



**Mestrado em Enfermagem**

***Área de Especialização de Enfermagem de Saúde***

***Mental e Psiquiatria***

**Relatório de Estágio**

**AVALIAÇÃO DO RISCO COMO ESTRATÉGIA DE  
PREVENÇÃO DO SUICÍDIO**

**Joana Sofia de Sousa Figueira**

**Lisboa**

**2018**



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

**AVALIAÇÃO DO RISCO COMO ESTRATÉGIA DE  
PREVENÇÃO DO SUICÍDIO**

**Joana Sofia de Sousa Figueira**

Orientador: Prof. José Manuel Tatá Falé

**Lisboa**  
**2018**



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APA - American Psychological Association

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CHUC – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

CPS – Consulta de Prevenção do Suicídio

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

EACOS - Entrevista de Avaliação dos Comportamentos Suicidários

EESM – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

EPE – Empresas Públicas Empresariais

IMV – Intoxicação medicamentosa voluntária

IRIS – Índice de avaliação do risco de suicídio

IT - Instrução de trabalho

NES – Núcleo de Estudos do Suicídio

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

p. - página

PNPS – Plano Nacional de Prevenção do Suicídio

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

SIP – Serviço de Internamento de Psiquiatria

Sr<sup>a</sup> - Senhora

TS – Tentativa de suicídio

## RESUMO

O suicídio constitui um fenómeno temido pela maioria dos indivíduos e, paradoxalmente, constitui um desejo para outros. De acordo com a Organização Mundial da Saúde a cada ano cerca de 1 milhão de pessoas morre por suicídio. Na sua génese estão fatores de risco e fatores protetores que contribuem para a complexidade do tema e a necessidade de realizar uma avaliação do risco adequada. Neste sentido, o Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental, inserido numa equipa multidisciplinar, detêm conhecimentos científicos, psicopedagógicos, relacionais e comunicacionais que os colocam em posição privilegiada para desenvolver a avaliação que melhor se coadune com as necessidades da pessoa de forma a prevenir o ato suicida.

Perspetivando a aquisição das competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental, o fundamento deste trabalho incide na análise sistematizada do desenvolvimento académico e o projeto de aprendizagem clínica. Tendo como eixo estruturante a metodologia de trabalho de projeto e os princípios da revisão sistemática da literatura obteve-se resposta às necessidades de desenvolvimento de saberes teóricos e práticos no âmbito da avaliação do risco suicida, baseados na evidência científica. O estágio decorreu na Unidade Local de Saúde do Alentejo.

No sentido da compreensão partilhada do processo suicida individual, privilegia-se a relação terapêutica e a valorização da narrativa pessoal. As vivências em estágio fortaleceram a integração dos constructos teóricos, a reflexão crítica promoveu o desenvolvimento de um pensamento flexível e a compreensão da conduta profissional, no sentido do desenvolvimento da práxis atribuindo especial ênfase ao cuidado humanizado.

A avaliação do risco suicida revelou-se um verdadeiro desafio pela multiplicidade de intenções e significados que gera, constantemente, confrontações entre os valores pessoais e a ética profissional. Num trabalho de cariz contínuo e dinâmico, exige prática, reflexão e envolvimento pessoal.

**Palavras-chave:** Avaliação do risco, Comportamentos suicidários, Relação terapêutica, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Prevenção

## ABSTRACT

Suicide is a phenomenon feared by most individuals and, paradoxically, constitutes a desire for others. According to the World Health Organization about 1 million people die every year from suicide.

In its genesis are risk factors and protective factors that contribute to the complexity of the subject and the need to carry out an appropriate risk assessment. In this sense, the clinical nurse specialist in psychiatric-mental health nursing, inserted in a multidisciplinary team, possesses scientific, psychopedagogical, relational and communicational knowledge that places them in a privileged position to develop the evaluation that best suits the needs of the person in order to prevent the suicidal act. The therapeutic relationship and the valuation of the personal narrative are privileged, in the sense of shared understanding of the individual suicidal process.

Prospecting the acquisition of the specific competencies of the clinical nurse specialist in psychiatric-mental health nursing, the foundation of this work focuses on the systematized analysis of academic development and the clinical learning project. Having as structuring axis the methodology of project work and the principles of the systematic review of the literature, a response was obtained to the development of theoretical and practical knowledge in the scope of the suicide risk assessment, based on scientific evidence. The clinical internship took place at the Local Health Unit of Alentejo.

In the sense of shared understanding of the individual suicidal process, the therapeutic relationship and the valuation of the personal narrative are privileged. The experiences in the clinical internship strengthened the integration of the theoretical constructs, the critical reflection promoted the development of a flexible thinking and the understanding of the professional conduct, in the sense of the development of clinical practice attributing special emphasis to humanized care. The assessment of suicidal risk has proved to be a real challenge because of the multiplicity of intentions and meanings that constantly generate confrontations between personal values and professional ethics. In a continuous and dynamic work, it requires practice, reflection and personal involvement.

**Keywords:** Risk Assessment, Suicidal Behavior, Therapeutic Relationship, Psychiatric-Mental Health Nursing, Prevention

# ÍNDICE

|                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUÇÃO .....                                                                    | 8  |
| 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....                                                   | 10 |
| 1.1 Do conceito à epidemiologia do suicídio .....                                   | 10 |
| 1.1.1 Epidemiologia .....                                                           | 13 |
| 1.2 Fatores de risco e protetores .....                                             | 14 |
| 1.3 Avaliação do risco de suicídio .....                                            | 17 |
| 1.3.1 Instrumentos de avaliação .....                                               | 22 |
| 1.4 A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde<br>Mental ..... | 24 |
| 1.5 Uma abordagem sistémica de enfermagem .....                                     | 26 |
| 2. METODOLOGIA .....                                                                | 28 |
| 2.1 Objetivos .....                                                                 | 29 |
| 2.2 Caracterização da instituição envolvida .....                                   | 30 |
| 2.3 Atividades desenvolvidas .....                                                  | 32 |
| 2.4 Projetos implementados .....                                                    | 44 |
| 2.4.1 Contexto comunitário .....                                                    | 44 |
| 2.4.2 Contexto de internamento .....                                                | 50 |
| 2.5 Questões éticas .....                                                           | 51 |
| 2.6 Reflexão dos contributos do estágio .....                                       | 54 |
| 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                                                       | 56 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                                                    | 59 |
| ANEXOS                                                                              |    |
| ANEXO I – Índice de risco de suicídio                                               |    |
| APÊNDICES                                                                           |    |
| APÊNDICE I – Cronograma                                                             |    |

APÊNDICE II – Sessão Formativa “Avaliação do Risco como estratégia de prevenção do suicídio”

APÊNDICE III – Cartaz “Prevenção do Suicídio – Avaliação do risco”

APÊNDICE IV – Instrução de Trabalho “Terminologia dos comportamentos suicidários”

APÊNDICE V – Instrução de Trabalho “Avaliação do risco dos comportamentos suicidários”

APÊNDICE VI – Instrução de Trabalho “Intervenção em utentes com comportamentos suicidários”

## ÍNDICE DE FIGURAS

|                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1: Dimensões do comportamento suicida .....                          | 11 |
| Figura 2: Estádios dos comportamentos suicidários .....                     | 18 |
| Figura 3: Contato com os serviços de saúde antes do ato consumado .....     | 21 |
| Figura 4: Taxa de suicídio, de acordo com o sexo e local de residência..... | 30 |



## INTRODUÇÃO

O presente documento constitui o relatório do trabalho que desenvolvi, durante o estágio do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, que se realizou no terceiro semestre. A sua elaboração tem como finalidade a caracterização, de forma sistematizada, das intervenções realizadas durante este percurso tendo por base os objetivos propostos no projeto, no sentido da aprendizagem e aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EESM).

Havendo uma interação com o contexto real, com problemas reais e as suas variáveis envolventes, proporciona a mobilização de conhecimentos e competências adquiridas ao longo do curso, de forma integradora. A metodologia utilizada, de cariz dinâmico e construtivo, implica a responsabilização pelo processo de aprendizagem e promove o desenvolvimento das potencialidades individuais com vista ao crescimento pessoal e profissional.

A temática aprofundada incide na conduta suicida, com especial ênfase na avaliação do risco como a matriz para o planeamento de uma intervenção preventiva adequada e individualizada.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), suicidam-se diariamente em todo o mundo cerca de 3000 pessoas, uma a cada 40 segundos e, por cada pessoa que se suicida 20 ou mais cometem tentativas de suicídio (Direção Geral da Saúde, 2013). Neste sentido, os comportamentos da esfera suicidária constituem um grave problema de saúde pública, com fortes impactos negativos na vida de indivíduos, famílias e comunidades. Na sua génese são vários os fatores que a ela predispõem e a precipitam e, muito diversas são as suas intenções e significados, que contribuem para a complexidade do tema e a necessidade de realizar uma avaliação global, refletida e rigorosa, com estratégias comunicacionais e atitudes adequadas.

Perante a magnitude e impacto desta realidade social, suscitou-me um interesse crescente pela subjetividade de “trabalhar” o comportamento humano, o desespero, a ambivalência e o conceito de vida e de morte.

O estágio foi realizado numa Unidade Local de Saúde do Alentejo. A escolha deve-se ao facto de constituir uma região geográfica que apresenta índices elevados de comportamentos da esfera suicidária. Este dividiu-se em dois momentos, tendo o primeiro momento decorrido no contexto comunitário, seguido do contexto de internamento.

No que respeita à sua estrutura, este divide-se em dois capítulos principais. O primeiro capítulo constitui o enquadramento conceptual, que aborda os conceitos principais fazendo referência à pertinência do estudo, ao papel do EESM e ao referencial teórico de enfermagem de Betty Neuman. O segundo capítulo corresponde à metodologia, onde serão apresentados os objetivos a que me propus inicialmente, é realizada a caracterização da instituição onde o estágio decorreu, são apresentadas as atividades e os projetos desenvolvidos durante este percurso com a reflexão dos contributos do estágio para o desenvolvimento das competências e as questões éticas envolvidas. Por último, serão citadas as principais considerações, constituindo o terceiro capítulo. A realização do trabalho exigiu a leitura, análise e reflexão de diferentes materiais bibliográficos. Foi realizado segundo as normas APA.

# 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

## 1.1 Do conceito à epidemiologia do suicídio

A morte constitui um fenómeno temido e evitado pela maioria dos indivíduos e, paradoxalmente, constitui um objetivo e desejo para outros. O suicídio é quando um indivíduo põe fim à própria vida, constituindo-se um dos atos mais misteriosos e enigmáticos que o ser humano pode exercer pois suscita inquietação e questionamento pela dificuldade em compreender as razões que conduzem à quebra do instinto primário de sobrevivência. Etimologicamente, a palavra suicídio provém do latim *sui* - de si mesmo - e *caedere* - matar (Silva, Garrido & Saraiva, 2014). O sociólogo francês Émile Durkheim tentou explicar o suicídio numa perspetiva sociológica, publicou na sua obra *Le Suicide* (1897), afirmando que é “toda a morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo cometido por um indivíduo que conhece o resultado desse seu comportamento” (Saraiva, 2014, p.3). Atribui ênfase às dimensões sociais de integração, como as relações que estabelece com o grupo, e de regulação como os requisitos normativos e morais exigidos para a pertença ao grupo (Sampaio, 1991).

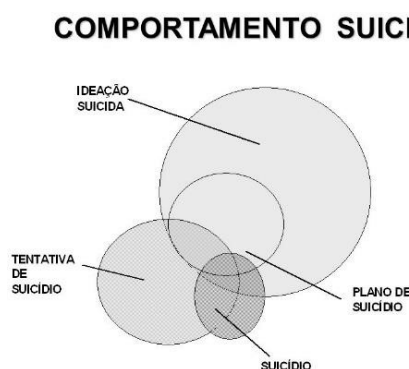
Neste âmbito, Vaz Serra em 1971 define o suicídio como “autodestruição por um acto deliberadamente realizado para conseguir este fim” (Sampaio, 1991, p.24). Shneidman, considerado o pai da suicidologia, em 1985 concebe o suicídio como um ato consciente de autoaniquilação, em que um indivíduo carente com uma doença multidimensional considera essa a melhor opção para enfrentar um problema e pôr fim ao seu sofrimento (Silva et al., 2014). Nesta perspetiva, descreve um cenário suicida que consiste na combinação de seis elementos essenciais, tais como, a dor (interminável), atitude de autodesvalorização, constrição da mente, isolamento, desesperança e fuga. Deste modo, o indivíduo na sua perceção encara uma dor psíquica insuportável com sentimentos de vazio, solidão e um pessimismo relativamente ao futuro, encontrando no suicídio a solução para pôr fim aos conflitos e à angústia que ameaça a sua integridade (Silva et al., 2014). Shneidman e Farberow, a partir de 1970, criam o conceito de **suicidologia** como disciplina sistematizada e que se caracteriza pela ciência dos comportamentos, pensamentos e sentimentos autodestrutivos (Saraiva, 2014).

Na década de 70, Beck concede destaque ao conceito de **desesperança**,

vocábulo original *hopelessness*, como um fator cognitivo de expectativas negativas relativamente ao futuro, dado constituir um indicador do risco de suicídio. Posteriormente, vários estudos verificaram que um indivíduo que tenha perdido o sentido para a vida, com um défice acentuado na capacidade de resolução de problemas e de adaptação às situações constitui um importante fator preditivo de suicídio (Silva et al., 2014). Desta forma, quando se fala do fenómeno do suicídio aborda-se, inevitavelmente, a vida, o modo como se vive, o sofrimento e a capacidade de adaptação às situações que causam *stress* e angústia.

O comportamento suicida consiste em todo o ato em que o indivíduo causa lesão a si próprio, independentemente do grau de intencionalidade letal e do verdadeiro motivo. Esta perspetiva foi apoiada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), devido à sua abrangência, pois engloba dimensões como os pensamentos de autodestruição, a tentativa de suicídio e o suicídio (Werlang & Botega, 2004).

Figura 1: Dimensões do comportamento suicida



Fonte: Werlang & Botega, 2004

Associado ao conceito de suicídio existem termos que estão interligados embora constituam diferentes fenómenos, tais como a ideação suicida, plano suicida, suicídio, tentativa de suicídio, comportamentos autolesivos e ato suicida (Figura 1). A **ideação suicida** constitui os pensamentos de colocar fim à própria vida, sob a forma de desejo e/ou plano, sem que haja propriamente passagem ao ato suicida. Sendo que o **plano suicida** é quando o indivíduo elabora um procedimento concreto para realizar o ato (Saraiva, 2014).

O **suicídio** consiste num ato autolesivo intencional com o objetivo de colocar fim à própria vida, incluindo a intencionalidade psicopatológica (Silva et al., 2014).

De acordo com a OMS (1998), o suicídio é um “ato iniciado e protagonizado por alguém para se matar deliberadamente, sabendo que leva a desfecho fatal” (Saraiva & Gil, 2014, p. 43). A **tentativa de suicídio** (TS) pode ser definida como o ato intencional de um indivíduo em colocar termo à própria vida, mas que foi interrompido e não chega a ser consumado. (Silva et al., 2014) Os **comportamentos autolesivos**, vieram substituir o termo de parassuicídio, que engloba atos intencionalmente lesivos e agressivos, mas sem a finalidade suicida. Nomeadamente, cortar-se, saltar de um local elevado, ingerir substâncias não ingeríveis ou fármacos em doses superiores às recomendadas (Saraiva, 2014, Silva et al., 2014). Assim sendo, é fundamental estar alerta para estes comportamentos sociais, potencialmente fatais, de modo a agir atempadamente tendo em vista a prevenção. Verifica-se que o espectro de comportamentos autolesivos é vasto e nem sempre está subjacente o intuito de colocar fim à vida, assim torna-se importante avaliar a intencionalidade e a letalidade.

Em suicidologia, a **intencionalidade** refere-se à intensidade do desejo do indivíduo em acabar com a própria vida (Werlang & Botega, 2004). A **letalidade** consiste na potencialidade de um determinado método autolesivo provocar a morte, em que meios como a utilização de arma de fogo ou enforcamento predizem um grau de letalidade elevado (Saraiva, 2014). No entanto, a intenção de morrer e a abordagem autodestrutiva utilizada são de difícil avaliação e quantificação o que evidencia o sentido de **ambivalência**. Neste sentido, nem todas as pessoas que praticam os atos suicidas têm a intenção concreta de morrer e nem todas as pessoas que sobrevivem têm a intenção de viver. Em muitos casos, os indivíduos apresentam um grau de sofrimento extremo e intolerável em que o desespero é tanto que têm como intuito colocar fim a esta dor e infelicidade, que na sua perceção, são incontornáveis. Neste sentido, em 2004 parte integrante de um grupo de trabalho da OMS/Europa propôs reconstruir a definição de suicídio, como um “ato com desfecho fatal que o falecido, sabendo ou esperando um desfecho potencialmente fatal, iniciou e levou a cabo com o propósito de provocar as mudanças por ele pretendidas” (Saraiva & Gil, 2014, p.43). Esta perspetiva realça o conceito de ambivalência, com a expressão “potencialmente” e a dicotomia entre sabendo e esperando.

O suicídio é um fenómeno universal complexo que afeta todas as culturas e classes sociais. Possui uma etiologia multifatorial englobando elementos

biológicos, neurológicos, genéticos, psicológicos, sociais, ambientais e políticos que em conjunto perfazem a biografia do indivíduo. Dai resulta a sua complexidade que exige uma abordagem multissetorial que diz respeito a várias disciplinas como a Psiquiatria, Sociologia, Psicologia, Filosofia e Antropologia (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Contudo, mesmo que a intencionalidade em morrer e o grau de autoagressividade do ato praticado sejam variáveis as atitudes que intentam contra a própria vida revelam uma angústia individual que constitui um ponto de alarme para uma atitude o mais precoce possível. Denota-se que ao longo dos anos foram realizadas várias investigações na tentativa de explicar os determinantes e de delinear um conceito específico para a conduta suicida, porém, o ato de colocar fim à própria vida é um fenómeno pessoal, mas que abarca inúmeras explicações e implicações sociais e, por sua vez, tem repercussões em diversos âmbitos.

#### 1.1.1 Epidemiologia

A OMS alerta que a taxa de suicídio global, a nível mundial, é de 16/100 000 habitantes, o que corresponde a um milhão de mortes por ano, cerca de 3000 pessoas por dia, uma a cada 40 segundos. Por cada pessoa que se suicida estima-se que ocorram cerca de 20 comportamentos da esfera suicidária não fatais. Estima-se que em 2020 esse número aumente para um milhão e meio de pessoas (DGS, 2013). Em Portugal, o suicídio constitui a 7ª causa de morte e a 2ª causa de morte entre os jovens dos 15-24 anos (Eutimia, 2016). O suicídio constitui um grave problema de saúde pública, relevante a nível mundial. Os custos económicos rondam os biliões de euros e em cada morte por suicídio existe um número vasto de pessoas que são atingidas sendo o impacto psicológico, social e financeiro imensurável.

É impossível ficar indiferente à evidência científica de um número crescente de comportamentos suicidários que se revela catastrófico e assustador, tornando-se imperativo refletir sobre os motivos que estarão por detrás desta realidade social e elaborar estratégias de avaliação e prevenção objetivas e eficazes.

## 1.2 Fatores de risco e protetores

Perante a magnitude e impacto deste problema tem fomentado, naturalmente, um interesse crescente pela compreensão dos fatores que possam estar na sua génese. O comportamento suicidário apresenta diversas causas subjacentes, complexas e ambivalentes, que interagem entre si.

A identificação dos fatores que podem potenciar ou reduzir o risco de suicídio torna-se essencial, na medida que se revela indicador das circunstâncias em que um indivíduo, uma comunidade ou população se encontram particularmente vulneráveis para o suicídio, como está referido no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) 2013/2017. Deste modo, a identificação dos fatores de risco e dos fatores de proteção permitem ao profissional de saúde avaliar e agir, nomeadamente, avaliar o risco global de cometer suicídio, intervir em fatores passíveis de serem alterados e delinear e implementar estratégias eficazes e atempadas de prevenção que visam a segurança do doente (Silva et al., 2014). Contudo, não existe somente um fator de risco ou protetor que determine ou evite o suicídio.

Os fatores protetores representam atributos e contextos, individuais ou coletivos, que quando presentes e/ou fortalecidos constituem requisitos cruciais à prevenção de comportamentos da esfera suicidária (OE, 2012, DGS, 2013). Como fatores de proteção, o PNPS 2013-2017 identifica três categorias, nomeadamente, fatores individuais, fatores familiares e fatores sociais. Como fatores individuais pode-se salientar a capacidade de resolução de problemas, noção de autoconceito, abertura para novas experiências e aprendizagens, adoção de atitudes e pensamentos positivos a eventos de vida, habilidades comunicacionais, empenho e compromisso em projetos de vida, capacidade de adaptação (estratégias de *coping*) e a não utilização de substâncias nocivas. Os fatores familiares abrangem bons vínculos afetivos com base na confiança, suporte e a harmonia familiar. Os fatores sociais constituem a boa integração e relações sociais, estar empregado, casado, religiosidade, gravidez e a facilidade de acesso a serviços e cuidados de saúde (DGS, 2013). Nesta perspetiva, a resiliência é um fator essencial na medida em que “uma perceção mais otimista da vida, com razões para se continuar a viver, opondo-se ao sentimento de desesperança, protege contra o suicídio” (OE, 2012, p.30). Estratégias preventivas devem

reconhecer atempadamente os fatores protetores e planejar medidas que otimizem o seu potencial de forma a reforçá-los.

O PNPS 2013-2017 descreve os fatores de risco como condições, traços de personalidade, doenças e acontecimentos de vida que correspondem a certas vulnerabilidades que tornam alguns indivíduos mais propensos a cometer a tentativa de suicídio e/ou o suicídio. Estes fatores podem ser classificados como dinâmicos/modificáveis ou estáticos/não modificáveis. Os fatores de risco dinâmicos/modificáveis consistem nos fatores passíveis de serem alterados, tal como, a depressão, ansiedade e *stress*, desesperança, o uso de substâncias, o acesso a meios letais, situação profissional e estado civil (OE, 2012). Para o profissional de saúde a identificação destes fatores modificáveis constitui um ponto-chave para orientar a tomada de decisões fundamentais ao planeamento e intervenção a adotar. Os fatores estáticos/não modificáveis são aqueles que não são alteráveis, como a idade, género e história de comportamentos suicidários anteriores (OE, 2012).

Segundo o PNPS 2013-2017, existem três categorias de fatores de risco, sendo estas, individuais, socioculturais e situacionais. Os fatores individuais abrangem características sociodemográficas. As taxas de suicídio aumentam progressivamente com a **idade**, em que Cerca de 50% dos suicídios ocorrem após os 64 anos de idade (DGS, 2013). Contudo, estima-se que o suicídio em jovens, particularmente na faixa etária entre os 15 e os 24 anos, têm vindo a aumentar em diversos países (Santos, 2014; Silva et al., 2014). À medida que a idade avança aumenta o risco de suicídio, no entanto, as TS alcançam a sua incidência máxima na adolescência e jovens adultos (Veiga & Andrade, 2014).

Em Portugal, tal como a maioria dos países, o suicídio é mais frequente em indivíduos do **sexo masculino** sendo o risco três vezes superior, porém, as mulheres apresentam uma probabilidade dez vezes maior de realizar um comportamento suicidário não-letal (DGS, 2013; Silva et al., 2014). Relativamente ao **estado civil**, os indivíduos solteiros, divorciados ou viúvos apresentam maior vulnerabilidade ao suicídio (DGS, 2013).

A prevalência de suicídio é elevada em indivíduos que têm um estatuto socioeconómico e nível de educação baixos, ocupações ligadas à ruralidade e profissionais de saúde, vulneráveis ao **desemprego**, isolamento e emigração (Santos, 2014; Silva et al., 2014). Pessoas que vivenciam situações de



desemprego apresentam uma maior incidência de perturbações mentais, tal como a depressão e o aumento do consumo de bebidas alcoólicas, que por sua vez constituem importantes fatores de risco para o suicídio.

De acordo com o PNPS 2013-2017, a presença de **perturbação mental** constitui o fator de risco mais importante para o suicídio. Nesta perspetiva, “estima-se que cerca de 90% dos indivíduos que cometeram suicídio tinham alguma perturbação mental e que 60% deles estariam deprimidos” (Silva et al., 2014, p.460). As perturbações com o risco mais elevado abrangem as perturbações do humor, perturbações psicóticas, perturbações da ansiedade, abuso e dependência de substâncias (particularmente o álcool a nível nacional), algumas perturbações da personalidade (*borderline* e antissocial) (DGS, 2013). Estudos revelam que cerca de 4% dos doentes com qualquer tipo de depressão e 15-20% com depressão major morrem por suicídio (DGS, 2013). A esquizofrenia constitui outra patologia do foro psiquiátrico com taxas de suicídio pertinentes, em que aproximadamente 4-5% dos indivíduos com esquizofrenia executam o suicídio e cerca de 50% cometem TS (Silva et al., 2014).

O PNPS 2013-2017 divulga que Portugal é dos países desenvolvidos que apresenta maior taxa de prevalência de perturbações mentais (22,9%), relativamente, a alguns países da Europa como a Espanha (9,2%), Itália (8,2%) e a França (18,4%) (Carvalho, 2014).

Características como a resiliência, vulnerabilidade da personalidade, estratégias de *coping* reduzidas, personalidade impulsiva e agressiva, sentimentos de desesperança, baixa autoestima, perfeccionismo excessivo e rigidez do pensamento são atributos que podem determinar um aumento do risco de suicídio. Também caracterizam maior risco de suicídio, fatores como a doença terminal e/ou incapacitante e dor crónica, acontecimentos de vida adversos (abuso físico ou sexual e perda significativa recente), história familiar de suicídio e história familiar de doença psiquiátrica (papel de suporte afetivo da família) (Silva et al., 2014).

A história de comportamentos autolesivos e **tentativas de suicídio anteriores** constituem um dos determinantes de risco mais significativos para o suicídio. Estima-se que aproximadamente 15% dos indivíduos que realizaram tentativas de suicídio acabarão por consumir o ato, sendo o maior risco nos primeiros seis meses (Veiga & Andrade, 2014; Silva et al., 2014). Assim sendo, cabe ao EESM avaliar as características inerentes à tentativa de suicídio, tal como a existência de

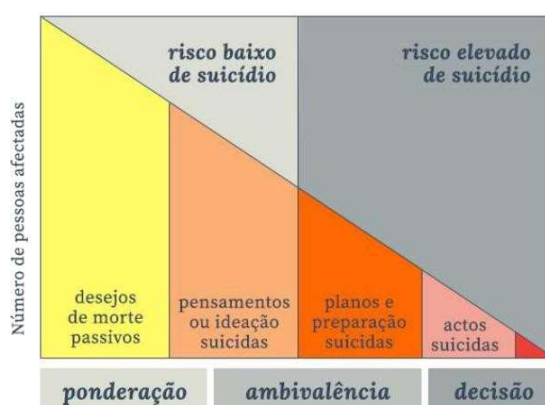
elevada intencionalidade, a letalidade, a motivação do indivíduo em querer fazer mal a si próprio, a existência de psicopatologia ou doença terminal, isolamento, existência de plano estruturado de suicídio, de forma a analisar o risco e prevenir o ato consumado.

Contudo, o enfermeiro deve integrar e encarar os fatores de risco no contexto individual de cada doente e, como demonstra a evidência científica, é crucial conhecer para intervir (OE, 2012). Deste modo, o enfermeiro deve realizar uma avaliação do risco de suicídio de forma a identificar, avaliar e eliminar tão precocemente quanto possível os fatores que predispõem, tornando possível uma intervenção preventiva dirigida eficaz.

### 1.3 Avaliação do risco de suicídio

Existem fases no desenvolvimento da intenção suicida, iniciado geralmente com a conceção que abrange a imaginação e a contemplação da ideia suicida, que segue para a fase de planeamento onde ocorre o desenvolvimento de um plano ou projeto, que pode passar a ser implementado através de ensaios realísticos ou imaginários, e finalmente o culminar na decisão e execução de uma ação autodestrutiva real (Werlang & Botega, 2004). Neste sentido, a intencionalidade da pessoa em acabar com a vida é identificada pelo grau de consciência na conceção, no planeamento e na objetivação da ação suicidária.

Figura 2: Estádios dos comportamentos suicidários



Pöldinger, W. (1968). *Die abschätzung der suizidalität*. Bern: Huber

Fonte: Eutimia, 2016

Como se pode constatar na Figura 2, é possível estabelecer uma gradação do risco de suicídio. O risco baixo corresponde à fase de concepção que a pessoa apresenta o desejo e a ideação suicida. O risco elevado de suicídio remete para quando o desejo suicidário está ativo, com o método, o plano e a decisão de passar ao ato consumado bem consolidados. Porém, nem todos os indivíduos que cometem ou tentam o suicídio passam previamente por estes estádios. Por vezes, nos doentes mais impulsivos ou em circunstâncias de crise brusca, poderá ocorrer um elevado risco de suicídio sem que se tenha verificado um período longo de desenvolvimento. O risco de se pôr em prática uma ideia ou plano suicida varia fortemente ao longo das diversas fases. Assim sendo, associado à intencionalidade está a presença de atitudes de culpabilização, sustos, reticências, desconfianças tendo como pano de fundo uma atitude interna de ambivalência, em que ao mesmo tempo pretendem viver como alcançar a morte de maneira a pôr fim ao seu sofrimento e angústia. Este fator constitui-se um alicerce crucial na intervenção do EESM de modo a prevenir o ato consumado.

Nesta perspetiva, revela-se imperativo uma avaliação abrangente do risco de suicídio. É primordial a realização de uma entrevista e é útil a aplicação de instrumentos de avaliação do risco, uma vez que estes facilitam a comunicação e a recolha de informações (OE, 2012).

O primeiro momento da entrevista é determinante na construção de uma relação empática e para o sucesso ou não das intervenções terapêuticas a implementar. Aspetos tão simples como essenciais devem ser tidos em conta, nomeadamente, o tipo de cumprimento, a comunicação não-verbal, a gestão dos silêncios, chamar a pessoa pelo próprio nome, demonstrar respeito, disponibilidade e calor afetivo (Silva et al., 2014). Bertolote (2000), afirma que é imprescindível uma abordagem calma, aberta, de aceitação e de não- julgamento, onde não ocorram interferências, para facilitar a comunicação e, deste modo, “respeitar a condição emocional do paciente e a situação de vida que o levou à tentativa de suicídio é fundamental, em uma atitude de acolhimento, sem julgamento moral” (Werlang & Botega, 2004, p.123).

O enfermeiro, geralmente, começa por questões abertas, mais abrangentes, incentivando a pessoa a falar livremente sobre os seus problemas, angústias, sentimentos e motivações o que proporciona um momento ótimo para avaliar melhor a personalidade da pessoa e constitui um momento de alívio da tensão

emocional, permitindo a construção da relação terapêutica. Apresentam altos níveis de ansiedade, irritabilidade, exibem sentimentos fortes de culpa, vergonha, humilhação, solidão ou isolamento e sentem que são um fardo para os outros. Progressivamente, o enfermeiro passa a realizar perguntas objetivas que ajudam a perceber a intenção e o risco de suicídio. Santos & Neves (2014), fazem referência à metodologia utilizada no Núcleo de Estudos do Suicídio (NES) para a realização de uma avaliação adequada. Para tal, esta metodologia permite obter informações sobre as características do ato suicida (intensidade, frequência da ideação, letalidade do método, planejamento, motivação), fatores precipitantes, avaliação do estado mental, problemas atuais, história familiar, avaliação das estratégias de resolução de problemas, avaliação do sistema familiar, avaliação do sistema relacional e da rede de suporte e a atitude da pessoa e da família face à ajuda.

A avaliação é, em si mesma, parte da intervenção na medida em que constitui um momento de empatia e disponibilidade que reforça o vínculo terapêutico, um momento da pessoa expressar espontaneamente o seu sofrimento, abordar problemas que até então estavam ocultos e, por vezes, constitui um momento de reflexão que promove o desenvolvimento da consciência de si própria perante a situação. Santos & Neves (2014), definem que numa situação de risco de suicídio a intervenção terapêutica compreende duas etapas, a interação inicial e a intervenção propriamente dita. De acordo com De Clercq, citado por Santos & Neves (2014), a primeira fase consiste em criar um espaço terapêutico inicial, incluindo uma abordagem dinâmica da pessoa com uma perspetiva de conceção do tratamento e a negociação, envolvendo a pessoa, família e/ou conviventes significativos. A negociação consiste num acordo de “não suicídio”, verbal ou escrito, em que a pessoa se compromete a não levar a cabo nenhum comportamento suicida e recorrer a uma pessoa de referência caso apresente algum impulso. Esta estratégia terapêutica utiliza-se, geralmente, no início do tratamento e revela-se positiva na implicação da pessoa no seu tratamento, na redução de comportamentos suicidas e na acessibilidade aos profissionais, em caso de necessidade (OE, 2012). Porém, não garante a segurança da pessoa. A segunda fase implica uma intervenção específica, de âmbito psicoterapêutico ao nível da pessoa e/ou família, tendo como objetivo a redução ou remissão dos fatores de risco, a promoção dos fatores protetores e permitir à pessoa adquirir

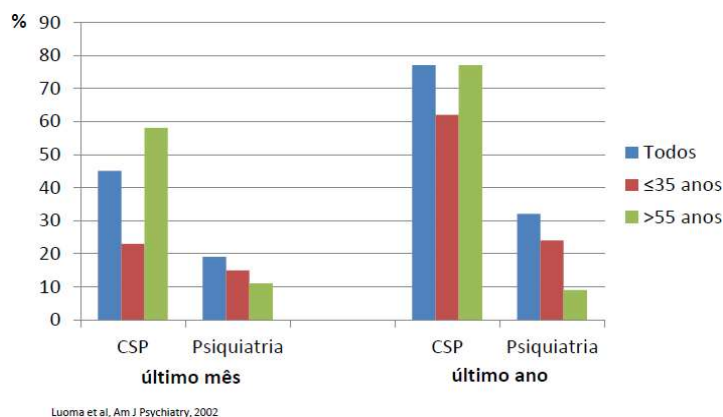
uma maior compreensão dos fatores que precipitaram a situação. Santos & Neves (2014), de forma sucinta referem alguns aspetos que devem ser trabalhados, nomeadamente, o reforço e facilitação da comunicação apropriada, diminuição da desesperança e angústia, demonstração de interesse, empatia e encorajamento de esperança, afastamento da pessoa de um ambiente stressante, estimular a expressão emocional, facilitar a compreensão dos seus problemas e das suas respostas e promover a aquisição de estratégias de resolução de problemas. O envolvimento familiar é imprescindível na informação e no tratamento, designadamente, na restrição do acesso a meios letais e na vigilância dos comportamentos.

A entrevista com recurso a instrumentos de avaliação do risco complementa a intervenção do EESM para realizar um diagnóstico global da situação da pessoa, a estimar o grau geral de risco de suicídio. Num contexto em que se exigem “abordagens baseadas na evidência” e, dada a natureza multideterminada do suicídio, implica uma intervenção multifacetada num esforço coletivo por parte de equipas multidisciplinares, conjugando estratégias diversificadas (Brás, Cruz & Saraiva, 2014). É desejável que, no final da entrevista, o enfermeiro tenha alcançado uma compreensão dinâmica do mundo interno da pessoa. Deste modo, ao realizar-se a avaliação do risco de suicídio serão identificados os fatores protetores e os fatores de risco que permitirão conceber, desenvolver e implementar uma intervenção dirigida com a diminuição desse risco (Simões, Erse, Façanha & Santos, 2014).

A avaliação do risco de suicídio bem estruturada e adequada, com condições de uniformização da terminologia permitem uma melhoria dos registos, tal como a monitorização da efetividade das medidas implementadas e gera sinergias no trabalho dos enfermeiros.

Existe a crença de que o suicídio é um fenómeno imprevisível, isento de sinais de alarme prévios. No entanto, pode-se constatar na Figura 3, que muitas pessoas que morrem de suicídio recorrem aos serviços de saúde. Brás e Cruz (2014), referem que vários autores têm refutado a ideia de imprevisibilidade, uma vez que a maioria dos indivíduos suicidas dá pistas mais ou menos claras sobre a sua intenção de morrer. Em alguns casos, a tentativa de suicídio é um acontecimento que leva a um primeiro contacto com a ajuda profissional, traduzindo-se num grito desesperado de ajuda (Kutcher & Chehil, 2007).

Figura 3: Contato com os serviços de saúde antes do ato consumado



Fonte: Eutimia, 2016

É, igualmente, um preconceito pensar que perguntar sobre as ideias suicidas induzirá a pessoa a consuma-lo. Pelo contrário, geralmente estas pessoas apresentam sentimentos de vergonha e/ou pecado por terem semelhantes ideias, que abrir a “porta” ao diálogo pode oferecer a oportunidade de serem ouvidos, de se sentirem compreendidos e sentirem-se aliviados por terem finalmente dado a si mesmos a permissão para falar acerca destes pensamentos e sentimentos (Kutcher & Chehil, 2007). Perante esta conjectura, a crise suicida costuma provocar uma constrição cognitiva, em que o suicídio é percecionado como a única via para lidar com os problemas atuais e neste prisma, falar sobre o tema facilita o desbloqueamento de novas formas de percecionar os problemas e ajuda a descentrar a sua visão restrita. Blumenthal (1990), citado por Silva et al. (2014), refere que estas pessoas resistem em abordar espontaneamente o assunto, mas quando são questionadas sobre estes aspetos falam francamente sobre os seus pensamentos de suicídio e experienciam grande alívio da tensão emocional.

Ao nível da comunidade e, em alguns setores profissionais, interpretam a ameaça como forma de chamar a atenção ou de chantagem e que nunca irão concretizar o ato suicida. Esta falsa crença é particularmente problemática, uma vez que está fortemente propagada, e pode conduzir a atitudes de desvalorização, dificultando a sinalização adequada de pessoas em risco e a redução do potencial de prevenção. Neste caso, é essencial colocar de parte o que se considera serem os motivos e tomar atenção aquilo que a pessoa efetivamente diz e sente, demonstrando compreensão isenta de julgamento. Estas crenças erróneas podem conduzir a atitudes de desvalorização e acarretam um grande estigma que podem reduzir o potencial de prevenção.

Em suma, as condutas suicidas constituem um verdadeiro desafio para os EESM. Existem vários fatores que a ela predispõem e a precipitam o que contribui para a complexidade do tema e a necessidade de realizar avaliações cuidadosas e rigorosas, com estratégias de comunicação e atitudes adequadas, que contribua para uma intervenção que melhor se coadune com as necessidades e dificuldades da pessoa de forma a prevenir o ato suicida. Santos & Neves (2014, p.109), afirmam que “nunca poderemos impedir o suicídio, mas escutando, falando e compreendendo, ganharemos tempo. E durante esse período muitas coisas podem mudar”.

### 1.3.1 Instrumentos de avaliação

Os instrumentos de avaliação do risco de suicídio, nomeadamente, os questionários e as escalas, não devem ser compreendidos nem utilizados como *checklist* para a obtenção de uma classificação para determinar o nível de risco. Constituem-se ferramentas essenciais que ajudam o enfermeiro a avaliar significados e motivações de uma pessoa que possa estar em risco de suicídio e contribuem no planeamento e implementação de estratégias eficazes de prevenção. É de realçar que estes instrumentos facilitam a comunicação e a recolha de informações de forma a obter uma avaliação mais precisa do risco, porém não substituem o julgamento clínico (OE, 2012). Patterson, Dohn & Bird (1983), citado por Veiga (2014), em contradição às escalas clássicas, propõem que instrumentos de apoio à prática clínica devem conter o menor número de itens e abranger o maior número de fatores de risco maior. Esta objetividade favorece a sua aplicabilidade na prática.

Na Consulta de Prevenção de Suicídio (CPS), do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC), é utilizado como modelo a "entrevista dos 7 P's", enquadrada no instrumento de trabalho - Entrevista de Avaliação dos Comportamentos Suicidários (EACOS). Os “7 P's” constituem o Primeiro minuto, Precipitante, Problemas, Personalidade, Psicopatologia, Pilares de apoio e Prognóstico. Inicialmente, os primeiros minutos da consulta são cruciais para o estabelecimento de uma relação de empatia em que a estratégia é iniciar com perguntas abertas e neutras. Na fase seguinte, o precipitante está relacionado, muitas vezes, numa discussão recente com uma pessoa significativa, estando

centrada no plano afetivo-emocional. Os problemas apresentados pela pessoa devem ser hierarquizados consoante a prioridade e, posteriormente, permite serem trabalhados nas intervenções psicoterapêuticas a implementar. A personalidade e a psicopatologia, permitem identificar os traços da personalidade predominantes e identificar doenças psiquiátricas associadas, respetivamente. É imprescindível verificar a existência de pilares de apoio, nomeadamente, familiares, amigos, religião, como recurso para avaliar eventuais critérios de gravidade e, principalmente, para acompanharem e monitorizarem a situação. O prognóstico diz respeito à psicopatologia de base, a aspetos familiares e sociais envolventes. (Silva et al., 2014). No final será formada uma ideia clara sobre todos os aspetos preditivos de um comportamento suicidário bem como, não menos importante, a capacidade da pessoa gerir as suas emoções e comportamentos e os mecanismos de adaptação (*coping*) a situações de crise.

De acordo com Veiga (2014), ainda no sector da CPS do CHUC, foram várias as solicitações, particularmente por parte dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), no sentido da construção de um índice de avaliação do risco de suicídio mais bem adaptado às características da população portuguesa, com base em itens e fatores fundamentados a partir da casuística real. Subjacente a esta motivação está a dificuldade na utilização dos índices existentes, com frequentes inconsistências entre os scores globais e a avaliação clínica. Com base na evidência científica, a experiência clínica, a análise estatística e a avaliação dos processos utilizados/resultados obtidos a equipa da CPS desenvolveu o Índice de Risco de Suicídio – IRIS (Anexo I). Constituído por 12 itens, organizado em três categorias (sociodemografia, contextos e esfera suicida). Os resultados indicam que foi elaborado um instrumento psicométrico com domínios e capacidades para responder às solicitações e aos desafios propostos (Veiga et al., 2014).

Patterson et al. (1983), citado por Veiga (2014, p.129), afirmam que “a avaliação do risco de suicídio é um processo complexo envolvendo a consideração de múltiplos fatores e contextos; qualquer instrumento psicométrico deve ser encarado apenas como um processo auxiliar, que nunca pode substituir a avaliação clínica especializada do risco”. Refletindo sobre esta premissa à luz dos comportamentos suicidários, a entrevista dos “7 P’s” constitui-se um instrumento útil e objetivo na avaliação especializada do risco.



#### **1.4 A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental**

Os comportamentos da esfera suicidária constituem uma preocupação para a sociedade em geral e, especialmente, para os profissionais de saúde. Sendo o suicídio um fenómeno multifacetado exige uma intervenção multidisciplinar. A DGS (2013), afirma que as estratégias de prevenção envolvem sinergias multissetoriais, onde a área da saúde deverá ter um enfoque central na avaliação do risco, planeamento, organização, atuação e monitorização dos resultados.

A essência da prática clínica em enfermagem de saúde mental abrange a excelência relacional, a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e a mobilização de competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais durante o processo de cuidar da pessoa, família, grupo e comunidade (OE, 2011). A avaliação em enfermagem de saúde mental, construída através do conhecimento do comportamento humano e dos princípios do processo da entrevista clínica, sintetiza a informação obtida, a observação do comportamento, análise de outros dados disponíveis, e está na base da conceção do diagnóstico de enfermagem (OE, 2011). Nesta perspetiva, a intervenção específica do EESM é baseada no juízo clínico singular com os respetivos níveis de complexidade inerentes perante a avaliação dos dados e a evidência científica, distinto de outras áreas de especialidade.

O EESM detém conhecimentos científicos e psicopedagógicos que o coloca em posição privilegiada nas equipas de saúde para desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz, em que na prática clínica, estabelece relações de confiança e parceria, aumenta o conhecimento e consciência dos problemas e promove a capacidade de encontrar novas formas de resolução. Townsend (2011), menciona que a psicoterapia, individual ou em grupo, para a pessoa com comportamentos suicidários revela-se útil para esta desenvolver e manter um conceito de si própria mais positivo, aprender modos mais eficazes de expressar sentimentos, estabelecer relações interpessoais bem sucedidas, sentir-se aceite pelos outros e alcançar o sentimento de pertença. Assim sendo, compete ao enfermeiro o desenvolvimento, a implementação e avaliação de ações direcionadas para o indivíduo, família, grupo e/ou comunidade, que visa a identificação precoce de fatores protetores e fatores de risco, assim como uma

atempada intervenção terapêutica adequada e eficaz (Simões et al., 2014).

Nesta perspetiva, implica o envolvimento de competências relacionais e comunicacionais do enfermeiro, onde se pretende identificar e avaliar o risco de suicídio, a implementação de estratégias que garantam a segurança e a elaboração de um plano de intervenção congruente e ajustado às necessidades, no prisma individual ou coletivo. Para tal, destaca-se a necessidade de uma formação contínua e treino de competências técnicas, sociais e relacionais na avaliação do risco e na prevenção destes comportamentos.

Contudo, a complexidade envolvente à esfera dos comportamentos suicidários acarreta grande impacto no enfermeiro, especialmente, os sentimentos que desperta como a curiosidade, simpatia, raiva, pena, tristeza, frustração, medo. Um dos fatores que poderá conduzir a uma avaliação incorreta e a impossibilidade de uma aliança terapêutica é a contratransferência negativa, ou seja, as emoções e pensamentos hostis que o enfermeiro pode manifestar de forma inconsciente com sentimentos de superproteção ou rejeição, ou de modo consciente rotulando a pessoa como manipuladora. Nesta perspetiva, desafiam os enfermeiros a refletir sobre as suas experiências, atitudes e a clarificar as fronteiras entre as suas crenças pessoais e a ética profissional (Santos & Neves, 2014). A capacidade de reconhecimento e reflexão destes sentimentos, englobados nos mecanismos de transferência e contratransferência, representam fundamentos essenciais na conduta do EESM, tal como na eficácia da sua atuação. A prática clínica, o desenvolvimento da autoconsciência de si na relação terapêutica e a reflexão caso a caso, constituem instrumentos primordiais que fazem toda a diferença na avaliação, no desenvolvimento do juízo clínico e na tomada de decisão consciente, eficiente e atempada.

### **1.5 Uma abordagem sistémica de enfermagem**

Durante o estágio, adotei os conceitos e pressupostos descritos no referencial teórico de enfermagem de Betty Neuman, conhecido por o Modelo dos Sistemas. No centro deste modelo está a pessoa, na perspetiva de indivíduo, família, grupo ou comunidade, entendendo-a como um sistema aberto em constante interação com o ambiente, sendo afetada por todas as variáveis que podem influenciar os seres humanos. Betty Neuman, na elaboração do seu modelo de sistemas de

cuidados de saúde, recorreu a várias teorias, e “afastou-se do modelo tradicional de «doença» para um que engloba «os cuidados ao doente na perspectiva da pessoa total»”. (Pearson & Vaughan, 1992, p.111)

Neuman (1980), citado por Pearson e Vaughan (1992), reconhece que existe um núcleo central, constituído por aspetos fisiológicos, anatómicos e genéticos, que constituem um recurso de energia para a pessoa. Se este núcleo central ficar comprometido a pessoa fica em risco, no entanto, em volta dessa fonte básica de energia existem linhas de resistência ou defesa que a permitiram manter-se estável, como as defesas imunitárias, comportamentos de adaptação ou mecanismos fisiológicos, que tendem a manter a harmonia entre os fatores internos e externos. Num processo contínuo e dinâmico, entre o bem-estar e o mal-estar, existem agentes de *stress* considerados como estímulos que podem, potencialmente, causar um desequilíbrio ou uma perturbação na harmonia da pessoa. Os agentes de *stress* podem ser intrapessoais (ocorrem dentro da pessoa), interpessoais (ocorrem entre duas ou mais pessoas) e extrapessoais (ocorrem fora da pessoa). A resposta ao agente de *stress* varia de pessoa para pessoa, conforme a eficácia das linhas de defesa nessa situação específica e a quebra ocorrida dentro do sistema.

À luz destes pressupostos, a autora defende que o objetivo primordial dos cuidados de enfermagem é o bem-estar da pessoa no seu todo, ou seja, o restabelecimento ou manutenção da estabilidade do sistema, definida como saúde. Porém, destaca que o que é tido como saudável numa pessoa pode não ser para outra, neste sentido sugere que seja seguida uma abordagem progressiva durante a avaliação através de perguntas e de observações genéricas para a obtenção da informação inicial, avançando gradualmente para uma apreciação e categorização de informações mais específicas (Pearson & Vaughan, 1992). Para tal é determinante ver a pessoa cuidada como parceiro do plano de cuidados de forma a identificar o ambiente em que a pessoa está inserida, identificar os agentes de *stress* geradores de instabilidade com o intuito de os reduzir e fortalecer as linhas de defesa, isto é, potenciar os seus recursos internos.

De acordo com Pearson & Vaughan (1992), este modelo atribui especial enfoque à prevenção, educação para a saúde e bem-estar, a abordagem interdisciplinar bem como ao tratamento da falta de saúde. A prevenção difere consoante as circunstâncias e o foco da intervenção, podendo ser dividida em:

primária, secundária e terciária. A prevenção primária pretende evitar que a desadaptação ocorra, podendo traduzir-se em programas de educação, a prevenção secundária ocorre após um agente de *stress* ter passado a linha de defesa e causado uma reação, nesta situação a intervenção é restabelecer a adaptação e a estabilidade de forma a restituir a saúde. Por último, a prevenção terciária centra-se em manter e estabilizar o seu estado de saúde, com o intuito de evitar a recorrência, dirigindo-se a atividades de manutenção e de cariz educacional. Outro dos pressupostos que rege este modelo é a abordagem interdisciplinar, em detrimento da fragmentação dos cuidados, sugerindo que este modelo não seja restrito à enfermagem, mas possa ser partilhado por qualquer profissional do sistema de cuidados de saúde. Tende a reunir objetivos, numa perspetiva de complementaridade do trabalho desenvolvido.

## **2. METODOLOGIA**

A metodologia utilizada é o trabalho de projeto, que visa desenvolver as competências de enfermeiro especialista no âmbito da prática clínica, investigação, formação, autoconhecimento e gestão. De acordo com Ruivo, Ferrito & Nunes (2010, p.5) o trabalho de projeto é “uma metodologia reflexiva, pois é baseada e sustentada pela investigação, de forma sistemática, controlada e participativa, que visa identificar problemas e resolvê-los através de ações práticas”. Trata-se de uma metodologia dinâmica e flexível que permite a aplicação dos conhecimentos teóricos na realidade concreta, em que a pessoa interfere no próprio contexto prático, e a própria população alvo é envolvida como sujeito ativo, o que se torna enriquecedor pois permite uma melhor compreensão da realidade, uma planificação e ação dirigida e adequada, que contribui para conhecer e transformar a própria realidade do destinatário (Ruivo et al., 2010). Havendo uma interação com o contexto real caracterizado, muitas vezes, por ser único, espontâneo, incerto e de conflito conduz à aquisição de conhecimentos em vários domínios, com um maior desenvolvimento das potencialidades individuais.

De acordo com Abreu (2007), face à crescente complexidade dos cuidados e as pressões sociais no sentido da qualidade e excelência, já não é só exigido o tradicional conjunto de saberes e competências no domínio das habilidades, segurança ou conhecimentos, solicita-se a abertura para um processo de aprendizagem contínuo e dinâmico, a motivação para a autoformação participativa trabalhando em simultâneo as componentes reflexivas, críticas e éticas. Neste sentido, promove a responsabilização pelo processo de aprendizagem, que avança no sentido da autonomia e da construção da identidade profissional revelando-se benéfico ao desenvolvimento e aquisição das competências de EESM.

## 2.1 Objetivos

### Objetivo geral:

- Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com conduta suicida no âmbito da avaliação do risco de suicídio, com vista à prevenção dos comportamentos suicidários.

### Objetivos específicos:

- Identificar as intervenções adotadas pela equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar no âmbito da pessoa com conduta suicida, quer em contexto comunitário e em contexto de internamento;

- Executar uma avaliação global e dirigida às necessidades da pessoa com conduta suicida;

- Prestar cuidados centrados na pessoa com conduta suicida, em parceria com os elementos da equipa multidisciplinar, atribuindo ênfase ao processo de avaliação do risco como ferramenta essencial para a prevenção de comportamentos suicidários;

- Realizar e implementar intervenções de âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico de enfermagem de saúde mental, de acordo com a avaliação das necessidades e capacidades da pessoa com conduta suicida, em colaboração com a equipa de enfermagem;

- Adquirir conhecimentos baseados na evidência sobre a temática;

- Desenvolver o juízo clínico e o processo de tomada de decisão consciente, eficiente e atempada;

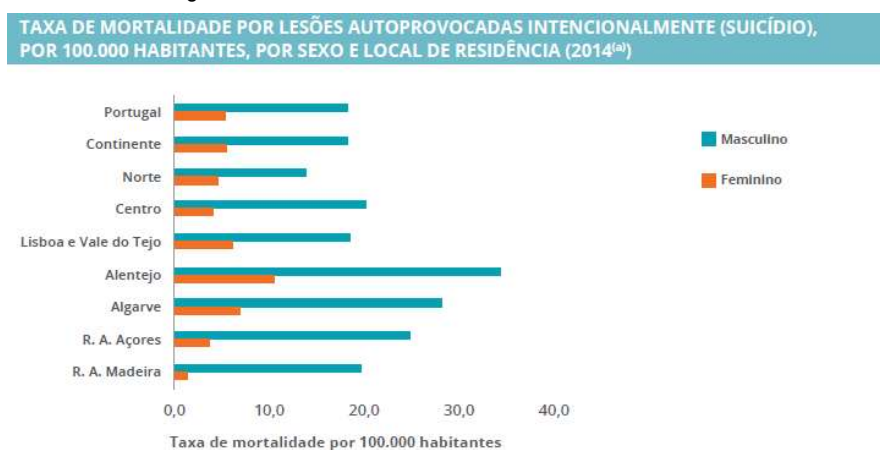
- Conhecer as medidas e os projetos implementados a nível nacional;

- Desenvolver processos de autoconhecimento com a tomada de consciência enquanto pessoa e enfermeira, durante a relação terapêutica e a realização das intervenções de enfermagem.

## 2.2 Caracterização da instituição envolvida

Para desenvolver o projeto apresentado e atingir os objetivos propostos, realizei o estágio na Unidade Local de Saúde do Alentejo. A escolha do local de estágio deve-se ao facto de constituir uma região geográfica que apresenta índices elevados de suicídio. De acordo com a DGS (2016) a mortalidade por suicídio é, tradicionalmente, mais elevada na região Sul do país, “considerando em específico as diversas regiões, a do Alentejo mantém-se com a taxa mais alta de suicídio em Portugal, tanto nos homens como nas mulheres” (DGS, 2016, p.18), como se pode verificar na Figura 4.

Figura 4: Taxa de suicídio, de acordo com o sexo e local de residência



Fonte: DGS, 2016

O estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria realizou-se de 26 de setembro de 2016 a 10 de fevereiro de 2017. O primeiro âmbito do estágio decorreu no contexto comunitário, com a duração de 10 semanas, seguido do contexto de internamento com a duração de 8 semanas, com um total de 500 horas.

O **contexto comunitário** do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) é constituído por três vertentes, sendo estas, a Consulta de gerontopsiquiatria, Hospital de dia e os Cuidados domiciliários. A **Consulta de gerontopsiquiatria** esta direccionada para utentes com mais de 65 anos de idade e é constituída por um psiquiatra, uma enfermeira e um psicólogo. As consultas ocorriam duas vezes por semana, onde inicialmente a pessoa cuidada tinha a consulta com o psicólogo, seguida da consulta com o psiquiatra e por último com a

enfermeira. É realizada a partilha de informações e um planeamento de intervenção entre os profissionais, objetivando a excelência dos cuidados. O **Hospital de dia** constituído por uma equipa que engloba um psiquiatra, duas EESM, dois psicólogos e uma assistente social. No momento, a decorrer dois dias por semana e integrado por um grupo de seis utentes com Esquizofrenia. O principal objetivo recai no treino de competências relacionado com as atividades de vida diárias. Os **Cuidados domiciliários** são compostos por três equipas comunitárias, sendo cada uma constituída por um psiquiatra, um enfermeiro, um psicólogo e uma assistente social. Cada equipa é responsável por cerca de cinco concelhos e têm dias específicos para as visitas domiciliárias.

O **Serviço de Internamento de Psiquiatria** (SIP) tem a lotação de doze camas, sendo três preferencialmente ocupadas pela Pedopsiquiatria. Foi preconizado e protocolado como critérios de internamento, sujeitos com idade igual ou superior a 17 anos e 6 meses nas seguintes situações clínicas: perturbação psicótica descompensada; perturbação depressiva major, com sintomatologia psicótica e/ou ideação suicida; perturbação bipolar em episódio agudo; ideação suicida mediante avaliação psiquiátrica; comportamentos disruptivos, mediante avaliação psiquiátrica e aplicação da Lei da Saúde Mental com indicação clínica para internamento compulsivo.

Quando o doente tem alta do SIP, a enfermeira é responsável por enviar a nota de alta médica e de enfermagem, via *e-mail*, para a equipa comunitária responsável pelo concelho onde a pessoa reside e, aproximadamente, dentro de quinze dias é realizada a primeira visita domiciliária. Esta articulação revela-se crucial na monitorização e acompanhamento do estado do doente/família, na identificação das necessidades e problemas sentidos no regresso a casa, na supervisão da adesão ao regime terapêutico e no processo de recuperação e reintegração social. O departamento prima pelos cuidados prestados no meio menos restritivo possível, em que a decisão de internamento só deve ser tomada quando estritamente necessária, sendo estas as políticas defendidas no Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016.



## **2.3 Atividades desenvolvidas**

Do planeamento à implementação e aquisição dos objetivos propostos existe um longo caminho percorrido que é pertinente relatar para uma melhor compreensão do trabalho desenvolvido, na prática clínica.

No sentido de dar resposta ao projeto de estágio, com base na aquisição das competências do EESM, segue-se a análise que elaborei do planeamento, meios e estratégias, à execução das atividades desenvolvidas em ambos os estágios.

### **Pesquisa e leitura bibliográfica**

Transversalmente aos dois momentos de estágio, foi essencial manter a pesquisa e leitura bibliográfica de forma a aprimorar e consolidar o conhecimento teórico e permitir a interação com os conhecimentos adquiridos na prática clínica diária, com o intuito de promover uma prática reflexiva, apelando ao juízo crítico para a elaboração de um plano de atuação personalizado (Apêndice I). Benner (2001), afirma que a teoria é fundamental, pois permite localizar o problema, saber antecipar os cuidados necessários e ajuda a colocar perguntas pertinentes numa situação real. Neste sentido, constitui-se também uma atividade com extrema importância no reconhecimento de necessidades específicas de ambos os locais de estágio, no desenvolvimento de projetos e atividades pertinentes e com utilidade prática, sempre no sentido da promoção e desenvolvimento da conduta profissional com a melhoria contínua dos cuidados prestados. De acordo com Cerejeira (2014), uma boa decisão clínica exige que a melhor evidência científica disponível seja integrada na competência e experiência clínica do profissional, tendo em conta as expectativas e interesses da pessoa cuidada bem como os recursos disponíveis.

Apesar das várias áreas de conhecimento aprofundadas e aperfeiçoadas, estas necessitam ainda de maior investimento e desenvolvimento, por forma a garantir a sua interiorização, permanente atualização e operacionalização lógica com as situações vivenciadas, diariamente, na prática clínica.

## **Reflexões críticas**

Durante todo o estágio realizei reflexões críticas diárias, com o intuito de fazer uma introspecção sobre a minha conduta e uma análise das experiências vivenciadas na prática. Mobilizei o ciclo reflexivo de Gibbs, atribuindo especial ênfase à análise autêntica da situação vivenciada, aos sentimentos e emoções experienciados, de forma a perceber de forma clara o que foi bom e menos bom, o que poderia ter feito de diferente e o contributo que trouxe para a minha atuação futura. Privilegiei, de forma intencional, as dimensões relacionais, com especial ênfase ao domínio da comunicação verbal e não-verbal, como me apresentava perante o outro, a importância da criação de um ambiente terapêutico e as interações estabelecidas, de forma a tomar consciência da construção da relação terapêutica.

Nas primeiras semanas de estágio senti um certo desconforto e alguma inibição na interação com os doentes e confesso que nem sempre foi fácil e clara a análise realizada. Sentimentos contratransferências de pena, tristeza, curiosidade acompanhados de um envolvimento excessivo foram recorrentes numa fase inicial o que me motivou para a reflexão constante sobre os aspetos intrapessoais, que de alguma forma influenciam o meu desempenho enquanto enfermeira e podem condicionar a capacidade de construir a relação terapêutica com a pessoa cuidada. No entanto, a partilha e análise das intervenções implementadas, das perceções e dificuldades sentidas com a equipa de enfermagem, nomeadamente, as enfermeiras orientadoras, os restantes elementos da equipa multidisciplinar e a minha colega de estágio, a leitura de documentos sobre a temática e as próprias autoanálises escritas foram bastantes benéficas no meu percurso e constituíram um importante treino prático para a minha atuação futura. Insisti imenso, comigo própria, em realizar estas análises diariamente e, deste modo, percebi que o contexto prático é extremamente vasto e complexo, que as interações divergem imenso, as nossas crenças e valores têm um cunho importante na nossa atuação e que aprimorar o nosso juízo clínico isento de julgamentos não é tarefa fácil. Considero que as reflexões diárias são um pilar essencial na construção da identidade do EESM, na perspetiva dos processos de autoconhecimento permitindo uma maior eficácia na mobilização de si como instrumento terapêutico.

Nesta perspetiva, o enfermeiro deve

melhorar a compreensão que tem de si próprio, das suas crenças, dos seus hábitos, das suas aversões, **dos seus sentimentos**, dos seus **medos**, tomar **consciência** dos seus **mecanismos de projecção e de defesa**, a fim de adquirir uma autenticidade e um certo nível de confiança que lhe permitiram melhorar a qualidade dos cuidados que presta. (Diogo, 2006, p.81)

Esta aprendizagem que faço com o vivenciar de situações do dia-a-dia relativamente à compreensão das minhas emoções, dúvidas, inseguranças, impotências e frustrações constitui-se um trabalho de cariz contínuo, crucial na construção de habilidades de regulação emocional e são elementos chave para a aquisição da primeira competência específica do EESM, que preconiza deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional (OE, 2010). De acordo com Hesbeen (2001), a experiência por si só não gera conhecimento, ela contribui para a aquisição de uma certa competência e destreza das intervenções realizadas, mas para poder enriquecer os conhecimentos da pessoa, essa experiência precisa ser refletida, discutida e conceptualizada.

### **Sessões de formação**

Durante todo o estágio tive a oportunidade de assistir e até participar em várias sessões de formação. Na celebração do Dia Mundial da Saúde Mental, o DPSM em associação com outras entidades desenvolveram a Semana da Saúde Mental com o objetivo de chamar a atenção pública para esta questão a nível nacional e, particularmente, na região do Alentejo.

Este encontro foi bastante benéfico, em que setores como a saúde, social e político estiveram presentes para se debater problemáticas atuais e pertinentes e analisar-se estratégias a adotar-se com rumo à melhoria dos cuidados à população. Foi com muito agrado e entusiasmo que verifiquei o empenho e coesão da equipa multidisciplinar em promover um debate público com os deputados, onde atribuíram destaque a aspetos atuais e pertinentes da prática real de forma a conseguir-se alcançar os objetivos e sem rodeios abordar os temas que realmente

são necessários para a melhoria efetiva dos cuidados. Achei muito curioso a maioria dos debates terem emissão direta na rádio local e abertura à população, pormenor que realça a necessidade de incluir, divulgar e promover a reflexão desta problemática à população em geral e aos profissionais de saúde das mais inúmeras áreas.

Em suma, esta semana foi essencial em diversos aspetos. Promoveu a literacia em saúde, foi uma estratégia benéfica na luta contra o estigma, na consciencialização da população e dos profissionais de saúde em geral para as problemáticas envolventes da saúde mental e doença mental e a apresentação e divulgação de projetos direcionados para pessoas com doença mental e seus familiares. A nível pessoal, proporcionou-me novas experiências, novos conhecimentos, novas reflexões e despertou em mim novas maneiras de ver as mesmas coisas. Verificar que iniciativas como estas são cruciais para a proximidade com a população, com os profissionais de saúde de outras áreas e a proximidade com outros setores que são, de igual modo, essenciais para o desenvolvimento e melhoria dos cuidados prestados.

### **Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com conduta suicida, no âmbito da avaliação do risco de suicídio**

A primeira utente que entrevistei tinha estado internada há cerca de um mês, por TS por flebotomia. Inicialmente, sorri e apresentei-me, convidando-a a sentar-se de forma a quebrar o gelo inicial e demonstrar disponibilidade. Sentei-me ao seu lado, embora as cadeiras estivessem dispostas com uma mesa a meio, com o intuito de proporcionar um ambiente mais acolhedor e uma abordagem mais colaborativa. Segundo Chalifour (2008, 2009), estas demonstrações de atenção para além de constituírem gestos de civilidade, são sinais de atenção e acolhimento que põem a pessoa “à vontade”, criam condições otimizadas para a troca, uma vez que suscitam sentimentos de segurança e de confiança que permitem à pessoa investir-se mais rapidamente na relação. De acordo com Guerra, Lima, Torres & Vieira (2014), esta sensação de confiança origina a segurança de progredir, terapeuticamente, pois a pessoa cuidada é capaz de ser honesta e genuína, sem estar preocupada em oferecer um discurso que seja moralmente ou socialmente aceite.

No começo, empenhei-me em questões abertas e pouco invasivas para a utente expressar espontaneamente os seus sentimentos e eu compreender a sua situação, deste modo questionei, “Como é que as coisas têm sido para si ultimamente?”. Quando abordada a tentativa de suicídio, debrucei-me em questões mais direcionadas, como “Tem pensamentos sobre acabar com a sua vida?”. Quando realizei estas perguntas, confesso que senti receio e alguma insegurança com a resposta que iria ouvir e com o que iria dizer a seguir. O meu receio tinha a ver com a sensação que a minha interpelação direta pudesse, ela mesma, despoletar o desejo de suicídio. Embora já detivesse os conhecimentos teóricos sobre a abordagem à pessoa com conduta suicida, nesse momento do meu percurso apercebi-me que eu própria mantinha ideias pré-concebidas sobre o direto questionamento da ideação suicida. Senti que tinha que clarificar o “suicídio” no meu mais íntimo, atribuindo ênfase as minhas emoções, valores e crenças. Contudo, a história de vida que ouvi, que incluía abandono, maus tratos, violações, sensibilizou-me, pois eu estava a escutar uma história de vida real e no contexto da conversa, que já ia longa, não estava a espera de ouvir aquela partilha. Suscitou-me alguma repugnância, raiva e revolta, no entanto consegui perceber que a senhora se sentia sem valor e com toda a sua história de vida percebi o seu sofrimento atroz com o qual ela não era capaz de lidar. No momento, tentei-me focar no seu contexto de vida e que eu estava ali para ajuda-la a ver os aspetos positivos/novas perspetivas e estratégias para conseguir superar as adversidades da vida. É de evidenciar os contributos do referencial teórico de Betty Neuman, que promove a perceção da pessoa cuidada como um parceiro ativo do plano de cuidados, detentor da sua singularidade, de forma a identificar os agentes de *stress* geradores de instabilidade com o intuito de potenciar os recursos internos da pessoa e restabelecer a adaptação e estabilidade. Numa abordagem gradual, através de questões neutras e pouco invasivas e progressivamente avançar para perguntas mais específicas e dirigidas.

Uma das frases que a Sr<sup>a</sup> A. verbalizou, que mais me marcou, foi “Eu queria acabar com este sofrimento”. Aqui verifiquei a ambivalência de sentimentos, tão descrita na literatura, e de forma a causar eco, validei com a pessoa de forma a proporcionar a reflexão, e questionei “Esta a dizer-me que realmente o que pretendia era terminar com o sofrimento que sentia?”. A validação atribui enfoque à certificação da sua compreensibilidade, incentiva a colaboração e mantém o foco

nos direitos e deveres da pessoa relativamente às tomadas de decisão quanto ao seu processo de saúde, desta forma, marca a diferença entre a resolução dos problemas da pessoa cuidada e a resolução conjunta dos problemas da pessoa cuidada (Riley, 2004).

Perante esta história de vida dramática, tive dificuldade em encontrar os fatores protetores, de forma a ajuda-la a reconhece-los e valoriza-los. Porém, questioneei sobre estratégias de *coping* usadas anteriormente para a resolução de problemas e tentei verificar, em conjunto com a Sr<sup>a</sup> A., as atividades que ela sentia que lhe davam prazer e os pilares de apoio/pessoas significativas que ela sentia que lhe faziam bem.

No início da entrevista observei um fâcies triste com períodos de labilidade emocional, no final, quando juntas fizemos uma síntese dos aspetos positivos que lhe tinham ocorrido ultimamente, estratégias que deveria focar-se e fortalecer, senti um certo ânimo e alívio por ter a oportunidade de ser escutada e partilhar a sua história de vida. No final, agradei a sua disponibilidade, fortaleci que a equipa do DPSM está disponível e, juntamente com a enfermeira orientadora, marcamos uma segunda entrevista.

Realizando uma retrospeção senti, que embora fosse a primeira entrevista, consegui manter uma postura profissional, estabelecer uma relação de confiança e disponibilidade, com calor afetivo, aspetos que considero primordiais. Confesso que fiquei orgulhosa da minha prestação, para primeira entrevista faço um balanço positivo e percebi que foi um momento importante para a Sr<sup>a</sup> A. Contudo, senti que tenho muitas ideias a clarificar dentro de mim, como me senti e refleti sobre a temática do suicídio, aspetos dramáticos como a violação e o que isto causa em mim. Durante a própria entrevista tentei desenvolver a capacidade de escutar profundamente a pessoa, tendo noção da minha conduta na relação e como esta se estava a construir. Foi um aspeto bastante positivo porque no meu contexto profissional estou, ou estava, habituada a focar-me somente na pessoa cuidada, na sua comunicação verbal e não-verbal, em fazer o exame do estado físico, perceber antecedentes e estrutura familiar e descurava o meu *self*, enquanto ferramenta essencial, para o estabelecimento da relação terapêutica.

Realizei a primeira entrevista a um utente que tinha estado internado por disrupção comportamental de início súbito com ideação suicida consistente com plano de morte estruturado, há cerca de um mês. Utente com humor eutímico,

colaborante, com discurso fluente e comportamento adequado. Com crítica e discernimento sobre a TS, a cumprir terapêutica e sem ideação suicida. Muito agradecido pela equipa o ter ajudado a refletir sobre o sucedido e fica muito feliz por não ter concretizado o ato. Foi benéfica a experiência de entrevistar um utente que tinha o plano de morte estruturado, dia, hora e método. Verbalizou-me que se despediu da esposa, levou o filho à escola e despediu-se deste e foi intercetado pela Guarda Nacional Republicana quando se dirigia para uma barragem com o intuito de saltar.

Tive também a oportunidade de realizar a primeira entrevista a uma utente que tinha estado internada no DPSM há cerca de um mês, por alterações do comportamento com TS por intoxicação medicamentosa voluntária (IMV). Dirigi a entrevista e tive em atenção, em primeiro realizar perguntas abertas e neutras, de forma a promover a confiança e facilitar a expressão emocional. Entre inúmeros aspetos da sua vida pessoal referiu ter períodos de angústia e ansiedade com muita frequência. Questionei se ainda permanecia os sentimentos de terminar com a própria vida, ao qual, a Sr<sup>a</sup> B. proferiu que quando tinha estes períodos de grande ansiedade ainda pensava na caixa dos comprimidos. Foi incentivada que nestes momentos devia evitar “alimentar” estas ideias e devia tentar interrompe-los com um telefonema a uma amiga próxima ou para a enfermeira do DPSM, devia sair de casa e ir dar um passeio ou dirigir-se à profissional de referência do Centro de saúde da área de residência e, se verificar que se mantém devia tomar a terapêutica prescrita em SOS. Desta forma, pretende-se interromper o pensamento para evitar a escalada do risco de suicídio. Devido a dificuldade em gerir a ansiedade, decidiu-se em conjunto com a Sr<sup>a</sup> B. que num segundo encontro iríamos agendar uma sessão de relaxamento e treino da respiração, de forma a fornecer um recurso para que ela própria consiga gerir os momentos de maior ansiedade. De acordo com Betty Neuman, o objetivo passa pelo fortalecimento das linhas de defesa da pessoa cuidada de forma a restaurar os mecanismos de adaptação e assim conseguir superar futuras situações de crise com os seus próprios recursos.

Nesta primeira entrevista foi possível criar um vínculo terapêutico com a Sr<sup>a</sup> B., demonstrar-lhe disponibilidade para escutar as suas angústias sem juízos de valor e em conjunto conceber algumas estratégias que esta pode adotar nos momentos críticos, e de certa forma, delinear a intervenção que melhor se coadune com as

suas necessidades e características.

Através destas interações foi possível trabalhar a quarta competência específica do EESM, que aborda a implementação de intervenções com a finalidade de ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório, envolvendo as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias através de atividades, tais como, ensinar, orientar, instruir, assistir, apoiar e capacitar (OE, 2010).

Durante o estágio em contexto de internamento, tive a oportunidade de entrevistar uma adolescente que estava internada por TS por IMV. Com antecedentes de tentativas de suicídio, consumo de canabinóides, com relação familiar muito disfuncional e história recente de suicídio do melhor amigo. Inicialmente, não foi fácil estabelecer a relação, a utente apresentava-se muito reservada, revoltada por estar internada e a recusar falar. Reconheço que perante esta situação senti alguma frustração, mas tentei perceber que se tratava de mecanismos defensivos que necessitavam ser reformulados. Foi através da implementação de uma atividade terapêutica com recurso ao mediador expressivo, nomeadamente, o desenho, que a utente começou a interagir comigo e a verbalizar as suas emoções. Através da escuta ativa, de afirmações empáticas, do género, “compreendo que isso a tenha deixado triste.”, e através da comunicação não-verbal tentei fortalecer a aliança terapêutica e fornecer suporte/apoio à utente. Era evidente uma grande vulnerabilidade com um forte sentimento de baixa autoestima e intolerância à frustração e à perda, em que não foi fácil identificar os fatores protetores e/ou os pilares de apoio, mas pude constatar que existia um forte sentimento de ambivalência.

Saraiva e Garrido (2014) privilegiam a colaboração da díade profissional-pessoa cuidada e valorizam a narrativa pessoal, como fundamentos essenciais na avaliação dos comportamentos suicidários. Defendem que são abordagens de grande utilidade na prática clínica em que o profissional, como elemento facilitador, ajuda a pessoa a estabelecer o sentido de controlo perdido, permitindo a compreensão partilhada do processo suicida individual. Deste modo, a avaliação torna-se o primeiro momento da própria intervenção, na medida em que constitui uma oportunidade da pessoa expressar livremente o seu sofrimento, na base da compreensão isenta de julgamentos, momento de reflexão partilhada promotor do desenvolvimento da consciência de si como o próprio recurso para a resolução dos



problemas.

Phaneuf (2005) menciona que na Psiquiatria, onde quase tudo passa pela palavra, a entrevista é o instrumento de trabalho a privilegiar. Acrescenta que não é somente um questionamento, é em primeiro lugar uma relação que se constrói, onde o enfermeiro cria um clima de disponibilidade para dar à pessoa suporte e compreensão.

Durante as entrevistas tive presente a “entrevista dos 7P’s”, como modelo de referência. Esta constitui-se uma ferramenta de fácil memorização, em que no final será formada uma ideia mais clara sobre os fatores protetores, fatores de risco, capacidades para gerir emoções, mecanismos de adaptação (*coping*) a situações de crise e permitem identificar traços predominantes da personalidade. Desta forma, permite alcançar uma compreensão dinâmica do mundo interno da pessoa, hierarquizar os problemas expostos e delinear as estratégias terapêuticas a adotar, num plano individualizado de cuidados onde se privilegia a relação terapêutica.

Hoje perceciono que numa primeira fase do estágio estava muito centrada no meu correto desenvolvimento, isto é, na gestão do ambiente terapêutico, na percepção das minhas emoções, nas pesquisas teóricas e na aplicação do meu projeto que limitou a verdadeira entrega à relação terapêutica. Concretamente, senti dificuldade em me concentrar na narrativa da pessoa cuidada, de modo a compreendê-la no seu contexto. Mas ao longo do estágio consegui tomar consciência dos aspetos importantes que estava a negligenciar e com as várias entrevistas que observei e realizei senti que consegui desenvolver a capacidade e a disponibilidade de estar na relação, compreender os alicerces fundamentais que constituem a relação terapêutica, dando sentido ao que escutava e a devolver questões com uma percepção lógica da narrativa da pessoa. Ao conseguir gerir estas barreiras foi, para mim, mais espontânea a construção da relação com o intuito terapêutico e a percepção do seu benefício para a promoção da saúde mental da pessoa cuidada. Porém, posso afirmar que nem sempre foi fácil ajudar a pessoa cuidada a lidar com a desesperança, os sentimentos de culpa, vergonha e sofrimento.

No contexto comunitário, é de evidenciar a existência de uma maior proximidade com a família, sendo que a sua colaboração é essencial na transmissão de informação, monitorização de comportamentos, na restrição do acesso a meios letais e no processo de recuperação e reintegração. Algumas

vezes senti incerteza, por parte de familiares, no modo de agir, o que dizer e como ajudar. Para tal, é fundamental fornecer suporte e aconselhamento, igualmente, numa relação de compressão e disponibilidade. É crucial salvaguardar que todas as medidas de segurança a adotar devem ser acompanhadas pelo envolvimento familiar.

Após cada entrevista realizava-se a análise da mesma, através da introspeção sobre a narrativa da pessoa cuidada e do(s) familiar(es), as estratégias postas em ação e os resultados pretendidos ou obtidos e procedia-se ao seu registo no processo do utente. Este registo é fundamental quer a nível da planificação e continuidade dos cuidados, do registo da evolução da pessoa cuidada e como método de partilha da informação com a equipa multidisciplinar. Tomei consciência que a esfera dos comportamentos suicidários é pluridimensional, pois envolve histórias de vida muito complexas e únicas o que acarreta diversidade de intenções e significados, beneficiando de uma intervenção multifacetada e de todo um trabalho multidisciplinar. Perante esta pluralidade e complexidade de intenções e significados é evidente a imprescindibilidade da prática, reflexão, autoconhecimento, formação e investigação.

### **Realizar e implementar intervenções de âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico de enfermagem de saúde mental, de acordo com a avaliação das necessidades e capacidades da pessoa com conduta suicida, em colaboração com a equipa de enfermagem**

Existem várias intervenções psicoterapêuticas para o tratamento de pessoas com ideação suicida ou que tenham experienciado um comportamento da esfera suicidária, nomeadamente, a psicoterapia individual, de grupo e familiar. Para a otimização dos resultados, a maioria das intervenções é realizada em conjunto com o tratamento psicofarmacológico.

De acordo com Townsend (2011), a psicoterapia revela-se útil para a pessoa com comportamentos suicidários desenvolver e manter um conceito de si própria mais positivo, aprender modos mais eficazes de expressar sentimentos, estabelecer relações interpessoais bem-sucedidas, sentir-se aceite e alcançar o sentimento de pertença, ou seja, fortalecer as suas linhas de defesa.

No âmbito da psicoterapia individual, atribui-se especial enfoque a terapia de

cariz cognitivo-comportamental que embora surja numa intervenção mista (cognitiva e comportamental), as técnicas cognitivas assumem a estratégia central. A literatura evidencia como uma das técnicas com maior eficácia na abordagem à pessoa com conduta suicida, demonstrando uma redução significativa da desesperança e da ideação suicida (Garrido, Andrade & Saraiva, 2014).

Fundamentalmente, visa a alteração de posturas mal adaptativas, em que o foco de intervenção é a distorção do pensamento que aliado à inflexibilidade na resolução de problemas leva a sentimentos de desesperança. Predominam os pensamentos negativos que apresenta sobre si próprio e sobre as expetativas em relação ao futuro que potencia o risco suicidário. Assim sendo, através da gestão do *stress* e expressão emocional pretende-se a desconstrução e reconstrução das suas interpretações da realidade, mais adaptativas, e que contribuam para o desenvolvimento de mecanismos de *coping*, com crenças e narrativas mais otimistas face ao próprio e ao futuro. Guerra et al. (2014) menciona que nos modelos cognitivo-comportamentais são usadas técnicas orientadas para a ação, que visam dar controlo à pessoa sobre a sua vida, para resolver problemas interpessoais, emocionais, de decisão, onde o foco central é a interação existente entre pensamentos, emoções e comportamentos.

Assegurando sempre um vínculo terapêutico sólido, o profissional deve valorizar a narrativa pessoal e, no papel de membro facilitador, contribuir para que a pessoa adquira competências que permita alcançar uma postura crítico-reflexiva perante a sua própria vida. Chalifour (2008) afirma que as psicoterapias têm como característica comum a aprendizagem, nalgumas a pessoa aprende algo de novo, noutras desaprende para reaprender aquilo que já conhece, e ainda noutras situações, aprende como aprender.

Na base de uma postura de tranquilidade e compreensão, a comunicação nas intervenções psicoterapêuticas deve assentar numa linguagem clara, positiva e de genuína empatia, isenta de qualquer discurso que possa ser sentido como desvalorizador do sofrimento e das suas experiências. Cruz & Sampaio (2014) mencionam que o profissional tem que ser alguém que revela uma atitude diferente, “abrindo” espaços para a autorrevelação dos seus sentimentos permitindo, a partir daí, encontrar novas perspetivas. É notório que “os doentes para quem o suicídio se tornou a sua “única opção”, a comunicação pode ser uma oportunidade para a exploração de opções alternativas que os mesmos não conseguiam entrever

previamente” (Kutcher & Chehil, 2007, p.4). A avaliação do risco revela-se imprescindível ao planeamento e implementação da intervenção de carácter psicoterapêutico, na medida em que constitui o primeiro contacto, que se promove a construção da aliança terapêutica, a validação das angústias e o sofrimento, a hierarquização dos problemas, a análise da ambivalência, com envolvimento e responsabilização da pessoa cuidada no plano terapêutico. Na base da compreensão, aceitação e acolhimento desenvolve-se a díade profissional-pessoa cuidada que constitui a alma de toda a terapia, tendo por si só, uma influência na recuperação da pessoa enquanto nova experiência relacional. Nesta perspetiva, é imprescindível conhecer para intervir (OE, 2012).

### **Participar nas atividades realizadas pela equipa de enfermagem**

No SIP, a equipa de enfermagem, elaborou um plano semanal de atividades terapêuticas. A segunda-feira está destinada à realização de técnicas de relaxamento, a terça-feira está determinada para as técnicas expressivas, a quarta-feira está indicada para atividades lúdicas, a quinta-feira está reservada para o exercício físico, a sexta-feira destina-se a sessões de psicoeducação e o sábado está designado à musicoterapia ou biblioterapia, sendo o domingo para descanso. Porém, o plano podia sofrer algumas alterações tendo em conta a avaliação realizada pelo enfermeiro.

Durante o estágio tive a oportunidade de desenvolver, em colaboração com os enfermeiros do serviço, sessões com recurso ao mediador expressivo lúdico, nomeadamente, jogos e mediadores expressivos artísticos, entre eles, a pintura, desenho, visualização de um filme e a construção de uma horta vertical.

As terapias expressivas, em contexto terapêutico, têm como objetivo promover o desenvolvimento de capacidades, competências e estimular a flexibilidade mental, através da expressão não-verbal, recorrendo a mediadores que valorizam o sentir, a emoção, as memórias e os sentidos. São “expressivas” porque visa a expressão do seu íntimo e do seu inconsciente (Ferraz et al., 2009). Mesmo não tendo a ver diretamente com o projeto, a implementação destas atividades permitiu-me desenvolver a capacidade de dinamização de atividades que promovem momentos genuínos de expressão afetivo-emocional, reflexão, concentração e criatividade, onde permite trabalhar a esfera física, psicológica,

afetiva, relacional e social. Quando realizámos a horta vertical, verifiquei que alguns utentes ficaram muito satisfeitos e referiram que também podiam fazer em casa, ou seja, também são momentos úteis para se promover o autoconhecimento, como sendo dotado de recursos para a sua auto realização, a autonomia e a criação de novas perspetivas.

Durante as atividades terapêuticas realizadas em grupo, os utentes têm a oportunidade de partilhar experiências, sentimentos e conhecimento, numa relação de entreaajuda e compreensão onde podem ser discutidos aspetos problemáticos ou constrangedores, fora da esfera social. Neste sentido, o grupo é benéfico pois permite à pessoa ter contato com outras pessoas com problemas semelhantes apercebendo-se que não está isolada, a libertação de emoções reprimidas (catarse), o sentimento de pertença através da coesão grupal, desenvolvimento de competências sociais de relacionamento interpessoal e a possibilidade de adquirir informações, o que pode elucidar sobre acontecimentos incompreensíveis por esta (Garrido et al., 2014; Guerra et al., 2014).

Para avaliação da sessão a equipa de enfermagem elaborou uma escala, com o objetivo de avaliar o grau de satisfação. No final de cada sessão é realizado o registo da atividade terapêutica desenvolvida, num aplicativo informático.

## **2.4 Projetos implementados**

No sentido da mobilização e integração dos conhecimentos teóricos e práticos, para a aquisição das competências do EESM, adquiri uma maior capacidade de reconhecimento das necessidades específicas dos serviços por onde passei. Desta forma, tomei a liberdade de desenvolver projetos pertinentes e com utilidade prática, de acordo com os objetivos delineados, sempre no sentido da melhoria contínua dos cuidados prestados e na promoção e desenvolvimento da profissão de Enfermagem na área da Saúde Mental e Psiquiatria.

#### 2.4.1 Contexto comunitário

### **Conhecer e participar nos projetos desenvolvidos pelo Observatório dos comportamentos suicidários**

Tive a oportunidade de participar na reunião do Observatório dos comportamentos suicidários, pertencente ao DPSM. Existe desde 2011, porém, nos últimos tempos houve um declínio no seu funcionamento. A presente reunião teve como objetivo a conceção de estratégias futuras para reativar o observatório e debruçarem-se nesta real problemática vivida no baixo Alentejo. A equipa é composta pela diretora do SIP, uma EESM a exercer funções no contexto comunitário, um enfermeiro do serviço de urgência, um psicólogo e uma assistente social do DPSM. Entre equipa, foi delineada a execução de reuniões mensais.

Como objetivo geral foi delineado o estudo científico, estruturado e fundamentado, dos fatores que influenciam a crescente taxa de suicídios na zona do baixo Alentejo, de forma a sustentar a elaboração e implementação de estratégias de ação adequadas, concisas e eficientes. Porém, é um projeto com grandes dimensões, que exige um elevado investimento económico, posto isto, a equipa delineou a estruturação de um projeto específico para se apresentar ao Diretor do PNSM, Dr. Álvaro de Carvalho, que iria estar presente na Semana da Saúde Mental. No entanto, o enfermeiro do serviço de urgência, disponibilizou-se em realizar um levantamento das informações necessárias (sexo, idade, estado civil, habilitações, método utilizado) dos utentes que recorrem ao serviço de urgência por TS, com o intuito da sistematização dos dados.

Como objetivos mais específicos e passíveis de serem atualmente elaborados, delineou-se a sistematização dos dados, projetos de sensibilização desta dramática realidade e de promoção da literacia em saúde mental à população em geral, desenvolverem-se projetos para serem apresentados no dia mundial do suicídio (10 de setembro), semelhante à iniciativa do “Setembro amarelo” implementada no Brasil desde 2014, com a finalidade de alertar e consciencializar a população a respeito da realidade do suicídio e da sua prevenção.

Nesta sequência foi pertinente apresentar o meu trabalho, que recai sobre este âmbito, mostrando-me disponível em colaborar com este projeto. Como proposta, mencionei que seria benéfico conhecer a CPS do CHUC, visto terem uma equipa

de trabalho estruturada nesta área, um enriquecimento em experiência profissional e terem desenvolvido um índice para avaliação do risco do suicídio. A equipa demonstrou imenso interesse na sugestão, mencionando que o conhecimento de outros trabalhos desenvolvidos a nível nacional será essencial para o trabalho que se pretende desenvolver. Posto isto, senti-me motivada ao perceber que o meu projeto era oportuno e que iria de encontro com os objetivos delineados pela equipa.

### **Conhecer a Consulta de Prevenção do Suicídio (CPS) do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC)**

Um dos objetivos a que me propus inicialmente incide no conhecimento de medidas e projetos na área dos comportamentos suicidários, implementados a nível nacional. Através da pesquisa bibliográfica que realizei, para elaborar o meu projeto de estágio, tomei conhecimento da CPS do CHUC como uma referência nacional, fundada e coordenada pelo Dr. Carlos Braz Saraiva desde 1992.

Com o objetivo de tomar conhecimento de toda a metodologia da consulta, os métodos e instrumentos de avaliação utilizados e compreender os pré-requisitos essenciais para a estruturação de uma consulta deste âmbito. Fui acompanhada da Enfermeira orientadora, elemento pertencente à equipa do observatório, visto a equipa ter interesse em conceber uma consulta neste domínio. O PNPS 2013-2017 preconiza aumentar o acesso a cuidados diferenciados através do aumento da cobertura nacional de consultas especializadas na prevenção do suicídio em todos os distritos (DGS, 2013).

A equipa é constituída por diversos profissionais, numa abordagem assistencial e de investigação. Dr. Braz Saraiva refere que a avaliação clínica consiste, essencialmente, em legitimar o sofrimento e validar a narrativa, sendo crucial a formação e a experiência do profissional. Facultou-nos os instrumentos de avaliação, elaborados pela equipa, ensinou-nos a sua implementação e interpretação. Relativamente as intervenções psicoterapêuticas, as recomendadas são as grupais e as individuais. O Dr. Braz Saraiva tem formação em psicodrama e já implementou em doentes com comportamentos suicidários, referindo obter bons resultados. Porém, por falta de recursos humanos as mais recorrentes são as intervenções individuais.

Fomos muito bem recebidas pelo Dr. Braz Saraiva, que se disponibilizou em agendar uma formação na Unidade Local de Saúde do Alentejo, para a equipa multidisciplinar. Com o intuito de transmitir saberes, partilhar experiências e transmitir os primórdios essenciais na abordagem por parte dos profissionais. Sugeriu que investíssemos na literacia em saúde mental, nomeadamente, a formação de profissionais dos CSP, afirmando que é primordial para uma boa triagem e uma primeira abordagem, ainda mais se denota esta necessidade no Alentejo em que as distâncias são longas e a inacessibilidade uma realidade.

### **Desenvolver e apresentar uma sessão formativa aos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários, intitulada de “Avaliação do Risco como estratégia de Prevenção do Suicídio”**

Durante o meu percurso de estágio, no contexto comunitário, pude constatar a elevada vulnerabilidade do ponto de vista social e económico, as características da própria região, com grandes distâncias e a inexistência de rede de transportes públicos como uma realidade que dificulta a prestação atempada e eficiente dos cuidados de saúde. Nesta ótica, sugeri à enfermeira orientadora apresentar uma sessão formativa aos enfermeiros dos CSP sobre a avaliação do risco suicida, de forma a promover a literacia em saúde mental, o combate ao estigma e desenvolver a articulação entre os CSP e o DPSM.

Os estudos realizados demonstram que o contato com os serviços de saúde antes do suicídio consumado é elevado e, fundamentalmente, recorrem aos CSP, como se pode verificar na Figura 3, página 21. Deste modo, as pessoas têm como recurso espontâneo os CSP, onde se reforça o papel destes profissionais como elementos de excelência no desenvolvimento de cuidados de saúde de proximidade, realçando a ligação e conhecimento da comunidade, constituindo-se um pilar base na primeira avaliação e no correto encaminhamento.

O PNPS 2013-2017 evidencia que as estratégias de prevenção da ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas, requerem sinergias multissetoriais e multiprofissionais onde a acessibilidade, equidade e proximidade são pressupostos essenciais. Assim sendo, preconiza como objetivos de primeira linha melhorar a informação e educação em saúde mental, aumentar o acompanhamento de pessoas com ideação suicida, comportamentos autolesivos



e atos suicidas ao nível dos CSP e a diminuição do estigma em saúde mental (DGS, 2013).

A OE (2012), apresenta seis recomendações essenciais para a prevenção dos comportamentos suicidários, considerando-as como universais. Entre elas, destaca-se a formação de profissionais dos CSP, aperfeiçoar a ligação entre os serviços de Saúde Comunitária e serviços de Saúde Mental, desenvolver uma equipa ampla de prevenção do suicídio e a educação pública/comunitária no combate ao estigma em torno da doença mental e comportamentos suicidários. Nesta perspetiva, o objetivo primordial desta sessão de formação incidiu principalmente em informar e sensibilizar os enfermeiros para a importância da promoção da saúde mental e prevenção da doença mental, desmitificando mitos relacionados com a doença mental e os comportamentos da esfera suicidária de forma a estarem recetivos a adquirir competências de avaliação e intervenção, num elo ativo com o DPSM, objetivando a excelência dos cuidados à população. O PNPS 2013-2017 refere que a falta de conhecimento sobre causas e fatores de risco, opções de intervenção e tratamento, podem limitar a procura de ajuda e que apesar de várias metodologias de intervenção, as mais comuns englobam a sensibilização e informação, com o intuito de familiarizar o público com a doença mental, apresentando-a como tratável e relativamente comum, e que os comportamentos da esfera suicidária são suscetíveis de serem prevenidos (DGS, 2013).

Para a apresentação desta formação atribui ênfase à avaliação do risco, como elemento fundamental, não só de avaliação, como da própria intervenção junto da pessoa cuidada e dos seus familiares/conviventes significativos, realçando a importância das estratégias comunicacionais e a construção do vínculo terapêutico. Evidenciei os dados epidemiológicos para sensibilizar e validar a relevância desta temática, divulguei a terminologia dos comportamentos suicidários, algumas das frases de alerta, os fatores de risco, alguns dos instrumentos de avaliação utilizados, as bases essenciais para intervir e os mitos e factos associados ao suicídio (Apêndice II). Alertar para o estigma social envolvente, como pedra angular de muita vergonha e isolamento social que inibe as pessoas de pedir ajuda, alertando que também cabe aos enfermeiros desmistificar estas ideias erróneas. Por último, mas não menos importante, fiz referência a projetos nacionais e internacionais e as linhas telefónicas de apoio às

peessoas em crise e em risco de suicídio, com o objetivo de dar a conhecer e para que estes profissionais possam facultar esta informação às pessoas em risco, seus familiares e à comunidade em geral. Elaborei ainda um cartaz, para ser afixado nas salas de trabalho, destacando os aspetos mais importantes a reter na prática clínica diária (Apêndice III).

Cruz e Sampaio (2014), mencionam que frequentemente a necessidade de avaliação inicia-se fora dos serviços de saúde mental, nomeadamente, junto do médico de família e enfermeiros ou, nos casos mais agudos, nos serviços de urgência, pelo que a preparação destes técnicos para uma primeira avaliação e triagem pode ser essencial para um tratamento preventivo eficaz. Neste sentido, faz parte das estratégias de prevenção dos comportamentos da esfera suicidária a educação de indivíduos e profissionais que se encontram na linha da frente e que são os primeiros a entrar em contacto com as pessoas em risco de cometerem o suicídio, através da aquisição de recursos para identificar indivíduos em risco, promover a primeira ajuda e, posteriormente, encaminhar (Silva, et al., 2014). À luz do Modelo de Enfermagem dos Sistemas de Cuidados de Saúde, Betty Neuman defende uma abordagem de complementaridade do trabalho desenvolvido atribuindo ênfase na promoção da saúde e na prevenção da doença. Neste sentido, valoriza a necessidade da aquisição de conhecimentos e técnicas relacionadas com a educação para a saúde como componente essencial da prática de enfermagem (Pearson & Vaughan, 1992).

Do exposto, denota-se que este projeto é pertinente e constitui-se essencial na aquisição da segunda competência, “assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (OE, 2010, p.4), nomeadamente, na avaliação das necessidades e no desenvolvimento e implementação de projetos de promoção da saúde mental e prevenção da perturbação mental.

Lamentavelmente e, por motivos de outrem, a apresentação da sessão formativa não se proporcionou. Tenho a noção que seria uma oportunidade de excelência para adquirir conhecimentos e experiência nesta área e um momento benéfico de partilha de saberes e vivências com os enfermeiros dos CSP. Contudo, deixei disponível o meu trabalho para que, oportunamente, esta ação fosse dinamizada conforme planeado, a todos os Centros de Saúde da área de abrangência. No serviço onde exerço funções atualmente, pretendo apresentar

esta sessão formativa.

#### 2.4.2 Contexto de internamento

### **Desenvolver Instruções de Trabalho no âmbito dos cuidados de enfermagem centrados na pessoa com conduta suicida**

Durante o estágio no SIP tive acesso as Instruções de Trabalho (IT), desenvolvidas pelos enfermeiros, constituindo-se como normas e protocolos de serviço. Abrange as normas de regulamento do serviço, protocolos de atuação e as atividades de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico e psicoeducacional desenvolvidas pela equipa. Neste prisma, achei pertinente e benéfico elaborar uma IT da terminologia dos comportamentos suicidários (Apêndice IV), com o intuito de elaborar um glossário com os principais conceitos neste domínio, outra IT direcionada para a avaliação do risco (Apêndice V), onde evidencio os aspetos essenciais a ter presente no desenvolvimento da avaliação e, por último, outra IT que aborda a intervenção com utentes com comportamentos da esfera suicidária (Apêndice VI), fazendo referência aos principais fundamentos de uma intervenção adequada e individualizada.

Numa atual conjuntura que se preocupa com o cumprimento de critérios e padrões de qualidade, de forma a alcançar a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional de enfermagem, é fundamental a uniformização da terminologia e de condutas de atuação. A construção destas instruções de trabalho tem como principal objetivo a uniformização, remetendo para metodologias de organização e rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem e os respetivos registos, concebendo sinergias no trabalho dos enfermeiros. Tendo como eixo estruturante o desenvolvimento da terceira competência específica do EESM, que preconiza ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, através da sistematização, planeamento, desenvolvimento do plano de cuidados com a pessoa cuidada e a equipa de saúde, mobilizando sistemas de taxionomia standardizados (OE, 2010).

Nogueira & Cerejeira (2014) referem que é fundamental que a informação seja organizada de uma forma sistemática, numa terminologia que traduza com precisão as alterações detetadas. O PNPS 2013-2017 evidencia como um dos

elementos chave das estratégias de prevenção do suicídio a uniformização da terminologia e dos registos dos comportamentos da esfera suicidária, caracterizando o contexto de forma mais rigorosa como fonte de harmonização para os estudos efetuados nesta área e a avaliação da efetividade das medidas implementadas (DGS, 2013).

Elaborei as IT e apresentei à equipa de enfermagem de forma a partilhar o trabalho desenvolvido e juntos verificarmos a existência de lacunas e/ou sugestões de melhoria. A equipa reconheceu a pertinência do projeto, na medida em que ainda não existia nenhuma IT neste âmbito e de forma a promover a uniformização da sua atuação, enquanto equipa, e os respetivos registos.

## **2.5 Questões éticas**

A morte por suicídio é encarada como um gesto de extrema violência, socialmente dramático, radical e enigmático. No pensamento humano levantam-se várias questões sobre a vida e a morte, desde a antiguidade.

O suicídio e as TS, como tantos outros grandes temas, são modulados pela cultura onde ocorrem, existindo na cultura ocidental uma série de crenças, mitos e ideias preconcebidas que dificultam a sua compreensão. Estão intrinsecamente ligados à ideia de vida e de morte, em que as defesas que construímos em relação à ideia de morte são fortemente postas em causa, podendo desencadear atitudes contratransferenciais que dificultam a avaliação e intervenção (Santos & Neves, 2014). Quando tomei noção desta realidade, dediquei-me imenso em construir e reconstruir as minhas perceções das situações vivenciadas, debrucei-me em desmistificar alguns temas que anteriormente teria dificuldade em refletir e perante estes exercícios constantes tomei consciência da importância de refletir para apurar a flexibilidade mental, de forma a permitir a abertura à singularidade de cada um. Neste sentido Benner (2001), ao abordar o fenómeno do cuidar humano, afirma que o fator humano não pode ser controlado, nem constrangido, só pode ser compreendido e facilitado.

Reconheço que foi e está a ser um desafio, confesso que não é fácil, mas ter-me apercebido da importância e da dimensão que esta premissa tem no nosso quotidiano, fez-me crescer e fomentar o verdadeiro sentido do cuidar. Deste modo, “do que não tenho dúvidas é que as vias para uma melhor qualidade implicam

reflexão sobre aquelas práticas para que elas possam evoluir” (Hesbeen, 2001, p.51).

Atualmente, associado ao conceito de suicídio ainda prevalecem muitas ideias erróneas que subsistem mesmo entre os profissionais de saúde. Contrariamente ao preconizado pelo senso comum, questionar diretamente sobre pensamentos e eventual plano suicida não precipita o comportamento suicidário. Confesso que antes de iniciar o meu estudo na área dos comportamentos suicidários, pensava que nunca se deveria abordar diretamente os aspetos da esfera suicidária com a pessoa vulnerável. Inicialmente, tive receio em realizar estas questões mais objetivas, mas com as experiências que tive em estágio pude constatar que quando abordados falavam abertamente sobre os seus pensamentos e sentimentos. Saraiva e Garrido (2014) alegam que os doentes resistem em abordar espontaneamente estes aspetos, mas quando questionados falam francamente sobre os seus pensamentos de suicídio e, quase sempre, experienciam grande alívio da tensão emocional.

As pessoas com comportamentos da esfera suicidária não ilustram o papel de “bom paciente” pois, geralmente, apresentam histórias de vida complexas e dramáticas, persistência do desejo de morte e rejeição da ajuda dos esforços do profissional, em contraste com a situação de vítima inocente de uma doença indesejável (Santos & Neves, 2014). Compete ao EESM ter a maturidade em compreender a pessoa com conduta suicida de forma holística, avaliando os fatores subjacentes acompanhado de um juízo clínico específico e adequado. Com a capacidade de colocar de parte preconceitos ou juízos de valor garantindo cuidados centrados na pessoa com base na dignidade humana. No seio de uma relação empática, a pessoa cuidada deve acabar por reconhecer que nenhuma atitude é demasiado agressiva e nenhum sentimento demasiado culpado ou vergonhoso para não ser expresso na relação (Serrão & Nunes, 1998).

A enfermagem rege-se por princípios de responsabilidade profissional e de respeito pelos direitos humanos. O Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) consagra no artigo 81º alínea c), referente aos valores humanos, que o enfermeiro, no seu exercício profissional, observa os valores humanos pelos quais se regem quer o indivíduo quer os grupos e assume o dever de “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida” (OE, 2009, p.

2). Outro dos princípios mencionados no CDE, artigo 82º alínea a), refere que o enfermeiro assume o dever de “atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias” (OE, 2009, p.2). Refletindo sobre esta premissa à luz dos comportamentos suicidários, mesmo com todo o cuidado e dedicação dispensados algumas pessoas cometem o suicídio o que pode gerar aos enfermeiros a sensação de impotência, sentimentos de frustração, angústia, insegurança e a confrontação com os princípios e crenças que os regem. Muitas questões se levantam por estarmos perante aspetos relacionados com a morte, vida, ambivalência e desespero humano. Nesta linha de pensamento, é crucial que o EESM tenha uma visão abrangente da complexidade da natureza humana e que desenvolva a sua práxis atribuindo especial ênfase ao cuidado humanizado e não à cura. Com base na empatia, escuta ativa, autenticidade, disponibilidade e compreensão, valorizando o respeito pela dignidade. Nesta perspetiva, “a disponibilidade não representa garantia para salvar vidas, no entanto, demonstrar para qualquer um que ele é compreendido como outro diferente e humano faz diferença” (Fukumitsu, 2014, p. 274).

Não é invulgar, neste tipo de casos, que os enfermeiros se sintam emocionalmente envolvidos e criem uma dependência ao perseverarem um papel de apoio ou de salvamento constante e que sintam dificuldade em manter a objetividade clínica (Kutcher & Chehil, 2007). Este tipo de relacionamento não é saudável para o enfermeiro, que muitas vezes fica exausto, e para a pessoa cuidada, cuja dependência não é terapêutica. É imprescindível o enfermeiro ter a consciência que não consegue dominar todas as competências requeridas e solicitar a colaboração de um colega ou referenciar a outro profissional, da equipa multidisciplinar, quando a situação assim o exige. Pode-se acrescentar que “na prática de cuidados não se pode ser competente em todas as circunstâncias porque cada situação que se vive é única e tem a sua complexidade própria” (Hesbeen, 2001, p.73).

Todas estas premissas são fundamentais na construção da conduta profissional e requerem prática, reflexão e envolvimento pessoal.

## **2.6 Reflexão dos contributos do estágio**

Nesta fase, chega o momento de olhar para o percurso efetuado, avaliá-lo e fazer um balanço das aprendizagens adquiridas.

Durante o estágio fui confrontada com inúmeros desafios, que proporcionaram a tomada de consciência da diversidade das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, as estratégias individuais de adaptação, as diversas manifestações das doenças, bem como a influência da dimensão ética, económica e social na representação da saúde e da doença mental. Esta perceção possibilitou-me refletir sobre a essência de prestar cuidados centrados na pessoa, nem sempre sistematizados, sendo a pessoa cuidada um parceiro ativo no processo de cuidar, detentor de sentimentos que requer respeito pela sua dignidade, valores, crenças e hábitos de vida.

Com as experiências que tive em estágio verifiquei que mesmo com todo o cuidado e dedicação dispensados, algumas pessoas mantinham a desesperança, com histórias de vida dramáticas que nem sempre foi fácil evidenciar as melhores estratégias para ajudar a pessoa a contornar os fatores de risco e detetar os fatores protetores. Perante estes impasses, experienciei sentimentos de alguma impotência e frustração. De forma a superar estes constrangimentos dediquei-me em desconstruir e reconstruir as minhas perceções das situações vivenciadas, debruicei-me em desmistificar alguns temas que anteriormente teria dificuldade em refletir, aprimorar a capacidade de compreensão isenta de julgamento e perante estes exercícios constantes tomei a consciência da importância de apurar a flexibilidade mental, de forma a permitir a abertura à singularidade de cada um.

Muitas questões se levantam por estarmos perante aspetos relacionados com a morte, vida, sofrimento humano e ambivalência. Porém, verifiquei que a entrevista de avaliação do risco suicida, concedendo realce à díade profissional-pessoa cuidada e a narrativa pessoal, permite a pessoa expressar livremente o seu sofrimento, abordar problemas que até então estavam ocultos, um momento de empatia, disponibilidade e confiança que promove o vínculo terapêutico que faz com que a pessoa experiencie um alívio da tensão emocional e proporciona a compreensão partilhada do processo suicida individual. Nesta linha de pensamento, é essencial ter uma visão abrangente da complexidade da natureza humana e desenvolver a práxis atribuindo especial ênfase ao cuidado humanizado

e não à cura. Betty Neuman defende que o objetivo dos cuidados é restaurar ou manter a adaptação, quer pela redução dos agentes de *stress*, quer pelo fortalecimento das linhas de defesa. A função é ajudar os indivíduos a manter a harmonia entre os fatores internos e os externos do ambiente, de modo a restabelecer a estabilidade do sistema, definida como saúde. Hesbeen (2001) afirma que os enfermeiros são profissionais que cuidam, cuja arte é complexa, sutil e enraizada num profissionalismo que não se manifesta apenas nos atos praticados, mas na capacidade de ir ao encontro dos outros e de caminhar com eles para conseguirem uma saúde melhor.

A pesquisa e leitura bibliográfica constante foi um componente fundamental na obtenção de conhecimentos teóricos. Em interação ativa com os conhecimentos adquiridos na prática clínica permitiram a compreensão e fundamentação necessárias para a avaliação e identificação das necessidades individuais e familiares e a construção e implementação de intervenções de enfermagem especializadas. A integração e fundamentação destes conhecimentos, proporcionaram um maior reconhecimento das necessidades específicas dos serviços por onde passei, no desenvolvimento de projetos pertinentes e com utilidade prática, sempre no sentido da melhoria contínua dos cuidados prestados e na promoção e desenvolvimento da profissão de Enfermagem na área de Saúde Mental e Psiquiatria.

Durante este percurso as reflexões críticas diárias tiveram um cunho muito importante que me conferiu as capacidades essenciais para mobilizar e integrar adequadamente os conhecimentos, pondo em ação um conjunto de recursos que promoveram a capacidade de julgamento clínico e tomada de decisão. Neste sentido, “é a partir de um questionar sobre as situações de cuidados que se torna possível mobilizar, de maneira apropriada, conhecimentos variados e diferenciados, permitindo, assim, aumentar o saber profissional.” (Collière, 1989, p.340). Com todas as reflexões, vivências experienciadas, a mobilização do conhecimento em cada situação, fizeram com que tomasse, cada vez mais, a consciência da importância da investigação na área da enfermagem e da prática baseada na evidência. Também a partilha e discussão de experiências e perspectivas fundamentadas com colegas, constituíram componentes imprescindíveis à excelência dos cuidados individualizados e eficientes.



Durante o meu percurso de estágio deparei-me com algumas limitações que dificultaram a concretização plena dos meus objetivos. Evidencio a elevada vulnerabilidade do ponto de vista social e económico, as características da própria região, com grandes distâncias, como uma realidade que dificulta a prestação atempada e eficiente dos cuidados de saúde. Toda esta atmosfera vivenciada, de certa forma, também se reflete na organização e dinamização do trabalho efetuado pelo departamento, alicerçada à gestão pouco eficiente dos recursos disponíveis. Quando realizei o meu projeto, tinha a informação que existia um observatório dos comportamentos suicidários no local de estágio, ao qual me suscitou imenso interesse. Porém, só no final do estágio é que pude presenciar a primeira reunião da equipa no sentido de reativar o observatório.

Em síntese, realizo um balanço positivo de todo o trabalho desenvolvido, em que a reflexão permanente de cariz crítico constituiu-se uma ferramenta primordial, as vivências em estágio fortaleceram a integração dos constructos teóricos, o desenvolvimento de um pensamento flexível e a compreensão da minha conduta profissional no contexto prático, como experiências promotoras do auto conhecimento e do crescimento pessoal e profissional. Constituindo-se elementos imprescindíveis à aquisição das competências específicas do EESM. Hoje posso afirmar que a reflexão crítica diária faz parte do meu quotidiano clínico, em que valorizo a construção da relação terapêutica, a essência de saber estar e a mobilização de si próprio como instrumento terapêutico, constituindo-se fundamentos essenciais ao cuidado humanizado.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente trabalho pretendeu caracterizar o que foi o meu processo de formação, mobilizando os conhecimentos, aprendizagens, reflexões e vivências ao longo da caminhada pelo Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Sistematiza e evidencia as aprendizagens alcançadas e as competências adquiridas e desenvolvidas.

O conceito de competência não se traduz numa categoria ou num conhecimento preciso, mas numa capacidade de saber avaliar as situações e de conseguir mobilizar conhecimentos e recursos, tomar decisões autónomas e saber agir de forma responsável. Tendo sempre por base a singularidade da pessoa cuidada, o profissional competente deve saber articular no momento os conhecimentos teóricos e práticos, as habilidades relacionais, as estratégias que utiliza e os recursos que mobiliza e, sobretudo, estar preparado para adaptar em novas situações.

Associado aos comportamentos da esfera suicidária estão fatores de risco, fatores protetores, o grau de intencionalidade, de letalidade do ato praticado e, sem dúvida, um desespero e sofrimento extremos que leva a pessoa a idealizar e/ou atentar contra a própria vida, quebrando a premissa básica de sobrevivência. Nesta perspetiva, para intervir é imprescindível conhecer e, para tal, é imperativo uma avaliação global, refletida e adequada da pessoa com conduta suicida, atribuindo especial enfoque à disponibilidade, empatia e autenticidade. Neste sentido, o EESM inserido numa equipa multidisciplinar, detêm conhecimentos científicos, psicopedagógicos, relacionais e comunicacionais que os colocam em posição privilegiada. Com base na evidência científica, no juízo clínico singular e a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve avaliações abrangentes e dirigidas, como parte integrante de um processo de prevenção, que contribui para o processo de tomada de decisão consciente e adequado para planear e intervir. Assim, sendo “a avaliação torna-se intervenção e semente da aliança terapêutica” (Saraiva e Garrido, 2014, p.58).

Mesmo entre os profissionais de saúde subsistem ideias erróneas sobre os comportamentos suicidários e, constantemente, se deparam com confrontações entre os seus valores pessoais e a ética profissional. Neste prisma, as condutas

suicidas constituem um verdadeiro desafio para o EESM que requerem aprender a estar, a cultivar a percepção de si mesmo e o impacto que temos nos outros, como algo desafiante e imperativo que contribui para o crescimento e maturação a nível pessoal e profissional. A nossa profissão exige, cada vez mais, um nível elevado de autoconhecimento e a elaboração de pensamentos autónomos e críticos no sentido de saber estar e saber agir perante os desafios do quotidiano, de forma a caminhar para o desenvolvimento pleno dos nossos ideais. Neste sentido,

é claro que a formação contínua deve proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de certas técnicas, mas a sua função essencial reside na maior abertura do profissional com base na sua experiência, com vista a enriquecê-la, a conceptualizá-la e a ajudá-lo a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam uma prática reflectida mais aperfeiçoada e mais portadora de sentido. (Hesbeen, 2001, p. 67)

Refletindo sobre estas premissas, à luz das vivências experienciadas em estágio, sinto que consegui aprimorar o autoconhecimento, perceber a essência de saber estar, a mobilização do meu eu enquanto instrumento terapêutico e a importância de refletir e apurar a flexibilidade mental, de forma a permitir a abertura à singularidade de cada um. Tendo por base uma temática multifatorial que acarreta um impacto imensurável e com recurso à metodologia de projeto, dinâmica e flexível, permitiu a construção de novos conhecimentos e novas competências teórico-práticas, comunicacionais, relacionais e sociais, que proporcionaram momentos de aprendizagem e reflexão enriquecedores para a aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EESM.

Apesar de algumas dificuldades sentidas, alguns contratempos e do esforço físico e psíquico que projetos desta natureza acarretam, considero-me apta a afirmar que consegui construir uma base sólida que permitirá percorrer novos caminhos e olhar novos horizontes, mobilizando conhecimentos e recursos mais sólidos e sistematizados. Tendo sempre a plena noção de que é um caminho a percorrer de cariz dinâmico e contínuo.

Em suma, as pessoas, as experiências vivenciadas e as emoções refletidas e partilhadas foram marcantes e decisivas na construção do meu percurso.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, K. P., Lima, M. A. D. S., Kohlrausch, E. & Soares, J. F. (2010). *Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas*. Revista Eletrônica de Enfermagem. 12(1), 195-200.
- Abreu, W.. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico*. Coimbra: Formasau.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bertolote, J. M. (2000). *Prevenção do Suicídio: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Genebra: OMS.
- Brás, M. & Cruz, J. P. (2014). Mitos e falsas crenças sobre os atos suicidas. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Coords). *Suicídio e Comportamentos Autolesivos dos conceitos à prática clínica* (pp.493-503). Lisboa: Lidel.
- Brás, M., Cruz, J. P. & Saraiva, C. B. (2014). Estratégias gerais de prevenção dos atos suicidas. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Coords). *Suicídio e Comportamentos Autolesivos dos conceitos à prática clínica* (pp.473-483). Lisboa: Lidel.
- Carvalho, Á. A. (2014). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Coords). *Suicídio e Comportamentos Autolesivos dos conceitos à prática clínica* (pp.541-552). Lisboa: Lidel.
- Cerejeira, J. (2014). Investigação em Psiquiatria. In C. B. Saraiva & J. Cerejeira (Coords). *Psiquiatria fundamental* (pp.21-26). Lisboa: Lidel.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (volume 1), Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *Estratégias de intervenção* (volume 2), Loures: Lusodidacta.
- Collière, M. (1989). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

- Cruz, D. & Sampaio, D. (2014). Psicoterapias nos comportamentos autolesivos. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Coords). *Suicídio e Comportamentos Autolesivos dos conceitos à prática clínica* (pp.159-170). Lisboa: Lidel.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do Enfermeiro – Uma perspetiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Ferraz, M., Baptista, A.L., Dias, B.R., Soares, C., Bompastor, E., Narciso, F. ... Jesus, S. (2009). *Terapias Expressivas Integradas*. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial.
- Fukumitsu, K. O. (2014). *O psicoterapeuta diante o comportamento suicida*. Psicologia USP, 25 (3), 270-275.  
Acedido a 18-07-2016. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v2115n3/0103-6564-pusp-25-03-0270.pdf>
- Garrido, P., Andrade, J. & Saraiva, C. B. (2014). Psicoterapias. In C. B. Saraiva (Coord). *Depressão e Suicídio* (pp.65-101). Lisboa: Lidel.
- Guerra, M.P., Lima, L., Torres, S. & Vieira, F. (2014). *Intervir em grupos na saúde* (2ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem – Pensamento e acção na perspetiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Kutcher, S. & Chehil, S. (2007). *Gestão de risco de suicídio: um manual para profissionais de saúde*. Portugal: Lundbeck Institute.
- Lei nº111/2009 de 16 de Setembro. *Código Deontológico*. Ordem dos Enfermeiros.
- Mehlum, L. (2016). *EUTIMIA – Aliança Europeia contra a Depressão em Portugal*. Lisboa.
- Ministério da Saúde (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2016). *Portugal Saúde Mental em números - 2015*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Nogueira, V. & Cerejeira, J. (2014). Avaliação do doente em Psiquiatria. In C. B. Saraiva & J. Cerejeira (Coords). *Psiquiatria fundamental* (pp.59-70). Lisboa: Lidel.

- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera Suicidária*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Pearson, A. & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Lisboa: ACEPS.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.
- Riley, J.B. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. (4ªed.), Loures: Lusociência.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). *Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas*. Revista Percursos, 15, 3-37.  
Acedido a 17-07-2016. Disponível em:  
[http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho*. (12ªed.), Lisboa: Caminho.
- Santos, M. J. (2014). Da proteção e do risco. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Coords). *Suicídio e Comportamentos Autolesivos dos conceitos à prática clínica* (pp.111-125). Lisboa: Lidel.
- Santos, N. & Neves, E. L. (2014). Entrevista e intervenção em crise. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Coords). *Suicídio e Comportamentos Autolesivos dos conceitos à prática clínica* (pp.101-110). Lisboa: Lidel.
- Saraiva, C. B. & Garrido, P. (2014). Entrevista e avaliação do doente com ideação suicida. In C. B. Saraiva (Coord.). *Depressão e Suicídio* (pp.43-63). Lisboa: Lidel.
- Saraiva, C. B. & Gil, N. P. (2014). Conceitos e limites em suicidologia. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Coords). *Suicídio e Comportamentos Autolesivos dos conceitos à prática clínica* (pp.41-54). Lisboa: Lidel.

- Saraiva, C. B. (1998). Entrevista de Avaliação de Comportamentos Suicidários - EACOS. *Psiquiatria Clínica*, 19 (4), 251-274.
- Saraiva, C. B., Peixoto, B. & Sampaio, D. (Coords) (2014). *Suicídio e Comportamentos Autolesivos dos conceitos à prática clínica*. Lisboa: Lidel.
- Saraiva, C.B. & Cerejeira, J. (Coords) (2014). *Psiquiatria fundamental*. Lisboa: Lidel.
- Saraiva, C.B. (2014). Introdução. In C. B. Saraiva (Coord.). *Depressão e Suicídio* (pp.1-14). Lisboa: Lidel.
- Saraiva, C.B. (Coord.) (2014). *Depressão e Suicídio*. Lisboa: Lidel.
- Serrão, D. & Nunes, R. (1998). *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto: Porto Editora.
- Silva, J. T., Garrido, P. & Saraiva, C. B. (2014). Suicídio e comportamentos autolesivos. In C. B. Saraiva & J. Cerejeira (Coords). *Psiquiatria fundamental* (pp.455-471). Lisboa: Lidel.
- Simões, R., Erse, M. P., Façanha, J. & Santos, J. C. (2014). Enfermagem em suicidologia. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Coords). *Suicídio e Comportamentos Autolesivos dos conceitos à prática clínica* (pp.193-202). Lisboa: Lidel.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica- Conceitos de Cuidado na Prática baseada na Evidência* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Veiga, F. A. & Andrade, J. (2014). Epidemiologia e fatores de risco. In C. B. Saraiva (Coord.). *Depressão e Suicídio* (pp.15-42). Lisboa: Lidel.
- Veiga, F. A. (2014). Psicometria do risco de suicídio. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Coords). *Suicídio e Comportamentos Autolesivos dos conceitos à prática clínica* (pp.127-133). Lisboa: Lidel.
- Veiga, F. A., Andrade, J., Garrido, P., Neves, S., Madeira, N., Craveiro, A., Santos, J. C. & Saraiva, C. B. (2014). *IRIS: Um novo índice de avaliação do risco de suicídio*. *Psiquiatria Clínica*, 35 (2), 65-72.
- Werlang, B.G. & Botega, N.J. (2004). *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed.

**ANEXOS**



## **ANEXO I – Índice de risco de suicídio**

## IRIS - Índice de Risco de Suicídio

F. A. Veiga, J. Andrade, P. Garrido, S. Neves, N. Madeira, A. Craveiro, J.C. Santos, C.B. Saraiva

Identificação: \_\_\_\_\_

### SOCIODEMOGRAFIA - Ponderação 1

- **Sexo**            Masculino → 1      Feminino → 0 ☐
  - **Idade**            ≥ 45 → 1      < 45 → 0 ☐
  - **Religiosidade**    Não → 1      Sim → 0 ☐
- Existem factores de natureza religiosa ou espiritual suscetíveis de frenar a passagem ao acto ? ☐

### CONTEXTOS - Ponderação 2      Não → 0      Sim → 2

- **Isolamento** - vive só, sem apoio familiar ou social ? ☐
- **Perda recente marcante** - luto, desemprego, perda material ou de estatuto ☐
- **Doença física** - incapacitante ou terminal ☐
- **Abuso actual** de álcool ou substâncias ☐
- **Doença psiquiátrica grave** - descompensação actual de psicose, depressão major unipolar ou bipolar, perturbação grave da personalidade ☐
- **História de internamento psiquiátrico** ☐
- **História familiar de suicídio** ☐

### ESFERA SUICIDA

#### • **História pessoal de comportamentos suicidários**

Ponderação 3      Não → 0      Sim → 3

Considerar Sim em caso de 2 ou mais comportamentos prévios ou apenas 1 se grave (método violento ou tendo justificado cuidados intensivos) ☐

#### • **Plano suicida**

Apura-se a existência de plano organizado, consistente, letal e exequível ?  
- valorizar actos preparatórios recentes (exs: carta de despedida, testamento), bem como o acesso a meios letais (exs: arma de fogo, pesticidas / herbicidas) ☐

Não → 0      Sim → Atribuir directamente o valor 20 ao Score Total do Índice ☐

**SCORE TOTAL**

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I – Cronograma**

## CRONOGRAMA

|                                             | 2016 |     |     |     |     |     |      |     |     |                 | 2017 |     |     |
|---------------------------------------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----------------|------|-----|-----|
| <b>Períodos</b>                             | Mar  | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set. | Out | Nov | Dez             | Jan  | Fev | Mar |
| <b>Atividades</b>                           |      |     |     |     |     |     |      |     |     |                 |      |     |     |
| <b>Identificação do problema</b>            |      |     |     |     |     |     |      |     |     |                 |      |     |     |
| Escolha do Tema                             |      |     |     |     |     |     |      |     |     |                 |      |     |     |
| Pesquisa Bibliográfica                      |      |     |     |     |     |     |      |     |     |                 |      |     |     |
| Trabalho de projeto                         |      |     |     |     |     |     |      |     |     |                 |      |     |     |
| Idas a campo                                |      |     |     |     |     |     |      |     |     |                 |      |     |     |
| Apresentação do projeto                     |      |     |     |     | 6   |     |      |     |     |                 |      |     |     |
| Entrega do projeto                          |      |     |     |     | 22  |     |      |     |     |                 |      |     |     |
| <b>Estágios</b>                             |      |     |     |     |     |     |      |     |     |                 |      |     |     |
| Unidade de Ambulatório do<br>DPSM do ULSBA  |      |     |     |     |     |     | 26   |     | 25  |                 |      |     |     |
| Unidade de Internamento do<br>DPSM do ULSBA |      |     |     |     |     |     |      |     | 28  | 16 <sup>i</sup> | 3    | 10  |     |
| <b>Divulgação dos resultados</b>            |      |     |     |     |     |     |      |     |     |                 |      |     |     |
| Elaboração do Relatório de<br>estágio       |      |     |     |     |     |     |      |     |     |                 |      |     |     |
| Entrega do Relatório de Estágio             |      |     |     |     |     |     |      |     |     |                 |      |     |     |
| <b>Orientação tutorial</b>                  |      |     |     |     |     |     |      |     |     |                 |      |     |     |
| Reuniões                                    |      |     |     |     |     |     |      |     |     |                 |      |     |     |

<sup>i</sup> Período de férias de 19 de Dezembro de 2016 a 2 de Janeiro de 2017

**APÊNDICE II – Sessão Formativa “Avaliação do Risco como  
estratégia de prevenção do suicídio”**



# Avaliação do risco estratégia de prevenção do suicídio



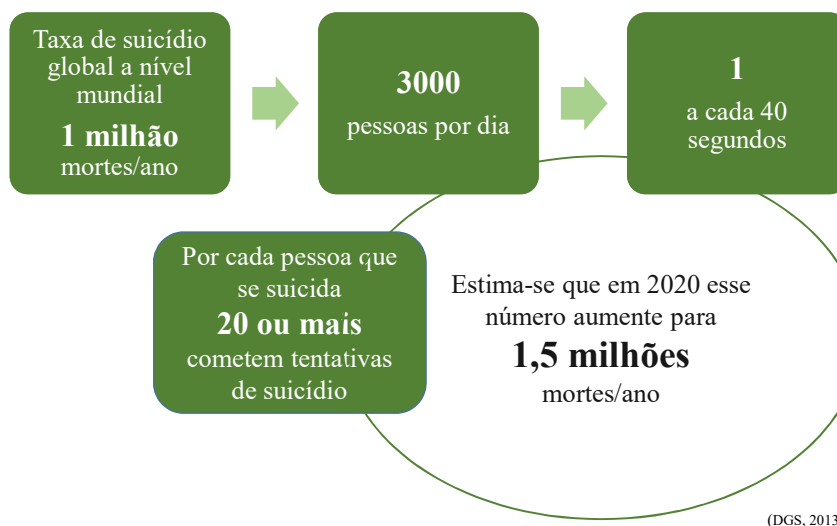
Enfª Joana Figueira  
Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Fevereiro de 2017

## Objetivos

- Sensibilizar para a problemática do suicídio;
- Transmitir informação sobre sinais de alerta;
- Promover a aquisição de bases essenciais para intervir;
- Desmistificar mitos associados ao suicídio;
- Promover a articulação entre os CSP e o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

## Relevância



## Em Portugal

**QUADRO 1** INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO), PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014 <sup>(a)</sup>)

| LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO) |       |      |       |       |                     |
|---------------------------------------------------|-------|------|-------|-------|---------------------|
|                                                   | 2010  | 2011 | 2012  | 2013  | 2014 <sup>(a)</sup> |
| Número de óbitos                                  | 1.049 | 951  | 1.015 | 1.006 | 1.154               |
| Taxa de mortalidade                               | 10,4  | 9,5  | 10,1  | 10,1  | 11,7                |
| Taxa de mortalidade padronizada                   | 8,1   | 7,5  | 7,8   | 7,8   | 8,9                 |
| Taxa de mortalidade padronizada <65 anos          | 6,4   | 6,1  | 6,1   | 6,1   | 7,3                 |
| Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos          | 22,6  | 18,5 | 21,1  | 20,9  | 21,7                |
| Taxa de mortalidade padronizada <70 anos          | 6,8   | 6,5  | 6,5   | 6,6   | 7,7                 |
| Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos          | 26,5  | 21,4 | 25,2  | 23,1  | 25,6                |

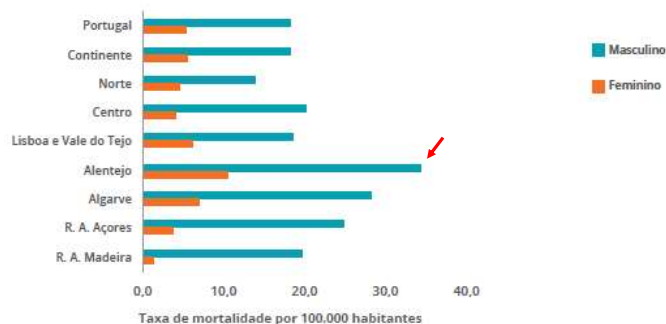
Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos de CID-10: X60-X84.  
 (a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.  
 Fonte: Elaborado pela DGSIA com base em dados cedidos pelo INE, 2015

(DGS, 2016)



## Em Portugal

**TAXA DE MORTALIDADE POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO), POR 100.000 HABITANTES, POR SEXO E LOCAL DE RESIDÊNCIA (2014<sup>(a)</sup>)**



Códigos CID-10: X60-X84.

(a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.

Fonte: Elaborado pela DGS com base em dados cedidos pelo INE, 2015

(DGS, 2016)

## Plano Nacional de Prevenção do Suicídio



(DGS, 2013)

## Comportamentos Suicidários

- Ideação suicida
- Plano suicida
- Suicídio
- Tentativa de suicídio
- Comportamentos autolesivos

## Comportamentos Suicidários

### Ideação suicida

- Pensamentos de colocar fim à própria vida, sob a forma de desejo e/ou plano, sem que haja propriamente passagem ao ato suicida.

### Plano suicida

- Formulação de um método específico, através do qual o indivíduo pretende terminar com a vida.

### Suicídio

- "Ato deliberado, iniciado e levado a cabo por um indivíduo com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal" (OMS, 2002)

(Saraiva & Gil, 2014)

## Comportamentos Suicidários

### Tentativa de suicídio

- Ato levado a cabo por um indivíduo que visa a sua morte mas que, por razões diversas, geralmente alheias ao indivíduo, resulta frustrado.

### Comportamentos autolesivos

- Comportamentos sem intencionalidade suicida, mas envolvendo atos autolesivos intencionais. (ex.: cortar-se, ingerir um objeto ou substância não ingeríveis).

(Saraiva & Gil, 2014)

## Cenário Suicida

**Dor:** Tida como insuportável e interminável, é o componente central;

**Atitude de autodesvalorização:**

**Constricção da mente:** Perceção de redução de horizontes e menos tarefas para fazer;

**Isolamento:** Sentimentos de vazio e de perda de suporte por parte das pessoas significativas;

**Desesperança:** Perceção de que "nada vale a pena";

**Fuga:** Única solução imaginada para acabar com a dor.

(Silva et al, 2014)

## Comportamentos suicidários

Intencionalidade



letalidade

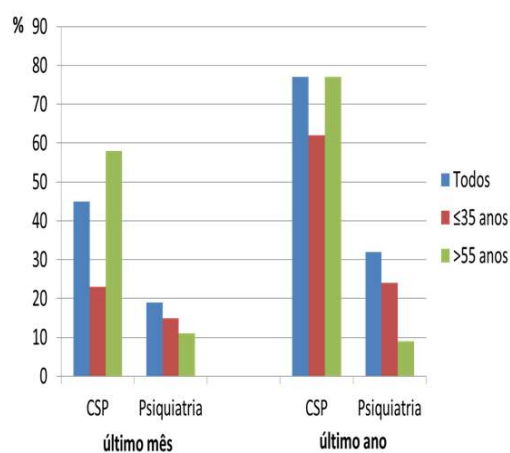
**AMBIVALENCIA**

## Comportamentos suicidários

Mesmo que a intencionalidade em morrer e o grau de autoagressividade do ato praticado sejam variáveis as atitudes que intentam contra a própria vida revelam uma **angústia individual** que constitui um ponto de alarme para uma atitude o mais precoce possível.



## Contato com os serviços de saúde antes do suicídio



(Eutímio, 2016)

## Como intervir?



## Entrevista clínica

### Aspetos primordiais

- díade profissional-pessoa
- narrativa pessoal

"respeitar a condição emocional do paciente e a situação de vida que o levou à tentativa de suicídio é fundamental, numa atitude de acolhimento, sem julgamento moral."

(Werlang & Botega, 2004)

## Entrevista clínica

Iniciar com uma **pergunta aberta**, não invasiva.

"Como é que têm sido as coisas para si ultimamente?"

"Será que me podia ajudar a compreender como é que isto tem sido para si?"

Será que pode partilhar as suas preocupações comigo?

(Kutcher & Chehil, 2007)

## Entrevista clínica

### Frases de alerta

"Eu preferia estar morto"

"Eu não posso fazer nada"

"Eu não aguento mais este sofrimento"

"Eu sou um peso para a minha família"

"Eles vão ser mais felizes sem mim"

## Entrevista clínica

### Como intervir

- ✓ Escutar atentamente;
- ✓ Entender os sentimentos da pessoa (empatia);
  - "Posso avaliar como as coisas têm sido difíceis para si ultimamente..."
  - "Vejo que as coisas têm sido duras para si e que tem sido difícil enfrentá-las..."
- ✓ Aceitar a queixa da pessoa e ter respeito pelo seu sofrimento;
- ✓ Expressar respeito pelos valores e opiniões da pessoa;

## Entrevista clínica

### Como intervir

- ✓ Demonstrar preocupação, disponibilidade e calor afetivo;
- ✓ Uma abordagem calma, aberta, de aceitação e de não julgamento para facilitar a comunicação.

## Entrevista clínica

### Despiste de ideias suicidas:

"Tem pensamentos sobre acabar com a sua vida?"

" Sente que não vale a pena viver?"

" Deseja morrer?"

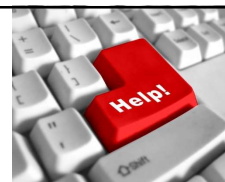
### Se sim, questionar:

"Alguma vez tentou matar-se?"

"Já alguma vez pensou sobre a maneira como acabaria com a sua vida?"

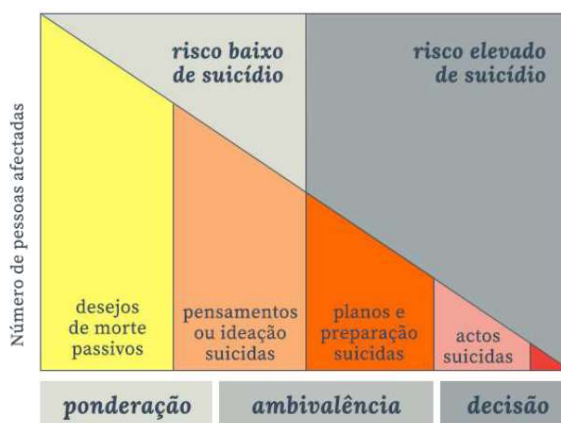
"Estabeleceu uma hora, uma data ou um local?"

**...Perguntar diretamente**





## Avaliação do risco de suicídio



Pöldinger, W. (1968). *Die abschätzung der suizidalität*. Bern: Huber

(Eutimia, 2016)

## Avaliação do risco de suicídio

**Risco baixo** corresponde à fase de concepção que a pessoa apresenta o desejo e a ideação suicida.

**Risco elevado** de suicídio remete para quando o desejo suicidário está ativo, com o método, o plano e a decisão de passar ao ato consumado bem consolidados.

Esta delimitação revela-se útil para a definição precisa do risco agudo de suicidalidade

## Fatores de risco

- Divorciado ou viúvo
- Desemprego
- Falta de suporte social e familiar
- Doença terminal e/ou incapacitante
- **História de doença psiquiátrica grave**
- História familiar de suicídio
- **Comportamentos suicidários anteriores**
- Acontecimentos de vida adversos (perdas recentes e significativas, violência física, abuso sexual)
- Consumo de substâncias psicoativas (drogas, álcool)



(Saraiva et al, 2014)

## Suicídio e as perturbações psiquiátricas

**90%**

Dos indivíduos que cometeram o suicídio  
sofriam de **perturbação mental**

**60%**

Estariam **deprimidos**

(DGS, 2013)

Vulnerabilidade da personalidade  
Capacidade de resolução de problemas reduzidas  
Personalidade impulsiva ou agressiva  
Sentimentos de desesperança  
Baixa autoestima  
Perfeccionismo excessivo  
Rigidez do pensamento

(DGS, 2013)

Permite ao doente  
exprimir sentimentos

Abordar problemas  
até então mantidos  
em segredo

**Entrevista  
clínica**

**é em si  
terapêutica**

Ajuda a refletir  
sobre o que está  
acontecer

Compreensão  
partilhada do  
processo suicida  
individual

## Entrevista dos 7 P's

Primeiro minuto

Precipitante

Problemas

Personalidade

Psicopatologia

Pilares de apoio

Prognóstico

(Saraiva, 2014)

### IRIS - Índice de Risco de Suicídio

F. A. Veiga, J. Andrade, P. Garrido, S. Neves, N. Madeira, A. Craveiro, J.C. Santos, C.B. Saraiva

Identificação: \_\_\_\_\_

#### SOCIODEMOGRAFIA - Ponderação 1

- **Sexo** Masculino → 1 Feminino → 0 ☐
- **Idade** ≥ 45 → 1 < 45 → 0 ☐
- **Religiosidade** Não → 1 Sim → 0 ☐

Existem factores de natureza religiosa ou espiritual suscetíveis de frear a passagem ao acto? ☐

#### CONTEXTOS - Ponderação 2 Não → 0 Sim → 2

- **Isolamento** - vive só, sem apoio familiar ou social? ☐
- **Perda recente marcante** - luto, desemprego, perda material ou de estatuto ☐
- **Doença física** - incapacitante ou terminal ☐
- **Abuso actual** de álcool ou substâncias ☐
- **Doença psiquiátrica grave** - descompensação actual de psicose, depressão maior unipolar ou bipolar, perturbação grave da personalidade ☐
- **História de internamento psiquiátrico** ☐
- **História familiar de suicídio** ☐

#### ESFERA SUICIDA

##### • História pessoal de comportamentos suicidários

Ponderação 3 Não → 0 Sim → 3

Considerar Sim em caso de 2 ou mais comportamentos previ ou apenas 1 se grave (método violento ou tendo justificado cuidados intensivos) ☐

##### • Plano suicida

Apura-se a existência de plano organizado, consistente, letal e exequível?

- valorizar actos preparatórios recentes (exs: carta de despedida, testamento), bem como o acesso a meios letais (exs: arma de fogo, pesticidas / herbicidas)

Não → 0 Sim → Atribuir directamente o valor 20 ao Score Total do Índice ☐

SCORE TOTAL ☐

(Saraiva, 2014)

## Mitos e factos sobre o suicídio

| Mito                                                                         | Facto                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| "O suicídio só ocorre em famílias socioeconomicamente carenciadas"           | O suicídio é cometido por pessoas de todas as classes sociais.                                                                                      |
| "Falar de suicídio agrava o risco da pessoa se suicidar"                     | Uma abordagem sensata dá abertura para falar do sofrimento, denota interesse da parte do profissional por aspetos mais íntimos e melhora a relação. |
| "Ele ameaça, mas é só conversa"                                              | Toda a ameaça deve ser levada a sério. O que importa é que alguém está a sofrer e precisa urgentemente de ajuda.                                    |
| "Quem se quer matar não avisa"                                               | Pelo menos 2/3 dos suicidas haviam comunicado essa intenção a amigos e familiares.                                                                  |
| "Após uma tentativa de suicídio a pessoa nunca mais volta a tentar matar-se" | Uma pessoa que tem uma tentativa prévia apresenta um risco aumentado de suicídio.                                                                   |

(Saraiva, 2006)

## Mitos e factos sobre o suicídio



Crenças erróneas podem conduzir a atitudes de desvalorização e acarretam grande estigma que podem reduzir o potencial de prevenção.

**É essencial** colocar de parte o que se considera serem os motivos e tomar atenção aquilo que a pessoa efetivamente diz e sente.

## Em suma...

As condutas suicidas constituem um verdadeiro desafio para os profissionais de saúde. Existem vários fatores que a ela predispõem e a precipitam o que contribui para a complexidade do tema e a necessidade de realizar **avaliações cuidadosas e rigorosas**, com **estratégias de comunicação** e **atitudes adequadas**, que contribua para uma intervenção que melhor se coadune com as necessidades e dificuldades da pessoa.

## Projetos...



Voz de Apoio



Feliz Mente®  
Soluções Simbólicas para a Saúde Mental



**“Nunca poderemos impedir o suicídio,  
mas escutando, falando e  
compreendendo, ganharemos tempo.  
E durante esse período muitas coisas  
podem mudar”**

(Santos & Neves, 2014)

## Referências bibliográficas

- Bertolote, J. M. (2000). *Prevenção do Suicídio: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Genebra: OMS.
- Mehlum, L. (2016). *EUTIMIA - Aliança Europeia contra a Depressão em Portugal*. Lisboa.
- Ministério da Saúde (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (2016). *Portugal Saúde Mental em números - 2015*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera Suicidária*. Direção Geral da Saúde.
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho*. (12ª ed.). Lisboa: Caminho.
- Saraiva, C. B., Peixoto, B., Sampaio, D. (2014). *Suicídio e Comportamentos Autolesivos dos conceitos à prática clínica*. Lisboa: Lidel.
- Saraiva, C.B. (2014). *Depressão e Suicídio*. Lisboa: Lidel.
- Saraiva, C.B., Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria fundamental*. Lisboa: Lidel.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica- Conceitos de Cuidado na Prática baseada na Evidência* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Veiga, F. A., Andrade, J., Garrido, P., Neves, S., Madeira, N., Craveiro, A., Santos, J. C., Saraiva, C. B. (2014). IRIS: Um novo índice de avaliação do risco de suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 35 (2), 65-72.
- Werlang, B.G., Botega, N.J. (2004). *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed.



Obrigada  
pela vossa atenção!



### **APÊNDICE III – Cartaz “Prevenção do Suicídio – Avaliação do risco”**

# PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

## Avaliação do risco

### Fatores de risco:

- Isolamento social
- Sentimentos de solidão, impotência e desesperança (marcador cognitivo de pessimismo e de expectativas negativas em relação ao futuro)
- Baixa autoestima
- Estratégias de resolução de problemas reduzidas
- Personalidade impulsiva e agressiva
- Perfeccionismo excessivo
- Odiar-se, sentimentos de culpa, de se sentir sem valor ou com vergonha de algo
- Rigidez do pensamento
- Acontecimentos de vida negativos (perdas recentes e significativas, divórcio, violência física, abuso sexual)
- Tentativa de suicídio anterior
- História familiar de suicídio
- Consumo de substâncias psicoativas (álcool, drogas)
- Perturbação psiquiátrica

A cada  
40 segundos,  
uma pessoa  
morre por  
**suicídio**



### Frases de alerta

- “Não vejo nenhuma saída para a minha vida”
- “Eu não aguento mais este sofrimento”
- “Eu sou um peso para a minha família”
- “Eles vão ser mais felizes sem mim”

### COMO INTERVIR

- Uma abordagem calma, aberta, de compreensão e não julgamento é essencial para facilitar a comunicação
- Escutar atentamente
- Aceitar a queixa da pessoa e ter respeito pelo seu sofrimento
- Entender os sentimentos da pessoa
- Expressar respeito pelos valores e opiniões
- Demonstrar preocupação, disponibilidade e calor afetivo

### Perguntar diretamente...

- “Tem pensamentos de acabar com a sua vida?”
- “Alguma vez tentou matar-se?”

### Ideias erradas sobre o suicídio

- “Falar de suicídio agrava o risco da pessoa se suicidar”
- “Ele ameaça, mas é só conversa”
- “Quem se quer matar não avisa”

## ATENÇÃO

A pessoa vivencia sentimentos de **ambivalência**, vivendo uma agudização do conflito viver-morrer, para terminar com o sofrimento!

“Nunca poderemos impedir o suicídio, mas escutando, falando e compreendendo, ganharemos tempo.

E durante esse período muitas coisas podem mudar”

(Santos & Neves, 2014)

**APÊNDICE IV – Instrução de Trabalho “Terminologia dos  
comportamentos suicidários”**

|                                             |         |       |         |
|---------------------------------------------|---------|-------|---------|
| Ministério da Saúde                         |         |       | IT.XX.0 |
| Terminologia dos comportamentos suicidários | REVISÃO |       | FOLHA   |
|                                             | Nº      | 00    | 1/2     |
|                                             | Mês/Ano | 00/00 |         |

### 1. Objetivos

- Uniformizar a terminologia dos comportamentos suicidários.

### 2. Âmbito

Este instrumento de trabalho aplica-se aos enfermeiros da Unidade de Internamento de Psiquiatria (SIP).

### 3. Definições

**Comportamento autolesivo:** Comportamento sem intencionalidade suicida, mas envolvendo atos autolesivos intencionais, como por exemplo: cortar-se, ingerir fármacos em doses superiores às posologias terapêuticas reconhecidas, consumir uma substância psicoativa com propósito declaradamente autoagressivo, ingerir uma substância ou objeto não ingeríveis.

**Comportamento suicidário:** Engloba a ideação suicida, o plano, os comportamentos autolesivos e os atos suicidas (tentativa de suicídio e suicídio consumado).

**Ideação suicida:** Pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida, que podem ser vistos como precursores de atos suicidas. Podem apresentar-se sob a forma de desejos e/ou plano para cometer suicídio, sem que haja necessariamente passagem ao ato.

**Método suicida:** Meio ou processo utilizado na concretização do ato suicida.

**Pacto suicida:** acordo entre duas ou mais pessoas para terminar com as suas próprias vidas.

**Plano suicida:** Formulação de um método específico, através do qual o indivíduo pretende terminar com a vida.

**Suicidalidade:** Conceito que envolve ideação suicida e ato suicida.

| CONTROLE DE PUBLICAÇÃO |                 |               |
|------------------------|-----------------|---------------|
| ELABORADO POR:         | VERIFICADO POR: | APROVADO POR: |
| DATA:                  | DATA:           | DATA:         |

|                                             |         |       |       |
|---------------------------------------------|---------|-------|-------|
| Ministério da Saúde                         |         |       |       |
| Terminologia dos comportamentos suicidários | REVISÃO |       | FOLHA |
|                                             | Nº      | 00    | 2/2   |
|                                             | Mês/Ano | 00/00 |       |

**Suicídio consumado**: Morte provocada por um ato levado a cabo pelo indivíduo com intenção de pôr termo à vida, incluindo a intencionalidade de natureza psicopatológica (por exemplo, precipitação no vazio de esquizofrénico delirante e alucinado, obedecendo a vozes de comando).

**Tentativa de suicídio**: Ato levado a cabo por um indivíduo que visa a sua morte mas que, por razões diversas, geralmente alheias ao indivíduo, resulta frustrado.

#### 4. Considerações Finais

A avaliação do risco de suicídio bem estruturada e adequada, com condições de **uniformização da terminologia** permitem uma melhoria dos registos, tal como a monitorização da efetividade das medidas implementadas e gera sinergias no trabalho dos enfermeiros.

#### 5. Referências bibliográficas

- Saraiva, C. B., Peixoto, B. & Sampaio, D. (Coord.) (2014). Suicídio e Comportamentos Autolesivos dos conceitos à prática clínica. Lisboa: Lidel.
- Saraiva, C.B. (Coord.) (2014). Depressão e Suicídio. Lisboa: Lidel.

**APÊNDICE V – Instrução de Trabalho “Avaliação do risco dos  
comportamentos suicidários”**

|                                                   |         |       |         |
|---------------------------------------------------|---------|-------|---------|
| Ministério da Saúde                               |         |       | IT.XX.0 |
| Avaliação do risco dos comportamentos suicidários | REVISÃO |       | FOLHA   |
|                                                   | Nº      | 00    | 1/2     |
|                                                   | Mês/Ano | 00/00 |         |

### 1. Objetivos

- Uniformizar a avaliação do risco dos comportamentos suicidários.

### 2. Âmbito

Este instrumento de trabalho aplica-se aos enfermeiros do Serviço de Internamento de Psiquiatria (SIP).

### 3. Descrição

- Iniciar com questões abertas, mais abrangentes, incentivando a pessoa a falar livremente sobre os seus problemas, angústias, sentimentos e motivações o que proporciona um momento ótimo para avaliar melhor a personalidade da pessoa e constitui um momento de catarse;
- Progressivamente, deve-se realizar perguntas objetivas que ajudam a perceber a intenção e o risco de suicídio;
- “Entrevista dos 7P’s”, permite organizar os parâmetros de avaliação essenciais.

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Primeiro minuto</b> | Crucial para o estabelecimento de uma relação de acolhimento, compreensão, preocupação e calor afetivo.<br>A primeira pergunta deve ser aberta e neutra. Evitar julgamentos ou críticas.<br>O ambiente físico deve ser confortável e onde não sejam possíveis interrupções. |
| <b>Precipitante</b>    | Algum acontecimento/ conflito afetivo recente com uma pessoa-chave (ex.: namorado, marido ou companheiro).                                                                                                                                                                  |
| <b>Problemas</b>       | Problemas apresentados devem ser descritos e hierarquizados consoante a prioridade e gravidade que a pessoa atribui e, posteriormente, permite serem trabalhos nas intervenções psicoterapêuticas.                                                                          |
| <b>Personalidade</b>   | Identificar os traços da personalidade predominantes.                                                                                                                                                                                                                       |

| CONTROLE DE PUBLICAÇÃO |                 |               |
|------------------------|-----------------|---------------|
| ELABORADO POR:         | VERIFICADO POR: | APROVADO POR: |
| DATA:                  | DATA:           | DATA:         |

|                                                   |         |       |       |
|---------------------------------------------------|---------|-------|-------|
| Ministério da Saúde                               |         |       |       |
| Avaliação do risco dos comportamentos suicidários | REVISÃO |       | FOLHA |
|                                                   | Nº      | 00    | 2/2   |
|                                                   | Mês/Ano | 00/00 |       |

|                         |                                                                                                                                                           |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Psicopatologia</b>   | Identificar doenças psiquiátricas associadas.                                                                                                             |
| <b>Pilares de apoio</b> | Familiares, amigos, religião, como recurso para avaliar eventuais critérios de gravidade e, principalmente, para acompanharem e monitorizarem a situação. |
| <b>Prognóstico</b>      | Depende de fatores internos (Psicopatologia e personalidade) e fatores externos (aspetos familiares e sociais envolventes).                               |

#### 4. Considerações Finais

A avaliação é, em si mesma, parte da intervenção na medida em que constitui um momento de empatia e disponibilidade que potencia o **vínculo terapêutico**, um momento da pessoa **expressar espontaneamente o seu sofrimento**, abordar problemas que até então estavam mantidos em segredo e, por vezes, constitui um **momento de reflexão** que promove o desenvolvimento da consciência de si própria perante a situação.

#### 5. Referências bibliográficas

- Saraiva, C. B. (1998). Entrevista de Avaliação de Comportamentos Suicidários - EACOS. *Psiquiatria Clínica*, 19 (4), 251-274.
- Saraiva, C. B., Peixoto, B. & Sampaio, D. (Coord.) (2014). *Suicídio e Comportamentos Autolesivos dos conceitos à prática clínica*. Lisboa: Lidel.



**APÊNDICE VI – Instrução de Trabalho “ Intervenção em utentes  
com comportamentos suicidários”**

|                                                      |         |       |         |
|------------------------------------------------------|---------|-------|---------|
| Ministério da Saúde                                  |         |       | IT.XX.0 |
| Intervenção com utentes com comportamento suicidário | REVISÃO |       | FOLHA   |
|                                                      | Nº      | 00    | 1/2     |
|                                                      | Mês/Ano | 00/00 |         |

### 1. Objetivos

- Definir e uniformizar as intervenções essenciais com utentes com comportamentos suicidários.

### 2. Âmbito

Este instrumento de trabalho aplica-se aos enfermeiros do Serviço de internamento de psiquiatria (SIP).

### 3. Descrição

- Demonstrar compreensão, preocupação e encorajamento de esperança;
- Proporcionar um ambiente calmo e de calor afetivo;
- Estimular a expressão emocional;
- Promover a compreensão dos seus problemas, angústias e medos;
- Abordar, prioritariamente, o problema considerado mais importante;
- Promover a aquisição de estratégias de resolução de problemas;
- Incentivar o envolvimento familiar, é imprescindível na informação e no tratamento, designadamente, na restrição do acesso a meios letais e na vigilância dos comportamentos;
- Informar a equipa multidisciplinar;
- Proceder ao registo no sistema informático.

Em síntese, privilegiar o trabalho sobre:

**Emoções e sentimentos:** libertar o medo, raiva, vergonha, culpa, etc.;

**Problemas:** reconhecimento de vulnerabilidades, descoberta de alternativas;

**Ambivalência:** discussão do conflito querer-não querer, razões para viver-razões para morrer;

**Auto-estima:** a partir do passado positivo, das vinculações familiares ou de amizade;

**Isolamento:** criar proximidade e sistemas de apoio;

**Desesperança:** Passar a mensagem de que é um estado transitório;

**Rigidez e pensamento dicotómico:** contrariar o “tudo ou nada”, “preto ou branco”, “8 ou 80” e “vida ou morte”.

| CONTROLE DE PUBLICAÇÃO |                 |               |
|------------------------|-----------------|---------------|
| ELABORADO POR:         | VERIFICADO POR: | APROVADO POR: |
| DATA:                  | DATA:           | DATA:         |

|                                                     |         |       |       |
|-----------------------------------------------------|---------|-------|-------|
| Ministério da Saúde                                 |         |       |       |
| Intervenção em utentes com comportamento suicidário | REVISÃO |       | FOLHA |
|                                                     | Nº      | 00    | 2/2   |
|                                                     | Mês/Ano | 00/00 |       |

#### 4. Considerações Finais

A crise suicida é uma crise transitória e ambivalente. Qualquer que seja o grau de intenção, este expressa dois desejos preponderantes: acabar com o sofrimento intolerável e restaurar a identidade.

#### 5. Referências bibliográficas

- Saraiva, C. B., Peixoto, B. & Sampaio, D. (Coord.) (2014). Suicídio e Comportamentos Autolesivos dos conceitos à prática clínica. Lisboa: Lidel.
- Saraiva, C.B. (Coord.) (2014). Depressão e Suicídio. Lisboa: Lidel.

**“Nunca poderemos impedir o suicídio, mas escutando, falando e compreendendo, ganharemos tempo. E durante esse período muitas coisas podem mudar.”**

(Santos e Neves, 2014)