamente no tempo de ecrã, consumo de tabaco e literacia em saúde mental. Ainda assim, a avaliação da satisfação com o programa e do processo de intervenção foi positiva, evidenciando que os participantes reconhecem valor nas aprendizagens adquiridas.

Em suma, os resultados evidenciam potencial do programa para melhorar o funcionamento emocional e social, através do reforço de competências intrapessoais e interpessoais, relevantes para a recuperação destes adolescentes. Assim, destaca-se a relevância de dar continuidade ao estudo de intervenções dirigidas a populações mais vulneráveis, considerando as indicações para futuras investigações.

Referências

- Agersnap, T. N., Hougaard, E., Jensen, M. B., & Thastum, M. (2022). Diagnosis-specific group CBT treating social anxiety in adolescents: A feasibility study. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 10(1), 89. <https://doi.org/10.2478/sjcapp-2022-0010>
- Aneesh, A., Sia, S. K., & Kumar, P. (2024). Parent-child relationship and psychological well-being of adolescents: Role of emotion regulation and social competence. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 34(2), 153-171. <https://doi.org/10.1080/10911359.2023.2221321>
- Anthony, J., Kinnafick, F. E., Papathomas, A., & Breen, K. (2023). Physical activity for adolescents with severe mental illness: a systematic scoping review. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 16(1), 176-209. <https://doi.org/10.1080/1750984X.2020.1833360>
- Antunes, M. L., & Lopes, C. (2018). Contributos da literacia em saúde para a promoção e racionalização de custos na saúde. In C. Lopes & C. V. Almeida (Eds.), *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção* (pp. 43–63). Edições ISPA.
- Audrain-McGovern, J., Rodriguez, D., & Kassel, J. D. (2009). Adolescent smoking and depression: evidence for self-medication and peer smoking mediation. *Addiction*, 104(10), 1743-1756. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02617.x>
- Baglioni, C., Nanovska, S., Regen, W., Spiegelhalder, K., Feige, B., Nissen, C., Reynolds, C. F., & Riemann, D. (2016). Sleep and mental disorders: A meta-analysis of polysomnographic research. *Psychological Bulletin*, 142(9), 969. <https://doi.org/10.1037/bul0000053>
- Bagwell, C. L., & Schmidt, M. E. (2013). *Friendships in childhood and adolescence*. Guilford Press.
- Baudinet, J., & Simic, M. (2021). Adolescent eating disorder day programme treatment models and outcomes: a systematic scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 652604. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.652604>
- Beauchaine, T. P., & Cicchetti, D. (2019). Emotion dysregulation and emerging psychopathology: A transdiagnostic, transdisciplinary perspective. *Development and Psychopathology*, 31(3), 799-804. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000671>

- Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American journal of psychiatry*, 165(8), 969-977. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050721>
- Berking, M. (2024). Emotion regulation and mental health: current evidence and beyond. *World Psychiatry*, 23(3), 438. doi: 10.1002/wps.21244
- Bezerra, A. G. V., Urquiza, M. B. B., Sobreira, M. M. L., Santos, M. V. D., & Pacheco, M. E. A. G. (2024). Comportamento de autolesão não suicida na adolescência. *Revista Encontros Científicos UniVS| ISSN: 2595-959X*, 6(2).
- Blizzard, A. M., Weiss, C. L., Wideman, R., & Stephan, S. H. (2016). Caregiver perspectives during the post inpatient hospital transition: A mixed methods approach. *Child and Youth Care Forum*, 45(5), 759–780. <https://doi.org/10.1007/s10566-016-9358-x>
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). Successful qualitative research: A practical guide for beginners.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Burđić Radmanović, M., & Burđić, S. (2017). Stigma and mental disorders in developmental age. *Psychiatria Danubina*, 29(suppl. 5), 906-909.
- Campos, L., Dias, P., Costa, M., Rabin, L., Miles, R., Lestari, S., Feraihan, R., Pant, N., Sriwichai, N., Boonchieng, W., & Yu, L. (2022). Mental health literacy questionnaire-short version for adults (MHLq-SVa): validation study in China, India, Indonesia, Portugal, Thailand, and the United States. *BMC Psychiatry*, 22(1), 713. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04308-0>
- Carraça, E., Encantado, J., Battista, F., Beaulieu, K., Blundell, J., Busetto, L., Van Baak, M., Dicker, D., Ermolao, A., Farpour-Lambert, N., Pramono, A., Woodward, E., Bellicha, A., & Oppert, J. M. (2021). Effective behavior change techniques to promote physical activity in adults with overweight or obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 22, e13258. <https://doi.org/10.1111/obr.13258>
- Castelpietra, G., Knudsen, A. K. S., Agardh, E. E., Armocida, B., Beghi, M., Iburg, K. M., Logroscino, G., Ma, R., Starace, F., Steel, N., Addolorato, G., Andrei, C. L., Andrei, T., Ayuso-Mateos, J. L., Banach, M., Bärnighausen, T. W., Barone-Adesi, F., Bhagavathula, A. S., Carvalho, F., ... Monasta, L. (2022). The burden of mental

- disorders, substance use disorders and self-harm among young people in Europe, 1990–2019: Findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Regional Health–Europe*, 16.
- Castro, C., Barata, C., Alexandre, J., & Colaço, C. (2023). Validation of a community-based application of the Portuguese version of the survey on Social and Emotional Skills–Child/Youth Form. *Frontiers in Psychology*, 14, 1214032. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1214032>
- Cavaco, T. B., & Silva, F. M. (2024). Reflexão Crítica sobre Saúde Mental na Infância e na Adolescência, em Portugal. *Gazeta Médica*, 133-139. <https://doi.org/10.29315/gm.v11i2.841>
- Chanen, A. M. (2022). Debate: It is time to stop turning a blind eye to personality disorder in young people. *Child and Adolescent Mental Health*, 27(2), 194-195. doi:10.1111/camh.12554
- Cheng, J., Zhao, J., Song, B., Han, H., Liu, N., Chen, Y., Liu, X., Dong, Y., Bian, W., Liu, Z., & Han, S. (2024). Positive effects of parent–child group emotional regulation and resilience training on nonsuicidal self-injury behavior in adolescents: a quasiexperimental study. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1343792. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1343792>
- Clausen, W., Watanabe-Galloway, S., Bill Baerentzen, M., & Britigan, D. H. (2016). Health literacy among people with serious mental illness. *Community mental health journal*, 52, 399-405. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9951-8>
- Cloutier, P., Gray, C., Sheridan, N., Silverman, A., Cappelli, M., Zemek, R., Jabbour, M., Reid, S., & Kennedy, A. (2022). Building resilience and attachment in vulnerable adolescents (BRAVA): A brief group intervention for adolescents with mild-to-moderate suicidal ideation and their caregivers. *Child and Adolescent Mental Health*, 27(4), 343-351. <https://doi.org/10.1111/camh.12506>
- Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL). (2020). CASEL’s SEL Framework: What Are the Core Competence Areas and Where Are They Promoted? Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL). <https://casel.org/casel-sel-framework-11-2020/>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Ruesch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>

- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 37, 145-151. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. SAGE.
- Czekóová, K., Shaw, D. J., Pokorná, Z., & Brázdil, M. (2020). Dissociating profiles of social cognitive disturbances between mixed personality and anxiety disorder. *Frontiers in Psychology*, 11, 563. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00563>
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and cognitive neuroscience reviews*, 3(2), 71-100. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
- Degan, T. J., Kelly, P. J., Robinson, L. D., & Deane, F. P. (2019). Health literacy in substance use disorder treatment: A latent profile analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 96, 46-52. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.10.009>
- Degan, T. J., Kelly, P. J., Robinson, L. D., Deane, F. P., & Smith, A. M. (2020). Health literacy of people living with mental illness or substance use disorders: A systematic review. *Early Intervention in Psychiatry*, 15(6), 1454-1469. <https://doi.org/10.1111/eip.13090>
- Dryburgh, N. S., Khullar, T. H., Sandre, A., Persram, R. J., Bukowski, W. M., & Dirks, M. A. (2020). Evidence base update for measures of social skills and social competence in clinical samples of youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49(5), 573-594. <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1790381>
- Dryman, M. T., & Heimberg, R. G. (2018). Emotion regulation in social anxiety and depression: A systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *Clinical Psychology Review*, 65, 17-42. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.004>
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A metaanalysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405-432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- Elhai, J. D., Dvorak, R. D., Levine, J. C., & Hall, B. J. (2017). Problematic smartphone use: A conceptual overview and systematic review of relations with anxiety and

- depression psychopathology. *Journal of Affective Disorders*, 207, 251-259.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.030>
- Ehrenreich-May, J., Kennedy, S. M., Sherman, J. A., Bilek, E. L., Buzzella, B. A., Bennett, S. M., & Barlow, D. H. (2017). *Unified protocols for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children and adolescents: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Etkin, R. G., Silverman, W. K., & Lebowitz, E. R. (2022). Anxiety and social functioning: the moderating roles of family accommodation and youth characteristics. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 1-14.
<https://doi.org/10.1007/s10802-021-00884-z>
- Ferrie, J., Miller, H., & Hunter, S. C. (2020). Psychosocial outcomes of mental illness stigma in children and adolescents: A mixed-methods systematic review. *Children and Youth Services Review*, 113, 104961.
<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.104961>
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, P., Yung, A. R., & Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(14), 2869-2881. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001732>
- Firth, J., Solmi, M., Wootton, R. E., Vancampfort, D., Schuch, F. B., Hoare, E., Gilbody, S., Torous, J., Teasdale, S. D., Jackson, S. E., Smith, L., Eaton, M., Jacka, F. N., Veronese, N., Marx, W., Ashdown-Franks, G., Siskind, D., Sarris, J., Rosenbaum, S., Carvalho, A. F., & Stubbs, B. (2020). A meta-review of “lifestyle psychiatry”: the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry*, 19(3), 360-380.
<https://doi.org/10.1002/wps.20773>
- Fitzpatrick, S., Dixon-Gordon, K. L., Turner, C. J., Chen, S. X., & Chapman, A. (2023). Emotion dysregulation in personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 25(5), 223-231. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01418-8>
- Francisco, R., Carvalho, A., Raposo, B., Justo, A., & Godinho, C.A. (2025, janeiro). *Promoção de bem-estar e literacia em saúde de adolescentes em contexto escolar: Resultados preliminares do programa de intervenção #EntreViagenseAprendizagens*. 9th International Conference on Childhood and Adolescence, Braga, Portugal.

- Francisco, R., Fonseca, L., & Godinho, C.A. (2023b, novembro). *Impact of #EntreViagenseAprendizagens on adolescents' well-being: Students' and teachers' perceptions of a school-based intervention*. 9th International Congress of Clinical and Health Psychology with Children and Adolescents, Valencia, Spain.
- Francisco, R., Hormigo, M., Sesifredo, M., and Raposo, B. (2019). Versão Portuguesa do EPOCH—Medida de bem-estar do adolescente. Universidade Católica Portuguesa.
- Francisco, R., Raposo, B., Hormigo, M., Sesifredo, M., Carvalho, A., Justo, A., & Godinho, C. A. (2023a). # EntreViagenseAprendizagens: study protocol of a school-based intervention to promote well-being and healthy lifestyles among adolescents. *Frontiers in Psychology*, 14, 1213293.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1213293>
- Fulkerson, J. A., Sherwood, N. E., Perry, C. L., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2004). Depressive symptoms and adolescent eating and health behaviors: a multifaceted view in a population-based sample. *Preventive Medicine*, 38(6), 865-875.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2003.12.028>
- Galletly, C., Neaves, A., Burton, C., Liu, D., & Denson, L. A. (2012). Evaluating health literacy in people with mental illness using the Test of Functional Health Literacy in Adults. *Nursing Outlook*, 60(5), 316-321.
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.01.003>
- Gambin, M., & Sharp, C. (2018a). Relations between empathy and anxiety dimensions in inpatient adolescents. *Anxiety, Stress, & Coping*, 31(4), 447-458.
<https://doi.org/10.1080/10615806.2018.1475868>
- Gambin, M., & Sharp, C. (2018b). The relations between empathy, guilt, shame and depression in inpatient adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 241, 381-387.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.068>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
<https://doi.org/10.1023/B:JOBA.00000007455.08539.94>
- Greco, L. A., & Morris, T. L. (2005). Factors influencing the link between social anxiety and peer acceptance: Contributions of social skills and close friendships during middle childhood. *Behavior Therapy*, 36(2), 197-205.

[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80068-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80068-1)

Grover, R. L., Nangle, D. W., & Zeff, K. R. (2005). The measure of adolescent heterosocial competence: Development and initial validation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(2), 282-291.

https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3402_7

Hawke, L. D., Amartey, A., Szatmari, P., Kozloff, N., Husain, M. I., Gallagher, L., Rodak, T., & Yanos, P. T. (2025). The association between mental health and substance use self-stigma and multiple mental health conditions: A systematic review. *SSM-Mental Health*, 100475. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2025.100475>

Hofelich Mohr, A., Kross, E., & Preston, S. D. (2016). Devil in the details: Effects of depression on the prosocial response depend on timing and similarity. *Adaptive Human Behavior and Physiology*, 2, 281-297. <https://doi.org/10.1007/s40750-016-0044-x>

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A., & Asnaani, A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 29(5), 409-416. <https://doi.org/10.1002/da.21888>

Howe-Davies, H., Hobson, C., Waters, C., & van Goozen, S. H. (2023). Emotional and socio-cognitive processing in young children with symptoms of anxiety. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(10), 2077-2088. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02050-2>

Inchley, J. C., Stevens, G. W., Samdal, O., & Currie, D. B. (2020). Enhancing understanding of adolescent health and well-being: The health behaviour in school-aged children study. *Journal of Adolescent Health*, 66(6). <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.014>

Inchley, J., Currie, D., Cosma, A., and Samdal, O. (2018). Health behaviour in school aged children (HBSC) study protocol: Background, methodology and mandatory items for the 2017/18 survey. CAHRU.

Jackson, V. A., & Back, A. L. (2011). Teaching communication skills using role-play: an experience-based guide for educators. *Journal of palliative medicine*, 14(6), 775-780. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0493>

Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0025957>

- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
- Kazdin A. E. (2025). Indirect Interventions: Lifestyle Options to Treat Mental Disorders. *Healthcare*, 13(5), 505. <https://doi.org/10.3390/healthcare13050505>
- Kennard, B., Mayes, T., King, J., Moorehead, A., Wolfe, K., Hughes, J., Castillo, B., Smith, M., Matney, J., Oscarson, B., Stewart, S., Nakonezny, P., Fozwell, A., & Emslie, G. (2019). The development and feasibility outcomes of a youth suicide prevention intensive outpatient program. *Journal of Adolescent Health*, 64(3), 362-369. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.09.015>
- Kendall, P. C. (Ed.). (2006). *Child and Adolescent Therapy: Cognitive-Behavioral Procedures*. Guilford Press.
- Kennedy, S. M., Henderson-Davis, V., Henry, L., Hawks, J. L., Diaz, K. I., Crabbs, T., Khindria, N., Moe-Hartman, J., Nook, L., President, K. F., Stovall, S., & Anthony, L. G. (2024). Pilot effectiveness and acceptability of partial hospitalization treatment incorporating transdiagnostic, cognitive-behavioral intervention. *Behavior Therapy*, 55(4), 751-767. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.11.002>
- Kennedy, S. M., Wilkie, D. P., Henry, L., Moe-Hartman, J., Townson, K., Anthony, L. G., & Hawks, J. L. (2023). The unified protocols for children and adolescents in partial hospitalization: Using implementation science frameworks to guide adaptation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 30(3), 367-383. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2022.04.006>
- Kern, M. L., Benson, L., Steinberg, E. A., and Steinberg, L. D. (2016). The EPOCH measure of adolescent well-being. *Psychological Assessment*, 28, 586–597. <https://doi.org/10.1037/pas0000201>
- Kim, J. E., Saw, A., & Zane, N. (2015). The influence of psychological symptoms on mental health literacy of college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(6), 620. <https://doi.org/10.1037/ort0000074>
- Kim, J. H., Seo, M., & David, P. (2015). Alleviating depression only to become problematic mobile phone users: Can face-to-face communication be the antidote? *Computers in Human Behavior*, 51, 440-447. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.05.030>

- Kraiss, J., Redelinguys, K., & Weiss, L. A. (2022). The effects of psychological interventions on well-being measured with the Mental Health Continuum: a meta-analysis. *Journal of Happiness Studies*, 23(7), 3655-3689. <https://doi.org/10.1007/s10902-022-00545-y>
- Kruger, J., & Dunning, D. (1999). Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1121-1134. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.6.1121>
- Kupferberg, A., & Hasler, G. (2023). The social cost of depression: Investigating the impact of impaired social emotion regulation, social cognition, and interpersonal behavior on social functioning. *Journal of Affective Disorders Reports*, 14, 100631. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100631>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016a). Mental health literacy: Past, present, and future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154-158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Kutcher, S., Wei, Y., Costa, S., Gusmão, R., Skokauskas, N., & Sourander, A. (2016b). Enhancing mental health literacy in young people. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25, 567-569. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0867-9>
- Leffler, J. M., Junghans-Rutelonis, A. N., McTate, E. A., Geske, J., & Hughes, H. M. (2017). An uncontrolled pilot study of an integrated family-based partial hospitalization program for youth with mood disorders. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 2(3-4), 150-164. <https://doi.org/10.1080/23794925.2017.1362329>
- Leffler, J. M., Junghans-Rutelonis, A. N., & McTate, E. A. (2020). Feasibility, acceptability, and considerations for sustainability of implementing an integrated family-based partial hospitalization program for children and adolescents with mood disorders. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 5(4), 383-397. <https://doi.org/10.1080/23794925.2020.1759471>
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual*. The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2018). *Treinamento de Habilidades em DBT: Manual de Terapia Comportamental Dialética para o Terapeuta*. Artmed.
- Liverant, G. I., Brown, T. A., Barlow, D. H., & Roemer, L. (2008). Emotion regulation in unipolar depression: The effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect.

- Behaviour Research and Therapy*, 46(11), 1201-1209.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.001>
- McCurdy, A. L., Williams, K. N., Lee, G. Y., Benito-Gomez, M., & Fletcher, A. C. (2020). Measurement of parental autonomy support: A review of theoretical concerns and developmental considerations. *Journal of Family Theory & Review*, 12(3), 382-397. <https://doi.org/10.1111/jftr.12389>
- Mitten, N., Preyde, M., Lewis, S., Vanderkooy, J., & Heintzman, J. (2016). The perceptions of adolescents who self-harm on stigma and care following inpatient psychiatric treatment. *Social Work in Mental Health*, 14(1), 1-21. <https://doi.org/10.1080/15332985.2015.1080783>
- Moberg, J., Skogens, L., & Schön, U. K. (2023). Young people's recovery processes from mental health problems—a scoping review. *Child and adolescent mental health*, 28(3), 393-407. <https://doi.org/10.1111/camh.12594>
- Moses, T. (2015). Coping strategies and self-stigma among adolescents discharged from psychiatric hospitalization: A 6-month follow-up study. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(2), 188-197. <https://doi.org/10.1177/0020764014540146>
- Mötteli, S., Provaznikova, B., Vetter, S., Jäger, M., Seifritz, E., & Hotzy, F. (2023). Examining nutrition knowledge, skills, and eating behaviours in people with severe mental illness: A cross-sectional comparison among psychiatric inpatients, outpatients, and healthy adults. *Nutrients*, 15(9), 2136. <https://doi.org/10.3390/nu15092136>
- Moyal, N., Henik, A., & Anholt, G. E. (2014). Cognitive strategies to regulate emotions—current evidence and future directions. *Frontiers in Psychology*, 4, 1019. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.01019>
- Ngooi, B. X., Wong, S. R., Chen, J. D., & Yin Koh, V. S. (2022). Exploring the use of activity-based group therapy in increasing self-efficacy and subjective well-being in acute mental health. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 35(1), 52-61. <https://doi.org/10.1177/15691861221075798>
- Nikolić, M., Majdandžić, M., Colonnese, C., de Vente, W., Möller, E., & Bögels, S. (2020). The unique contribution of blushing to the development of social anxiety disorder symptoms: results from a longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(12), 1339-1348. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13221>
- Nikolić, M., van der Storm, L., Colonnese, C., Brummelman, E., Kan, K. J., & Bögels, S.

- (2019). Are socially anxious children poor or advanced mindreaders?. *Child Development*, 90(4), 1424-1441. <https://doi.org/10.1111/cdev.13248>
- Nobre, J., Oliveira, A. P., Monteiro, F., Sequeira, C., & Ferré-Grau, C. (2021). Promotion of mental health literacy in adolescents: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9500. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189500>
- Norrish, J. M., & Vella-Brodrick, D. A. (2009). Positive psychology and adolescents: Where are we now? Where to from here?. *Australian Psychologist*, 44(4), 270-278. <https://doi.org/10.1080/00050060902914103>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health*, 42(1), 159-73. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>
- Olivera-Aguilar, M., & Rikoon, S. H. (2025). Intervention effect or measurement artifact? Using invariance models to reveal response-shift bias in experimental studies. *Journal of Research on Educational Effectiveness*, 18(3), 797-825. <https://doi.org/10.1080/19345747.2023.2284768>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2021). OECD survey on social and emotional skills: technical report. Available at: <https://www.oecd.org/education/ceri/social-emotional-skills-study/sses-technical-report.pdf>
- Özdemir, Y. (2012). Examining the Subjective Well-Being of Adolescents in terms of Demographic Variables, Parental Control, and Parental Warmth. *Education & Science / Egitim ve Bilim*, 37(165), 20–33.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Palagini, L., Hertenstein, E., Riemann, D., & Nissen, C. (2022). Sleep, insomnia and mental health. *Journal of Sleep Research*, 31(4), e13628. <https://doi.org/10.1111/jsr.13628>

- Pan, S., Ali, K., Kahathuduwa, C., Baronia, R., & Ibrahim, Y. (2022). Meta-analysis of positive psychology interventions on the treatment of depression. *Cureus*, 14(2). DOI 10.7759/cureus.21933
- Pickering, L., Hadwin, J. A., & Kovshoff, H. (2020). The role of peers in the development of social anxiety in adolescent girls: A systematic review. *Adolescent Research Review*, 5(4), 341-362. <https://doi.org/10.1007/s40894-019-00117-x>
- Pinto, M. S. C., & Maia, C. M. P. (2022). Literacia em saúde mental nos adolescentes—potencialidades, desafios e o papel dos serviços de saúde mental hospitalares. *Jornal de Investigação Médica (JIM)*, 3(2), 35-45. <https://doi.org/10.29073/jim.v3i2.663>
- Prizeman, K., Weinstein, N., & McCabe, C. (2023). Effects of mental health stigma on loneliness, social isolation, and relationships in young people with depression symptoms. *BMC Psychiatry*, 23(1), 527. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04991-7>
- Raposo, B., & Francisco, R. (2022). Emotional (dys) regulation and family environment in (non) clinical adolescents' internalizing problems: The mediating role of well-being. *Frontiers in Psychology*, 13, 703762. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.703762>
- Rathus, J. H., & Miller A. L. (2015). *DBT Skills Manual for Adolescents*. Guilford Press.
- Ruan, Q. N., Chen, Y. H., & Yan, W. J. (2023). A network analysis of difficulties in emotion regulation, anxiety, and depression for adolescents in clinical settings. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00574-2>
- Salo, V. C., Schunck, S. J., & Humphreys, K. L. (2020). Depressive symptoms in parents are associated with reduced empathy toward their young children. *PLoS One*, 15(3), e0230636. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230636>
- Sampaio, F., Gonçalves, P., & Sequeira, C. (2022). Mental health literacy: It is now time to put knowledge into practice. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12), 7030. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127030>
- Saraiva, J., Cotta, P., Marques, P., Sá, T., Silva, F. M., Barrias, P., Fernandes, G., Martins, V., Queirós, O., & Correia, Z. (2022). Mental health crisis in children and adolescents: The hidden harm of COVID-19. *NASCER E CRESCER - BIRTH AND GROWTH MEDICAL JOURNAL*, 31(3). <https://doi.org/10.25753/BirthGrowthMJ.v31.i3.27606>

- Sarrió-Colas, L., Ferré-Grau, C., Monteso-Curto, P., Adell-Lleixà, M., Albacar-Riobóo, N., & Lleixà-Fortuño, M. (2022). The experiences of parents as caregivers of adolescents with mental illnesses, the impact of the crisis and the admission to a day hospital. *Archives of Psychiatric Nursing*, 37, 45-51. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.06.014>
- Sarris, J., O'Neil, A., Coulson, C. E., Schweitzer, I., & Berk, M. (2014). Lifestyle medicine for depression. *BMC Psychiatry*, 14, 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-107>
- Schoeyen, H. K., Birkenaes, A. B., Vaaler, A. E., Auestad, B. H., Malt, U. F., Andreassen, O. A., & Morken, G. (2011). Bipolar disorder patients have similar levels of education but lower socio-economic status than the general population. *Journal of Affective Disorders*, 129(1-3), 68-74. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.08.012>
- Scholz, R. W., & Tietje, O. (2002). *Embedded case study methods: Integrating quantitative and qualitative knowledge*. Sage.
- Schoon, I. (2021). Towards an integrative taxonomy of social-emotional competences. *Frontiers in Psychology*, 12, 515313. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.515313>
- Schwartz C. E., & Sprangers, M. A. G. (1999). Methodological approaches for assessing response shift in longitudinal health-related quality-of-life research. *Social Science & Medicine*, 48(11), 1531-1548. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00047-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00047-7)
- Setterfield, M., Walsh, M., Frey, A. L., & McCabe, C. (2016). Increased social anhedonia and reduced helping behaviour in young people with high depressive symptomatology. *Journal of Affective Disorders*, 205, 372-377. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.020>
- Shorey, S., Ng, E. D., & Wong, C. H. (2022). Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and metaanalysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 287-305. <https://doi.org/10.1111/bjc.12333>
- Siopa, C. (2025, 3 fevereiro). Apresentação UPIA [Sessão Clínica]. Sessão Clínica do Serviço de Psiquiatria da ULSSM, Lisboa, Portugal.
- Skokauskas, N., Fung, D., Flaherty, L. T., Von Klitzing, K., Pūras, D., Servili, C., Dua, T., Falissard, B., Vostanis, P., Moyano, M. B., Feldman, I., Clark, C., Boričević, V., Patton, G., Leventhal, B., & Guerrero, A. (2019). Shaping the future of child and

- adolescent psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0279-y>
- Snaith, R. P. (2003). The hospital anxiety and depression scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 1-4. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29>
- Stanton, J., Lahdenperä, V., & Braun, V. (2017). Referral to an acute child and adolescent inpatient unit: the experiences and views of community mental health referrers. *Qualitative Health Research*, 27(11), 1664-1674. <https://doi.org/10.1177/1049732316689782>
- Stewart, V., Judd, C., & Wheeler, A. J. (2022). Practitioners' experiences of deteriorating personal hygiene standards in people living with depression in Australia: A qualitative study. *Health & Social Care in the Community*, 30(4), 1589-1598. <https://doi.org/10.1111/hsc.13491>
- Stubbs, B., Koyanagi, A., Hallgren, M., Firth, J., Richards, J., Schuch, F., Rosenbaum, S., Mugisha, J., Veronese, N., Lathi, J., & Vancampfort, D. (2017). Physical activity and anxiety: A perspective from the World Health Survey. *Journal of Affective Disorders*, 208, 545-552. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.028>
- Stubbs, B., Vancampfort, D., Firth, J., Solmi, M., Siddiqi, N., Smith, L., Carvalho, A. F., & Koyanagi, A. (2018). Association between depression and smoking: a global perspective from 48 low-and middle-income countries. *Journal of Psychiatric Research*, 103, 142-149. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.018>
- Tomova, L., Andrews, J. L., & Blakemore, S. J. (2021). The importance of belonging and the avoidance of social risk taking in adolescence. *Developmental Review*, 61, 100981. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2021.100981>
- Tung, E. S., Batejan, K. L., Johnson, C., Worden, P. M., & Fruzzetti, A. E. (2024). Effectiveness of DBT partial hospitalization program for adolescents and young adults. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 15(2), 123-142. <https://doi.org/10.1080/21501378.2024.2342590>
- UNICEF. (2019). Increase in child and adolescent mental disorders spurs new push for action by UNICEF and WHO. UNICEF. <https://www.unicef.org/pressreleases/increase-child-and-adolescent-mentaldisorders-spurs-new-push-actionunicef-and-who>
- Unidade Psiquiátrica Integrada para Adolescentes. (2024). *UPIA* (Documento Interno). ULSSM, Lisboa, Portugal

- Valiente, C., Espinosa, R., Contreras, A., Trucharte, A., Caballero, R., Peinado, V., Calderón, L., & Perdigón, A. (2022). A multicomponent positive psychology group intervention for people with severe psychiatric conditions; a randomized clinical trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 45(2), 103.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/prj0000509>
- Van Achterberg, T., Huisman-de Waal, G. G., Ketelaar, N. A., Oostendorp, R. A., Jacobs, J. E., & Wollersheim, H. C. (2010). How to promote healthy behaviours in patients? An overview of evidence for behaviour change techniques. *Health promotion international*, 26(2), 148-162. <https://doi.org/10.1093/heapro/daq050>
- Vancampfort, D., Stubbs, B., Venigalla, S. K., & Probst, M. (2015). Adopting and maintaining physical activity behaviours in people with severe mental illness: The importance of autonomous motivation. *Preventive medicine*, 81, 216-220. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.09.006>
- Wang, X., Cheng, S., & Xu, H. (2019). Systematic review and meta-analysis of the relationship between sleep disorders and suicidal behaviour in patients with depression. *BMC Psychiatry*, 19, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2302-5>
- Wheeldon, J. (2010). Mapping mixed methods research: Methods, measures, and meaning. *Journal of Mixed Methods Research*, 4(2), 87-102. <https://doi.org/10.1177/1558689809358755>
- Wisco, B. E., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Interpretation bias and depressive symptoms: The role of self-relevance. *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1113-1122. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.08.004>
- World Health Organization. (2021). Mental health of adolescents. Fact sheet, World Health Organ., Geneva, Switz. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/adolescent-mental-health>
- World Health Organization. (2005). *Child and adolescent mental health policies and plans*. World Health Organization.
- World Health Organization. Division of Health Promotion, Education, and Communication. (1998). Health promotion glossary. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/64546>
- Yanos, P. T., DeLuca, J. S., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2020). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness: A review of the evidence. *Psychiatry research*, 288, 112950. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112950>

Apêndices

Apêndice A: Guião de Entrevista Semiestruturada (para profissionais)

Entrevista #EntreViagenseAprendizagens

1. Primeiro, gostaria que me falasse um pouco sobre si e sobre o seu percurso profissional.
2. Há quanto tempo trabalha com adolescentes com perturbações psiquiátricas?
3. Quais os principais diagnósticos que encontra nos adolescentes com quem trabalha?
4. Consegue identificar diferenças entre os adolescentes que são acompanhados em ambulatório, hospital de dia e internamento?
5. Que tipo de desafios emocionais e sociais costuma encontrar nestes adolescentes?
6. Que competências socioemocionais considera importantes para o desenvolvimento destes adolescentes?
7. Identifica diferenças nas competências sociais e emocionais em adolescentes acompanhados em ambulatório, hospital de dia e internamento?
8. Tendo em conta a sua experiência profissional, quais as maiores dificuldades que identifica que estes adolescentes enfrentam em termos de regulação emocional, interação social ou resolução de problemas?
9. Pode dar exemplos práticos de comportamentos ou situações em que essas dificuldades se manifestam?
10. Que estratégias têm sido eficazes na promoção dessas competências?
11. Há alguma intervenção que tenha notado ter bons resultados no desenvolvimento de competências socioemocionais?
12. Que dificuldades identifica sobre o reconhecimento de sintomas e a compreensão dos tratamentos?
13. Que estratégias têm sido eficazes no aumento da literacia em saúde ou que estratégias pensa serem eficazes no aumento da mesma?
14. Que papel desempenham os pais no tratamento destes adolescentes?
15. Quais os maiores obstáculos no desenvolvimento das competências socioemocionais e no aumento da literacia em saúde?
16. Que grupos considera que poderiam beneficiar mais da adaptação do programa #EntreViagenseAprendizagens?

Apêndice B: Proposta de adaptação do programa #EntreViagenseAprendizagens para adolescentes com perturbações psiquiátricas

Sessão 0 - Comunicação e Literacia emocional

Atividade	Descrição	Recursos	Tempo
Apresentação	Apresentação do programa e de importância do envolvimento dos pais no mesmo	Slides Powerpoint	10 minutos
Comunicação verbal e não verbal	Apresentação e debate sobre estilos de comunicação e seus resultados	Slides Powerpoint	5 minutos
“Charadas”	Discussão sobre estratégias de comunicação eficaz com adolescentes	_____	10 minutos
Consciência emocional	Apresentação de conceitos chave (emoções e regulação emocional) e de diferentes estratégias de regulação emocional	Slides Powerpoint	10 minutos
Competências emocionais em ação	Apresentação e partilha de estratégias de regulação emocional eficazes na relação com os filhos	Slides Powerpoint	10 minutos
Reflexão final	Reflexão sobre a forma como as relações interpessoais positivas promovem o bem-estar	_____	5 minutos
Dúvidas	Esclarecimento de dúvidas	_____	5 minutos

Sessão 1 - Bem-estar subjetivo + Literacia em Saúde

Atividade	Descrição	Recursos	Tempo
Quebra-gelo	2 verdades e 1 mentira	_____	10 minutos
Avaliação inicial	Preenchimento do questionário de avaliação inicial	Ficha de avaliação inicial	10 minutos
Apresentação do programa	Apresentação do objetivo geral do programa, temas das sessões e cronograma	Computador Slides Pastas	10 minutos
Debate sobre mundo atual vs mundo perfeito	Debate em torno das seguintes questões: - Como é o mundo atual? - Como seria o mundo perfeito? - Que soluções existem? - De que forma cada um pode contribuir?	Cartões com perguntas	10 minutos

Debate sobre saúde	Divisão dos participantes em grupos para debate sobre as questões: - O que significa saúde para ti? - O que te faz ficar doente? - O que fazes para te manter saudável? - Onde procuras informação sobre saúde?	Post-its para registo de respostas	20 minutos
Visionamento de vídeo	Visionamento do vídeo #LiteraciaemSaúde Discussão sobre o caso apresentado no vídeo e outro sobre saúde mental	Computador Vídeo #LiteraciaemSaúde	20 minutos
Reflexão final	Síntese sobre: - Saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social (para além de ausência de doença) - Sites de fontes oficiais (DGS, SNS, OMS, OPP)		5 minutos
Desafio da semana	Escolher cinco imagens relacionadas com cada uma das emoções básicas (alegria, medo, tristeza, raiva e repulsa) para a sessão seguinte	Ficha desafio da semana	5 minutos

Sessão 2 - Reconhecimento de emoções / Autorregulação

Atividade	Descrição	Recursos	Tempo
Emolmage	Colocam-se as 5 cartolinas no quadro cada aluno cola as imagens que trouxe na cartolina da emoção com a cor correspondente	5 cartolinas de cor (azul, amarelo, roxo, vermelho e verde) Fita cola	10 minutos
“Onde sentimos as emoções?”	Divisão em grupos: - Desenhar um corpo no papel cenário - Pintar as emoções com a cor correspondente, onde a emoção é sentida no corpo por cada participante	Papel de cenário Caneta preta Canetas coloridas (azul, amarelo, roxo,	25 minutos

		vermelho e verde)	
Reflexão	Colocam-se as folhas à frente dos grupos e comparam-se, solicitando aos participantes que prestem atenção às diferenças e semelhanças entre as várias emoções e os vários desenhos Questões para refletir: - Como foi a experiência? - O que sentiram? - O que foi para vocês mais inesperado? E mais interessante? - O que retiraram de mais importante desta atividade?		10 minutos
Termómetro das emoções	Os participantes dividem-se em grupos, sendo atribuído a cada grupo um contexto (família; amigos e colegas; escola e professores; características individuais). A partir daí devem: - Identificar 3 situações emocionalmente intensas por cor e posicioná-las no termómetro de acordo com a intensidade da emoção (verde - incomodado; amarelo - chateado; vermelho - irritado) - Refletir sobre estratégias para lidar com as situações posicionadas na cor vermelha	Ficha Atividade Canetas coloridas (verde, vermelho e amarelo)	25 minutos
Reflexão	Reflexão conjunta sobre as situações identificadas por cada participante no termómetro e formas de regular a intensidade das emoções sentidas (eg. “como posso identificar e reduzir os fatores desencadeantes?”, respirar e abrandar o momento entre o fator desencadeante e a resposta; reparar no que sinto; nomear a emoção; aceitá-la; desenvolver “diálogo interno” positivo e/ou decidir como responder)		15 minutos
Desafio da semana	Identificar uma situação emocionalmente intensa, especificar a posição no termómetro no início da situação, forma como lidou com a situação/emoção e posição no final no termómetro	Ficha Desafio	5 minutos

Sessão 3 - Autorregulação: Impulsividade + Relaxamento

Atividade	Descrição	Recursos	Tempo
Reflexão inicial	Discussão sobre o desafio da semana anterior		5 minutos
STOP	Apresentação da estratégia STOP Exemplo de situação que gere uma ação impulsiva e discussão conjunta sobre como aplicar a estratégia STOP	Slides Powerpoint Quadro branco	5 minutos
Ação oposta à emoção	Apresentação de emoções e impulsos de ação e emoções contrárias que os participantes devem fazer corresponder Nomear uma emoção que o participante queira mudar, o impulso de ação gerado pela mesma e pensar numa ação oposta que pode pôr em prática.	Cartões Ficha de atividade	15 minutos
TIPP	Apresentação de estratégias mais imediatas de controlo dos impulsos	Slides Powerpoint Folheto	5 minutos
“Tempo para relaxar...” - Respiração abdominal	Prática guiada de exercício de respiração abdominal	Guião de respiração abdominal	10 minutos
“Tempo para relaxar...” - Mindfulness	Prática guiada de exercício de mindfulness	Guião de mindfulness	5 minutos
“Tempo para relaxar...” - Relaxamento muscular progressivo	Prática guiada de exercício de relaxamento muscular progressivo	Guião de relaxamento muscular progressivo	20 minutos
Experimentação de objetos para relaxamento	Experimentação de objetos sensoriais, focando a atenção na sensação		10 minutos
Reflexão	Reflexão em conjunto sobre o que sentiram com cada exercício e preferência		10 minutos
Desafio da semana	Ficha Ação oposta à emoção	Ficha Desafio	5 minutos

Sessão 4 - Comunicação + Resolução de Problemas

Atividade	Descrição	Recursos	Tempo
Reflexão inicial	Discussão sobre desafio da semana	_____	5 minutos
Visionamento de vídeo	Visionamento e debate sobre o vídeo #Comunicação	Computador Vídeo #Comunicação	10 minutos
“Vamos comunicar!”	Divisão em grupos: - É atribuído a cada grupo um cartão que ilustra uma situação para representação perante os outros, em que cada elemento adota uma postura de comunicação diferente (assertiva, passiva ou agressiva) - Os restantes elementos devem identificar os estilos de comunicação representados	Cartões com situações	20 minutos
Reflexão	Reflexão conjunta sobre o que cada participante sentiu no papel que representou e o que provocou nos outros	_____	10 minutos
Regulação emocional em diferentes situações	- É atribuído a cada grupo um cartão que representa uma situação - Os participantes devem discutir e propor várias soluções para a situação em causa	Cartões de situações	20 minutos
“Vamos descobrir!”	Debate e reflexão conjunta de soluções para as diferentes situações	_____	15 minutos
Desafio da semana	Identificar uma situação durante a semana em que atuaram de forma assertiva	Ficha desafio da semana	5 minutos

Sessão 5 - Literacia em Saúde Mental: Estigma + Autoconceito

Atividade	Descrição	Recursos	Tempo
Reflexão inicial	Discussão sobre desafio da semana anterior	_____	5 minutos
Estigma	Discussão sobre o estigma em relação à saúde mental tendo em conta vários pontos:	Quadro branco	30 minutos

	1. Identificação do estigma social 2. Autoidentificação 3. Desconstrução 4. Reconstrução	Papéis	
“Quem sou eu?”	Preenchimento do mapa do eu tendo em conta vários contextos. Os restantes elementos devem tentar adivinhar a quem pertence o mapa do eu	Ficha de atividade	20 minutos
Reflexão final	Reflexão conjunta sobre influências que o estigma pode ter no autoconceito	_____	15 minutos
Desafio da semana	Adotar um comportamento diferente durante essa semana que contrarie a forma como o estigma associado à sua própria doença mental tem influenciado o seu autoconceito	Ficha desafio da semana	5 minutos

Sessão 6 - Autoestima / Forças de carácter + Autocuidado

Atividade	Descrição	Recursos	Tempo
Visionamento de vídeo	Visionamento do vídeo #ForçasdeCarácter	Computador Vídeo #ForçasdeCarácter	3 minutos
“Descobre quem és”	Preenchimento e cotação do questionário sobre virtudes e forças de carácter	Ficha de atividade	25 minutos
Reflexão	Reflexão conjunta sobre como cada um pode desenvolver as suas forças de carácter e aplicá-las em diversas situações do dia-a-dia	_____	15 minutos
“Como cuido de mim?”	Identificar formas de autocuidado que praticam, pensar noutras a experimentar e como as podem pôr em prática	Ficha de atividade	10 minutos
Reflexão	Reflexão conjunta sobre como cada um pode aplicar formas de autocuidado tendo em conta as suas forças de carácter	_____	15 minutos
Desafio da semana	- Praticar uma boa ação em cada dia da semana - Registar como utilizaram umas das suas principais virtudes	Ficha desafio da semana	5 minutos

Sessão 7 - Papel da Família na Recuperação dos Jovens

Atividade	Descrição	Recursos	Tempo
Validação	Apresentação da importância da validação, o que validar e como validar	Slides Powerpoint	10 minutos
Validação em ação	Discussão e partilha de formas de validação dos filhos	_____	10 minutos
Reforço positivo	Apresentação do conceito e de formas de reforço	Slides Powerpoint	10 minutos
Reforço em ação	Discussão sobre reforços específicos a aplicar com os filhos	_____	10 minutos
Autonomia	Apresentação da importância da autonomia e como a promover	Slides Powerpoint	10 minutos
Autonomia em ação	Discussão de estratégias utilizadas pelos pais na promoção de autonomia	_____	10 minutos
Dúvidas	Esclarecimento de dúvidas	_____	5 minutos

Sessão 8 - Literacia em Saúde / Estilos de Vida Saudáveis

Atividade	Descrição	Recursos	Tempo
Reflexão inicial	Discussão de desafio da semana anterior	_____	5 minutos
Quiz sobre estilos de vida saudáveis	Dividir em grupos para responderem ao quiz sobre alimentação, atividade física, sono, uso de ecrãs e comportamentos de risco (e.g. consumo de álcool, tabaco e drogas) Depois de cada pergunta é devolvida a explicação racional da resposta correta	Computador Slides Powerpoint	50 minutos
Objetivos saudáveis	Numa folha, os grupos colocam de um lado um hábito que queiram mudar e no outro formas de fazer essa mudança acontecer	_____	15 minutos
Reflexão final	Partilha de objetivos saudáveis e reflexão sobre importância de hábitos saudáveis para saúde mental	_____	15 minutos
Desafio da semana	Selecionar e implementar duas atividades identificadas na sessão do autocuidado para substituir o tempo de ecrã	Ficha desafio da semana	5 minutos

Sessão 9 - Literacia em Saúde Mental: Empatia + Aceitação

Atividade	Descrição	Recursos	Tempo
Reflexão inicial	Discussão sobre desafio da semana anterior		5 minutos
Visionamento de vídeo	Visionamento do vídeo #LiteraciaemSaúdeMental	Computador Vídeo #LiteraciaemSaúdeMental	3 minutos
“Vamos falar sobre problemas de saúde mental!”	Divisão em grupos com porta-voz: - É atribuído a cada grupo um cartão que representa uma situação (ansiedade, depressão), devendo (a) identificar sinais e sintomas do problema e (b) pensar em como poderiam ajudar um/a amigo/a nessa situação - O porta-voz do grupo partilha as principais conclusões	Cartões com situações	20 minutos
Reflexão	Reflexão conjunta sobre os três problemas de saúde mental abordados e estratégias de ajuda		10 minutos
Aceitação	Apresentação dos diferentes resultados da não aceitação e da aceitação	Slides Powerpoint	3 minutos
“Como pensar?”	Apresentação de formas de pensamento e exemplos de pensamentos mais flexíveis Em conjunto, constrói-se uma tabela onde os participantes identificam pensamentos mais rígidos e substituem por um mais flexível (“e” em vez de “mas”, a coexistência de duas ideias que parecem contrárias)	Slides Powerpoint Folha e canetas	10 minutos
Validação	Apresentação de passos para autovalidação Listar 3 afirmações de autovalidação	Slides Powerpoint Folhas e canetas	10 minutos
Aceitar o bom que nos é devolvido	Os participantes fazem uma roda e partilham algo positivo sobre os outros		5 minutos
Reflexão final	Reflexão conjunta sobre diferenças entre ser empático com os outros e		10 minutos

	com o próprio e aceitar validação por parte dos outros		
Desafio da semana	Identificar uma situação onde se utilizou competências de validação própria ou outra pessoa as validou	Ficha Desafio	5 minutos

Sessão 10 - Propósito de Vida / Finalização do Programa

Atividade	Descrição	Recursos	Tempo
Vision Board	Partilha e debate sobre os Vision Boards de cada participante e relação com a sua "assinatura de forças"		30 minutos
Reflexão	Reflexão conjunta sobre etapas necessárias para alcançar os diferentes objetivos e importância da resiliência e das forças de carácter		15 minutos
Balanço geral	Apresentação e discussão das ideias-chave do programa	Slides Powerpoint	20 minutos
Avaliação final	Preenchimento do questionário de avaliação final	Ficha de avaliação final	15 minutos