

A PRÁTICA DO ENFERMEIRO EM SAÚDE MENTAL INFANTIL

Kathleen R Delaney, Janice L. Cooper & Sylvia Nshemerewire

Edição em Português

Editores: Yoichi Takaki Konno, Jose Robson Samara Rodrigues Almeida Junior

Tradutores: Pedro Bueno da Silveira Agrelli, Bruno Soleman Maritan



Kathleen R Delaney PhD,
PMHNP, FAAN

Professora, Rush College of Nursing, 600 S Paulina Street, Chicago, Illinois 60210, USA

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Janice L Cooper PhD, MPA

The Carter Center and Emory University School of Public Health, Atlanta, GA 30322, USA

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Sylvia Nshemerewire
MBChB, MMed Psychiatry

Butabika Hospital, Kampala, Uganda

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Esta publicação é dirigida ao treinamento e prática de profissionais na área da saúde mental e não para o público em geral. As opiniões expressas são de responsabilidade dos autores e não representam, necessariamente, as visões do Editor ou da IACAPAP. Esta publicação procura descrever os melhores tratamentos e práticas baseadas na evidência científica disponível no momento em que foi escrita e avaliada pelos autores, podendo mudar como resultado de novas pesquisas. Os leitores devem aplicar este conhecimento de acordo com as diretrizes e as normas de orientação clínicas do seu país. Algumas medicações podem não estar disponíveis em alguns países e os leitores devem consultar informações específicas sobre os medicamentos, já que nem todas as dosagens e efeitos indesejáveis são mencionados. Organizações, publicações e endereços eletrônicos são citados ou sugeridos para ilustrar conteúdo ou como uma fonte de mais informação. Isso não significa que os autores, o Editor ou a IACAPAP defendam o seu conteúdo ou recomendações, devendo o mesmo ser avaliado pelo leitor de forma crítica. Os endereços eletrônicos podem também mudar ou deixar de existir.

©IACAPAP 2018. Esta é uma publicação de livre acesso sob a [Creative Commons Attribution Non-commercial License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Uso, distribuição e reprodução em qualquer meio são permitidos sem permissão prévia desde que o trabalho original seja adequadamente citado e que o uso seja não-comercial. Envie comentários sobre este livro ou capítulo para jmreyATbigpon.net.au

Citação sugerida: Delaney KR, Cooper JL, Nshemerewire S. The practice of child mental health nurses. In Rey JM, Martin A (eds), *JM Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (edição em Português; Dias Silva F, ed) Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2021.

Enfermeiros em saúde mental de crianças e adolescentes (ESMCAs) são enfermeiros registrados que focam seu trabalho em otimizar o desenvolvimento juvenil e também em coordenar e fornecer cuidados em saúde mental para crianças e suas famílias. Por serem um dos maiores grupos de fornecimento de cuidados em saúde que entram em contato com crianças e adolescentes, os enfermeiros são vitais para a promoção de saúde mental e intervenções precoces (RCN, 2016). Enfermeiros em saúde mental infantil trazem uma orientação particular ao seu trabalho, o valor das relações pessoais, um foco em saúde e uma visão da relação entre a criança e os sistemas sociais, como a escola e a comunidade (American Nurses Association, 1985). Eles atuam onde quer que a assistência à saúde seja realizada, em hospitais, centros de saúde comunitária e até mesmo em escolas e agências de disseminação de informações e serviços. Em todo o mundo, enfermeiros psiquiátricos são provedores de uma quantidade expressiva de serviços, particularmente em países de baixa renda; os dados mais recentes indicam que seus números aumentaram 37% desde 2011 (taxa média a cada 100.000 habitantes) (Organização Mundial da Saúde, 2015). Recentemente, tem havido iniciativas globais para treinar mais enfermeiros psiquiátricos, incluindo ESMCAs e, conseqüentemente, um aumento no acesso a serviços de saúde mental infantis (Zegura et al, 2015).

Neste capítulo, será discutido o papel tradicional do ESMCA no tratamento de pacientes internados; destacando como os ESMCAs podem assumir responsabilidade no ambiente terapêutico, sua segurança, estrutura e funções de apoio. Será destacado também o papel dos ESMCAs na promoção de saúde, na identificação precoce e no cuidado baseado na comunidade. Iniciativas envolvendo o desenvolvimento da força de trabalho em países selecionados serão apresentadas, além de colaborações que apoiem a enfermagem psiquiátrica em cada região específica. O papel crescente dos ESMCAs será explorado particularmente em torno do crescimento do cuidado pediátrico primário. Para começar, a história da enfermagem em saúde mental da criança e do adolescente nos Estados Unidos da América (EUA) é delineada para exemplificar a perspectiva da enfermagem em relação a saúde mental infantil e como a especialidade tem se desenvolvido. A não ser que seja especificado o contrário, a palavra “infância” se referirá tanto a criança quanto ao adolescente.

HISTÓRIA

Nos EUA, a enfermagem em saúde mental infantil evoluiu junto com a formação de estruturas de tratamento como os centros de orientação infantil e, nos anos 1930, a abertura de centros de internação especializados em crianças. Nessas unidades hospitalares, os enfermeiros cuidam das necessidades físicas das crianças, de suas medicações controladas e também gastam tempo para construir uma relação com elas (West & Evans, 1992). A especialidade de ESMCA ganhou destaque entre os anos 1950 e 1970, quando iniciativas federais apoiaram o treinamento de 20.000 técnicos em enfermagem especializados em saúde psiquiátrica-mental (TESM), o que levou ao desenvolvimento do programa de graduação em enfermagem voltada a saúde psiquiátrica-mental infantil. Durante esse período, programas de mestrado em enfermagem voltada a psiquiatria infantil formaram aproximadamente 1.000 TESMs. Em 1985 a Associação Americana de Enfermeiros publicou um escopo de prática específico para enfermeiros em

saúde mental infantil, detalhando seu papel no tratamento de transtornos mentais infantis e destacando seu trabalho com as famílias e as crianças, particularmente dentro de escolas e comunidades. Nesses documentos, a perspectiva dos ESMCAs sobre o cuidado evoluiu para uma marcada pela colaboração com as famílias, foco no desenvolvimento, holismo, promoção de saúde e intervenção através da relação (West & Evans, 1985). O papel dos ESMCAs na saúde mental continua evoluindo com o movimento em direção ao cuidado baseado na comunidade e o cuidado primário pediátrico integrado (Martin et al, 2014).

O PAPEL DO TRATAMENTO DO PACIENTE INTERNADO

O tratamento de crianças e adolescentes internados, ainda que raro em países de baixa renda, é parte do continuum do cuidado utilizado quando o jovem é considerado perigoso para si mesmo ou outros ou quando tem necessidade de cuidados intensivos (Torio et al, 2015). Durante o tratamento de curto prazo, a equipe multidisciplinar prescreve medidas para ajudar as crianças a recuperarem o senso de controle sobre suas vidas, além de alinhar serviços para que elas possam retornar às suas comunidades e ao melhor nível possível de funcionalidade. No tratamento breve, o foco é a estabilização do comportamento e o manejo da crise que causou a hospitalização, que frequentemente envolve uma avaliação completa e possível modificação na medicação utilizada pela criança (Gathright et al, 2015). Esse capítulo foca na hospitalização à curto prazo de crianças. Os princípios são aplicáveis ao tratamento residencial, mas os problemas e o tratamento residencial podem ser diferentes, particularmente na abordagem a crianças com problemas complexos e históricos traumáticos (Hogdon et al, 2013; Zelechowski, 2013).

Enfermeiros em saúde mental infantil e clínicos atuantes na saúde mental têm um papel muito importante na conquista dos objetivos da hospitalização. O contato 24 horas com a criança fornece dados úteis para o diagnóstico. Observando como a criança reage ao meio, lida, regula, resolve problemas e como se relaciona com seus companheiros e adultos, é possível informar a quantidade de estrutura e suporte que ela necessitará para atingir a melhor funcionalidade possível (Delaney, 2006a). Como crianças e adolescentes em estresse agudo necessitam de um ambiente que lhes ofereça segurança e tratamento, é necessário que a equipe assistente divida seu foco: devem realizar uma abordagem individualizada da criança assim como do ambiente de tratamento.

Para construir e manter um ambiente terapêutico, os membros da equipe assistente devem entender como a estrutura do programa e sua presença se misturam com o meio. Uma forma de pensar sobre esse trabalho é organizar intervenções em 4 categorias: segurança, estrutura, apoio e auto-gerenciamento (*Four S model*) (Delaney et al, 2000). A ideia de agrupar os aspectos terapêuticos do ambiente em categorias foi sugerida primeiro por Gunderson (1978). Nessa adaptação para a enfermagem, as categorias foram atualizadas e redefinidas para delimitar como serão operacionalizadas durante o tratamento a curto-prazo de pacientes internados (Delaney et al, 2008). Fundamentalmente, a equipe assistente desenvolve e mantém essas qualidades através da forma com que cuidam do ambiente físico, organizam o programa, desenvolvem relações com as crianças e fazem uma parceria com elas, a fim de melhorar a auto-regulação e auto-gerenciamento comportamental. Abaixo



2013 ONCAPS COLLABORATIVE PROVINCIAL
CHILD & ADOLESCENT
INPATIENT MENTAL
HEALTH STANDARDS

está explicado como a equipe cria esses elementos do *Four S* milieu model no uso cotidiano do espaço, da programação em grupo e nas interações com outros pacientes.

Segurança

Ambientes de tratamento devem ser física e psicologicamente seguros para crianças hospitalizadas. Da forma mais básica, a segurança é mantida através da criação de um ambiente físico que seja “asséptico”, ou seja, livre de qualquer objeto que possa ser utilizado para auto ou heteroagressão. Unidades de tratamento de pacientes psiquiátricos internados também tem sistemas para monitorizar agressões ou risco suicida que determinam a frequência de monitorização proporcional ao risco estimado. A segurança também requer um sistema de checagens da segurança da unidade, políticas em relação a visitantes e contrabando, e um sistema de rastreio e monitorização de riscos, incidentes e brechas na segurança. O padrão de saúde mental intrahospitalar, publicado recentemente pela Ontario Cooperative, fornece uma excelente lista de considerações em relação a segurança e padrões de cuidado relacionados (clique na figura ao lado para acessar). A [equipe assistente](#) também mantém a unidade segura através da forma com que se posiciona nela, de modo que ambientes de convívio coletivo estejam sob supervisão, permitindo que a equipe permaneça informada sobre o tom e o ritmo do meio e também das mudanças particulares no comportamento das crianças. Antecipação é um elemento crucial para a segurança do meio, já que facilita a realização de intervenções precoces e fornece a oportunidade de calmamente interromper um comportamento que pareça estar escalando (Delaney & Johnson, 2006).

Mas manter uma atmosfera segura requer muito mais. Segurança exige envolvimento da equipe assistente: interações deliberadas e significativas direcionadas ao desenvolvimento de uma relação de confiança com o paciente (Polacek et al, 2015). Uma interação direcionada ao engajamento é mais do que só conversar. Ao invés disso, é a comunicação que opera em nível interpessoal; uma resposta genuína que envolve empatia, transmite cuidado, busca compreender a experiência da criança e responde de modo que a criança se sinta compreendida (Salamone-Violi et al, 2015). Um pesquisador no Reino Unido, Len Bowers, estudou durante muitos anos sobre segurança e recentemente desenvolveu as *Safewards* (Unidades Seguras) (Bowers, 2014a). Esse modelo tem diversos aspectos, todos focados na redução de conflitos e medidas coercitivas. O envolvimento da equipe assistente é um componente. Segundo o modelo de *Safewards*, o envolvimento consistente dos membros da equipe é essencial, visto como sendo dependente de habilidades interpessoais (como empatia e respeito) e também da regulação emocional dos membros e sua maestria técnica. Dessa forma, uma situação que escale depende de um membro da equipe que permaneça calmo e focado, que tenha alguma vantagem em seu relacionamento com o paciente e que tenha habilidades para acalmar a situação (Bowers, 2014b). Leitores interessados no modelo de *Safewards* podem acessar vídeos que explicam seus elementos com detalhes na coluna ao lado (link à direita).

Engajamento é particularmente importante em unidades de tratamento hospitalar de crianças, especialmente em situações tensas. Crianças e adolescentes hospitalizados podem não ter habilidades de auto regulação, de modular sentimentos intensos e estados emocionais (Eisenberg et al, 2014). Frustração



Clique na imagem acima para ouvir Len Bowers falar sobre a qualidade das evidências para as *Safewards* (11:03). Clique na imagem abaixo para uma detalhada descrição do modelo (59:07)



Contenção Física

Qualquer aparelho, material ou equipamento acoplado ao corpo de uma pessoa, que não pode ser controlado por ela e tem a intenção impedir sua livre movimentação a uma posição de sua preferência.

pode se transformar rapidamente em raiva e raiva em fúria. A regulação de estados emocionais requer controle sobre a atenção, a excitação, a apreciação e a inibição (Izard et al, 2002). Crianças usam essas habilidades para reconhecer a emoção que estão experimentando, entender as pistas da situação que está gerando a emoção e tolerar a emoção negativa por tempo suficiente até processar o que está acontecendo e qual será seu próximo passo. Quando esses controles são deficitários, crianças e adolescentes necessitam de adultos que participem e analisem a situação, intervenham e ajudem eles a acalmar a emoção. Esse engajamento proativo diminui a reatividade agressiva (raiva que surge em resposta a uma situação específica) e mantém a criança, a equipe assistente e outros pacientes seguros. (Delaney, 2009).

Intervenção precoce em uma situação que escala rapidamente também é crítica para reduzir o uso de contenção física — qualquer aparato, material ou equipamento conectado no corpo de uma pessoa, que não pode ser controlado por ela mesma e tem a deliberada intenção de deliberadamente restringir sua livre movimentação. Nos últimos vinte anos, tentativas para diminuir e até eliminar o uso de contenções levou ao desenvolvimento de estratégias, inclusive adotar nas unidades uma filosofia livre de contenções, treinar a equipe assistente em intervenções não coercitivas, avaliar o paciente e intervir precocemente com medidas menos restritivas e promover uma cultura de negociação e colaboração ao invés de coerção (American Psychiatric Nurses Association, 2014). Nos EUA e em outros lugares, uma abordagem efetiva para redução de contenção é destacada nos “Seis Princípios Fundamentais”, desenvolvidos para adultos, porém também aplicáveis a crianças (Azeem et al, 2011). Os princípios incluem como a cultura da unidade se desenvolve, o treinamento da equipe em descalonamento, o papel de liderança, o uso de dados para informar tentativas de redução de contenção e a instituição de debriefing. Os vídeos disponíveis no link à direita discutem a redução da contenção em crianças, o uso dos *seis princípios fundamentais*, e a resposta da equipe às tentativas de redução de contenção. Eles demonstram que a mudança é possível e positiva tanto para os pacientes quanto para a equipe.

Cuidados Embasados no Trauma

Neste capítulo, está explicado o conceito de cuidado baseado no trauma e o papel do trauma no sofrimento emocional. Crianças com histórico de trauma são uma porção substancial da população de pacientes internados e frequentemente apresentam comportamento complexo (Keeshin et al, 2014). Cuidado baseado no trauma enfatiza uma compreensão do comportamento sob a luz do histórico traumático e encoraja abordagens para evitar a replicação de experiências traumáticas e construir um senso de segurança nas interações. Em unidades de internação, a promulgação do cuidado baseado no trauma não é somente instituir intervenções discretas, mas sim demandar a incorporação de um amplo entendimento sobre a traumática resposta ao estresse e a construção de uma cultura de não violência, aprendizado e colaboração (Bryson et al, 2017).

Isso é particularmente importante com crianças que tem histórico de trauma, que podem reagir a confrontações com agressividade reativa. Com todas as crianças, mas particularmente com jovens traumatizados, enfermeiros lutam para manter um tom positivo em suas interações, o que pode não somente reduzir o

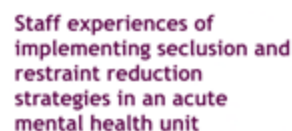


Clique na imagem acima para acessar uma apresentação em PowerPoint sobre o uso de contenções e reclusão na população pediátrica (de Kimberly Allan).



Clique na imagem acima para acessar uma descrição detalhada das seis estratégias fundamentais que foram adotadas na Nova Zelândia.

Clique na imagem abaixo para aprender sobre as reações da equipe assistente.



afeto negativo, mas também estimular crianças a controlar as possíveis situações (processamento de informações cognitivas) (Delaney, 2009). Uma recente revisão da literatura relacionada à instituição do cuidado baseado no trauma também destaca os passos que uma unidade pode tomar para introduzir mudanças através da visão de liderança e desenvolvendo as competências da equipe assistente, particularmente aquelas para reduzir o uso de contenções (Bryson et al, 2017).

Resumindo as estratégias, os autores combinaram os seis princípios fundamentais discutidos acima e a Estratégia Nacional de Implementação de Pesquisa. A liderança da unidade pode usar essas estratégias de cuidado baseado no trauma como base para reduzir a necessidade de contenção. Manter as crianças seguras e eliminar medidas coercitivas devem ser vistas também como responsabilidades morais das enfermeiras para proteger os direitos das crianças. Uma discussão mais aprofundada em relação ao cuidado baseado no trauma está disponível nos vídeos na coluna à direita.

Estrutura

A estrutura é um elemento muito claro do meio terapêutico. No nível mais básico, ela envolve a manutenção de uma programação que organize

Tabela J.11.1 Correspondência das diretrizes de implementação da National Implementation Research Network (NIRN) com seis estratégias fundamentais (reproduzidas de Bryson S et al (2017).

Six Core Strategies to Reduce Seclusion & Restraint	Main NIRN Implementation Driver Required for Successful Implementation	Type of Implementation Driver	
Strategy 1: Leadership Towards Organizational Change	Leadership-Technical & Adaptive	Leadership	Single Driver
Strategy 2: Using Data to Inform Practice	Decision Support Data Systems Facilitative Admin Supports	Organization	
Strategy 3: Workforce Development	Selection Training Coaching Performance Assessment	Competency	
Strategy 4: Use of Seclusion/Restraint Prevention Tools	Systems Intervention Coaching	Competency & Organization	Multiple Driver
Strategy 5: Consumer Roles in Inpatient Settings	Adaptive Leadership Facilitative Admin Supports Systems Intervention	Leadership & Organization	
Strategy 6: Debriefing Techniques	Technical Leadership Systems Intervention	Leadership & Organization	

o dia da criança. De fato, a programação diária da unidade está no coração da estrutura, já que ela oferece um senso de ordem e introduz previsibilidade, o que é particularmente importante para crianças desorganizadas ou aquelas que tem dificuldade em responder a mudanças inesperadas (Kim et al, 2012). A equipe deve estar alerta para tais problemas, especialmente em períodos de transição, que podem ser difíceis para crianças que carecem de flexibilidade de resposta. Essas crianças podem também carecer de flexibilidade em seus mecanismos de enfrentamento e não adequar esses estilos de enfrentamento às demandas da situação. Por exemplo, a criança pode responder à todas as frustrações, sejam elas dificuldades escolares ou alterações com colegas, com confronto ao invés de uma abordagem resolutiva.

A programação diária é geralmente um misto de atividades: terapias em grupo, terapia ocupacional, escola e terapias de expressão como arte ou música. Ela deve incluir atividades prazerosas e exigentes que sejam envolventes e motivacionais. Verificar a resposta da criança a um grupo e às exigências de uma tarefa em particular pode ser útil para avaliar e determinar quanta estrutura e quanto estímulo uma criança necessita para permanecer organizada e sob controle (Delaney, 2006^a). Por exemplo, a equipe pode notar que uma criança em particular fica irritável e perturbada em um ambiente recreacional grupal barulhento e pode precisar de membros adicionais (um membro da equipe sentado próximo ao paciente) para mantê-la focada. A criança pode se sair bem na terapia ocupacional mas fica evitativa e mal-humorada na sala de aula. Essa criança pode necessitar de ajuda extra para decifrar e estruturar o trabalho acerca da tarefa em questão.

O objetivo geral em uma unidade infantil é que a juventude possa ser bem-sucedida e que se sinta competente. Isso significa que grupos devem manter um número suficiente de funcionários na equipe assistente de forma que sejam

Exemplo de Filosofia de Unidade

- Todo comportamento tem significado. Para intervir terapêuticamente com a criança, a equipe deve primeiro entender o significado de um comportamento em particular.
- Famílias são parceiros importantes no tratamento.
- Crianças pedem somente o quanto precisam. A equipe trabalha com a criança para atingir uma compreensão de quaisquer limitações do que o mundo adulto pode prover.
- Relacionamentos são importantes. Aprendizado e crescimento ocorrem no contexto em que regras e normas devem ser flexíveis o suficiente para atender às necessidades da criança.
- Crianças devem experimentar alegria em suas vidas. O ambiente é estruturado para melhorar a experiência de alegria da criança e para ela se divertir consigo mesma, seus companheiros e adultos.
- Crianças variam em suas habilidades de processar informação, diferenciar estímulos e manejar suas emoções. Experimentando a habilidade da criança de atender às expectativas do meio, a equipe determina a quantidade de estrutura e clareza que a criança necessita para funcionar.
- Competência importa. A equipe estrutura experiências educacionais e sociais a fim de que a criança experimente um senso de competência.
- O objetivo de todas as intervenções é ajudar a criança a alcançar a autorregulação.
- A ressonância empática com uma criança permite que a equipe intervenha e reforce as funções hesitantes da criança (a capacidade de lidar com demandas, frustrações e afetos poderosos). Por meio dessa sintonização repetida, confiável e consistente, a criança gradualmente assume as funções de organização, afirmação e tranquilizante da equipe.

mantidos o tom apropriado e o nível da atividade. Em uma unidade com poucos funcionários, grupos constantemente se tornam desorganizados e barulhentos demais ou, na outra extremidade, se tornam repetitivos e tediosos. Quando isso ocorre, as crianças podem viver novamente essa desorganização e sua inabilidade em focar.

Um difícil aspecto é como estabelecer expectativas e implementar regras. Fornecer estrutura requer que a equipe de enfermagem alcance um equilíbrio entre manter a ordem da unidade enquanto não é infringida a autonomia dos jovens ou seu senso de controle pessoal (Voogt et al, 2014). A equipe talvez tenha a equivocada noção de que impor expectativas rigorosas ajude a controlar o comportamento e “moldar” a criança. Na verdade, o que ocorre é o contrário. Para nutrir as habilidades de enfrentamento de uma criança, a equipe deve estimular a autonomia e fornecer uma racionalização das regras e expectativas (Skinner & Wellborn, 1994). Além disso, para reduzir o estresse, a equipe deve objetivar provocar a cooperação da criança e estabelecer demandas de enfrentamento que estejam dentro do alcance da criança (Delaney, 2009). Por exemplo, por quanto tempo a criança permanece em um grupo deve depender da avaliação da equipe sobre a capacidade de permanecer organizada e focada da criança. Se uma criança tem problemas no fim das reuniões em grupo, é planejado então que ela deixe o grupo 10 minutos antes do fim do encontro. Como uma regra geral, as expectativas da unidade devem ser revisadas para assegurar que elas atendam às necessidades da criança (Bowers, 2014a).

Finalmente, a forma com a qual a equipe aborda as decisões acerca da participação das crianças e suas expectativas decide a cultura da unidade— as normas da unidade se tornam senso comum em relação a como as crianças devem ser tratadas. A cultura de uma unidade é evidente nas decisões do dia-a-dia e nas respostas aos comportamentos das crianças. Uma cultura pode ser centrada em regras e dominada por esforços para reforçá-las ou pode ser marcada por uma flexível interpretação do que é necessário para manter o meio sob controle e responder às necessidades das crianças. Esta abordagem ajuda crianças a desenvolver mecanismos de enfrentamento e a começarem a ver adultos como prestativos em suas tentativas para manter o ambiente organizado e sob controle. O uso de técnicas como resolução colaborativa de problemas ajuda a explorar as habilidades cognitivas que uma criança necessita para navegar em situações difíceis e a trabalhar com elas para alcançar soluções (Ercole-Fricke et al, 2016). É útil para a equipe ficar atenta às suas próprias crenças em relação a como as crianças da unidade devem ser tratadas e, dependendo da abordagem da unidade, como elas vão evoluir e crescer. Uma lista de diretrizes para uma unidade de crianças/adolescentes nos EUA, feita por uma equipe e vista como exemplo de filosofia por seu trabalho com crianças, pode ser vista na caixa da página 7.

Suporte

Suporte é outro simples e enganoso elemento do meio. Membros mais novos da equipe podem encará-lo como encorajar e ser empático com as emoções da criança. Apesar de a empatia ser um elemento, fornecer suporte demanda da equipe um nível mais aprofundado de engajamento, que ofereça ao paciente a experiência de ser reconhecido, atendido e compreendido (Carlsson et al, 2006). A ideia de suporte profissional em momentos de crise tem sido enquadrada em psiquiatria como um efeito moderador de suporte social ou, de acordo com a



Clique na imagem para visualizar.

literatura terapêutica, como um tipo específico de terapia (suportiva). Enfermeiros em psiquiatria vêem o suporte em termos de aspectos interpessoais do cuidado, dentro do contexto da relação enfermeiro-paciente. Para enfermeiros, é nessa relação que os indivíduos direcionam suas ansiedades e se movem em direção à saúde e bem-estar (D'Antonio et al, 2014).

Assim como é com adultos, a construção de um relacionamento com as crianças em uma unidade hospitalar não necessariamente envolve uma abordagem verbal na resolução de problemas duradouros. Ao invés disso, uma abordagem de suporte envolve interações que ajudem a criança a lidar com os problemas mais imediatos da vida na unidade, suas atuais ansiedades e com a reintegração delas a sua vida domiciliar e escolar. A criança pode não articular esses problemas; dessa forma, é importante observar cuidadosamente o comportamento dela no meio, seus padrões de resposta às expectativas da unidade e decifrar o que está causando seu sofrimento. Mesmo tendo em vista esse entendimento, uma criança pode não responder prontamente às propostas dos adultos. Ao longo do tempo, a criança pode aprender que os adultos não são úteis a ela em situações de estresse ou para gerenciar suas emoções. Se esse for o caso, propostas iniciais podem ser lidadas com desdém; desenvolver uma relação requerirá uma resposta constante e empática aos afetos da criança e às mensagens subliminares de seu comportamento (Proffer, 1966).

Como criar uma ponte de entendimento com a criança? Uma boa quantidade de pesquisas têm sido feitas em relação ao engajamento com pacientes adultos hospitalizados (McAndrew et al, 2014). Essa pesquisa nos mostra que o engajamento é facilitado quando os enfermeiros se comprometem a se conectar com o paciente, escutando-o e usando um modelo de parceria caracterizado pela resolução conjunta de problemas e tomada de decisões (Gunasekara et al, 2013). Para trazer essa conexão a um nível interpessoal (de forma que o paciente experimente a conexão), é necessário estar presente, ser empático, ter autoconsciência da resposta do indivíduo ao que está acontecendo na interação e ajustar as respostas com base na experiência do paciente e o significado de seu comportamento (Delaney et al, 2017). O vídeo presente no endereço eletrônico à direita não é sobre enfermagem, mas sim sobre emoção, empatia e se conectar à experiência. Ele nos lembra da necessidade de conexão através do compartilhamento de emoções e os ganhos obtidos através de conexões interpessoais.

Infelizmente, existem elementos em pacientes internados que impedem o desenvolvimento de empatia, engajamento e relações. Estar sintonizado com a experiência da criança exige energia e estar emocionalmente disponível. É necessário comprometimento para notar os padrões de resposta da criança e transmitir um interesse genuíno na sua experiência sobre o mundo. Isso demanda que a equipe seja generosa com seu tempo, que frequentemente é consumido por (Seed et al, 2010). Para a equipe manter o engajamento, a liderança da unidade deve oferecer apoio e mostrar interesse genuíno nos interesses e preocupações da equipe. Dessa forma, o apoio deve operar em diversos níveis: a equipe apoia as crianças e a gerência apoia a equipe.

Uma preocupação é como a equipe de enfermagem equilibra a postura de apoio com a intenção de manter a estrutura e segurança da unidade. O membro da equipe que procurar formar uma relação com a criança baseado na preocupação

com o cuidado pode também ser a pessoa que estabelece limites em uma situação delicada. Esses momentos podem dificultar a relação criança-equipe. Para lidar com esse conflito, a equipe deve redobrar os esforços para respeitar as necessidades de autonomia da criança, adotar uma atitude não autoritária, lidar com a situação de forma autêntica e oferecer espaço para ela preservar seu respeito e reputação (Carlsson et al, 2006; Delaney, 2009).

Auto-Gerenciamento

Auto-gerenciamento pode ser definida como a forma que uma pessoa se adapta às atividades do dia-a-dia para manter sua saúde e ou manejar sintomas associados a alguma doença. Por exemplo, para indivíduos lidando com depressão, estratégias de auto-gerenciamento podem incluir esforços para controlar pensamentos negativos automáticos (Hoffman, 2012). Crianças e adolescentes em unidades de pacientes internados sofrem uma variedade de transtornos emocionais que podem ter regras específicas de auto-gerenciamento (Torio et al, 2015) mas existem princípios gerais que enfermeiros podem seguir.

O que auto-gerenciamento pode significar para a criança? Frequentemente, crianças em unidades de internação tem dificuldades em manter sob controle suas emoções e comportamento. Isso envolve a diminuição de fortes afetos, como tristeza e frustração. As crianças aprendem a diminuir e aliviar sentimentos negativos durante os primeiros anos, quando seus cuidadores, percebendo que a criança estava sobrecarregada de emoções, responderam com conforto e ajudaram a criança a regular afetos como raiva, frustração ou tristeza (Socarides & Stolorow, 1984). Crianças internadas podem não ter essas habilidades de auto alívio. Além disso, elas podem não ter a habilidade de detectar uma emoção, conectá-la a um evento e articular o sentimento a adultos. Neste caso, elas podem expressar seu sofrimento em ações, não palavras. Quando a equipe observar comportamentos negativos e barulhentos, o que ela pode estar realmente vendo é uma criança que não consegue lidar com frustração. Uma criança emburrada pode ser solitária ou irritável, ou um jovem experienciando sentimentos depressivos (Stringaris et al, 2013). O papel da equipe é aprender o padrão de respostas da criança e a apresentação afetiva que as acompanham e intervir quando a regulação é deficiente (McCluskey et al, 1999). Uma vez que a criança estiver experienciando menos estresse, a equipe pode tentar ensiná-la os primeiros passos da regulação do afeto, como identificar seus sentimentos e aprender como eles aparecem em situações particulares (Delaney, 2006b).

Para o adolescente, esforços para o auto-gerenciamento podem focar em ensinar técnicas para a redução de estresse ou lidar com a depressão e pensamentos suicidas. Unidades para adolescentes podem adotar uma forma específica de tratamento em grupo, como a Terapia de Aceitação e Compromisso (TAC). Nela, usando técnicas baseadas em evidências, o adolescente aprende um novo conjunto de habilidades de enfrentamento para lidar com o estresse e aceitar suas experiências. Usando a abordagem da TAC, a equipe encoraja jovens a mover em frente, criando o tipo de vida que eles mais querem viver. Intervenções são formadas para ajudar adolescentes a aumentar sua percepção das demandas do ambiente, seus valores pessoais e torná-los aptos a conviver com pensamentos e sentimentos conflitantes enquanto dão passos em direção a necessários e desejados



Clique na imagem para assistir um curto vídeo clipe sobre DBT (8:01).



Clique na imagem para acessar a publicação "Mental Health in Children and Young People" da Royal College of Nursing.

Clique na imagem abaixo para acessar um blog sobre saúde da comunidade que tem links extensivos à documentos da OMS lidando com primeiros socorros em saúde mental.



objetivos (Twohig et al, 2013).

O adolescente pode se encontrar em um ciclo negativo, como fugir de casa repetidamente ou usando drogas. Durante a hospitalização, elas podem focar na vida que querem ter, como lidar com o tumulto interno e como podem exercer o controle. Conforme se tornam cientes de suas experiências internas, eles têm uma oportunidade de considerar comportamentos alternativos. Entender os déficits na regulação emocional e mapear respostas alternativas está no centro da Terapia Dialética Comportamental (TDC), uma abordagem que tem sido implementada com sucesso com pacientes em unidades de internação (MacPherson et al, 2013). Através do ensino e prática de técnicas como mindfulness, tolerância ao estresse e consciência emocional, o adolescente vem a entender os dois pólos de sua experiência e como reconciliar essas forças opostas. Por exemplo, uma situação pode ser a vulnerabilidade emocional do jovem de um lado contra a auto-invalidação do outro (MacPherson et al, 2013). Com técnicas de TDC, o jovem pode aprender a reconciliar a intensidade emocional e o sofrimento de um lado com o despedimento/invalidação do outro (veja o vídeo no link ao lado para uma breve explicação sobre a TDC).

Dependendo da população tratada na unidade, diferentes estratégias de auto-gestão podem ser tomadas. Devido à frequência de adolescentes com ideação suicida, estratégias específicas voltadas a esses pensamentos podem ser implementadas (Glenn, Franklin, & Nock, 2014). O elemento crítico é que essas intervenções sejam baseadas em evidências e estejam em sintonia com o programa da unidade, com o nível de desenvolvimento do grupo de pacientes e os objetivos gerais do tratamento.

O CRESCENTE PAPEL DOS ENFERMEIROS EM SAÚDE MENTAL INFANTIL

Identificação Precoce – O Papel da Prevenção e Primeiros Socorros em Saúde Mental



Clique na imagem para acessar o blog de Jerome Wright sobre o desenvolvimento de cuidados comunitários em saúde mental baseados em vilarejo, em Malawi.

Primeiros Socorros em Saúde Mental

Primeiros socorros em saúde mental são a ajuda fornecida a pessoa que esteja desenvolvendo um transtorno mental, vivendo uma piora de um transtorno já existente ou em crise de saúde mental. Os primeiros socorros são dados até que ajuda profissional apropriada seja recebida ou até a crise ser resolvida.

Além de ser capaz de ouvir empaticamente, para fornecer primeiros socorros em saúde mental é necessário ter um bom entendimento dos efeitos de uma saúde mental doente no trabalho e nas relações, saber os sinais precoces, quais são os procedimentos a seguir em uma crise e saber quais são os recursos disponíveis na comunidade e como usá-los.

Ao redor do mundo, o alcance da saúde mental infantil continua a crescer assim como a urgência para o reconhecimento precoce dos problemas na vida de uma criança. Como enfermeiros são o maior grupo de profissionais em contato com as crianças, seu papel na promoção e prevenção de saúde mental é crítico. Assim como a Royal College of Nursing (RCN) enfatiza, todo enfermeiro deve se considerar como um enfermeiro em saúde mental infantil (Royal College of Nursing, 2016). Além do mhGAP, que é discutido em outro capítulo deste livro, existem outras ferramentas para ajudar enfermeiros a avaliar e responder a comportamentos que indiquem estresse emocional em uma criança (Royal College of Nursing, 2014).

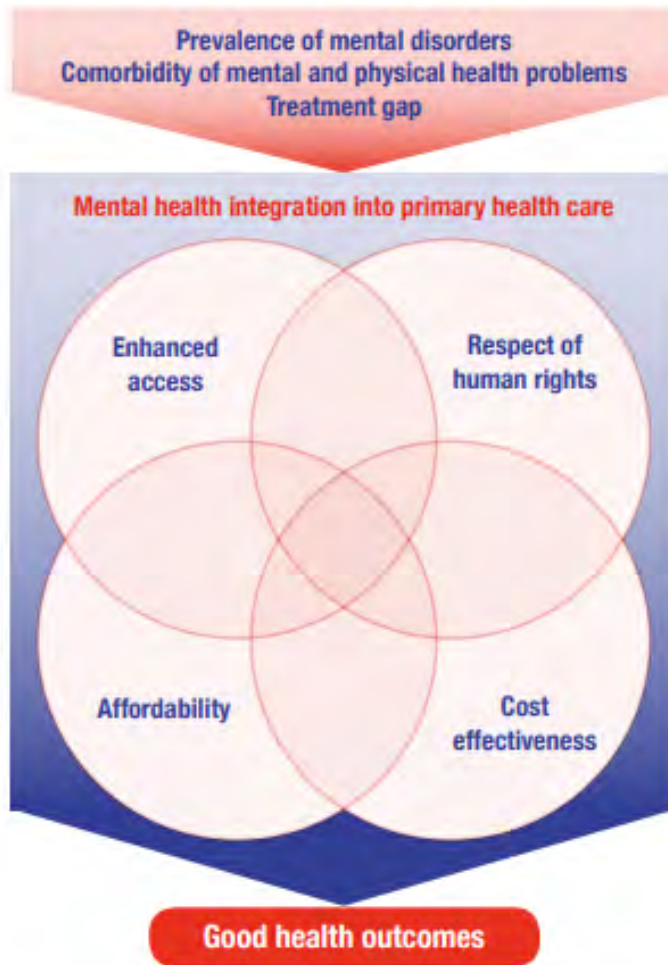
Enfermeiros psiquiátricos também tem parte ativa em aumentar o conhecimento sobre saúde mental de indivíduos, particularmente em como o comportamento pode indicar estresse psicológico. Essa forma de educação está cada vez mais adaptada e praticada em países de baixa renda, particularmente após crises ou desastres. Labadee & Bennett apontam que reações a desastres diferem em sua natureza e âmbito, mas também dependem da idade do indivíduo. Eles nos lembram que crianças podem não ter habilidades verbais e emocionais para lidar com tremendas mudanças em suas vidas. De acordo com as recomendações da OMS acerca de primeiros socorros psicológicos àqueles que viveram desastres, é importante fazer contato, ouvir as preocupações e ajudar a pessoa a se sentir calma.

Por exemplo, o reconhecimento precoce de estresse e problemas de saúde mental é uma pedra fundamental de um projeto iniciado em Malawi sob a direção de Jerome Wright, da Universidade de York, no Reino Unido. Essa adaptação de um currículo em saúde mental foi centrada em um modelo de saúde voltado para o entendimento do estresse e acolhimento de pessoas em sofrimento, além do reconhecimento de crenças sobre a saúde e valores pessoais da comunidade e o contexto cultural da Malawi rural (Wright & Chiwandira, 2016). Depois de cuidadosamente desenvolver um currículo que atingisse esses objetivos, Wright e seu time treinaram 430 “assistentes de vigilância de saúde”. Ao reportar o progresso da iniciativa, Wright nota que esses indivíduos foram capazes de identificar e intervir em pessoas em sofrimento através de mais de 850 atividades de promoção de saúde mental. Depois de 2 anos de projeto, 43,049 pessoas frequentaram os 850 eventos de promoção de saúde mental. Ao longo do treinamento de grupos para trabalhar com os assistentes de vigilância de saúde, mais de 200 enfermeiros também foram treinados (Personal Communication, J Wright, October 2017). Wright explica o projeto em detalhes em um blog (para acessar, veja o link na coluna à direita).

Integração da Saúde Mental ao Cuidado Primário

O cuidado integrado reconhece a conexão entre saúde mental e física e que problemas de saúde mental frequentemente se apresentam com queixas somáticas. O relatório da OMS sobre o cuidado primário tira os melhores exemplos da África do Sul e do Brasil, onde enfermeiros fornecem serviços de saúde mental ou educam e treinam trabalhadores do cuidado primário. Os benefícios de um cuidado integrado são cada vez mais reconhecidos em serviços de saúde pediátrica, incluindo acesso ao cuidado, diminuindo a lacuna para transtornos mentais e custo efetividade (veja a figura J.11.1). Em países industrializados, há um esforço para otimizar o papel dos enfermeiros no cuidado integrado, encorajando o uso

Figura J.11.1 Sete boas razões para integrar saúde mental ao cuidado primário (Organização Mundial de Saúde, 2008).



de sua instrução para realizar uma triagem e coordenação do cuidado (Smolowitz et al, 2015). A introdução de enfermeiros em saúde mental no cuidado primário requerirá mais do que treinamento em habilidades adicionais. Construir uma relação de trabalho entre enfermeiros e médicos generalistas demandará educação do serviço acerca do papel dos enfermeiros no cuidado primário, suas competências e sua área de atuação (Meehan & Robertson, 2013).

Desenvolvimento da Equipe de Enfermeiros em Saúde Mental Infantil

A chave para aumentar o acesso a cuidados em saúde mental é construir a robustez e o tamanho da mão de obra envolvida na saúde mental, particularmente enfermeiros. Abaixo está descrito o sucesso de um país na educação e formação de enfermeiros em saúde mental.

O PROGRAMA DE TREINAMENTO PÓS-BÁSICO DA LIBÉRIA EM SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Existem esforços em todo o mundo para desenvolver uma força de trabalho de enfermeiros em saúde mental. Iniciativas específicas à enfermagem infantil



Vinte e um clínicos especializados em saúde mental da infância e adolescência graduados em 2017, na cidade de Kakata, Libéria, de um programa desenvolvido pelo Carter Center em parceria com o Ministério da Saúde da Libéria e o Ministério do Gênero, Infância e Social. Clique na figura para ver um relato (2:42).

incluem um programa recente na Libéria, onde crianças e adolescentes formam mais da metade da população. Estima-se que 20% das crianças e adolescentes em todo o mundo sofram de algum transtorno social, emocional, comportamental ou de saúde mental que seja debilitante (Kieling et al, 2014). Não existem dados sobre a prevalência na Libéria. Contudo, dados de países de baixa e média renda sugerem que transtornos de saúde mental infantil na África Subsaariana contabilizam 14% dos indivíduos com algum problema psicológico e 9,5% dos indivíduos com algum transtorno psiquiátrico (Cortina et al, 2012). Esse é o legado da soma de 14 anos de conflitos civis, criação por crianças-soldados, pobreza e violência sexual (Johnson et al, 2008; Samuels et al, 2015).

Quando o Ministro da Saúde e o Carter Center Mental Health fizeram uma parceria para produzir um novo corpo de trabalhadores da saúde mental focado em crianças e adolescentes, nós nos tornamos profissionais no campo de saúde mental global, com experiência da África, Europa e da América. Através da Escola de Medicina da Universidade da Carolina do Sul, nós desenvolvemos um curriculum adequado ao contexto liberiano. Nós recrutamos um psiquiatra infantil e um psicólogo infantil da Uganda, além de outros experts do subcontinente com experiência prévia na Libéria que colideraram os cursos com os profissionais liberianos.

O intenso programa de treinamento pós-básico (6 meses) para enfermeiros, parteiras e médicos assistentes é composto de seis cursos, que variam em duração de três a seis semanas, com práticas clínicas simultâneas em um hospital de saúde mental referência nacional e em instalações de saúde, além de práticas em saúde mental baseadas na comunidade, como clínicas sediadas em escolas e casas de acolhimento para jovens. O texto principal inclui: WHO's mhGAP-IG. 2.0, Principles of Psychiatric Nursing, o IACAPAP eTextbook e, onde não houve psiquiatras infantis, Dulcan's Textbook of Child & Adolescent Psychiatry and Family Psycho-Education for Children & Adolescents (The Carter Center, 2016). Competência

Clique na imagem para acessar o site da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que lista os centros de colaboração que apoiam a enfermagem e listam programas de treinamento em várias regiões.



essenciais ensinadas e testadas incluem o uso de métodos de avaliação validados para detectar transtornos biopsicossociais, psiquiátricos, do desenvolvimento, saúde mental e uso de substâncias, tendo como base o DSM-5 e o Formulário Nacional Britânico para Crianças e Adolescentes, e o estabelecimento de tratamentos de saúde e intervenções psicossociais baseados em evidência. Treinamento em temas centrais de advocacia, direitos humanos, intervenções anti-estigma e estrutura, determinantes e evidências para a prática também foram ensinados. A avaliação de conhecimentos, habilidades e atitudes incluíram testes pré e pós-programa, avaliação de habilidades terapêuticas e provas específicas para cada curso e módulo. O programa é conduzido alternativamente na capital da Libéria, Monróvia e no Margibi Kakata Rural Training Institute em Margibi.

Até hoje, o Conselho Liberiano de Enfermagem e Obstetrícia certificou 64 clínicos em saúde mental da infância e adolescência para prática independente através de um exame do conselho. Eles atuam em todos os 15 condados da Libéria, com exceção de um. O programa também oferece oito cursos por ano e apóia práticas comunitárias em 45 localidades e seis clínicas em escolas com verbas da UBS Optimus e o Banco Mundial. Outros componentes do curso incluem o uso de blogs de clínica e de computadores como ferramentas de aprendizagem e investigação. Todos os graduados recebem cópias em papel laminado dos principais métodos de triagem, cópias dos principais livros texto, incluindo do IACAPAP, cópias de versões de bolso do DSM-5 para crianças e adolescentes e um notebook com modem para enviar e reportar casos baseados em formulários.

Apoiar clínicos a desenvolver a prática de reportar os resultados de suas práticas e gerenciamento é componente fundamental do curso. Aproximadamente 40% dos graduandos tem práticas de saúde mental baseadas ou ligadas a escola. Uma adaptação recente do WHO EMRO School Health Manual for Liberia é outro passo em direção ao aumento do número de escolas com clínicos em saúde mental da infância e adolescência trabalhando em meio período ou completo. Em escolas com clínicas, grupos de orientação parental estão sendo treinados para auxiliar o trabalho delas. Entre os desafios que os graduandos enfrentam ao retornar à prática estão: baixa remuneração, baixo estoque de medicações e falta de espaço para a prática. O objetivo é treinar 100 clínicos em saúde mental da infância e adolescência e mais de 280 professores que possam trabalhar para auxiliar a saúde, o desenvolvimento socio emocional e as necessidades em saúde mental de crianças por todo o condado. O programa planeja conduzir sua primeira conferência nacional de saúde escolar no início de 2018 (acesse o vídeo no link à direita para mais informações sobre os graduandos do programa).

APOIANDO O TRABALHO DE ENFERMEIROS EM SAÚDE MENTAL INFANTIL

Ao redor do mundo, o papel da enfermagem continua a crescer com ênfase na promoção e prevenção de saúde mental infantil. Muitos centros internacionais e regionais na OMS fornecem visão e materiais que auxiliam enfermeiros em saúde mental infantil a fornecer programas, particularmente relacionados a prevenção e sensibilização da comunidade. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) tem centros de colaboração apoiando a enfermagem e também informações sobre a saúde mental em suas regiões. O Boletim de Saúde Mental da OPAS na

Internet lista os programas de treinamento ocorrendo em várias regiões, dos quais enfermeiros são parte integral. Um novo e interessante recurso vem do Canadá, a [um endereço eletrônico que educa e informa tanto profissionais quanto os jovens sobre saúde mental](#). Aqui, a visão de uma cultura saudável se estende diretamente aos adolescentes, reduzindo o estigma através da educação e de oportunidades para dialogar sobre sua própria saúde mental.

Enfermeiros estão oferecendo intervenções básicas em saúde mental, confirmando a literatura de saúde e combatendo o estigma em países de baixa renda ([Organização Mundial da Saúde, 2015](#)). Nesse aspecto, muitos dos capítulos deste livro são aplicáveis ao trabalho de enfermeiros psiquiátricos infantis, que avaliam, rastreiam e identificam os comportamentos/sintomas apresentados e seus precipitantes associados. Enfermeiros psiquiátricos infantis ao redor do mundo também utilizam princípios de comunicação para estabelecer engajamento familiar e compreender as prioridades dos cuidadores para ajudar a criança e o adolescente. Eles sabem como usar os mecanismos de enfrentamento disponíveis dentro do contexto familiar e comunitário.

CONCLUSÃO

Enfermeiros em saúde mental são vitais para melhorar o acesso a serviços de saúde mental e o bem-estar de crianças e suas famílias. Na maioria dos países, existem muito poucos enfermeiros em saúde mental para atender às necessidades de todos os cidadãos (OMS, 2015). Enfermeiros reportam trabalhar em contextos de agitação significativa, frequentemente em uma atmosfera de estigma, com uma substancial falta de recursos e na ausência de um sistema organizado para apoiar a saúde mental (Marie, Hannigan, & Jones, 2017).

Conforme o papel dos enfermeiros em saúde mental infantil e da comunidade crescem, assim também deve crescer a documentação dos seus esforços: à quem eles atendem, quais são suas necessidades e quais são os resultados. Com propriedade em sua prática, os esforços dos enfermeiros e as inovações podem ser disseminados e progredirem para fornecer serviços a um número ainda maior de indivíduos e melhorar a saúde mental das crianças.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Nurses Association (2014). *Position Statement: The Use of Restraint American*
- [American Psychiatric Nurses Association \(2014\). Position Statement: The Use of Restraint and Seclusion.](#)
- American Nurses Association (1985) *Scope and Standards for Child and Adolescent Psychiatric and Mental Health Nursing Practice*. Kansas City, MO: Author.
- Azeem MW, Akashdeep A, Rammerth M et al (2011). Effectiveness of six core strategies based on trauma informed care in reducing seclusions and restraints at a child and adolescent psychiatric hospital. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 24(1):11-15.
- Bowers L (2014a). Safewards: A new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21(6):499-508.
- Bowers L (2014b). A model of de-escalation: Len Bowers provides advice, based on the latest research, on the safest way for staff to deal with conflict and aggression. *Mental Health Practice* 17(9):36-37.
- Bryson SA, Gauvin E, Jamieson A et al (2017). What are effective strategies for implementing trauma-informed care in youth inpatient psychiatric and residential treatment settings? A realist systematic review. *International Journal of Mental Health Systems* 11(1):36.
- Carlsson G, Dahlberg K, Ekebergh M et al (2006). Patients longing for authentic personal care: A phenomenological study of violent encounters in psychiatric settings. *Issues in Mental Health Nursing* 27(3):287-305.
- Cortina MA, Sodha A, Fazel M (2012). Prevalence of child

- mental health problems in Sub-Saharan Africa: A systematic review. *Archives Pediatric Adolescent Mental Health Medicine* 166(3):2879-2281.
- D'antonio P, Beeber L, Sills G et al (2014). The future in the past: Hildegard Peplau and interpersonal relations in nursing. *Nursing inquiry* 21(4):311-317.
- Delaney KR (2006a). Learning to observe in context: Child and adolescent inpatient mental health assessment. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 19:170-174.
- Delaney KR (2006b). Following the affect: Learning to observe emotional regulation. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 19(4), 175-181.
- Delaney KR (2009). Reducing reactive aggression by lowering coping demands and boosting regulation: Five key staff behaviors. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 22:211-219.
- Delaney KR, Johnson ME (2006). Keeping the unit safe: Mapping psychiatric nursing skills. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 12:198-207.
- Delaney KR, Perraud S, Johnson ME (2008). Creating a therapeutic environment: The work of psychiatric nurses. In SS Sharfstein, FB Dickerson & JM Oldham (eds). *Textbook of Hospital Psychiatry*. Arlington, VA: APA Press (pp. 389-401).
- Delaney KR, Perraud S, Pitula C (2000). Brief psychiatric hospitalization and process description: What will nursing add? *Journal of Psychosocial Nursing* 38 (3):7-13.
- Delaney KR, Shattell M, Johnson ME (2017). Capturing the Interpersonal Process of Psychiatric Nurses: A Model for Engagement. *Archives of Psychiatric Nursing*. 31(6), 634-640.
- Eisenberg N, Hofer C, Sulik MJ et al (2014). Self-regulation, effortful control, and their socioemotional correlates. In JJ Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press (pp. 157-172).
- Ercole-Fricke E, Fritz P, Hill LE et al (2016). Effects of a collaborative problem-solving approach on an inpatient adolescent psychiatric unit. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 29:127-134.
- Gathright MM, Holmes KJ, Morris EM et al (2015). An innovative, interdisciplinary model of care for inpatient child psychiatry: An overview. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 43, 648-660.
- Glenn CR, Franklin JC, Nock MK (2015). Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 44 (1).
- Gunasekara I, Pentland T, Rodgers T et al (2014). What makes an excellent mental health nurse? A pragmatic inquiry initiated and conducted by people with lived experience of service use. *International Journal of Mental Health Nursing* 23(2):101-109.
- Gunderson JG (1984). Defining the therapeutic processes in psychiatric milieu. *Psychiatry* 41:327-335.
- Hoffman M (2012). *Cognitive Therapy for Depression*. <https://www.webmd.com/depression/features/cognitive-therapy#1>
- Hodgdon HB, Kinniburgh K, Gabowitz D et al (2013). Development and implementation of trauma-informed programming in youth residential treatment centers using the ARC framework. *Journal of Family Violence*, 28(7), 679-692.
- Izard CE, Fine S, Mostow A et al (2002). Emotion processes in normal and abnormal development and preventive intervention. *Development and Psychopathology* 14:761-787.
- Johnson K, Asher J, Rosborough S et al (2008). Association of combatant status and sexual violence with health and mental health outcomes in post-conflict Liberia. *JAMA* 300(6):576-690.
- Keeshin BR, Strawn JR, Luebke AM et al (2014). Hospitalized youth and child abuse: A systematic examination of psychiatric morbidity and clinical severity. *Child Abuse & Neglect* 38(1):76-83.
- Kieling C, Graeff-Martins AS, Hamoda H et al (2013). Child and adolescent mental health. In Patel V, Minas H, Cohen A, Prince M (Eds.). *Global Mental Health* London, England: Oxford University Press (pp. 335-353).
- Kim P, Jenkins SE, Connolly ME (2012). Neural correlates of cognitive flexibility in children at risk for bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research* 46:22-30.
- MacPherson HA, Cheavens JS, Fristad MA (2013). Dialectical behavior therapy for adolescents: theory, treatment adaptations, and empirical outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review* 16(1):59-80.
- Marie M, Hannigan B, Jones A (2017). Challenges for nurses who work in community mental health centers in the West Bank, Palestine. *International Journal of Mental Health Systems*, 11:3.
- Martin MP, White MB, Hodgson JL et al (2014). Integrated primary care: a systematic review of program characteristics. *Families, Systems, & Health*, 32(1), 101-115.
- McAndrew S, Chambers M, Nolan F et al (2014). Measuring the evidence: Reviewing the literature of the measurement of therapeutic engagement in acute mental health inpatient wards. *International Journal of Mental Health Nursing* 23(3):212-220
- McCluskey U, Hooper C-A, Miller LB (1999). Goal-corrected empathic attunement: Developing and rating the concept within an attachment perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 36:80-90.
- Meehan T, Robertson S (2013). Mental health nurses working in primary care: Perceptions of general practitioners. *International Journal of Mental Health Nursing* 22:377-383.
- Polacek MJ, Allen DE, Damin-Moss RS et al (2015). Engagement as an element of safe inpatient psychiatric environments. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 21:181-190.

- Proffer AA (1996). The interpersonal treatment of young children: Principles and techniques. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 33:68-76.
- Seed MS, Torkelson DJ, Alnatour R (2010). The role of the inpatient psychiatric nurse and its effect on job satisfaction. *Issues in Mental Health Nursing* 31(3):160-170.
- Salamone-Violi GM, Chur-Hansen A, Winefield HR (2015). "I don't want to be here but I feel safe": Referral and admission to a child and adolescent psychiatric inpatient unit: The young person's perspective. *International Journal of Mental Health Nursing* 24(6):569-576.
- Samuels F, Jones N, Hamad BA et al (2015) Rebuilding adolescent girls; lives in fragile and post-conflict context: The importance of mental health and psychosocial support in Gaza, Liberia and Sri Lanka.
- Skinner EA, Wellborn JG (1994). Coping during childhood and adolescence: A motivational perspective. In RD Lerner, D Featherman & M Permuter (Eds.), *Life Span Development and Behavior, Vol 12*. Hillsdale: Erlbaum (pp. 91-123).
- Smolowitz J, Speakman E, Wojnar D et al (2015). Role of the registered nurse in primary health care: Meeting health care needs in the 21st century. *Nursing Outlook* 63(2):130-136.
- Socarides DD, Stolorow RD (1984). Affects and selfobjects. *The Annual of Psychoanalysis* 12-13:105-119.
- Stringaris A, Maughan B, Copeland WS et al (2013). Irritable mood as a symptom of depression in youth: prevalence, developmental, and clinical correlates in the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 52(8):831-840.
- Royal College of Nursing (2014) *RCN's Mental Health in Children and Young People: An RCN Toolkit for Nurses Who Are Not Mental Health Specialists*. London: RCN
- Royal College of Nursing (2016) *Children and Young People's Mental Health – Every Nurse's Business. RCN Guidance for Nursing Staff*. London: RCN.
- The Carter Center. (2016). *Family Psychoeducational Manual-Child and Adolescent. Post-Basic Mental Health Training Program*. The Carter Center. Monrovia, Liberia.
- Torio CM, Encinosa W, Berdahl T et al (2015). Annual report on health care for children and youth in the United States: national estimates of cost, utilization and expenditures for children with mental health conditions. *Academic Pediatrics*, 15, 19-35.
- Twohig MP, Woidneck MR, Crosby JM (2013). Newer generations of CBT for anxiety disorders. In G Simos & SG Hofmann (Eds.), *CBT for Anxiety Disorders: A Practitioner Book*. United Kingdom: Wiley-Blackwell (pp. 225-250).
- Voogt A, Goossens PJ, Nugter A et al (2014). An observational student of providing structure as a psychiatric nursing intervention. *Perspectives in Psychiatric Care* 50:7-18.
- West P, Evans CLS (1992). The specialty of child and adolescent psychiatric nursing. In P. West & C.L.S. Evans (Eds), *Psychiatric and Mental Health Nursing with Children and Adolescents* Gaithersburg, MD: Aspen (pp. 1-16).
- World Health Organization (WHO) (2008). *Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective*.
- World Health Organization (WHO) (2015) *2014 Mental Health Atlas*.
- Wright J, Chiwandira C (2016). Building capacity for community mental health care in rural Malawi: Findings from a district-wide task-sharing intervention with village-based health workers. *International Journal of Social Psychiatry* 62(6):589-596.
- Zegura E, Derkits E, Cooper JL (2015). *See My Work: Sustaining a Data Reporting Practice by Mental Health Clinicians in Liberia*. (Paper presented at the International Conference on Information and Communication Technologies and Development, Singapore.)
- Zelechowski AD, Sharma R, Beserra K et al (2013). Traumatized youth in residential treatment settings: Prevalence, clinical presentation, treatment, and policy implications. *Journal of Family Violence*, 28, 639-652.