



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Intervenções Especializadas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Pessoa com Risco de Suicídio

Aurea Susana Matos Curado

Orientação: Professor Doutor Lino Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Intervenções Especializadas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Pessoa com Risco de Suicídio

Aurea Susana Matos Curado

Orientação: Professor Doutor Lino Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Ermelinda do Carmo Valente Caldeira

Arguente: Jorge Salvador Pinto de Almeida

Orientador: Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos

Setúbal, 2023

Pela Sara,

Pelo Daniel.

“- E quando a tua tristeza estiver consolada (o tempo cura todas as tristezas), ficarás contente por me teres conhecido. Serás sempre meu amigo. Vais querer rir-te comigo. E, às vezes, digamos, por simples prazer, abrirás a tua janela... E os teus amigos ficarão literalmente espantados ao ver-te rir a olhar para o céu. Então dir-lhes-ás: “Sim, as estrelas fazem-me sempre rir”. E eles pensaram que estás maluco. Esta será uma partida que te terei pregado...

E voltou a rir-se.

- Será como se, em vez de estrelas, eu te tivesse dado uma grande quantidade de sininhos capazes de rir...

E ele riu-se de novo. Depois, rapidamente, voltou a ficar a sério:

- Esta noite...sabes...Não venhas.

- Não te vou abandonar – disse eu.

- Vai parecer que estarei a sofrer. Vai parecer que estarei a morrer. É mesmo assim. Não venhas ver isto. Não vale a pena...

- Não te vou deixar.”

(In “O Principezinho”)

Antoine De Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Lino, pelo incentivo constante, pela disponibilidade permanente, pela partilha incessante de conhecimentos e por ser para mim uma inspiração desde a Licenciatura em Enfermagem;

Às Equipas onde adquiri e desenvolvi competências de Enfermagem Especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica, em especial à EEESMP na qualidade de Supervisora Clínica do meu Estágio Final em contexto hospitalar;

Ao Sérgio por ser sempre o meu pilar, o meu suporte, o meu porto de abrigo. Por estar sempre ao meu lado nos momentos mais desafiantes;

Ao Miguel, que mesmo tão pequenino, pela compreensão demonstrada nas ausências da mãe em momentos cruciais;

À minha família, e em particular à minha sogra, por ser sempre uma rede de suporte inquebrável;

A todos os meus amigos, em especial à Teresa e ao Acácio, pelas palavras de incentivo em todos os momentos e por sempre acreditarem que eu seria capaz.

A todos,
O meu sincero OBRIGADA.

Aurea Curado

RESUMO

O suicídio é um grave problema de saúde pública, continuando a ser uma das principais causas de morte em todo o mundo (uma em cada cem mortes). A OMS propôs que, e até 2030 como uma das metas a atingir, a redução de 1/3 da taxa de suicídio.

Trata-se de um tema complexo, circunscrito por estigmas e mitos, com repercussões emocionais para a pessoa com comportamentos suicidários, família e comunidade, onde os programas de prevenção e avaliação do risco de suicídio têm se revelado exíguos.

O presente documento apresenta como proposta de avaliação do risco de suicídio, o Índice de NGASR que incorpora a Teoria das Marés, associando a estimativa de risco ao nível de intervenção. As estratégias de prevenção e intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica envolvem a promoção da esperança, a melhoria do coping e a resolução de problemas.

Palavras-chave: Intervenções de Enfermagem, Saúde Mental, Enfermagem Psiquiátrica, Prevenção ao Suicídio.

ABSTRACT

Suicide is a serious public health problem and remains one of the leading causes of death worldwide (one in every hundred deaths). The WHO has proposed, as one of the goals to be achieved by 2030, to reduce the suicide rate by one third.

This is a complex issue, circumscribed by stigmas and myths, with emotional repercussions for the person with suicidal behaviours, the family and the community, where prevention programmes and suicide risk assessment have proved to be scarce.

The present document presents as a proposal for suicide risk assessment, the NGASR Index that incorporates the Tidal Model, associating risk estimation to the level of intervention. The prevention and intervention strategies of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing involve promoting hope, improving coping and problem solving.

Key words: Nursing interventions, Mental Health, Psychiatric Nursing, Suicide Prevention

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo Biopsicossocial	16
Figura 2. Infografia Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2030	20
Figura 3. Modelo Stresse-Diátese	26
Figura 4. Domínios da Teoria das Marés.....	38
Figura 5. Kit de Esperança	49
Figura 6. Programa do Curso de Psiquiatria.....	54

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Taxa de suicídio (por 100 000 habitantes) no Mundo	22
Gráfico 2. Evolução da Taxa de Suicídio em Portugal nos últimos 20 anos.....	23
Gráfico 3. Óbitos por suicídio na presença de álcool e/ou drogas no total de suicídios	24

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Evolução da proporção (%) de mortalidade por suicídio em Portugal por Regiões ...	23
Tabela 2. Fatores de risco e de proteção para comportamentos suicidários.....	27
Tabela 3. Compromissos e Competências Profissionais baseado na Teoria das Marés.....	36
Tabela 4. Relação dos Domínios com os Princípios-Chave/ Níveis de Intervenção.....	38
Tabela 5. Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental do Projeto	57
Tabela 6. Cronograma do Projeto.....	59
Tabela 7. NGASR: Níveis de risco Vs. Níveis de envolvimento (Tidal Model)	65

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1. Informação clínica	41
Ilustração 2. Colheita de dados - Guião da Entrevista.....	43
Ilustração 3. Avaliação do Estado Mental.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS/ SIGLAS/ ACRÓNIMOS

APA - *American Psychological Association*

CAD – Comportamentos Aditivos e Dependências

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CRI – Centro de Respostas Integradas

CIPE – Classificação Internacional para Prática de Enfermagem

DMG – Doença Mental Grave

DSM V - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5*

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

IP – Instituto Politécnico

n.º - Número

NGASR - *Nursing Global Assessment of Suicide Risk*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

pp. - Páginas

PNPS – Plano Nacional de Prevenção do Suicídio

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RRMD – Redução de Riscos e Minimização de Danos

RVC – Reconhecimento e Validação de Competências

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

UC - Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Primários

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1. Saúde Mental.....	15
1.2. Doença Mental.....	16
1.3. Comportamentos Suicidários.....	20
1.3.1. Conceitos.....	20
1.3.2. Epidemiologia.....	22
1.3.3. Fatores protetores e fatores de risco.....	26
1.3.4. Faixas etárias e Populações vulneráveis	27
1.4. Diagnóstico de Enfermagem – “Risco de Suicídio”	32
1.4.1. Intervenções do Enfermeiro Especialista em ESMP.....	33
1.5. <i>Tidal Model</i> – Teoria das Marés.....	35
2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	39
2.1. Estágio Comunitário.....	39
2.2. Estágio Hospitalar	39
2.2.1. Atividades desenvolvidas	40

2.2.1.1.	Em dinâmica individual	40
2.2.1.2.	Em dinâmica de grupo.....	48
2.2.1.3.	Outras atividades relevantes.....	53
3.	METODOLOGIA DO PROJETO	56
3.1.	Diagnóstico de Situação	56
3.2.	Definição dos objetivos.....	58
3.3.	Planeamento	59
3.4.	Execução	59
3.5.	Avaliação	67
4.	ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	69
4.1.	Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	71
4.1.1.	A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	71
4.1.2.	B – Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	73
4.1.3.	C – Domínio da Gestão dos Cuidados	76
4.1.4.	D – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	78
4.2.	Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica .	81
4.3.	Competências de Mestre em Enfermagem	88
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	91

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....93

ANEXOS..... 100

Anexo I – Plano de Segurança 100

Anexo II – Questionário de Ideação Suicida (QIS) 101

Anexo IV – Inventário das Razões de Viver 102

Anexo III - Índice de Risco de Suicídio (IRIS) 106

APÊNDICES 107

Apêndice I – Proposta de Intervenção Terapêutica “*Caminhada Sensorial*” 107

Apêndice II – Mitos..... 109

Apêndice III – Proposta “*Índice NGASR*” 112

Apêndice IV – Apresentação do Índice de NGASR 113

INTRODUÇÃO

O presente documento encontra-se inserido da Unidade Curricular (UC) Relatório, inserida no 6º Curso de Mestrado de Enfermagem, Área de Especialização Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, ministrado no Instituto Politécnico de Setúbal (IP) /Escola Superior de Saúde em associação com a Universidade de Évora, IP Portalegre, IP Beja e IP Castelo Branco.

Tratando-se de uma UC prática, reflexiva e centrada na aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, aptidões e competências clínicas especializadas na área Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), com objetivo geral pretendemos comunicar os resultados da nossa aprendizagem através do presente Relatório de Estágio. Neste sentido, e enquanto objetivos específicos, pretendemos evidenciar a nossa capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica; fundamentar as escolhas que fizemos com base na teorização e na evidência científica; descrever o nosso projeto de intervenção profissional; e ainda apresentar o patente relatório em prova pública.

A escolha do tema do relatório - ***Intervenções Especializadas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Pessoa com Risco de Suicídio*** – teve por base dois critérios:

1. A compreensão do(s) motivo(s) que conduziria(m) certas pessoas a terem pensamentos e/ou ações de cariz suicidário.

Recordemo-nos que etimologicamente a palavra suicídio provém do latim *suicidium* (*sui* – de si; *caedere* – matar), ou seja, o ato de tirar a própria vida (Porto Editora, 2023).

Enquanto Enfermeiros este conceito causávamos algum desconforto na medida em

que a raiz da nossa profissão “(..)tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que está inserido, de forma a que **mantenham, melhorem e recuperem a saúde**, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (n.º 1, Artigo 4º, REPE; negrito e sublinhado nosso).

2. Enquanto futuros Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica pretendíamos, e tendo em conta o Processo de Enfermagem, avaliar corretamente o diagnóstico de Enfermagem “Risco de Suicídio”, realizar intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental “perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 214217).

É consensual na literatura que o suicídio e os comportamentos associados são um tema de extrema complexidade, não só pela natureza multifatorial, como pela intrínseca dificuldade na sua compreensão (Guerreiro, 2022). Não poderíamos deixar de partilhar a mesma transcrição para reflexão, que Guerreiro (2022) deixou na sua obra, sobre o ensaio de Alberto Camus (1942) “*O mito de Sísifo*” onde se lê “*existe apenas um único problema filosófico sério: o suicídio. Julgar se a vida vale ou não a pena ser vivida, significa responder à questão fundamental da filosofia*” (Guerreiro, 2022, p.237).

De uma coisa não temos dúvida, o suicídio é um grave problema de Saúde Pública a nível Global e que este fenómeno não afeta só a pessoa com comportamentos suicidários, mas também a família, amigos e comunidade envolvente. O efeito emocional é assolador. Contudo, esta temática continua “a ser uma questão muito delicada, **envolta em estigma e receios**, sendo ainda **insuficientes os programas de prevenção e de identificação de casos de risco**” (Guerreiro, 2022, p.239; negrito e sublinhado nosso) como veremos ao longo do presente relatório.

No que à estrutura diz respeito, o presente relatório encontra-se organizado em quatro capítulos:

1. No primeiro capítulo faremos um enquadramento teórico relacionados com os conceitos de saúde e doença mental e a sua relação com os comportamentos da esfera suicidária. Dentro do subcapítulo dos comportamentos suicidários serão abordados os conceitos, a perspetiva epidemiológica dos mesmos, os fatores protetores e de risco e ainda as faixas etárias e as populações mais vulneráveis à ocorrência deste fenómeno. Posto isto, será feito um enquadramento ao Processo de Enfermagem com as intervenções especializadas e termina-se com a ancoragem deste fenómeno à teoria das Marés;
2. No segundo capítulo iremos caracterizar os contextos de estágio onde adquirimos e desenvolvemos competências de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e a abordagem a algumas atividades desenvolvidas relacionadas com a prevenção do risco de suicídio.

Importa ainda ressaltar que a proteção da identificação das instituições, dos profissionais e dos utentes foram salvaguardadas em todas as páginas deste relatório (incluindo anexos e apêndices);

3. No terceiro capítulo abordaremos a metodologia do nosso projeto de intervenção, em contexto de estágio hospitalar, e que está intrinsecamente ligado à avaliação do risco de suicídio pelos enfermeiros em contexto de internamento;
4. No quarto capítulo apresentaremos a nossa análise reflexiva na aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e ainda as competências de Mestre em Enfermagem.

Seguem-se nas páginas subsequentes as nossas considerações finais sobre o caminho que trilhamos ao longo da elaboração deste relatório de estágio, assim como as referências bibliográficas que deram sustento, e com base na mais recente evidência científica, a todo este momento de aprendizagem. Por fim, e não menos importante, os anexos e os apêndices para melhor compreensão do que fomos explanando e dissertando ao longo do trabalho.

Para finalizar, dizer que o Relatório de Estágio se encontra redigido segundo o novo acordo ortográfico, seguindo as normas de elaboração de trabalhos escritos do Instituto Politécnico de Setúbal, citações e referências bibliográficas seguem a 7ª edição da *American Psychological Association* (APA).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo que denominámos por enquadramento teórico pretende conceptualizar as referências que mapeiam o tema do relatório, nomeadamente a saúde e a doença mental e os comportamentos da esfera suicidária. Mobiliza-se ainda o processo de enfermagem, com o diagnóstico de enfermagem inerente e respetivas intervenções especializadas do EESMP. Por fim, será feita uma breve ancoragem à Teoria das Marés.

1.1. Saúde Mental

Em 1948 a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a Saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”. Volvidos 75 anos, o conceito mantém-se inalterável, contudo pode existir um estado incompleto de bem-estar e ainda assim não ser patológico (Sequeira & Sampaio, 2020, p.3).

No que à Saúde Mental diz respeito, a OMS em 2014 definiu-a como “estado de bem-estar no qual cada pessoa concretiza o seu próprio potencial, consegue lidar com os usuais eventos de vida stressantes, consegue trabalhar de forma produtiva e frutífera, e está apta para dar contributos à sua comunidade”.

Compreenda-se que também a Saúde Mental não significa necessariamente ausência de doença mental, perturbações mentais ou alterações no comportamento. Ainda que implique respostas adaptativas, a inadaptação não determina doença mental. Por outras palavras, Saúde Mental é a capacidade que a cada pessoa tem para (Sequeira & Sampaio, 2020, p.3):

- “Estabelecer relações ajustadas com o outro;
- Participar construtivamente com o meio e o ambiente;
- Resolver e/ou gerir os seus próprios conflitos internos;
- Investir em realizações sociais”.

Este estado de bem-estar depende de diversos fatores tais como a “herança genética, o funcionamento de determinados sistemas neurobiológicos, o ambiente em que se cresce, as interações e experiências de vidas” e ainda determinadas características da personalidade (Guerreiro, 2022, p.20). Assim, e como nos descreve o Psiquiatra Diogo Guerreiro, a saúde

mental resulta pelo equilíbrio complexo entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, o tão conhecido modelo biopsicossocial (Figura 1).

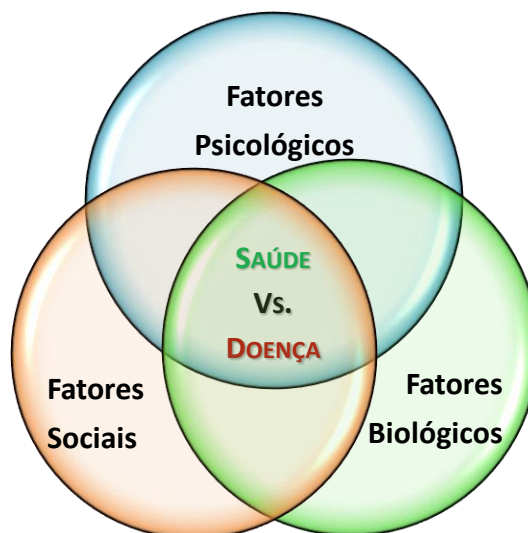


Figura 1. *Modelo Biopsicossocial*

(Adaptado de Guerreiro, 2022)

Todos estes fatores, que são parte integrante do Modelo Biopsicossocial, interferem na saúde, causando determinada vulnerabilidade ou proteção. Podem alterar a manifestação dos sintomas e serem “causas determinantes no aparecimento ou na manutenção de doença”. É com esta perspetiva tão abrangente que se consegue compreender as perturbações mentais, prevenir a doença e promover a Saúde Mental (Guerreiro, 2022, p.21).

1.2. Doença Mental

Face ao exposto anteriormente, facilmente se depreende que Doença Mental é a “situação patológica na qual a pessoa apresenta distúrbios na sua organização mental”. Acresce a este conceito o “desequilíbrio entre o ambiente e os sistemas biopsicológicos e socioculturais” resultando na inaptidão nos papéis sociais, sejam eles familiares, laborais e/ ou comunitários) (Sequeira & Sampaio, 2020, pp.3-4).

No que concerne à Doença Mental Grave (DMG), define-se como a doença do foro psiquiátrico que, e pelas “suas características e evolução do quadro clínico, afeta de forma prolongada ou continua a funcionalidade” do indivíduo (OE, 2021, p.8). Não sendo um conceito de fácil definição, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e para melhor compreensão, cita o *National Institute of Mental Health* que esclarece que DMG deve assentar em três critérios fundamentais (OE, 2021):

1. Diagnóstico (incluindo psicoses não orgânicas e perturbações da personalidade);
2. Duração (história de vários internamentos ou tratamento em ambulatório);
3. Disfuncionalidade (incluindo comportamentos perigosos ou desviantes, incapacidade moderada em atividades profissionais e não profissionais e incapacidade ligeira das atividades de vida diária).

A DMG é responsável por provocar profundas e persistentes alterações refletindo-se nas diversas áreas da vida da pessoa. Compreende-se que para além do sofrimento pessoal repercute-se inevitavelmente na família e nos grupos em que a pessoa com DMG se insere (OE, 2021).

As doenças mentais são importantes fatores de risco para comportamentos da esfera suicidária, visto que cerca de 9/10 indivíduos que morrem por suicídio apresentam uma doença psiquiátrica. A depressão, a doença bipolar, a esquizofrenia e as perturbações de personalidade são das doenças mentais que mais frequentemente se associam ao suicídio. O abuso de substâncias (será descrito no subcapítulo da epidemiologia) é um dos fatores com maior contributo para o aumento do risco de suicídio (Valadas, 2021).

Na última década, a Europa tem demonstrado um crescente reconhecimento da necessidade de incluir a saúde mental como uma meta prioritária na medida em que as doenças mentais continuam a apresentar uma crescente prevalência e incidência o que resulta “numa carga significativa para os indivíduos, para a sociedade e para economia.” Acresce ao exposto que “metade de pessoas com problemas de saúde mental não recebem tratamento baseado na evidência disponível” (OE, 2021, p.10).

Na continuidade desta preocupação, não só na Europa como no Mundo, a OMS em 2022 divulgou um relatório com uma revisão mundial sobre saúde mental. Vejamos alguns indicadores reportados (OPAS, 2022):

- ✓ Em 2019 quase um bilhão de pessoas (dos quais 14% são adolescentes) têm um problema de saúde mental;

- ✓ O suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes e 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade;
- ✓ As perturbações mentais são a principal causa de incapacidade resultando em um em cada seis anos vividos com incapacidade;
- ✓ Pessoas com DMG morrem em média 10 a 20 anos mais cedo do que a população geral;
- ✓ O abuso sexual infantil e *bullying* são importantes causas de depressão;
- ✓ As desigualdades sociais e económicas, emergências de saúde pública, a guerra e a crise climática estão entre as ameaças globais à saúde mental;
- ✓ A depressão e a ansiedade aumentaram mais de 25% apenas no primeiro ano de Pandemia;
- ✓ Estigma, discriminação e violações dos direitos humanos contra pessoas com problemas de saúde mental são comuns em todos os países;
- ✓ Vinte países ainda criminalizam a tentativa de suicídio.

Reconhecendo esta problemática, os 194 Estados Membros da OMS assinaram o Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013–2030, que os compromete com metas globais para transformar a saúde mental, nomeadamente (OMS, 2021):

Objetivo 1 – Fortalecer a liderança e a governança efetivas para a Saúde Mental

Meta 1.1. – Até 2030, 80% dos Países terão desenvolvido ou atualizado as suas políticas e planos de saúde mental, alinhando instrumentos locais e internacionais de direitos humanos.

Meta 1.2. – Até 2030, 80% dos terão devolvido ou atualizado as suas leis de saúde mental, alinhando instrumentos locais e internacionais de direitos humanos.

Objetivo 2 – Oferecer serviços de saúde mental comunitários de forma abrangente, integrada e responsiva

Meta 2.1. – Até 2030, a cobertura para condições crônica de saúde mental, como a psicose e a depressão, terá aumentado pelo menos para metade.

Meta 2.2. – Até 2030, 80% dos países terá dobrado o número de instalações comunitárias de saúde mental.

Meta 2.3. – Até 2030, 80% dos países terão integrado a saúde mental na sua rede de saúde primária.

Objetivo 3 – Implementar estratégias de promoção e prevenção da Saúde Mental

Meta 3.1. - Até 2030, 80% dos países terão pelo menos dois programas nacionais e multissetoriais de prevenção e promoção da saúde mental.

Meta 3.2 – Até 2030, **a taxa de suicídios terá sido reduzida em 1/3.**¹

Meta 3.3 – Até 2030, 80% dos países terão em funcionamento um sistema de saúde mental e psicossocial de preparação para emergências e desastres.

Objetivo 4 – Fortalecer os sistemas de informação, evidências e pesquisa em Saúde Mental

Meta 4.1. – Até 2030, 80% dos países estará rotineiramente colhendo e reportando pelo menos os indicadores de saúde mental a cada dois anos através dos seus sistemas de informação sociais e de saúde.

Meta 4.2 – A produção de pesquisa científica sobre saúde mental deve sobrar até 2030.

¹ “Desenvolver e implementar estratégias nacionais abrangentes para a prevenção do suicídio com especial atenção aos grupos de risco com maior risco de suicídio, incluindo população LGBT, adolescentes e outros grupos de todas as idades com base no contexto local” (OMS, 2021, p.3)



Figura 2. Infografia Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2030

(Adaptado OMS, 2021)

1.3. Comportamentos Suicidários

1.3.1. Conceitos

Na comunidade científica não parece existir um consenso relativamente a uma única terminologia no que concerne aos conceitos básicos, terminologia e definição, e que represente o espectro das cognições e comportamentos suicidários. Contudo, subsistem quatro conceitos básicos que são utilizados em todas as nomenclaturas (Guerreiro & Santos, 2014):

- **Método²:** alude ao meio ou ao processo utilizado na produção de autolesão, comportamento suicidário ou tentativa de suicídio;
- **Resultado:** refere-se à consequência que pode ser a morte (acidental ou suicídio), a sobrevivência com e sem lesões/ferimentos;
- **Letalidade:** indica o potencial de perigo de morte relacionado com o método utilizado;
- **Intencionalidade:** define a determinação para alcançar objetivo.

Ao longo deste trabalho, consideraremos a nomenclatura apresentada pelo Grupo de Trabalho responsável pelo Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) 2013-2017 (DGS, 2013, pp.103-104):

- **Ideação suicida** - “Pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida, que podem ser vistos como precursores de comportamentos autolesivos ou atos suicidas. Podem apresentar-se sob a forma de desejos e/ou plano para cometer o suicídio, sem que haja necessariamente passagem ao ato”;
- **Comportamentos Autolesivos** - “Comportamento sem intencionalidade suicida, mas envolvendo atos autolesivos intencionais (por exemplo: cortar-se ou saltar de um local relativamente elevado; ingerir fármacos em doses superiores às posologias terapêuticas reconhecidas; ingerir uma droga ilícita ou substância psicoativa com o propósito de declaradamente autoagressivo; ingerir uma substância ou objetos não ingeríveis)”;
- **Atos Suicidas**
 - **Tentativa de Suicídio** - “Ato levado a cabo por um indivíduo e que visa a sua morte, mas que por razões diversas, geralmente alheias ao indivíduo, resulta em fracasso”;

² Os métodos mais usados incluem o enforcamento, afogamento, envenenamento, uso de armas de fogo, precipitação para o vazio e outros, como por exemplo mortes nos caminhos de ferro (Freitas, 2021).

- **Suicídio consumado** - “Morte provocada por um ato levado a cabo pelo indivíduo com a intencionalidade de pôr termo à vida, incluindo a intencionalidade psicopatológica”.

1.3.2. Epidemiologia

Os Comportamentos Suicidários são um problema de Saúde Pública. Vejamos as recentes estatísticas da OMS (2021) que indicam que o suicídio continua a ser uma das principais causas de morte em todo o mundo sendo que em 2019 mais de 700 mil pessoas morreram por suicídio, ou seja, **uma em cada cem mortes**. A Europa apresenta-se com o segundo continente com maior número de mortes por suicídio (Gráfico 1).

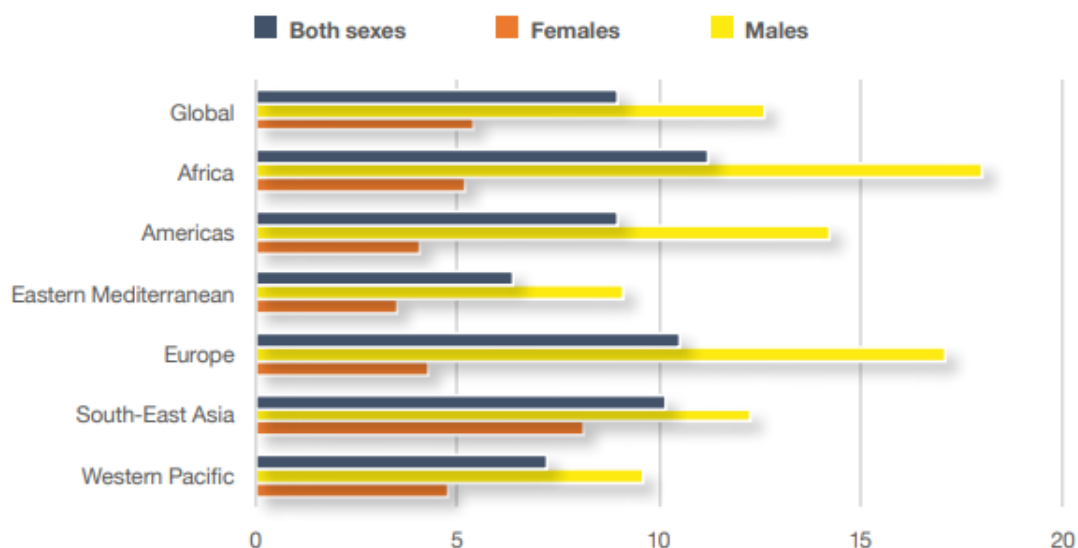


Gráfico 1. Taxa de suicídio (por 100 000 habitantes) no Mundo

(Adaptado OMS, 2021)

Portugal apresenta das taxas de suicídio mais reduzidas a nível da Europa. Segundo os dados mais recentes apresentados pela OMS em 2019, a taxa de mortalidade por suicídio foi 7.2 por cem mil habitantes, o equivalente a 1172 mortes. Separando por sexo apresentou uma taxa de 11,2/100 mil habitantes no sexo masculino e de 3,5/100 mil habitantes no sexo feminino.

Pelos últimos dados relativos ao Censos de 2021 poderemos verificar ao longo dos últimos três anos (2017-2020) um ligeiro decréscimo nas mortes por suicídio (Gráfico 2.)

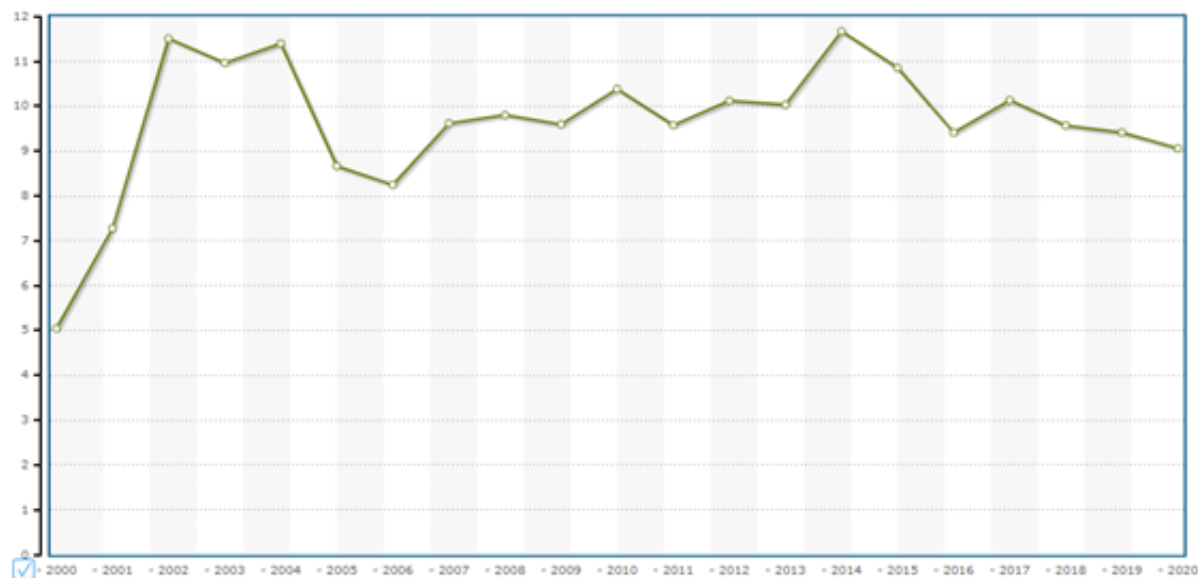


Gráfico 2. Evolução da Taxa de Suicídio em Portugal nos últimos 20 anos

(Adaptado PORDATA, 2022)

Ainda relativamente ao nosso País, e ao que concerne à distribuição geográfica, os dados revelados pelos Censos de 2021, demonstram que os óbitos por suicídio continuam a ser mais elevados nas regiões do Algarve, Alentejo e Regiões Autónomas da Madeira e Açores (Tabela 1).

Tabela 1. Evolução da proporção (%) de mortalidade por suicídio em Portugal por Regiões

Territórios	Suicídio		
	2018	2019	2020
Norte	0,8	0,7	0,6
Centro	0,7	0,8	0,7
Área Metropolitana de Lisboa	0,9	0,8	0,7
Alentejo	1,1	1,4	1,3
Algarve	1,4	1,3	1,4
Região Autónoma dos Açores	1,4	1,3	1,1
Região Autónoma da Madeira	1,0	0,7	1,1

(Adaptado PORDATA, 2022)

Relativamente aos dados epidemiológicos dos comportamentos suicidários por sexo, as estatísticas continuam a apontar para cerca do dobro da prevalência no sexo masculino. No entanto, as tentativas de suicídio são superiores no sexo feminino. Esta diferença poderá ser explicada pelos meios mais letais usados no sexo masculino (Freitas, 2021).

No que concerne à epidemiologia do suicídio por faixas etárias, são as pessoas mais velhas (+ 70 anos) que apresentam as maiores taxas de suicídio, no entanto não descuremos o fato de ser a segunda causa de morte prematura entre os 15 e os 29 anos (Freitas, 2021).

Para finalizar este subcapítulo, consideramos de extrema relevância analisar os dados estatísticos que relacionam o suicídio com o abuso de álcool e outras substâncias. Vejamos detalhadamente, e segundo os dados revelados em 2023 pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD), a evolução dos óbitos por suicídio com a presença de álcool e/ ou outras substâncias, entre 2015 e 2021 (Gráfico 3):



Gráfico 3. Óbitos por suicídio na presença de álcool e/ou drogas no total de suicídios

(Adaptado SICAD, 2023)

Entre 2015 e 2019 a maioria dos óbitos apresentava uma taxa de álcool no sangue (TAS) $\geq 1,2\text{g/l}$. No ano 2021 a maioria dos óbitos apresentava uma TAS entre 0.1 e 0,49 g/l, no entanto a associação de álcool com outras substâncias foi mais prevalente com valores de TAS $\geq 1,2\text{g/l}$ (SICAD, 2023).

Relativamente às substâncias detetadas no período 2015-2021 enumeram-se a canábis (a mais prevalente), os opiáceos, a cocaína e a metadona (a menos prevalente). A título de curiosidade, em 2020 para os opiáceos e em 2021 para a metadona, registaram as mais elevadas percentagens, coincidente com os anos da Pandemia (SICAD, 2023).

No que concerne especificamente ao ano de 2021, o SICAD (2023) divulgou os seguintes dados:

- **155 óbitos por suicídio** apresentaram resultados toxicológicos positivos *post-mortem* para **drogas³ e álcool**, dos quais 122 para álcool, 44 para substâncias ilícitas (em 11 dos óbitos foi detetado o uso simultâneo de álcool e substâncias ilícitas);

Em 5603 autópsias foram solicitados exames toxicológicos para a pesquisa de álcool que resultaram em 1150 casos positivos, **12%** dos quais de **etiologia médico legal suicida**.

Em 4559 autópsias foram solicitadas a pesquisa de drogas, dos quais 474 casos positivos, **11%** dos quais de **etiologia médico legal suicida**.

- 9 em cada 10 suicídios com resultados toxicológicos positivos para álcool e/ou drogas ocorreram em pessoas do sexo masculino;
- Os indivíduos que apresentavam a presença de drogas eram mais jovens quando comparada com os que apresentavam álcool;
- A asfixia e as lesões traumáticas foram as principais causas diretas de morte por suicídio, sendo que na morte por asfixia foi mais prevalente nos casos com álcool;
- Nos casos com presença de álcool, 39% tinha uma TAS $\geq 1,2\text{g/l}$, 25% combinação com benzodiazepinas e 38% com outros medicamentos;
- Em mais 50% casos com drogas foi detetada a presença de canábis, 23% cocaína, 20% opiáceos e 14% metadona. Em combinação com a presença de substância ilícitas foram detetadas 30% benzodiazepinas, 32% outros medicamentos e 25% álcool.

³ O rastreio de drogas inclui opiáceos, cocaína, canábis, metanfetaminas, metadona, MDMA e benzodiazepinas (SICAD, 2023).

A análise dos dados apresentados torna-se pertinente na medida em que o consumo de substâncias é um fator de extrema relevância para o suicídio, especialmente “se considerarmos associação não só à depressão, mas às mais diversas doenças psiquiátricas”. Relembremo-nos que o consumo de álcool e de outras substâncias leva “à desinibição, diminuição do juízo crítico, impulsividade e outros traços desadaptativos de personalidade, a comorbilidades físicas, e a deterioração da rede de suporte, com geração de condições sociais e ambientes familiares adversos” (Valadas, 2021, p.75).

1.3.3. Fatores protetores e fatores de risco

O suicídio é um fenómeno complexo não lhe podendo atribuir uma única causa. Valadas e Freitas (2021) explicam que os comportamentos suicidários resultam da interação de diversos fatores de risco e protetores de natureza biopsicossocial que se afetam reciprocamente. Recordam que a melhor compreensão deste fenómeno é explicada através do *Modelo Stresse-Diátese*⁴. Postula este modelo que “num individuo que possua vulnerabilidades que o predisponham a comportamentos suicidários, a presença de um evento adverso de vida agudo possa despoletar tais comportamentos” (p.28) (Figura 3).

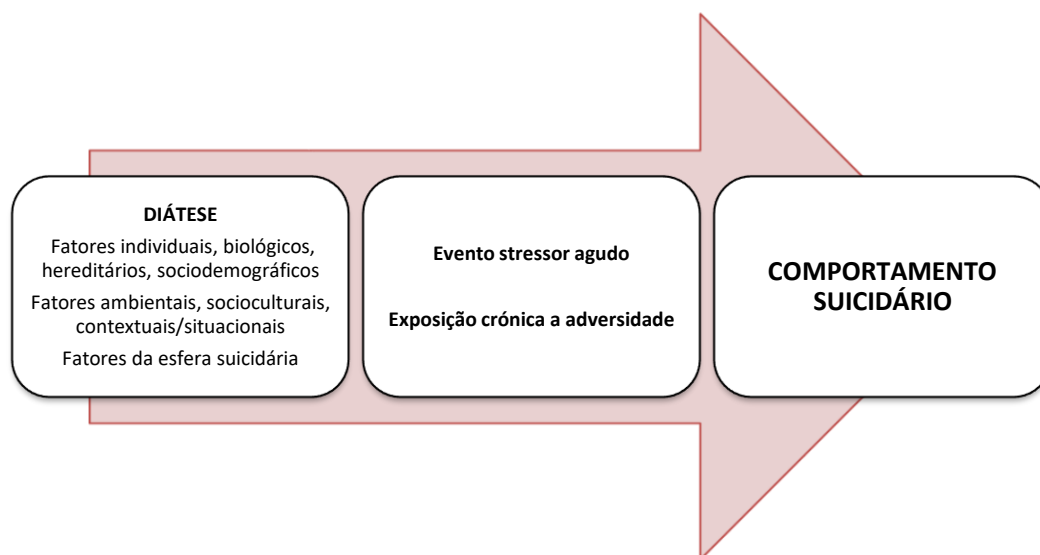


Figura 3. Modelo Stresse-Diátese

(Adaptado Valadas & Freitas, 2021)

⁴ Ou vulnerabilidades-precipitantes

Parece-nos importante reconhecer que os fatores de risco e de proteção, tal como as vulnerabilidades (mas também os fatores de resiliência) e precipitantes, são cruciais para a melhor compreensão, intervenção e prevenção nesta área (Guerreiro, 2022).

Tabela 2. Fatores de risco e de proteção para comportamentos suicidários

FATORES DE RISCO	FATORES DE PROTEÇÃO
• Existência de ideação, intenção e plano de suicídio • Acesso a meios letais • Tentativas de suicídio prévias • Sexo Masculino • Idade >45 anos • Viúvos, divorciados e solteiros • Antecedentes de doença psiquiátrica • Doença psiquiátrica de novo/descompensada (depressão, doença bipolar, psicose) • Abuso de álcool e/ou substâncias psicoativas • Desesperança • Traços disfuncionais da personalidade • Doença física terminal ou incapacitante • História familiar de suicídio e/ou doença psiquiátrica • Perda de suporte social e isolamento • Perda recente marcante (luto, desemprego, perda material ou de estatuto) • Exposição a suicídio	• Ausência de doença mental • Emprego • Filhos em casa • Sentido de responsabilidade pela família • Crenças religiosas, culturais ou morais que desencorajam o suicídio • Satisfação com a vida • Estratégias de <i>coping</i> • Capacidade de resolução de problemas • Bom suporte social • Boa relação terapêutica • Acesso a cuidados de saúde

(Adaptado de Valadas & Freitas, 2021)

1.3.4. Faixas etárias e Populações vulneráveis

- CRIANÇAS

O suicídio nesta faixa etária, apesar de raro, é um fenómeno que sucede. Ainda que o conceito de morte não seja totalmente percecionado nestas idades, as crianças podem recorrer ao suicídio como tentativa de fuga, desvio da atenção dos familiares de determinadas circunstâncias, tentativa de readquirir o controlo, identificação “com uma figura parental deprimida ou que faleceu” ou ainda como autopunição (Valadas & Freitas, 2021, p.39).

De acordo com Valadas e Freitas (2021) o espaço de tempo entre o evento stressor e comportamento suicidário é extramente reduzido. Alertam ainda que como fatores precipitantes enaltecem os problemas disciplinares, conflitos familiares e outra situação que possa levar a criança sentir culpa/vergonha. Destacam-nos como fatores de risco:

- ✓ Perturbações de humor ou quadros mistos de sintomas emocionais;
- ✓ Alterações de conduta;
- ✓ Imaturidade cognitiva e impulsividade;
- ✓ Existência de comportamentos suicidários prévios;
- ✓ História familiar de suicídio;
- ✓ Psicopatologia dos Pais/ Cuidadores⁵;
- ✓ Ambiente familiar disfuncional;
- ✓ Negligência e abuso sexual e/ou físico;
- ✓ Experiências negativas na escola⁶.

- ADOLESCENTES

É sabido que esta faixa etária marca a transição no crescimento e desenvolvimento. Trata-se de um período extremamente crítico e de grande vulnerabilidade psicológica. Recordemo-nos que o suicídio na adolescência é a terceira causa de mortalidade nos jovens entre os 15 e os 19 anos (Valadas & Freitas, 2021). Os autores destacam como fatores de risco para os comportamentos suicidários:

- ✓ Perturbações do humor (depressão e doença bipolar);
- ✓ Perturbações da ansiedade (em comorbilidade com os estados depressivos);
- ✓ Perturbações do comportamento;
- ✓ Perturbações do comportamento alimentar;
- ✓ Perturbações de personalidade estado-limite e antissocial;
- ✓ Abuso de álcool e outras substâncias;
- ✓ Doenças médicas (como epilepsia, a Diabetes Tipo 1 e doenças associadas à perda de funcionalidade);
- ✓ História prévia de tentativas de suicídio, ideação suicida e comportamentos autole-sivos;

⁵ Por exemplo: Perturbações de humor, perturbações da personalidade, abuso de substâncias e comportamentos violentos.

⁶ Por exemplo: Dificuldades académicas, conflitos com os pares e *bullying*.

- ✓ Traços de Impulsividade, agressividade, locus de locus de controlo externo e perfeccionismo;
- ✓ Problemas de autoestima, autoconfiança e confusão identitária;
- ✓ Estrutura familiar disfuncional, rígida e conflituosa;
- ✓ Doença psiquiátrica dos Pais/Cuidadores;
- ✓ Negligência e abuso sexual e/ou físico;
- ✓ Experiências negativas na escola;
- ✓ Ocorrência de eventos adversos de vida (p. ex. perdas e mortes, rupturas afetivas, envolvimento com as autoridades).

Além dos fatores de risco acima mencionados, é de realçar o fenómeno do contágio nestas faixas etárias, especialmente nas escolas, “sendo que ter um amigo ou colega que tenha tentado suicidar-se aumenta o risco de suicídio” em ambos os sexos (Valadas & Freitas, 2021, p.42).

- PESSOAS MAIS VELHAS

Estatisticamente são as pessoas mais idosas que apresentam as maiores taxas de suicídio com recurso a métodos de maior letalidade, especialmente a partir dos 75 anos nos homens viúvos e reformados (Valadas & Freitas, 2021).

Associam-se a estas elevadas mortes, as condições de isolamento e a exclusão social. Olhemos para as situações adversas de vida que os idosos enfrentam “como a reforma, perda de posição social, perda da rede social e relações afetivas, viuvez e perda progressiva de familiares e a amigos, doença física, incapacidade, perda de autonomia, institucionalização em lar e o afastamento progressivo da família” (Valadas & Freitas, 2021, p.42).

- POPULAÇÃO LGBTI

A população LGBTI (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgénero e Intersexuais) encontra-se numa situação social particularmente desprotegida na medida em que são discriminados, oprimidos, vitimizados e excluídos socialmente sofrendo muitas vezes de violência física, verbal e estigma (Valadas & Freitas, 2021).

O ato de assumir perante os outros a identidade sexual, a não aceitação da família, a perda de relações, as situações de sexo forçado e a depressão com o consumo de substâncias predispoem estes indivíduos a um risco elevado de comportamentos suicidários quando comparados com a população em geral (Valadas & Freitas, 2021).

- PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SEM-ABRIGO

A população sem-abrigo integra também um grupo desprotegido, marginalizado e em exclusão social. O desemprego e ausência de rendimentos, a diminuta rede de suporte, a associação a doença mental, comorbilidade física e os comportamentos aditivos e dependências são fatores que levam a um risco aumentado de comportamentos da esfera suicidária (Valadas & Freitas, 2021).

- POPULAÇÃO PRISIONAL

Em meio prisional, os indivíduos encontram-se privados da sua liberdade num ambiente controlado e restrito ou em isolamento. Ainda que exista uma restrição (condicionada) a meios letais, o ambiente prisional é pautado pela agressividade (auto e hétero) pelo que estes indivíduos são expostos a diferentes tipos eventos stressores o que os torna vulneráveis ao suicídio (Valadas & Freitas, 2021).

Uma nota dos autores sobre as características deste tipo de população diz-nos que se trata de pessoas com baixo nível socioeconómico e educacional, excluídos socialmente, desempregados, vítimas de maus tratos, abuso e negligência na infância. Uma grande maioria dos indivíduos tem comportamentos aditivos e dependências com substâncias, prevalência de suicídio quando em liberdade e ainda comorbilidade psiquiátrica, impulsividade, agressividade e ausência de estratégias de *coping* (Valadas & Freitas, 2021).

- PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os profissionais de saúde pela facilidade no acesso e conhecimento de meios de alta letalidade e por terem uma profissão de risco com níveis elevados de stresse são também um grupo vulnerável ao risco elevado para comportamentos suicidários (Valadas & Freitas, 2021).

- FORÇAS DE SEGURANÇA

À semelhança dos profissionais de saúde, também as forças militares e de segurança são consideradas uma profissão de risco pelo fácil acesso a meios letais e à exposição ao stress ocupacional. Acresce a exposição situações hostis, violentas, conflituosas e problemáticas. O primeiro ano de serviço, a existência de problemas familiares e associação a estados depressivos com CAD com substâncias aumentam então este risco (Valadas & Freitas, 2021).

- TRABALHADORES DO SEXO

Valadas e Freitas (2021) referem que também este tipo de população é considerado um grupo “marginalizado e desprotegido, em situação de exclusão social” (p.46). Como fatores de risco elevado para os comportamentos suicidários, sublinham os autores:

- ✓ Baixo nível académico e socioeconómico;
- ✓ Problemas ligados ao álcool e/ou outras substâncias;
- ✓ Elevada prevalência de patologia mental;
- ✓ Maus tratos, abuso e negligência na infância;
- ✓ Violência física e sexual;
- ✓ Ausência de rede social de suporte.

- SOBREVIVENTES

Compreenda-se o conceito de sobrevivente de um suicídio o “indivíduo que experiencia um elevado sofrimento psicológico, físico ou social, após a exposição direta ou indireta a um suicídio”. Os sobreviventes apresentam pré-disposição ao desenvolvimento de doenças psiquiátricas, tais como depressão, ansiedade, perturbação de stresse pós-traumático, abuso de álcool e/ou outras substâncias. Nestes casos, o processo de luto reveste-se de elevada complexidade com sentimentos de responsabilização, culpa (por não ter consigo evitar a morte), vergonha e raiva (Valadas & Freitas, 2021, p.46).

Os profissionais de saúde e as forças de segurança são dois grupos com maior probabilidade de se tornarem sobreviventes de um suicídio.

1.4. Diagnóstico de Enfermagem – “Risco de Suicídio”

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIFE), o foco suicídio é descrito como “comportamento autodestrutivo⁷: execução de atividades que levam à própria morte” (ICN, 2019). Ao nível deste foco, vários diagnósticos enfermagem poderão ser analisados, no entanto, e ao que a este relatório diz respeito, debruçar-nos-emos apenas no diagnóstico “Risco de Suicídio”.

Pelo Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrico, podemos constar que o risco deste comportamento autodestrutivo aborda “a vulnerabilidade à lesão autoinfligida que a ameaça a vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.35).

Na avaliação inicial deveremos estar despertos para dados como tentativa de suicídio anterior, verbalização de pensamentos e desejos de morrer, existência de método e/ou plano de pôr termo à vida e na demonstração de desespero e de vontade de continuar vivo (OE, 2018). Como dados secundários, mas eventualmente pertinentes, Simões et al. (2020) alertam-nos para dados que podemos recolher enquanto “fatores concorrentes para a tentativa de suicídio” (p.145):

- História de suicídio na família ou pessoas significativas;
- Diagnóstico de uma doença mental como a depressão, perturbação da personalidade, psicose...;
- Manifestações de desesperança e pessimismo;
- Impulsividade e agressividade;
- Afastamento ou isolamento social;
- Dificuldades de relacionamento e de integração na família/grupo;
- Insónia persistente, ansiedade ou angústia permanente;
- Falar em morte frequentemente com manifestação de desejo de morrer;
- Preparar uma despedida;
- Escrever testamento, oferecer objetos ou bens pessoais.

⁷ “Comportamento comprometido: desempenhar atividades auto iniciadas com o objetivo de se agredir ou lesionar; violência orientada contra si próprio” (ICN, 2019)

1.4.1. Intervenções do Enfermeiro Especialista em ESMP

Conforme o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, o EEESMP “ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto “(alínea c), do n.º 1 do Artigo 4º), pelo que “estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade” (unidade de competência F3.1).

Para a realização dos diagnósticos de saúde mental é da sua competência avaliação do “potencial de abuso, negligência e risco para o próprio e os outros, nomeadamente **relativo a suicídio (...) e outros comportamentos autodestrutivos**” com o intuito de “ajudar os clientes e famílias a assegurar um ambiente o menos restritivo possível que garanta a segurança para o cliente e terceiros” (critério de avaliação F3.1.8.)

Para Façanha (2013) as responsabilidades atribuídas aos enfermeiros na presença de pessoas com comportamentos suicidas são elevadas e as suas intervenções devem passar, numa **primeira fase, pela observação e comunicação assertivas**, pela elaboração de uma história clínica pertinente e a realização de um plano de cuidados individual em função do risco de suicídio. Defende ainda a importância **da relação interpessoal, da escuta ativa** e da implementação de psicoterapias que objetivam **a promoção da esperança**.

De acordo com Silva e Barbosa (2021), o Plano de Segurança é uma estratégia de intervenção clínica breve após à avaliação do risco de suicídio. Este Plano, não se tratando de um contrato de não suicida para qual não existe evidência científica, consiste numa lista elaborada pela pessoa em risco de suicídio e que prioriza as estratégias de *coping* e a rede apoio que podem ser utilizadas durante uma crise suicidária (Anexo I).

Simões et al. (2020) relembram que até à data não existe uma intervenção específica para minimizar ou excluir o risco de suicídio. As evidências científicas têm revelado “alguma efetividade ao nível das intervenções que visam diminuir fatores de risco, como sejam a depressão, ideação suicida e impulsividade” (p. 146).

Segundo a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, as intervenções exclusivas que os EEESMP devem privilegiar perante um diagnóstico de “Risco de Suicídio” são as que em baixo se enumeram (OE, 2018, p.35):

- Ensinar sobre Estratégias de Redução do Risco de Suicídio;
- Executar Apoio Emocional;
- Executar Intervenção Familiar;
- Executar Prevenção do Suicídio;
- Executar Programa de Prevenção do Suicídio;
- Executar Programa de Primeira Ajuda em Saúde Mental;
- Executar Reestruturação Cognitiva;
- Executar Relação de Ajuda;
- Executar Técnicas de Resolução de Problemas;
- Vigiar Ideação Suicida.

1.5. *Tidal Model* – Teoria das Marés

A Teoria das Marés, enquanto abordagem filosófica de recuperação, foi desenvolvida em 1995-1997 em Inglaterra por Phil Barker e Poppy Buchanan-Barker e apresenta como pressuposto um cuidado centrado na pessoa, mas de forma colaborativa. Não sendo um modelo de tratamento, tem como intenção identificar os problemas de vida que causam sofrimento ou desconforto para que a pessoa, profissionais, familiares e/pessoas significativas **identifiquem juntos as adversidades que necessitam de ser resolvidas ou colaborar para que a pessoa se consiga adaptar e conviver com as situações adversas** (Silva, 2021).

Os autores desta teoria de Enfermagem com um olhar inclusivo para a saúde mental, partiram das bases da Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau (1952). Peplau acreditava que um processo interpessoal bem estabelecido, tanto o Enfermeiro como o Paciente obtinham um crescimento e desenvolvimento pessoal. Deixou-nos ainda a mensagem que os cuidados de enfermagem devem ter o propósito de ajudar as pessoas a gerir mudanças que sejam positivas para as suas vidas (Silva, 2021).

A natureza fluída e em constante mudança da experiência humana fornece a base para a metáfora central do Modelo da Maré – a Água, sendo o poder da água imprevisível. Ora vejamos ao pormenor. Segundo os autores, toda a vida humana emerge da água, tanto que todos nós saímos das águas do ventre das nossas mães. Mais, a água é usada em todo o mundo como metáfora para limpar o espírito (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

No que há saúde mental diz respeito, a água evoca o conceito de “afogamento” muitas vezes usado em analogia quando as pessoas se sentem sobrecarregadas pelas suas experiências. De acordo com os autores, o poder das águas não é fácil de conter tanto que “podemos tirar água do mar, mas não podemos tirar água de um oceano inteiro”. As marés baixas e altas são refletidas no modo como respiramos (inspirando e expirando), tal como as “ondas retornando à costa”. Assim, a única maneira de enfrentarmos o poder da água é aprendendo a conviver com as suas forças “aprendemos a nadar na água, ou construímos barcos que flutuam nas ondas” (Barker & Buchanan-Barker, 2005, p.22).

Este modelo fundamenta-se em dez valores, designado por dez Compromissos para o cuidado em saúde mental. Os compromissos contribuem para o estabelecimento de uma relação interpessoal eficaz e eficiente entre a pessoa e o enfermeiro, sendo necessário que para os cuidados de enfermagem sejam adotadas vinte competências. Ora vejamos a Tabela 3:

Tabela 3. Compromissos e Competências Profissionais baseado na Teoria das Marés

COMPROMISSOS	COMPETÊNCIAS
1.º Valorizar a voz da pessoa, em que se valoriza não apenas a história de sofrimento, mas a esperança da sua resolução.	1. Escuta atenta da história da pessoa.
	2. Disposição para incentivar a pessoa a escrever as suas queixas e registar a sua história com suas próprias palavras.
2.º Respeitar a linguagem da pessoa, deixando-a contar a sua história da forma que achar melhor.	3. Apoiar a pessoa para se expressar sempre na sua própria linguagem.
	4. Estímulo para a pessoa expressar as suas experiências particulares através do uso de histórias pessoais, anedotas ou metáforas.
3.º Desenvolver a função de aprendiz, pois a pessoa é a especialista da sua própria história e o profissional é quem deve aprender com ela.	5. Preparação para aprender com a pessoa sobre o que pode ser feito para melhorar a sua situação de saúde para juntos, desenvolverem o plano de cuidados.
	6. Identificação, com as pessoas, sobre os problemas que precisam ser resolvidos e a melhor forma de resolvê-los.
4.º Utilizar recursos disponíveis, ou seja, perceber com a pessoa o que já funcionou ou o que pode funcionar para a sua recuperação.	7. Percepção, junto com a pessoa, sobre o que funciona e o que não funciona no seu cuidado.
	8. Reconhecimento sobre quem pode ajudar a pessoa mais intimamente com os problemas da sua vida.
5.º Dar um passo adiante, ou seja, avaliar o que precisa ser feito agora para chegar ao objetivo final.	9. Colaboração para a pessoa identificar o que representa dar um passo adiante para resolver ou se afastar do problema.
	10. Apoio para a pessoa identificar o que pode ser um passo para o futuro, ou seja, na direção da meta desejada.
6.º Oferecer o tempo necessário para a pessoa, pois não há nada mais valioso que o	11. Concessão de tempo para a pessoa satisfazer as suas necessidades específicas.

tempo que o profissional e pessoa passam juntos.	12. Valorização do tempo para que a pessoa perceba o cuidado que está a ser empenhado para as suas necessidades.
7.º Manifestar interesse genuíno pela história da pessoa.	13. Solicitação de esclarecimento de alguns detalhes da história da pessoa, caso seja necessário, para melhor compreensão.
	14. Disponibilização de ajuda para a pessoa, contudo deixar que a pessoa conte a história por palavras próprias e no tempo necessário.
8.º Compreender que a mudança faz parte do processo; aproveitar para afastar a pessoa do perigo e do sofrimento, ou seja, conduzi-la para o caminho da recuperação.	15. Apoio para a pessoa desenvolver consciência sobre mudanças nos pensamentos, sentimentos ou ações.
	16. Colaboração para a pessoa desenvolver a consciência sobre como ela, outras pessoas ou certas situações influenciam essas mudanças.
9.º Apreciar a sabedoria da pessoa, ou seja, vincular para que essa sabedoria colabore no processo de recuperação.	17. Colaboração para que a pessoa identifique os seus pontos fortes e fracos.
	18. Reforço para que a pessoa desenvolva autoconfiança e capacidade de autoajuda.
10.º Ser transparente, pois o relacionamento é baseado na confiança mútua.	19. Garantia para a pessoa de que ela fará parte de todo processo de cuidado.
	20. Segurança de que a pessoa receberá cópias de todos os documentos de avaliação e plano de cuidados, para sua própria referência.

(Adaptado Silva, 2021)

Importa ainda ressaltar que neste modelo, a pessoa é representada por três dimensões ou domínios: **Eu** (representa o aspeto mais privado da vida das pessoas), o **Mundo** (é a história que a pessoa conta) e os **Outros** (é a rede de relações da pessoa) (Barker & Buchanan-Barker, 2005). As pessoas podem estar no domínio do EU, do MUNDO e dos OUTROS, ou nos três ao mesmo tempo, como se pode ver na Figura 4.



Figura 4. Domínios da Teoria das Marés

(Adaptado de Barker & Buchanan-Barker, 2005)

Através da Teoria das Marés consegue-se prestar cuidados de enfermagem à pessoa em todas as suas dimensões, pois ao apresentar seu problema, o Enfermeiro através dos instrumentos, consegue alcançar todos os Domínios da pessoa (Silva, 2021). Para melhor compreensão do exposto, vejamos atentamente a Tabela 4.

Tabela 4. Relação dos Domínios com os Princípios-Chave

DOMÍNIOS	PRINCÍPIOS-CHAVE	OBJETIVOS
EU	Plano de Segurança Pessoal Desenvolve-se as metas de cuidado em colaboração com a pessoa	Assistir a pessoa na análise de seu próprio risco; Fornecer uma medida simples do nível de risco percebido; Ajudar a identificar o que poderia reduzir o risco.
MUNDO	Avaliação Holística Explora a história e problemas de vida da pessoa	Conhecer a pessoa; Saber quais são os seus problemas de vida; Contribuir para a recuperação.
EU	Sessões de um para um Percepção dos problemas diários e a sua necessidade de apoio.	Ajudar a pessoa a compreender as mudanças que estão a acontecer na sua vida para um processo de melhoria; Oferecer suporte às pessoas para que identifiquem de que forma o Enfermeiro pode ajudar no processo de mudança.
OUTROS	Trabalho em Grupo Em que há ajuda mútua: a pessoa recebe e dá apoio aos pares.	Fornecer o contexto social onde as pessoas possam partilhar os seus problemas. Fortalecer a consciência e o valor pessoal dos pares. Recuperar a identidade das pessoas.

(Adaptado Barker & Buchanan-Barker, 2005; Silva, 2021)

2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

2.1. Estágio Comunitário

O Estágio Comunitário foi alvo de um processo de Reconhecimento e Validação de Competências (RVC). O processo em si, não se tratando de uma atribuição de equivalência, tratou-se de uma "atribuição de créditos às aprendizagens resultantes da experiência anterior; essas experiências podem ter sido adquiridas pela prática profissional, experiência de voluntariado, comunitária ou outras relevantes que não tenham sido objeto de avaliação /creditação prévia" (Instituto Politécnico de Setúbal, 2009, p.5).

A candidatura ao RVC envolveu a creditação das aprendizagens e das competências adquiridas a partir da experiência de onze anos num contexto comunitário, nomeadamente num Centro de Respostas Integradas (CRI) enquanto serviço especializado na Prevenção e Intervenção Comunitária, na Redução de Riscos e Minimização de Danos e no Tratamento e Reinserção Social de Pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD). Atualmente aquele CRI está integrado na Administração Regional de Saúde do Alentejo e é o contexto onde diariamente se desenvolve a atividade profissional.

2.2. Estágio Hospitalar

O Estágio em contexto hospitalar, enquanto Estágio Final, decorreu no último semestre do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação e teve como propósito o desenvolvimento de competências no processo de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Decorreu no espaço temporal de dezoito semanas (19/09/2022 a 02/01/2023) num Serviço de Internamento Psiquiátrico de uma Unidade Local de Saúde da Região do Alentejo. Para além do Docente Orientador, contou localmente com a supervisão clínica de uma Enfermeira detentora do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica atribuído pela Ordem dos Enfermeiros.

Da estrutura arquitetônica do Serviço de Internamento de Psiquiatria consideramos pertinente apenas referir que tem a capacidade de cuidar de 12 utentes, e que para além das infraestruturas comuns a outros serviços, apresenta uma sala e um jardim ocupacionais. Relativamente à dotação de Enfermeiros, contabilizam-se 18 (dos quais 8 são EEESMP).

Durante o estágio naquele contexto hospitalar prestámos cuidados de enfermagem especializados a utentes internados por risco de suicídio (com ideação ou tentativa de suicídio), risco de agressão e homicídio (com quadros psicóticos, agitação psicomotora e agressividade/violência), autonegligência grave, patologia de difícil controlo em ambulatório ou troca de esquema terapêutico que exigia cuidados especiais ou que colocasse o utente em situações de risco (por exemplo, nas situações de quadros depressivos major ou perturbações afetivas bipolares) e ainda situações de demência sem qualquer suporte familiar.

2.2.1. Atividades desenvolvidas

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, é da competência do EEESMP prestar “cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (alínea d) do n.º 1 do Artigo 4º).

Neste contexto tivemos oportunidade de desenvolver um conjunto de atividades que nos permitiram aprofundar as competências de EEESMP, das quais destacamos as seguintes:

2.2.1.1. Em dinâmica individual

Conforme a recomendação da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Mental e Psiquiátrica, uma boa prática para a prevenção de comportamentos da esfera suicidária é “valorizar a perceção e comportamento do individuo” (OE, 2012, p.25). Neste sentido, fez-nos sentido aprofundar os nossos conhecimentos e habilidades de relação de ajuda⁸ recorrendo à **Metodologia do Estudo de Caso**.

⁸ Que Segundo Phaneuf (2005) são a aceitação, o respeito e empatia.

Acompanhámos durante algumas semanas, uma pessoa do sexo feminino com 31 anos que deu entrada no Serviço de Internamento de Psiquiatria por tentativa do suicídio. Da leitura do processo clínico, recolhemos a seguinte informação (Ilustração 1):

Ilustração 1. Informação clínica

Antecedentes:

- Síndrome Depressivo Major
 - Seguimento em consulta no DPSM entre 2009 e 2015;
 - Atualmente seguida em psiquiatria no privado.
- Duas tentativas de suicídio por ingestão medicamentosa voluntária aos 15 e 20 anos.

Medicação Habitual:

Fluoxetina 20mg; Olanzapina 0,5mg; Clonazepam 0,5mg; Drospirenona + Etinilestradiol 3g +0,02mg; Sertralina 100mg.

História da doença atual/motivo de internamento:

“Doente trazida ao SU do Hospital, acompanhada pela VMER, por intoxicação medicamentosa com benzodiazepinas e antipsicóticos. Segundo informação do CODU, a utente terá tomado os comprimidos na noite anterior porque queria dormir, não especificando quais. De manhã, a mãe foi chamá-la para o pequeno-almoço e como não acordava, ligou o 112. À chegada a Equipa da VMER verificou que a utente se encontrava prostrada e sonolenta com dificuldade em despertar. Foram encontrados blisters vazios de Olanzapina (21 comprimidos); Valdispert (18 comprimidos); Fluoxetina (14 comprimidos) e ainda álcool (absinto). Fez Flumazenil tendo ficado mais desperta.

Devido à gravidade do ato suicidário que tinha como o objetivo a morte, antecedentes de duas tentativas de suicídio e manutenção de ambivalência para a ato, foi proposto transferência para a Unidade de Internamento de Psiquiatria para melhor investigação diagnóstica e estabilização do quadro psiquiátrico, a qual a doente aceitou.”

A primeira premissa que tivemos em linha de conta para iniciar o nosso estudo de caso foi o estabelecimento de uma relação de confiança e empática que permitisse a “verbalização e exteriorização do sofrimento psicológico” e só posteriormente “promover uma intervenção especializada e eficaz”, conforme preconiza a boa prática (OE 2012, p.28).

É por todos nós sabido que a relação é elemento basilar da Enfermagem, particularmente para os EEESMP o desenvolvimento de relações interpessoais significativas é essencial para o restabelecimento do equilíbrio na pessoa em sofrimento mental (Chalifour, 2008).

A **relação de ajuda** assume-se, por si só, como uma intervenção e neste caso, enquanto enfermeiros atuamos como instrumento de evolução e carregámos também para esta relação⁹ o respeito, a compreensão, a autenticidade e a influência das nossas qualidades humanas como agentes promotores e facilitadores da relação de ajuda, num clima de compreensão e fornecimento de apoio que ultrapassava a superficialidade, tal como nos ensinou Phaneuf (2005).

Acresce àquele ensinamento, a memória dos requisitos prévios: presença (disponibilidade física e psicológica de estar com a pessoa); não julgar (escutar com aceitação incondicional); não direccionar a entrevista (permitimos que a pessoa se exprimisse sem orientar as suas ações e/ou reações); centrar naquela pessoa; escuta ativa (disponibilidade intelectual e afetiva para captar as emoções) e consideração positiva (Phaneuf, 2005).

Relativamente à **primeira entrevista**, que objetivava a recolha de informações precisas e amplas que permitisse orientar o nosso pensamento para os diagnósticos de Enfermagem e posterior prescrição de intervenções individualizadas e personalizadas, realizou-se num gabinete com a porta fechada. Preparámos apenas o esfigmomanómetro e uma cópia do guia de entrevista em uso naquele serviço. Com as cadeiras numa posição que evitava as barreiras entre nós e a pessoa, ensaiámos uma pausa dando a possibilidade de a utente eleger o tema ou o assunto que mais a preocupava. O silêncio manteve-se. Decidimos então iniciar a entrevista com uma pergunta aberta, não invasiva e isenta de juízos de valor: *“O que aconteceu nestes últimos dias?”*. E assim se criou espaço para que a utente desenvolvesse a sua narrativa.

Façamos aqui um parêntesis para nos recordarmos da questão chave da Teoria das Mares – a criação de uma **relação terapêutica**. O estabelecimento desta relação é ancorado no compromisso de escutar a pessoa que precisa de cuidados, de tentar compreender como esta se sente e de conhecer a sua história de vida como ela a conta para que a partir desse momento se tente trabalhar da melhor forma para atender as suas necessidades (Silva, 2021).

Terminada a narrativa, e com a colaboração da utente preenchemos alguns itens do guião de entrevista (Ilustração 2) em uso naquele serviço.

⁹ Assim, como para todas as outras relações em que prestamos cuidados de Enfermagem no decorrer deste estágio.

Ilustração 2. Colheita de dados - Guião da Entrevista

IDENTIFICAÇÃO

- **Estado civil:** solteira
- **Nº filhos:** sem filhos
- **Profissão:** desempregada
- **Habilitações Literárias:** 12º Ano
- **Pessoa a contactar:** Mãe

MOTIVO DE INTERNAMENTO/HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL

- **Data/ Motivo de Internamento (segundo o utente):**
X/11/2022- “Desta vez foram muitos comprimidos e era para morrer”
- **História da doença atual**

A doente refere tristeza e ansiedade desde o início do ano, de forma continua e persistente. Relaciona com conflitos familiares e a perda recente do seu animal de estimação. Foi observada pelo Médico Psiquiatra (privado) que prescreveu fluoxetina com algum benefício (não sabe precisar a data).

Dois dias antes da tentativa de suicídio refere término de um relacionamento afetivo com agravamento dos sintomas depressivos e sentimento de abandono. No dia seguinte recorda pensamentos e ideias de inutilidade, desesperança, desmotivação e pensamentos de morte com ideação suicida estruturada. Nesse contexto, faz uma transferência bancária para a conta dos seus pais e escreve uma carta de despedida onde descreve também pormenores de como gostaria que fosse o funeral. Diz que ingeriu uma grande quantidade de medicamentos.

PERSONALIDADE PRÉVIA E ANTECEDENTES PESSOAIS

- **Personalidade prévia** (maneira como o doente se descreve): *“inútil”*
- **Doenças anteriores**
 - Médicas/Cirúrgicas: Sem antecedentes relevantes.
 - Psiquiátricas: sem outras perturbações psiquiátricas para além das descritas na identificação do caso e na história da doença atual.
- **Hábitos tóxicos:** Nega.
- **Alergias:** Desconhece.

ANTECEDENTES FAMILIARES

- **Doenças anteriores**
- Psiquiátricas: Pai é seguido no Equipa de Tratamento para CAD por consumo abusivo de álcool. Descreveu-o como violento.

HISTÓRIA PESSOAL

- **Posição na fratria:** Filha única
- **Gravidez:** Não planeada
- **Parto:** Eutócico; de Termo - Peso – 3500g
- **Intercorrências neonatais (pré-pós-parto):** Mãe foi internada duas vezes durante a gravidez com sinais de aborto após discussão (verbal e física) com o Pai.
- **Amamentação:** Materna
- **Como era em criança? Com que vivia?** *“Muito envergonhada. Brincava sempre sozinha. Vive sempre com os meus pais”*
- **Desenvolvimento Psicomotor:** Sem alterações do normal desenvolvimento psicomotor de acordo com a idade e sexo.
- **Sintomas Psicopatológicos na Infância:** refere onicofagia (que ainda mantém) e enurese (até aos 6 anos).
- **Escola:** *“Fiz o 12º ano. Nunca reprovei, mas também nunca fui uma excelente aluna”*
- **Amigos:** *“Nunca tive muitos amigos”*
- **Namoro:** *“Tive 3 namorados, mas as relações nunca duraram muito tempo”*
- **Atividade laboral:** *“Fiz um estágio profissional como administrativa numa unidade de saúde. Mas não acabei. Ficava muito ansiosa e sentia que era muita responsabilidade”.*

HISTÓRIA FAMILIAR

- **Pai** (idade, profissão. Como é descrito pelo doente): 56 anos, agricultor (*“várias propriedades aqui na zona”*), *“Distante, indiferente e por vezes violento”*;
- **Mãe** (idade, profissão. Como é descrito pelo doente): 54 anos; doméstica (*“o meu pai nunca quis que ela trabalhasse”*); *“A minha melhor amiga. O meu porto de abrigo”*.
- **Outros familiares significativos:** Avós maternos
- **Ambiente familiar:** Oriunda de uma família de alto nível socioeconómico. Relação intra-familiar mais próxima com o lado materno.

EXAME FÍSICO

- **Estado geral:** Bom estado geral
- **Idade real e aparente:** aparenta ter mais idade
- **Parâmetros vitais:**

Tensão Arterial	Pulso	Temperatura	Ciclos respiratórios
103/67 mmHg	92bpm	36,1ºC	18 rpm

Terminada a entrevista, realizamos a **avaliação do exame mental** (Ilustração 3) e **avaliação do risco de suicídio** com recurso ao Índice de NGASR¹⁰ (Score 16 = Risco muito elevado) no qual destacámos a presença das seguintes variáveis preditivas:

- Presença de desesperança;
- Acontecimento stressante recente;
- Evidência de depressão/ perda de interesse;
- Evidência de afastamento social;
- Evidência de um plano para se suicidar;
- História familiar de problemas familiares psiquiátricos;
- Processo de luto recente e fim de uma relação;
- Tentativa anterior de suicídio

Ilustração 3. Avaliação do Estado Mental

EXAME MENTAL

Biótipo: leptossómico normoplásico

Apresentação e postura/aspecto: Apresentação e postura adequadas durante toda a entrevista, sem alterações dignas de registo. Aspecto cuidado e saudável.

Contacto: sintónico e cordial

Atitude, comportamento e motórica:

Atitude: calma e colaborante

Mímica e expressão: deprimida

Comportamento motor: lentificação psicomotora

Consciência: vígil, sem outras alterações da consciência

Orientação: orientada no espaço, no tempo, auto e alopsiquicamente

Memória e atenção: Sem alterações da memória de retenção, evocação ou de fixação; Sem outras alterações da memória; Sem alteração da capacidade de manter a atenção.

Discurso verbal e linguagem: inibido e lentificado

Alterações sensório-preceptivas: Sem alterações

Alterações do pensamento: Ideação suicida

Humor: deprimido

Reatividade emocional: mantida

Alterações da vivência do eu: Sem alterações

Alterações da vida instintiva: Sem alterações da vida instintiva, nomeadamente sem alterações do sono, apetite, peso e vida sexual.

¹⁰ O índice de NGASR será descrito no capítulo da Metodologia do Projeto e encontra-se no Apêndice III.

No que concerne aos diagnósticos de Enfermagem CIPE, destacamos o Risco de Suicídio, Humor Depressivo Atual, o Luto Disfuncional Atual e Crise Familiar Atual. Estes diagnósticos, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018) estão relacionados com a prestação de cuidados dos EEESMP na medida em que estes são “detentores dos conhecimentos mínimos para a identificação dos diagnósticos e das competências para a implementação de um plano de cuidados, centrado nas intervenções psicoterapêuticas em enfermagem e respetiva monitorização” (p.11).

No nosso plano de cuidados, planeamos intervenções de enfermagem objetivando a melhoria do estado de saúde da pessoa, no entanto, e ao que ao tema deste relatório diz respeito, faremos apenas referência às intervenções especializadas do EEESMP que prescrevemos para o diagnóstico de Risco de Suicídio.

Pelo exposto, e na sequência da **Avaliação holística** (que se refletiu na primeira entrevista, na avaliação do estado mental e na avaliação do risco de suicídio com base no Índice de NGASR) com base na **Teoria das Marés**, planeámos as seguintes intervenções:

- Preparar **Plano de Segurança Pessoal**
 - ✓ Esta ferramenta de intervenção clínica breve foi elaborada pela pessoa com a nossa colaboração (no Anexo I encontra-se um exemplar);
 - ✓ No Plano de Segurança a pessoa priorizou as estratégias de *coping* e as fontes de apoio que poderiam ser usadas pela mesma num eventual (e novo) momento de crise suicidária;
 - ✓ Durante o período de internamento, e a pedido da utente, foi partilhado apenas com uma pessoa significativa e atualizado uma vez.
- **Sessões de um para um** (e com recurso à Relação de Ajuda¹¹) em que realizámos as seguintes intervenções psicoterapêuticas de enfermagem (NIC¹²):
 - Reestruturação cognitiva - Esta intervenção objetivou “o alívio do sofrimento psicológico da pessoa através da alteração como pensa, assim como a forma que

¹¹ Enquanto intervenção autónoma e psicoterapêutica da Enfermagem, centrada na pessoa, permite enfatizar a capacidade natural desta para encontrar soluções para o(s) seu(s) problema(s) com os recursos que estão ao seu alcance (Coelho et. al., 2020).

¹² Classificação das Intervenções de Enfermagem.

interpreta e reflete sobre a suas experiências” (Santos et al., 2020, p.187). Para isso e segundo os mesmos autores:

- ✓ Encorajamos a pessoa a descrever os principais sintomas, comportamentos, emoções e pensamentos associados à ideação suicida;
 - ✓ Informamos sobre o que são esquemas cognitivos e pensamentos automáticos negativos;
 - ✓ Explicamos em que consiste as estratégias cognitivas que levam à reestruturação do pensamento através de processos lógicos, nomeadamente:
 - **Estratégias imagéticas** – alteração das imagens negativas e distorcidas da pessoa;
 - **Estratégias emocionais** – treinar a identificação, a avaliação, a descentração e a aceitação das diferentes emoções;
 - **Estratégias comportamentais** - colocar na prática novas formas de pensar.
 - ✓ Instruímos e treinamos a substituição e a modificação de pensamentos negativos e algumas crenças por pensamentos mais adequados.
- Intervenção na crise – Processo de apoio à pessoa na sequência de um estado de desorganização associado a um desequilíbrio emocional que advém da ineficácia das estratégias de *coping* que a pessoa utiliza (Sequeira & Sampaio, 2020). Assim e em ligação à intervenção psicoterapêutica de Enfermagem Melhoria de *Coping*, procuramos ajudar a pessoa a identificar:
- ✓ Fatores precipitantes da crise;
 - ✓ Fatores de protetores do comportamento suicida;
 - ✓ Estratégias de *coping* utilizadas no passado e no presente e a eficácia das mesmas;
 - ✓ Novas estratégias de *coping* que possam ser utilizadas na resolução de crises futuras.

- **Trabalho em grupo** onde envolvemos a pessoa nas dinâmicas de grupo que serão apresentadas nas próximas páginas.

Para finalizar, gostaríamos de referir que no momento da alta a utente apresentava score de 4¹³ (Baixo Risco de Suicídio) no Índice NGASR; pensamento sem alterações, na forma, curso ou conteúdo; humor eutímico e verbalizava projetos futuros em relação à profissão. Foi feita articulação com Equipa de Enfermagem das Consultas Externas daquele departamento onde continuará o acompanhamento.

2.2.1.2. Em dinâmica de grupo

- **KIT DE ESPERANÇA**

Fundamentação

Como referido anteriormente, as pessoas com (ou em risco de) comportamentos da esfera suicidária apresentam frequentemente falta ou desesperança. Os Enfermeiros devem “imprimir na relação terapêutica a intencionalidade de incutir esperança” ajudando a pessoa a “vislumbrar alternativas possíveis à sua decisão de morrer como forma de resolver problemas e terminar com o sofrimento” (OE, 2012, p.44).

Moore em 2005 apresentou-nos uma estratégia útil para a promoção de esperança – “Kit de Esperança”. Este pode conter itens que revelem esperança para a pessoa “tais como fotografias, música, objetos ou imagens com simbolismo ou significativas, relatos de experiência, entre outros” (OE, 2012, p.45).

Material utilizado:

Sala de convívio (com mesa redonda e cadeiras), imagens para pintar, canetas e lápis de cores, cartolina branca e música relaxante.

Tempo de realização:

Duas sessões de 45 minutos cada.

¹³ Apenas apresentava as variáveis preditivas “História familiar de problemas psiquiátricos graves ou suicídio” e “Tentativa anterior de suicídio”.

Desenvolvimento da atividade em Grupo:

1ª Sessão:

1. Solicitou-se a cada pessoa do grupo que escolhesse uma imagem que lhe trouxesse felicidade e que gostariam de pintar;
2. Impressão dessas imagens;
3. Ao som de música relaxante, permitimos que cada pessoa pintasse ao seu ritmo.

2ª Sessão

1. Solicitámos que cada pessoa recortasse essa imagem e colasse na cortina intitulada *"A minha felicidade é..."*;
2. Cada pessoa partilhou com o grupo o motivo da escolha da imagem;
3. Solicitámos que cada pessoa escrevesse uma ou mais palavras de modo a completar a frase *"A minha felicidade é..."*;
4. Fomentámos o debate tendo por base as palavras impressas;
5. Afixámos a imagem na sala de convívio e recordamos que podia ser visualizada sempre que sentissem tristes ou sem esperança (Figura 5).



Figura 5. Kit de Esperança

- **CAMINHADA SENSORIAL**

Fundamentação

Os comportamentos suicidários são considerados consequências diretas ou indiretas de um estado de desregulação emocional. Por outras palavras, o risco de aparecimento de comportamentos da esfera suicidária é aumentado por fatores relacionados com vulnerabilidades interpessoais (dificuldades de comunicação, poucos recursos de coping, história de aprendizagem social negativa e menor capacidade de apreensão de detalhes de expressão emocional) e vulnerabilidades intrapessoais (predisposição a emoções intensas e baixa tolerância a situação de stress) (Guerreiro e Santos, 2014).

Pelo exposto, a realização desta intervenção objetivou a promoção:

- Redução da ansiedade;
- Expressão de sentimentos e emoções;
- Interação social;
- Estratégias de *coping* adaptativas;

Material utilizado:

Roupa/calçado adequada para caminhada, música com sons da natureza, água/copos e sala ampla.

Tempo de realização:

60 minutos

Critérios de exclusão:

Utentes com agitação psicomotora, atividade alucinatória e/ou delirante exacerbada, estado confusional ou com risco de fuga.

Desenvolvimento da atividade em Grupo:

1. Reunimos os utentes a participar na atividade e orientámo-los, com o apoio de um Assistente Operacional, em direção ao exterior com o intuito de fazer uma caminhada (no espaço exterior do hospital);

2. Explicámos a atividade referindo que cada utente deveria, recorrendo aos órgãos dos sentidos, procurar durante a caminhada pelo menos um(a) imagem, som, cheiro, toque e sabor e que lhe fizesse bem ou trouxesse boas memórias;
3. De seguida regressámos ao serviço e reunimos na sala de refeições (as cadeiras foram colocadas de modo a que todos os utentes se vissem) e a fechamos a porta;
4. Oferecemos água (reforço da hidratação) e colocamos uma música relaxante para partilha de experiências;
5. Solicitámos que cada utente (se assim o entendesse) quando se sentisse confortável partilhasse a experiência iniciando com a frase “*O que eu trouxe desta caminhada foi...*”;
6. Iniciámos a partilha dando o exemplo;
7. Moderamos o discurso orientando-o para a presente atividade evitando que este se dispersasse;
8. No final, após todos participarem, concluímos reforçando a importância de recorrer a estratégias de *coping* na gestão de stress, controlo de ansiedade e outros sintomas associados à doença mental.

Após a realização desta atividade, foi-nos proposto por parte da Gestão de Enfermagem, a realização de uma IT (instrução de Trabalho) que se encontra no Apêndice I e que seguiu para o Departamento de Qualidade daquele Hospital para posterior autorização e divulgação.

- **VERDADE OU MITO**

Fundamentação

Um dos obstáculos à deteção do risco e prevenção do suicídio é o estigma. Barbosa e Silva (2021) propõe que este deve ser combatido através da sensibilização da comunidade, disponibilizando informação acessível e desconstruindo os mitos.

Material utilizado:

Sala de convívio (com mesa redonda e cadeiras), cartões com mitos (Apêndice II) e um a caixa de cartão com a palavra “mito” e outra com a palavra “verdade”.

Tempo de realização:

45 minutos.

Desenvolvimento da atividade em Grupo:

1. Colocámos os cartões no centro da mesa e virados ao contrário;
2. Solicitámos a cada pessoa que retirasse um cartão, lesse em voz alta e o colocasse na caixa da “verdade” ou “mito”;
3. Fomentámos o debate sobre cada frase e ajudamos a desconstruir as ideias erradas.

- **RELAXAMENTO**

Fundamentação

Coelho e Sousa (2020) definem o relaxamento como “um estado de consciência, através do qual se obtém sensações agradáveis e se afastam pensamentos perturbadores ou geradores de stress”. Considera-se, portanto, uma intervenção terapêutica que leva a um estado de bem-estar com incidência no tónus muscular (p.202).

Existindo na literatura a referência a vários métodos, optámos pela técnica de relaxamento modificado na medida em que o nosso objetivo era que os utentes aprendessem a contrair/descontrair vários grupos musculares concentrando-se nas sensações produzidas. Como objetivo parcelar, pretendíamos que os utentes aprendessem a reconhecer situações geradoras de stress e a saber como relaxar perante as mesmas. Recordemo-nos que, como referido anteriormente, as pessoas com (ou em risco de) comportamentos suicidários podem apresentar baixa tolerância ao stress, impulsividade e agressividade.

Material utilizado:

Sala ampla, colchões, almofadas, lençóis, colchas, música de relaxamento.

Tempo de realização:

30/45 minutos.

Critérios de exclusão:

Utentes com défice cognitivo acentuado, agitação psicomotora, atividade alucinatória e/ou delirante exacerbada, estado confusional e acuidade auditiva acentuada.

Desenvolvimento da atividade em Grupo:

1. Preparada a sala, explicámos aos utentes a intervenção e apresentámos os objetivos da sessão;
2. Solicitámos que se deitassem nos colchões e se concentrassem na respiração:
 - 2.1. Verbalizámos num tom tranquilo para sentissem a respiração suave, regular e profunda;
 - 2.2. Pedimos que a cada respiração se sentissem num estado de relaxamento e tranquilidade e que libertassem todos os pensamentos negativos, preocupações e influências exteriores;
 - 2.3. Incentivámos para que relaxassem todos os músculos (da face e da boca, do pescoço e dos ombros, das costas, dos braços e da barriga, e das pernas) de modo a se sentirem leves, serenos e em paz.
3. Na fase seguinte, fomos pedindo calma e progressivamente que se concentrassem apenas em determinada região do corpo, que a comprimissem e depois a relaxassem. Seguimos a seguinte ordem: testa, olhos, face, queixo, pescoço, membros superiores, membros inferiores, região dorsal, região torácica, região abdominal e região sacrocóccigea;
4. Estando todos os músculos leves, lembrámos para manterem os olhos fechados e que fizessem três inspirações (pelo nariz) e expirações (pela boca);
5. Aconselhamos a permanecerem deitados e a apreciar o estado de relaxamento e que se levantassem quando assim o entendessem;
6. No final da sessão de relaxamento, promovemos um momento para que os utentes expressassem as suas opiniões e sentimentos face à intervenção realizada.

2.2.1.3. Outras atividades relevantes

Ainda sobre as atividades proporcionadas neste contexto de estágio para a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, não podemos deixar de mencionar a oportunidade que nos deram para adquirirmos e mobilizarmos “(...) conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade” de modo a determos “conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua” (Regulamento das

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, alíneas a) e b) do n.º1 do Artigo 6º). Falamos aqui na oportunidade de assistirmos a um curso online de Psiquiatria de 30 horas e uma vez que as sessões ficavam gravadas podemos fazer a melhor gestão do tempo para as visualizar. Este curso permitiu-nos aprofundar conhecimentos que se traduziram numa melhoria de cuidados prestados em contexto de estágio assim como num desenvolvimento de competências. O Programa do Curso encontra-se disponível na Figura 6.



631999c31a7c0f65e44cca77

dioscope

Curso Step-by-Step Psiquiatria

Coordenado por
Prof Dr Daniel Sampaio
Dr Henrique Prata Ribeiro

Patrocínio científico
SOCIETADE PORTUGUESA
PSIQUIATRIA
SAUDE MENTAL

Introdução 9:30h Professor Doutor Daniel Sampaio e Dr. Henrique Prata Ribeiro	17 SET 2022	Psicopatologia 13:30h Dr. Rui Durval
História da psiquiatria 9:45h Professor Doutor Pio Abreu		Psicofarmacologia 15:00h Dr. Gustavo Jesus
História clínica em psiquiatria 11:00h Dr. Rui Durval		
12:30h – 13:30h Almoço		
Insónia 9:30h Dr. André Ponte	24 SET 2022	Depressão 13:30h Dr. Diogo Frasquilho Guerreiro
Comportamento alimentar 11:00h Dr. Tiago Duarte		Ansiedade 15:00h Dr. Diogo Frasquilho Guerreiro
12:30h-13:30h Almoço		
POC 9:30h Dr. Pedro Morgado	01 OUT 2022	Esquizofrenia 13:30h Dr. Henrique Prata Ribeiro
Doença bipolar 11:00h Dr. José Oliveira		Casos clínicos 15:00h Professor Doutor Daniel Sampaio e Dr. Henrique Prata Ribeiro
12:30h-13:30h Almoço		
Exclusão de causa não psiquiátrica 9:30h Dr.ª Filipa Moutinho	08 OUT 2022	Ligação 13:30h Dr. Lucas Manarte
Consumo de substâncias 11:00h Dr. Samuel Pombo		Personalidade 15:00h Dr.ª Cátia Moreira
12:30h-13:30h Almoço		
Idoso (demências) 9:30h Professor Manuel Gonçalves Pereira	15 OUT 2022	Criança/ Adolescente 13:30h Dr.ª Joana Mesquita Reis e Professor Doutor Daniel Sampaio
Grávida/ Puérpera 11:00h Dr.ª Adriana Moutinho		Discussão de casos clínicos 15:00h Professor Doutor Daniel Sampaio, Professora Doutora Isabel Santos, Dr. Francisco Goiana da Silva e Dr. Henrique Prata Ribeiro
12:30h-13:30h Almoço		

learning.dioscope.com

Curso On Demand: disponível até dia 1 de março de 2023

Figura 6. Programa do Curso de Psiquiatria

Para finalizar, e não menos importante, o contexto de estágio permitiu-nos participar nas reuniões do Departamento de Psiquiatria, nas reuniões do Serviço de Internamento e na articulação interinstitucional com as Equipas de Saúde Mental na Comunidade aquando da alta dos utentes. Esta oportunidade foi fundamental para o desenvolvimento da competência do domínio da gestão dos cuidados, nomeadamente na gestão dos “cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, alíneas a) do n.º 1 do Artigo 7º).

3. METODOLOGIA DO PROJETO

A Metodologia de Projeto objetiva a resolução de problemas e é a partir da qual que se adquirem “capacidades e competências de características pessoais pela elaboração de projetos numa situação real”. Trata-se, portanto, de uma “ponte entre a teoria e a prática”, ou seja, é por base de um enquadramento teórico aplicável à prática que se resolvem os problemas que “preocupa os intervenientes que o vão realizar” (Ruivo et al., 2010, p.3-4).

Envolvendo sempre um trabalho em equipa, esta tipo de metodologia “determina as ações a serem adotadas (...) quando e como devem ser implementadas”, caracteriza-se ainda por ser reflexiva na medida em que “a própria população destinatária é envolvida como sujeito ativo o que contribui para conhecer e transformar a sua própria realidade” (Ruivo et al., 2010, p.4-5).

O recurso a este tipo de metodologia foi aplicado no estágio de contexto hospitalar e constituiu-se pelas seguintes fases que em baixo se descrevem.

3.1. Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação “visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ruivo et al., 2010, p.10).

No que ao tema deste relatório diz respeito, nomeadamente a prevenção do risco de suicídio, e sabendo *à priori* que um dos obstáculos à deteção do risco e prevenção do suicídio é a falta de conhecimento sobre suicídio entre os profissionais de saúde, recorreremos a entrevistas não formais à Equipa de Enfermagem de modo a recolher informação sobre o uso de instrumentos de rastreio para prevenção do risco de suicídio nos utentes internados naquele serviço. Pelas respostas obtidas, compreendemos que não era utilizado qualquer tipo de rastreio e que seria uma necessidade.

Para formularmos a questão de investigação, utilizamos a abordagem PCC, cujo acrónimo representou População (Enfermeiros), Conceito (Prevenção do Risco de Suicídio) e Contexto (Hospital):

- Quais os instrumentos de rastreio e de avaliação mais adequados pelos Enfermeiros em contexto de internamento para prevenção do risco de suicídio?

O Regulamento n.º 356/2015 que regulamenta os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental pretende que “estes se constituam como um instrumento essencial para a promoção da melhoria contínua destes cuidados especializados e como referencial para a reflexão sobre a prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental” (OE, 2015). O presente projeto de melhoria continua da qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental integrou os seguintes enunciados descritivos dos padrões de qualidade mencionados na Tabela 5.

Tabela 5. Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental do Projeto

SATISFAÇÃO DO CLIENTE
O respeito pelas capacidades, vulnerabilidades, crenças, valores e desejos do cliente; O estabelecimento de relação de confiança e de parceria com o cliente no planeamento, implementação e avaliação dos cuidados especializados em saúde mental.
A PROMOÇÃO DA SAÚDE
O diagnóstico da situação de saúde mental e dos recursos específicos, reais e potenciais do cliente; O reforço dos fatores que aumentam os recursos das pessoas em relação à sua saúde mental; A identificação e fortalecimento dos fatores de proteção/resiliência e de vulnerabilidade/risco para a saúde mental do cliente; A promoção da literacia em Saúde Mental.
A PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES
A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas reais ou potenciais de saúde mental do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis; A prescrição, implementação e avaliação de intervenções especializadas de enfermagem em saúde mental face aos problemas identificados, de acordo com a evidência científica disponível; A identificação de situações de risco, quer para o cliente, quer para outros, e a colaboração na respetiva minimização;
O BEM-ESTAR E O AUTOCUIDADO
A identificação precoce das necessidades em saúde mental do cliente, realizando uma avaliação global que explicita a respetiva história de saúde mental.

A ADAPTAÇÃO

A conceção de estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de adaptação, de forma a eliminar ou reduzir os riscos decorrentes da sua perturbação mental.

A ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A satisfação dos enfermeiros, relativamente à qualidade do exercício profissional especializado;
A existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade dos cuidados especializados;
A utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental, promotoras da qualidade.

A REDUÇÃO DO ESTIGMA E A PROMOÇÃO DA INCLUSÃO SOCIAL

A adoção de estratégias protetoras para os clientes mais vulneráveis.

3.2. Definição dos objetivos

Segundo Ruivo et al. (2010), o enquadramento dos objetivos na metodologia do projeto, estes enquanto “representações antecipatórias” apontam os resultados que se pretendem concretizar (p.18). Para a definição dos objetivos, recorreremos à metodologia SMART¹⁴:

Objetivo Geral:

- Realizar uma pesquisa sobre a evidência mais recente das intervenções do EEESMP que prestam cuidados no Serviço de Internamento de Psiquiatria sobre a prevenção do risco de suicídio nos utentes internados;

Objetivos Específicos:

- Realizar uma revisão bibliográfica da literatura com base na evidência sobre os instrumentos de rastreio usados pelos Enfermeiros para prevenção do risco de suicídio nos utentes internados;
- Apresentar à Equipa de Enfermagem uma proposta de avaliação/rastreio para ser utilizados em todos os utentes (na admissão e na alta);

¹⁴ Iniciais das palavras em inglês: **S**pecific (Específico), **M**easurable (Mensurável), **A**ttainable/Achievable (Atingível/Alcançável), **R**elevant (Relevante) e **T**ime-based (Tempo Limite).

- Sensibilizar os Enfermeiros que prestam cuidados no Serviço de Internamento de Psiquiatria sobre a importância da avaliação e prevenção do risco de suicídio nos utentes internados.

3.3. Planeamento

Durante o planeamento foi elaborado um plano detalhado do projeto do qual resultou o cronograma apresentado na Tabela 6.

Tabela 6. Cronograma do Projeto

	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JANEIRO
Avaliação Diagnóstica					
Revisão Narrativa da Literatura (PBE)					
Realização da Proposta de Instrumento/ Escala de avaliação					
Sessão de apresentação à Equipa de Enfermagem					
Avaliação dos resultados					

3.4. Execução

Para a concretização dos objetivos propostos, realizámos uma revisão narrativa da literatura. “Este tipo de revisão permite reunir o conhecimento sobre um assunto, de modo a fundamentar um estudo que seja significativo para enfermagem” neste caso, e em concreto, sobre os instrumentos de rastreio usados pelos Enfermeiros para prevenção do risco de suicídio nos utentes internados. A revisão narrativa da literatura permite iniciar um estudo, onde se procura as semelhanças e as diferenças nos artigos encontrados apesar de não seguir “uma metodologia de reprodução dos dados” (Sousa et al., 2018, p.31).

Esta desenvolveu-se durante os meses de outubro e novembro de 2022, nas plataformas Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e EBSCOhost e acedeu-se às bases de dados da Medline Complete, LILACS, BDEnf e CINAHL Complete. Foram ainda considerados sites nacionais e internacionais de referência, assim como artigos de peritos nacionais e teses de Mestrado e Doutoramento.

Os critérios de inclusão selecionados foram: idioma (inglês, português e espanhol), disponibilidade (texto integral), com as conjunções booleanas dos descritores (indexados do DeCS/MeSH) e palavras-chave em inglês: a) (nursing) AND (Suicide Prevention) AND (Hospitalization); b) (nursing) AND (Psychiatric Status Rating Scales) AND (Suicide Prevention); e ainda a data de publicação de 2012 a 2022. Como critério de exclusão, elegeu-se apenas a literatura que abordavam instrumentos de avaliação do risco de suicídio validados para a população portuguesa.

De acordo com o Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamento da Esfera Suicidária, desenvolvido pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, na avaliação do risco de suicídio é crucial a realização de uma entrevista com recurso a instrumentos de avaliação validados para a população portuguesa. Estes instrumentos devem ser utilizados como parte integrante de uma avaliação abrangente (não devem ser utilizados isoladamente) na medida em que facilitam “a comunicação e recolha de informações no contexto de entrevista” sendo que os resultados obtidos não “substituem o julgamento clínico” (NZGG, 2003 cit. OE, 2012, p.34).

Na mesma linha de pensamento, e pelos resultados obtidos no estudo de coorte retrospectivo, Vidal et al. (2013) defendem que o primeiro contato com os utentes com comportamentos suicidários é a oportunidade por excelência dos médicos e enfermeiros para identificarem o potencial de risco e intervirem de modo a minimizá-lo. Contudo, esta oportunidade nem sempre é aproveitada quer pelas características dos serviços quer pela insuficiente preparação ou dificuldade em lidar com a situação por parte das equipas (Façanha, 2013).

Na perspetiva de Bertolote et al. (2010) as três principais funções dos profissionais de saúde mental relativamente aos utentes com comportamento suicidários são: identificação do risco, a proteção do utente e eliminação ou minimização dos fatores de risco. Assim, e segundo os autores, a avaliação sistemática do risco de suicídio, em quadros que chegam aos serviços de urgência, deve fazer parte da prática clínica (Façanha, 2013).

Na pesquisa bibliográfica da literatura deste projeto vários foram os instrumentos de rastreio encontrados para avaliação do risco do suicídio, no entanto, e ao que nos propusemos pesquisar, abordaremos em seguida apenas os que se encontram adaptados para a população portuguesa:

- **Questionário de Ideação Suicida (QIS)**

Este instrumento de autorresposta foi traduzido e adaptado para a população portuguesa em 1999 por Ferreira e Castela na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Trata-se de um questionário que pretende avaliar a gravidade dos pensamentos suicidas (entre pouco e muito graves) e é composto por 30 itens com a possibilidade de 7 respostas. Continua a ser um dos questionários mais usados na prática clínica (Façanha, 2013) (Anexo II).

- **Índice de Risco de Suicídio (IRIS)**

Foi desenvolvido por Veiga et al. (2014) no âmbito da consulta de Prevenção do Suicídio do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra. Trata-se de um índice composto por 12 itens de rápida e simples aplicabilidade (Anexo III).

Os pontos de corte finais sugeridos para o IRIS foram os seguintes:

- Score total $< 5 \rightarrow$ Risco reduzido
- Score total ≥ 5 e $< 10 \rightarrow$ Risco intermédio
- Score total $\geq 10 \rightarrow$ Risco elevado

Os autores optaram por não fornecer indicações específicas para cada categoria de risco porque consideram que tal dependerá do contexto de utilização. Recordam ainda que o índice foi essencialmente construído como ferramenta de apoio a profissionais de saúde não autónomos, em contextos de triagem, ou com formação em Suicidologia.

- **Inventário de Razões para Viver**

“*Reasons for Living Inventory*” (RFL) foi elaborado por Linehan et al. (2013) e tem na sua génese um enquadramento cognitivo-comportamental. Caracteriza-se por ser um instrumento de autopreenchimento constituído por 48 itens subdivididos em seis subescalas: Crenças de Sobrevivência e Mecanismos de Adaptação, Responsabilidade de Família, Preocupações com Crianças, Medo de Suicídio, Medo da Reprovação Social e Objeções Morais.

Elucida-nos Santos e Matias (2014) que se trata “dos poucos instrumentos cuja abordagem é baseada nos mecanismos de coping adaptativos que estão habitualmente ausentes no indivíduo com ideação suicida, sendo a ênfase colocada em razões para viver e não em fatores considerados de risco” (p.9). Foram estes autores que deram os seus contributos para a tradução e validação portuguesa (Anexo IV).

Ainda que se trata de um instrumento de autorrelato, os enfermeiros com manifeste interesse na sua utilização, podem optar por introduzir os itens na entrevista clínica ou discutirem os itens com o utente revendo as suas respostas como parte da intervenção terapêutica (Façanha, 2013).

- ***Nursing Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)***

NGASR foi desenvolvido no Reino Unido em 2004 por Cutcliffe e Barker numa unidade de Saúde Mental e ter por base práticas baseadas na evidência. Segundo os autores a deteção do risco de suicídio, em contexto de internamento, é percecionada como problemática e complexa e na maioria das vezes subestimado. Antes da existência deste instrumento, a “avaliação do risco de suicídio pelos enfermeiros era unicamente determinada pelo julgamento clínico” (Façanha, 2013, p.66)

Os autores deste instrumento reconheceram-no como “uma ferramenta que facilita o desenvolvimento do julgamento clínico dos enfermeiros menos experientes” e como “complemento no caso do julgamento clínico realizado pelos mais experientes” (Façanha, 2013, p.67).

A aplicação de NGASR permite avaliar o risco de suicídio com base num conjunto de variáveis preditivas e não apenas num preditor isolado. Falamos aqui na desesperança, na existência de um plano de suicídio ou no termo recente de um relacionamento. Por este motivo, consideram os autores que “parte da avaliação clínica foi baseada em evidências” pelo que se constitui uma mais valia (Façanha, 2013, p.67).

O NGASR é um índice e uma grelha de observação de simples pontuação, integrando 15 itens de modo a que a informação pertinente possa ser obtida durante a entrevista de enfermagem (o enfermeiro deve avaliar cada uma delas e colocar um círculo (O) na pontuação, apenas naquelas que se verifiquem).

As principais variáveis preditivas foram selecionadas tendo em consideração a “evidência empírica e racional” que em baixo se transcrevem (**negrito e sublinhado nosso**) (Façanha, 2013, p.67-69):

1. “Os sentimentos de **desesperança** têm uma correlação elevada com o risco de suicídio. Estudos recentes sugerem que é o sentimento de desesperança, muitas vezes associado a um estado depressivo, em lugar do estado depressivo em si,

que indica um maior risco de suicídio. A desesperança não é específica de estados depressivos. Existe um conjunto de instrumentos que permitem avaliar a desesperança e que podem ser utilizados pelo enfermeiro de saúde mental para complementar a avaliação.”;

2. “Os **eventos de vida stressantes** podem desafiar e diminuir as estratégias individuais de *coping*, bem como podem exacerbar determinadas situações na vida da pessoa. Por sua vez, esta pode começar a pensar em suicídio, como uma forma de fugir ao stress.”;
3. “Algumas condições, tais como, **alucinações e crenças delirantes** podem contribuir para aumentar a desesperança. Além disso algumas alucinações e/ou crenças podem conter mensagens mais explícitas de automutilação ou destruição. Não existe uma relação direta para a tentativa de suicídio, mas podem incentivar a pessoa a suicidar-se.”;
4. “Existe uma vasta e extensa literatura que atesta a relação entre **depressão** e suicídio. Quando a depressão se manifesta na forma de perda de interesse ou prazer, tal pode ser considerado indicação adicional de potencial risco de suicídio. Estas manifestações de perda de interesse ou prazer podem surgir não unicamente em pessoas com diagnóstico de depressão, mas também outras formas de doença mental ou física.”;
5. “Verifica-se um aumento do risco associado à diminuição das interações inter-sociais e **afastamento social**, podendo ser um dos primeiros sinais de alerta. Esta situação não está relacionada com pessoas que passam algum tempo sozinhas, mas são antes o reflexo de alterações no padrão de interação interpessoal e social.”;
6. “A **verbalização de intenção suicida**, nem sempre é sinónima de verdadeira intencionalidade, existindo um conjunto de evidências que demonstram que estas manifestações representam a expressão de diferentes necessidades. Contudo, importa ressaltar, que todos estes sinais não devem ser ignorados e que podem representar pensamentos de suicídio. A literatura diz-nos ainda que alguns “gritos de socorro” passaram despercebidos ou não foram percecionados como tal.”;

7. “A **evidência de um plano de suicídio** representa um importante fator de risco. Esta situação assume particular relevância quando houve preocupação de tentar manter o plano em sigilo. Estes planos podem acidentalmente ser descobertos, através de algo que a pessoa diga, ou pela presença de sinais físicos.”;
8. “O **historial familiar de problemas psiquiátricos graves ou suicídio** assume particular relevância podendo agravar sentimentos de desesperança e inevitabilidade. O suicídio, de membros da família importantes, pode servir inadvertidamente de modelo social para pessoas desesperadas.”;
9. “Um **processo de luto recente ou término de uma relação** devem ser considerados como fatores de risco significativos. A perda de esperança é frequente em situações de luto não resolvido e em particular nas situações de morte de uma pessoa próxima ou significativa.”;
10. “O **historial de psicose** aumenta o risco de suicídio. Apesar de nem todas as pessoas com psicose terem pensamentos suicidas, o seu processo de raciocínio apresenta-se alterado.”;
11. “A evidência empírica demonstra que a **pessoa viúva**, ou que perdeu o parceiro, apresenta um risco ligeiramente aumentado de suicídio.”;
12. “Qualquer indicador ou evidência de **tentativa de suicídio prévia** é um indicador significativo, do risco atual ou futuro.”;
13. “O **historial de privação socioeconómica**, tais como, pobre habitação, desemprego e baixa qualidade de vida, parecem estar associados com o aumento do risco.”;
14. “O **historial de álcool**, ou consumo excessivo de álcool, está associado com um maior risco de suicídio, tendo particular importância quando o conceito de suicídio é associado a um ato espontâneo e a pessoa usa álcool para ganhar coragem para executar o ato suicida.”;
15. “A **presença de doença terminal**, em algumas pessoas, leva a considerar o suicídio como forma de lidar com a dor física ou psicológica, com as limitações e deteriorações globais e/ou como meio de tomar o controlo no término da vida com vista a um final digno”.

A cinco variáveis, como apresentam um maior grau de risco de suicídio¹⁵, foi atribuída pontuação três. Os resultados podem ser classificados em quatro níveis:

- Pontuação 0-5 = risco baixo
- Pontuação 6-8 = risco intermediário
- Pontuação 9-11 = risco elevado
- Pontuação igual ou superior a 12: risco muito elevado

O NGASR estima o risco de suicídio e incorpora parte do modelo de Tidal, associando a estimativa de risco ao nível de intervenção e envolvimento necessários (Tabela 7). Na perspectiva de Cutcliffe e Barker (2004), a avaliação de risco baseada em evidências, não deve permanecer como única forma de avaliar o risco nem deve ser considerada de forma isolada. Esta escala de avaliação do risco de suicídio encontra-se intrinsecamente ligada com o processo de enfermagem e com os subsequentes cuidados a prestar ao utente com risco de suicídio, constituindo-se assim como um alicerce para a relação terapêutica.

Tabela 7. NGASR: Níveis de risco Vs. Níveis de envolvimento (Tidal Model)

NÍVEIS DE RISCO	SUGESTÃO DE NÍVEL DE ENVOLVIMENTO
Score ≤ 5 (Risco Baixo)	Nível 4
Score [6 – 8] (Risco Intermédio)	Nível 3
Score [9 – 11] (Risco elevado)	Nível 2
Score ≥ 12 (Risco muito elevado)	Nível 1

(Adaptado Cutcliffe e Barker, 2004)

De acordo com os autores da Teoria das Marés, os quatros níveis de envolvimento definem as condições gerais de apoio e recordam que a mudança de nível ocorre conforme mudam as necessidades da pessoa, permitindo mais ou menos oportunidades de contatos diretos (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Recordam-nos os autores que este processo tem de ser colaborativo. Vejamos de uma forma geral cada um desses níveis:

¹⁵ Variáveis: 1- Desesperança; 4 – Depressão; 7 – Plano de suicídio; 9 – Processo de Luto/ Fim de um relacionamento; 12 – Tentativa anterior de suicídio.

- **Nível 1**

A pessoa que apresenta alto risco de suicídio necessita do maior apoio possível e requererá o acesso constante ao enfermeiro. O apoio pode incluir a “discussão de problemas específicos de vida, envolvimento em atividades individuais ou em grupo, conversar ou simplesmente “estar com” a pessoa”. Alertam-nos os autores que o suporte contínuo de alguém considerado como representando tal risco é uma responsabilidade profissional exigente (Barker & Buchanan-Barker, 2005, p.73).

- **Nível 2**

A este nível, a pessoa considerada de alto risco requer um apoio regular da equipa de enfermagem durante o dia e a noite. O enfermeiro responsável fará uma avaliação do estado mental e se considerar que a pessoa se encontra angustiada deverá implementar intervenções para responder às necessidades da pessoa (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

- **Nível 3**

Os cuidados na pessoa com risco intermédio centram-se na prestação de apoio intermitente. A pessoa terá um contato formal com o enfermeiro pelo menos três vezes ao dia (Manhã/ Tarde/ Noite) para levantamento das suas necessidades. Segundo Barker e Buchanan-Barker (2005) o objetivo destes contatos breves é relembrar à pessoa que existe apoio disponível e o acompanhamento da gestão do Plano de Segurança Pessoal.

- **Nível 4**

Quando pessoa que apresente um baixo risco de suicídio, os cuidados centram-se no envolvimento diário da pessoa, e de forma estruturada, em sessões individuais ou grupo. As sessões individuais devem ter como foco a abordagem de problemas específicos que estimularam a crise e a resolução de problemas. Por sua vez as sessões em grupo terão como foco geral, aumentar a auto-estima e como objetivo específico a discussão como os membros do grupo estão atualmente a lidar com a problemática; ou psicoeducação sobre fármacos ou serviços de apoio na comunidade (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Pela apresentação dos resultados obtidos da nossa revisão narrativa, julgamos que a proposta de apresentação do índice NGASR irá permitir a correta avaliação do risco de comportamentos suicidários em utentes internados e consequentemente contribuir para a prescrição de intervenções de enfermagem adequadas a essas pessoas, capazes de fomentar a diminuição do número de suicídios. Neste sentido, elaboramos a proposta (Apêndice II) e procedemos à sessão de apresentação à Equipa de Enfermagem do Serviço de Internamento de Psiquiatria (Apêndice IV).

3.5. Avaliação

A avaliação de um projeto tem um papel preponderante na avaliação dos objetivos propostos. Poderá adotar várias formas como “a verbalização em grupo e/ou individualizada, anónima ou personalizada, espontânea ou segundo modelos previamente elaborados” (Ruivo et al., 2010, p.26).

No final da sessão de apresentação do Índice de NGASR e de sensibilização para os comportamentos suicidários à Equipa de Enfermagem do Serviço de Internamento podemos constatar pelas reações não verbais e verbais que a introdução daquele instrumento seria uma mais valia para melhoria dos cuidados de enfermagem. De referir que da parte da Gestão da Equipa de Enfermagem houve um interesse em solicitar que o índice de NGASR fosse incluído no sistema de registos informáticos em uso naquele serviço. Fomos ainda convidados para futuramente participar numa sessão de sensibilização sobre a prevenção do risco do suicídio para todos os profissionais do Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria.

Deixamos ainda a proposta de utilização de um indicador de resultado, sensível aos cuidados de Enfermagem. Lembremo-nos que, e segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007), os indicadores são concebidos como marcadores específicos do estado da saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos Enfermeiros para os ganhos em saúde da população” (p.2).

R3 – Taxas de ganhos possíveis/esperados de efetividade¹⁶

Fórmula proposta:

$$\frac{N.º \text{ Total de Utentes internados com Score } \leq 5 \text{ no Índice de NGASR na alta hospitalar, e que teve pelo menos uma intervenção documentada, num dado período de tempo}}{N.º \text{ Total de Utentes internados com Score } \geq 5 \text{ no Índice de NGASR na admissão ao intermento, no mesmo período de tempo}} \times 100$$

¹⁶ “Consiste na relação entre o número total de casos em que o resultado esperado de um determinado fenómeno (diagnóstico), com intervenções implementadas, foi realmente conseguido, e o universo dos que apresentaram este fenómeno/ diagnóstico, num certo período de tempo” (OE, 2007, p.4)

4. ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No desenvolvimento do seu estudo de investigação, Patrícia Benner baseou-se no **Modelo de Aquisição de Competências** do matemático e analista de sistemas Stuart Dreyfus e do filósofo Hubert Dreyfus, aplicando-o e adaptando-o à Enfermagem.

Este modelo estabelece que na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, o estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Segundo Benner (2001), a mudança no nível competência acontece na sequência de quatro aspetos:

- 1) Utilização de experiências concretas do passado como paradigmas;
- 2) Quando o pensamento analítico, baseado nas normas, é substituído pela intuição;
- 3) Quando o enfermeiro consegue perceber a situação como um todo e focaliza-se apenas nas partes relevantes;
- 4) Demonstra o envolvimento do indivíduo na situação compreendendo que este faz parte da situação e não é apenas um observador.

As características, os comportamentos em cada nível de desenvolvimento e identificação de uma forma geral das necessidades no âmbito do ensino/aprendizagem em cada nível, foram descritos por Benner (2001) do seguinte modo:

- ✓ **Iniciado:** A este nível o enfermeiro, sem a experiência prévia, tem dificuldade em distinguir os aspetos relevantes dos irrelevantes numa determinada situação. Os estudantes de Enfermagem e qualquer Enfermeiro que integre um novo serviço podem encontrarem-se neste nível. Para instruir e possibilitar que os iniciados adquiriam a experiência essencial à aquisição de competências, é necessário descrever-lhes as situações de forma objetiva, fornecendo regras, parâmetros e diretrizes.

- ✓ **Iniciado avançado:** A este nível, e já com alguma experiência anterior, os iniciados avançados nutrem uma responsabilidade pelos cuidados de enfermagem, contudo ainda necessitam do apoio e orientação dos Enfermeiros mais experientes. O iniciado avançado orienta-se pelas regras e tarefas a realizar apresentando alguma dificuldade em olhar as situações numa perspetiva mais ampla. Ao nível da aprendizagem, necessita de um enquadramento da prática com definição de prioridades.
- ✓ **Competente:** Neste nível, o enfermeiro analisa os cuidados em termos de planos a longo prazo conseguindo para uma determinada situação definir as prioridades. Por norma, classificam-se como competentes os enfermeiros que trabalham há mais de 2-3 anos no mesmo contexto. No que concerne ao ensino, Benner considera que os enfermeiros competentes podem obter benefícios através de exercícios de tomadas de decisões e simulações.
- ✓ **Proficiente:** Neste patamar, o enfermeiro concebe as situações como um todo recorrendo à perceção (com origem nas experiências recentes) e sendo as suas ações orientadas por princípios analíticos (regras, indicação ou máximas). A aprendizagem ocorre através de métodos indutivos, o que poderá ser concretizado através da metodologia do estudo de caso.
- ✓ **Perito:** Trata-se da capacidade de a resposta adequada à situação em que solução seja a mais eficaz. O Enfermeiro Perito não se apoia em princípios analíticos, perceciona a situação com um todo e resolve-a com assertividade fruto das situações reais vivenciadas. Neste nível, o Perito consegue prever os problemas e antecipar as suas ações. Benner afirma que é fácil identificar estes enfermeiros, seja por colegas ou pelos utentes, porque na maior parte das vezes contribuem com opiniões clínicas e resolução de problemas de um modo surpreendente.

Tendo em conta o Modelo de Aquisição de Competências apresentado, abordaremos nos subcapítulos que se seguem as competências adquiridas e/ou desenvolvidas para proposta de obtenção do Grau de Mestre e do Título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com o preâmbulo do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o Enfermeiro Especialista “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados”. Em todas as áreas de especialidade em enfermagem, “estes profissionais partilham um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados”. As competências comuns “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem”.

Neste subcapítulo abordaremos cada uma dessas competências comuns e o método que utilizámos para as adquirir e/ou desenvolver durante o tempo de permanência em cada um dos contextos de estágio.

4.1.1. A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Os Enfermeiros, e em particular os Especialistas em Saúde Mental em Psiquiátrica, na sua *praxis* clínica, assumem um "papel perante a sociedade" que se "materializa numa tríade constituída pelos deveres, competências e pelos referenciais de qualidade", leia-se, pelo Código Deontológico, pelo perfil de Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica e pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados em Enfermagem Especializados em Saúde Mental (Nunes, 2014, p. 11).

A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional

O Código Deontológico dos Enfermeiros (inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros -Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril, alterado e republicado pelo Anexo II à Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro), no seu artigo 99º, define, como princípio geral, que "as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade

da pessoa humana e do enfermeiro" (número 1) e como princípio orientador "o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados" (alínea b) do número 3º). Consagra ainda, no 102º artigo, o dever para com os valores humanos ao **"cuidar da pessoa sem qualquer discriminação"** e ao "respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos" (OE, 2016).

Quer no contexto comunitário, quer no contexto hospitalar, nos processos de tomada de decisão, a primeira preocupação que manifestámos e procurámos sempre respeitar foi a dignidade e a proteção das pessoas a quem prestámos cuidados. Acresce a esta premissa, o dever de sigilo (Artigo 106º CDE) não só pelas características inerentes aos próprios contextos, mas por ser umas das pedras basilares da profissão de Enfermagem. Recordemo-nos do juramento de Florence Nightingale que garantia a "confidencialidade do que for revelado pelos próprios e familiares" (Nunes et al., 2005, p. 118).

A2 – Garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Para a melhor compreensão desta competência, Nunes (2014) evoca três eixos "o respeito pela dignidade humana, pela vulnerabilidade e assunção da plena responsabilidade profissional" (p. 15).

Como referido anteriormente, consagra o Artigo 99º do CDE que "as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa e da liberdade humana e do enfermeiro" (n.º 1) e que os valores universais da relação profissional são a igualdade; a liberdade, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; e a competência e o aperfeiçoamento profissional" (n.º 2).

Contudo, e é sabido por todos nós que as pessoas que tem um problema de saúde mental ainda são descriminalizadas e estigmatizadas. E se essa perturbação de saúde estiver intrinsecamente ligada a comportamentos aditivos e dependências torna-as ainda mais vulneráveis a este tipo de discriminação pela sociedade, e muitas vezes, pelos nossos pares. Eventualmente pela falta de conhecimentos sobre este fenómeno, pelo que o SICAD e toda a rede de CRI(s) têm feito um trabalho notável a nível nacional e internacional para minimizar este preconceito.

No que respeita às pessoas que têm (ou tiveram) ideação suicida, esta descriminação também emerge. Ao longo deste relatório, e do nosso percurso a nível hospitalar, relatámos este estigma e alertámos para as populações mais vulneráveis assim como para determinadas faixas etárias. Neste contexto iniciámos a nossa divulgação, e enquanto nossa responsabilidade profissional, em termos todos um olhar ainda mais atento às pessoas mais fragilidades e com menos fatores de proteção. Recordemo-nos que as estatísticas apontam que cerca de 70% dos indivíduos que morrem por suicídio procuram os cuidados de saúde no mês prévio à sua morte (Valadas e Freitas, 2021).

4.1.2. B – Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Decorria o ano de 2001 quando organismos internacionais como a OMS e o Conselho Internacional de Enfermeiros e organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade evocaram a **necessidade de implementar sistemas de qualidade**. Também o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros reiterou esta necessidade como uma missão prioritária. Neste sentido, foram definidos os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem objetivando que os seus enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros explicassem a natureza e englobassem os diferentes aspetos do mandato social da profissão (OE, 2001).

No que concerne aos Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Mental e Psiquiátrica, estes formam propostos pela Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica e encontram-se devidamente regulamentados (OE, 2015).

B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

Da leitura do descritivo desta competência podemos depreender que cabe ao Enfermeiro Especialista colaborar na “conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional” (OE, 2014, p.4747).

Na procura incessante da melhoria continua da qualidade, foram por nós mobilizados conhecimentos e habilidades de modo a orientar projetos institucionais. Em contexto de internamento, e à luz do explanado neste relatório, delineámos e operacionalizámos a implementação da correta avaliação do risco de suicídio com base na evidência científica, sensibilizando os enfermeiros para os fatores de risco e de proteção inerentes a este fenómeno, podemos contribuir para que intervenções de enfermagem fossem prescritas de modo a diminuir o risco do suicídio.

Em contexto comunitário, e tendo em conta que o serviço onde se desempenha a atividade profissional que é por excelência a resposta em CAD a vários concelhos do Alentejo, onde a rede de transportes públicas é escassa, implementámos em 2015 a Consulta Descentralizada em CAD no Concelho mais distante da sede do serviço.

Dizer ainda que em tempo de Pandemia COVID-19 fomos nomeados como Gestores Local para implementação de um projeto de rastreio SARS-CoV-2. Para além de todo o planeamento estratégico, a articulação com os serviços e autoridades competentes, a dinamização do projeto envolvendo toda a equipa, a partilha e formação das boas práticas com os restantes Centros de Respostas Integradas de todo o Alentejo, a promoção da saúde mental e a gestão emocional em situação de crise estiveram intrinsecamente ligadas ao processo de rastreio.

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Mental e Psiquiátrica, enquanto instrumento para a promoção da melhoria contínua e referencial para a reflexão sobre a prática especializada, é através dos seus enunciados descritivos que se explica a natureza e os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem. Dito de outra maneira, constituem, portanto, o instrumento que define “o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos” e fornece as orientações para a definição de programas de melhoria contínua da qualidade (OE, 2015, p.17035).

Categorizam-se naqueles Padrões oito enunciados descritivos: 1) a satisfação do cliente; 2) a promoção da saúde; 3) A prevenção das complicações; 4) O bem-estar e o

autocuidado; 5) A adaptação; 6) A organização dos cuidados de enfermagem; 7) a relação psicoterapêutica; e 8) A redução do estigma e a promoção da inclusão social (OE, 2015).

Reconhecemos que o presente documento, e em particular o projeto de intervenção em contexto hospitalar, espelha a nossa preocupação com a aquisição de competências com base nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Em contexto comunitário, e enquanto elementos da Equipa de Prevenção em CAD, desenvolvemos com a restante equipa e em articulação com a Saúde Escolar e a Escola Segura da GNR, projetos estruturados que implementámos nos Agrupamentos de Escolas e Escolas Profissionais dos Concelhos na área de abrangência do CRI. Estes projetos visavam a sensibilização e a literacia em CAD aos educandos do 2º e 3º Ciclo, Pais/ Encarregados de Educação e Docentes sobre os comportamentos aditivos com e sem substância. Na última sessão dos projetos apresentávamos um QR code¹⁷ onde constava o nosso questionário de satisfação com o projeto.

Ao abrigo dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, estes projetos incluíam a promoção da saúde, a prevenção das complicações, o bem-estar e o autocuidado, e adaptação e a redução do estigma e a promoção da inclusão social.

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro

Consagra o descritivo desta competência que “o enfermeiro especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e ferindo o risco”. Se nos debruçarmos sobre o percurso em contexto hospitalar, facilmente se depreende que a prevenção do risco esteve sempre presente. O conhecimento dos fatores de risco e das populações vulneráveis para os comportamentos da esfera suicidária espelha a nossa preocupação. A implementação de estratégias que reduzissem esse risco, e alicerçadas na teoria das Marés, perspetivavam a segurança da pessoa com (ou em) risco. A título de exemplo, recordemo-nos do plano de segurança.

¹⁷ Código bidimensional formado por uma imagem quadrada e codificada que armazena as informações pretendidas.

No contexto comunitário, nomeadamente em torno dos CAD, e em sede da Equipa de Tratamento a literacia aos utentes sobre o Agonistas e Antagonistas Opiáceos é um exemplo da redução do risco e promoção da segurança da pessoa com CAD à substância heroína. Na Equipa de Prevenção, a literacia e consequentemente o empoderamento sobre as tomadas de decisões informadas, aqui falamos em Redução de Risco e Minimização de Danos em contexto de diversão noturna, é outro exemplo de promoção de um ambiente seguro.

4.1.3. C – Domínio da Gestão dos Cuidados

De acordo com o Artigo 9º do REPE, que regulamenta as intervenções dos Enfermeiros, cabe a estes profissionais no exercício da sua atividade contribuir “na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria para a melhoria e evolução dos cuidados de Enfermagem” (n.º 6).

C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde

Na procura da excelência do exercício, e ao abrigo da alínea e) do Artigo 109º do CDE, é dever do Enfermeiro “garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos”. A delegação de tarefas só pode ocorrer nos profissionais “funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar (Artigo 10º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros). Estes dois deveres foram especialmente visíveis em contexto de estágio comunitário, nomeadamente nas questões e atividades da Equipa de Tratamento nomeadamente no Programa de Substituição Opiácea.

Acresce nesta competência a colaboração com outras profissões (intra e extraequipa) e/ou referenciação para outros prestadores de cuidados. Em contexto hospitalar, participámos ativamente nas reuniões de serviço e nas reuniões do Departamento. Nos momentos prévios à alta clínica, estabelecemos contactos e elaborámos documentos de referenciação para a continuidade dos cuidados nas equipas da comunidade (por exemplo, equipas locais de saúde mental, centros de saúde, unidade de cuidados continuados).

Esta competência foi adquirida ao longo de onze anos no Serviço Especializado em CAD. Recentemente fora mais desenvolvida na medida em que, e conhecendo os recursos da comunidade em que o serviço está inserido, estabelecemos articulação com os Municípios, Juntas de Freguesias, Agrupamento de Escolas, Unidade Local de Saúde (e respetivas UCSP e UCC), Associações Locais, Forças de Segurança, entre outros. A experiência e o tempo ensinaram-nos que a sustentabilidade dos objetivos a que nos propomos, enquanto equipa de saúde, depende em grande escala da rede de parceiros que criamos.

C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados

Expõe o descritivo desta competência que “o enfermeiro especialista, na gestão dos cuidados adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados”. Reconhecendo que existem diversos estilos de liderança, ao longo de onze anos de atividade profissional na qualidade de enfermeiros, tivemos que assumir funções de gestão e liderança de cuidados de enfermagem, pelo que reconhecemos que, e tendo em conta as nossas características pessoais, procurámos ser nessas situações líderes democráticos.

Desde 2021 que desempenhamos funções de gestão na equipa multidisciplinar, sendo da nossa responsabilidade, em colaboração com a restante equipa:

- ✓ Programar anualmente as atividades a realizar no âmbito da área de intervenção do CRI;
- ✓ Dar orientações técnicas aos profissionais do CRI;
- ✓ Propor e acompanhar a afetação dos recursos disponíveis, assim como a utilização dos equipamentos e instalações;
- ✓ Propor os horários de funcionamento do CRI e dos Profissionais e informar sobre a sua assiduidade;
- ✓ Coordenar a Equipa de Enfermagem;
- ✓ Elaborar relatórios da atividade do CRI e divulgar junto dos órgãos competentes;
- ✓ Dinamizar os processos de garantia e melhoria contínua da qualidade dos serviços;
- ✓ Zelar pela correta utilização do fundo de maneo disponibilizado ao CRI;
- ✓ Assegurar a representação externa e articulação com outras unidades de saúde da região.

4.1.4. **D – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

Na procura da **excelência do exercício profissional**, o enfermeiro assume o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (alínea c) do Artigo 109º do CDE).

D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

Phaneuf (2005) acautelou-nos que para desenvolvermos a nossa atividade profissional é fundamental autoconhecer-nos, e invoca o filósofo Sócrates “*conhece-te a ti mesmo*”, “como premissa ao desenvolvimento da sabedoria” (p. 177). É com base nesta premissa que a autora nos ensina que a autorreflexão, a tomada de consciência da nossa personalidade e a retroação pelos outros é o caminho para a descoberta de quem (e como) somos e nesse sentido teremos a perceção do que necessitamos de melhorar ou atualizar.

A perceção que as pessoas a quem prestamos cuidados têm a nosso respeito forma-se partir da forma como as olhamos e também como nos percecionamos. Daqui emerge o **autoconceito**. Sendo que a perceção do nosso valor pessoal permite-nos desenvolver a autoconfiança e autoestima. No decurso de uma relação de ajuda, esta confiança dá o sentido de ser uma pessoa válida e competente, o que influencia não só o modo como entramos na relação, mas também as trocas que são estabelecidas (Phaneuf, 2005).

Não só ao longo deste Curso de Mestrado, mas há algum tempo que aprendemos a conhecer-nos, a reconhecer as nossas qualidades e as nossas fragilidades e desse modo permitiu-nos melhorar os conceitos de autopresença, autocontrolo e autoconsciência. Conceitos fundamentais para o desenvolvimento das relações quer profissionais, quer pessoais.

D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

Conforme o descritivo desta competência, o “Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão em conhecimento válido, atual e pertinente (...)” e com este sentido de responsabilidade acrescida procurámos que nossos cuidados de enfermagem especializados seguissem a prática baseada na evidência. Nesta perspetiva, e com notória regularidade, recorreremos à pesquisa de novos e atuais conhecimentos com base em conjugações booleanas dos descritores (indexados do DeCS/MeSH) em plataformas e sites de referências (alguns disponíveis no Portal da Ordem dos Enfermeiros).

Em consonância com o Artigo 100º do CDE em que é dever do enfermeiro “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através de ações de qualificação profissional” (alínea e)), acresce ainda o cuidado que demonstrámos com a nossa própria formação, e no âmbito do tema deste relatório, assistimos às seguintes ações de formação:

- Seminário **“Demência – Desafios no Cuidar”** – 03/10/2022 das 10:30 às 17:30 organizado pela Fundação Caixa Agrícola Costa Azul e com a colaboração do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão;
- Seminário **“Saúde Mental com Afetos”** – 10/10/2022 das 9:30 às 13:00 e Workshop **“Passeando por Mistérios das Psicoterapias”** (14:00 – 15:00) organizados pelo Grupo de Trabalho de Saúde Mental do Concelho de Sines/ CLDS 4G;
- Webinar **“Caminhos para o futuro da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica em Portugal”** – 11/11/2022 organizado pela Ordem dos Enfermeiros;
- Formação **“Orientação Sexual e Identidade de Género – Crianças e Jovens LGBTI”** – De 8 a 10/11/2022 organizado pela CasaQui;
- Seminário **“Violência no Setor da Saúde – da Prevenção à Ação”** – 17/11/2022 das 10h às 18h organizado pela Direção Geral de Saúde;

- Webinar ***“Estratégias de Prevenção do Burnout na Prática Profissional”*** - 21/03/2023 organizado pela Universidade Aberta.

Importa ainda salientar que demonstrámos o nosso interesse, à comissão organizadora do **“Projeto + Contigo: Promoção de Saúde Mental e Prevenção de Comportamentos Suicidários na Comunidade Educativa”**, na nossa participação na próxima edição do Curso de Formação de Dinamizadores.

Em contexto comunitário, responsabilizámos por ser facilitadores da aprendizagem em contexto de trabalho, quer na integração de novos elementos na Equipa de Enfermagem, quer na supervisão clínica de estágios de ensino clínico, para os quais descrevemos a resolução das situações de forma objetiva, fornecendo as regras, linhas de orientação e manuais de boas práticas. Demonstrámos como se executa nas dimensões do saber-ser, saber-estar e saber-fazer. Para consolidação dos conhecimentos e perceção de dificuldades não verbalizadas por estes pares e futuros pares, recorreremos à metodologia de estudo de caso.

4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

Do preâmbulo do Regulamento n.º 515/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, podemos depreender que “a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (p.21427).

O Artigo 2º consagra que o perfil de competências do especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica engloba as competências comuns do enfermeiro especialista (descritas no subcapítulo anterior) e as competências clínicas especializadas que objetivam um enquadramento regulador para certificação das competências e ainda a divulgação aos cidadãos do que podem esperar destes profissionais especializados.

Assim, e de acordo com o Artigo 4.º, as competências específicas que adquirimos e/ou desenvolvemos do EEESMP são as que em baixo se elencam:

a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional

Estabelece o descritivo desta competência que o autoconhecimento e o desenvolvimento pessoal, mediante a vivências de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas, são fundamentais nos cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, na medida em que ao interferir na relação terapêutica podem condicionar os resultados esperados.

Como abordado na competência comum do Enfermeiro Especialista, nomeadamente do domínio do desenvolvimento das aprendizagens - “a consciência de si”, também nesta competência se alude para a importância da tomada de consciência de quem/como somos e de que forma os nossos valores e os fatores pessoais podem interferir na relação terapêutica. Invoca-se novamente a importância do autoconceito.

Neste sentido, Phaneuf (2005) aborda dois conceitos que devemos estar especialmente atentos: **transferência** e **contratransferência**.

A transferência alicerça-se na infância e constitui-se como uma repetição de relações ou conflitos anteriores. Por outras palavras, a pessoa a quem prestamos cuidados poderá projetar sobre os profissionais de saúde sentimentos e emoções com origem no seu passado e em pessoas significativas (Phaneuf, 2005). Enquanto futuros EEESMP devemos estar atentos a este tipo de situações e clarificar junto da pessoa esta percepção.

A recção contrária também poderá acontecer, falamos aqui na contratransferência. Phaneuf (2005) esclarece-nos que se trata dos sentimentos e emoções que o Enfermeiro desenvolve em resposta ao comportamento da pessoa ajudada. Também este fenómeno poderá prejudicar a relação.

Ao longo dos contextos de estágios não detetámos nenhum dos dois tipos de fenómenos. No entanto, estávamos conscientes da possibilidade de ocorrência e tínhamos clara noção que este tipo de reacções podem ter repercussões negativas na relação de ajuda. Enquanto Enfermeiros, e segundos os pressupostos apresentados por Phaneuf (2005), na procura da qualidade da relação é fundamental que prestemos especial atenção ao grau de confiança manifestada, à circulação da informação que transmitimos, à autenticidade dos nossos comportamentos e à nossa expressão da empatia. No entanto, e se o risco de objetividade da relação de ajuda estiver em causa, deveremos solicitar a outro enfermeiro que nos substitua.

b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental

Determina o descritivo desta competência que para compreensão do estado mental das pessoas a quem prestamos cuidados é mandatário que seja efetuada uma recolha de informação crucial para o processo de avaliação. Para tal devem ser mobilizados aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnicas de entrevista, observação do comportamento, revisão de registo e avaliação abrangente da pessoa e dos sistemas relevantes.

Ao longo do estágio em contexto hospitalar, e como descritos nalguns capítulos deste relatório, desenvolvemos um conjunto de técnicas específicas para uma comunicação eficaz.

Façamos aqui um parêntesis para conceptualizar o conceito de comunicação terapêutica. Sequeira (2020) refere que este tipo de comunicação, engloba um processo consciente e deliberado, que “consiste na utilização do conhecimento sobre a comunicação,

estabelecendo uma relação efetiva, de confiança e uma interação comunicativa intencional com a pessoa, de modo a ajudá-la a enfrentar os seus problemas” (p.80).

As principais técnicas de comunicação que procurámos aperfeiçoar, e tendo em conta os pressupostos apresentados por Chalifour (2008) foram as que em baixo se descrevem:

- Comunicação não verbal

Silêncio, toque, distância e as posições físicas, olhar, a escuta e o convite a prosseguir.

- Comunicação verbal

Reflexos, síntese, questões, *feedback* e a informação.

- Estratégias relacionais

Acolhimento, suporte, exploração, clarificação, imediatismo e a confrontação.

- Técnicas de Atitudinais

Aceitação, empatia, respeito caloroso, autenticidade, compaixão e a esperança.

Durante o estágio em internamento de psiquiatria, recorremos á Metodologia de Estudo de Caso, abordada neste relatório, para a qual recorremos a entrevistas, à observação do comportamento e revimos os registos clínicos de modo a executar uma avaliação global da história de saúde mental.

Como descrito nas competências comuns do Enfermeiro Especialista, especificamente no domínio da melhoria contínua da qualidade, e em sede de contexto comunitário, coordenámos e implementámos projetos de promoção da saúde e prevenção de CAD na comunidade em que desenvolvemos a nossa atividade profissional. Acresce na abordagem a esta competência, que tendo em conta que alguns concelhos de abrangência do CRI têm vindo a acolher migrantes onde a barreira linguística dificulta a comunicação e consequentemente os cuidados de saúde, e em articulação com associações, empresas locais e os próprios municípios solicitámos a colaboração de interlocutores culturais o que se têm tornado uma mais valia.

No contexto hospitalar, e á luz deste relatório, desenvolvemos e aplicamos o projeto de prevenção do risco de suicídio aos utentes internados.

c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto

Da leitura do descritivo desta competência este remete-nos para restantes fases do processo de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, nomeadamente o Diagnóstico de Enfermagem, os resultados esperados e a implementação do planeamento para uma pessoa ou para um grupo.

Como referimos anteriormente, a “prática clínica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica engloba a excelência relacional”, a nossa mobilização enquanto instrumentos terapêuticos e o recurso a competências terapêuticas que abordaremos na próxima alínea. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança com a pessoa, tal como ampliar o *insight* desta sobre os seus problemas e capacitação para a resolução de problemas (OE, 2018, p.6).

Importa ainda referir que o estabelecimento de plano de intervenção tem por base o juízo clínico de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica “perante a avaliação dos dados e premissas teóricas”, sendo negociado com a pessoa, engloba os diagnósticos de enfermagem (OE, 2018, p.6)

Ao longo dos dois contextos de ensino e prática clínica, e com recurso a entrevistas clínicas, desenvolvemos “um processo de observação e de recolha de informação através que questões, com o objetivo de compreender os detalhes do problema de saúde da pessoa e caracterizar o contexto no qual a pessoa e o problema se inserem” (Sequeira, 2020, p.90). Deste modo, fortalecemos a orientação do nosso pensamento para o estabelecimento de um diagnóstico de enfermagem. Acresce também o recurso a instrumentos de avaliação que colaboram no processo de Diagnóstico. Em contexto comunitário, utilizamos frequentemente o [AUDIT](#)¹⁸ e o [ASSIST](#)¹⁹, no estágio hospitalar, e sendo parte essencial do nosso projeto, o Índice de NGASR.

¹⁸ O AUDIT- *Alcohol Use Disorders Identification Test* é um instrumento de rastreio do consumo excessivo do álcool, desenvolvido pela OMS. É composto por 10 questões permitindo detetar diferentes níveis de consumo de álcool, desde o consumo baixo risco, de risco, nocivo e ainda a dependência, de uma forma rápida e simplificada (DGS, 2014)

¹⁹ O ASSIST - *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*, instrumento também produzido pela OMS, surge na sequência do desenvolvimento e eficácia do AUDIT, como resposta à magnitude nociva que o consumo de substâncias psicoativas representa para a saúde pública. Permite detetar, para além do álcool, a gravidade do consumo de várias as substâncias, como: Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.); Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.); Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.); Cocaína (coca, crack, etc.); Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.); Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.); Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos; Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.) Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.) (SICAD, 2013).

O recurso a indicadores sensíveis para avaliação dos resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde, só se tornou parte integrante dos nossos cuidados durante este curso de Mestrado em Enfermagem. Até lá, e a bem da verdade, não tinha os conhecimentos suficientes para completar esta avaliação dos projetos que desenvolvemos em contexto comunitário. Contudo, e durante o ensino clínico hospitalar, e como se pode verificar no projeto que se apresenta, tornou-se uma realidade.

Dizer ainda que temos delineado na Equipa de Prevenção, e em articulação com a Rede Social Local, a implementação de um projeto intitulado **“Redução de Riscos e Minimização de Danos: o Alcoolismo e o Envelhecimento”**. Façamos aqui umas breves notas para concetualizar os critérios para a implementação deste projeto que cruza, nalgumas dimensões, com o nosso relatório de estágio:

- Á semelhança do quadro demográfico nacional, a população do Alentejo está manifestamente a envelhecer como revelaram os dados dos Censos de 2021;
 - Além do marcado envelhecimento populacional, destacam-se outros fatores como a “baixa densidade populacional, um menor grau de integração, a existência de um isolamento progressivo tanto no âmbito familiar como social (...) que conduzirão à solidão” (Nunes & Inês, 2017, p.22);
- A história do álcool alicerça-se na própria história do homem, assumindo um papel significativo desde as culturas mais antigas (Valentim et al., 2021);
 - Relativamente aos consumos do álcool no Alentejo, o SICAD (2021) revela que a percentagem de pessoas com mais de 65 anos com consumo diário desta substância encontra-se a par da média nacional;
 - Importa perceber que, e sob ponto de vista do diagnóstico, a designação da patologia relacionado com o álcool é Perturbação do Uso do Álcool (PUA) pela classificação do DSM-V. É fulcral ainda referir que a PUA é habitualmente associada a problemas que verificamos no consumo de outras substâncias. O álcool pode ser usado para aliviar os efeitos indesejados dessas outras substâncias ou para as substituir. A depressão, ansiedade e insónias, são frequentemente acompanhadas do consumo intenso de álcool. **Existe um aumento da taxa de suicídio para os indivíduos com PUA**, assim como casos de depressão e bipolaridade (APA, 2014);

- No passado a Redução de Riscos e a Minimização de Danos enquanto estratégia de intervenção no consumo problemático de substâncias psicoativas, veio relevar-se “como uma das ferramentas mais eficazes na prevenção e diminuição dos danos associados ao consumo de substâncias como a heroína ou a cocaína” (Ritter & Cameron, 2009 cit. Silva, 2021, p. 128). Deste modo, objetivava-se chegar aos consumidores que não pretendiam ou não conseguiam deixar este tipo de consumos, fornecendo as informações de redução de riscos e danos (SICAD, [s.d]).
 - O recurso a esta estratégia tem levado nos últimos anos à estabilização e/ou diminuição do número destes consumidores, no entanto, **a estatística demonstra um aumento dos consumidores problemáticos do álcool** (Silva, 2021);
 - De acordo com o SICAD [s.d.], as intervenções em RRMD, implementadas por profissionais com formação adequada, são fundamentais para uma população heterogénea, quer em termos de faixas etárias, estilos e/ou histórias de vidas, que oferecem o enquadramento para o consumo das diferentes substâncias psicoativas.

Posto isto dizer que projetámos durante a realização deste projeto que o indicador que usaríamos para avaliação do mesmo seria:

R2 – Modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem²⁰

$$\frac{N.^{\circ} \text{ Idosos com valores AUDIT} \leq 8 \text{ que participaram na RRMD}}{N.^{\circ} \text{ Total de Idosos com valores AUDIT} \geq 8 \text{ que participaram na RRMD no mesmo período de tempo}} \times 100$$

²⁰ “Consiste na relação entre o número total de casos que resolveram um determinado fenómeno/diagnóstico de enfermagem, com intervenções implementadas, e o universo dos que apresentaram este fenómeno/diagnóstico, num certo período de tempo” (OE, 2007).

d) Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Para contextualizar esta competência, vejamos o seu descritivo que enuncia que “a implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde próximo do que deseja e/ou adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida” pelo que o EEESMP “mobiliza cuidados psicoterapêuticos, socio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais”.

Compreenda-se que intervenção psicoterapêutica é, e de acordo com a definição da APA, a “aplicação informada e intencional de métodos clínicos e posições interpessoais derivadas e princípios psicológicos estabelecidos com o objetivo de auxiliar as pessoas a modificar os seus comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais em direções que os participantes considerem desejáveis” (OE, 2018, p.7).

Ao longo deste relatório fomos explanando diversos projetos de psicoeducação coordenados, desenvolvidos e implementados em torno dos CAD com e sem substância quer em contexto escolar, laboral ou de diversão noturna. No seio das Equipas de Prevenção do Alentejo temos um lema que nos guia sempre “*Prevenir é refletir. É ajudar a construir escolhas*”. Divulgamos a informação, sempre baseada na evidência científica mais atual, e promovemos a reflexão com recurso a dinâmicas individuais ou de grupo.

Relativamente ao contexto de estágio hospitalar, e como descrito pormenorizadamente neste relatório, desenvolvemos atividades de psicoeducação no âmbito da prevenção do risco de suicídio. Assim como promovemos intervenções psicoterapêutica e de reabilitação psicossocial, mobilizando os processos que melhor se adaptavam à pessoa do nosso estudo de caso, através de intervenções como a Relação de Ajuda, Restruturação Cognitiva, Intervenção na Crise, Melhoria do *Coping* e a Promoção da Esperança.

4.3. Competências de Mestre em Enfermagem

Para finalizar a análise reflexiva de competências, abordaremos neste subcapítulo o percurso para aquisição e desenvolvimento das competências para atribuição do Grau de Mestre. Neste sentido, e para melhor compreensão, faremos referência ao exposto no Decreto-Lei n.º 65/218 de 16 de agosto, que estabelece o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Consagra o seu Artigo 15º no número 1, que o grau de Mestre é conferido aos que demonstrem (a negrito):

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

- Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;**
- Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;**

A análise desta competência remete-nos para os conhecimentos adquiridos durante a Licenciatura em Enfermagem e para todas as aprendizagens e momentos de reflexão vivenciados ao longo de onze anos na prestação de cuidados de enfermagem. Todos estes conhecimentos e a capacidade de compreensão que fomos desenvolvendo, também ao longo deste Mestrado em Enfermagem, permitiu-nos, e com a base na evidência científica, promover projetos de melhoria contínua que visavam solucionar problemas atuais de iminente intervenção, como fomos dissertando ao longo deste relatório.

Dizer ainda que fomos formandos em vários seminários, congressos e encontros que nos permitiram momentos de reflexão e partilha. Em contexto comunitário, e enquanto membros da Associação Portuguesa dos Enfermeiros dos Comportamentos Aditivos apresentámos um poster num Congresso Internacional ao qual foi atribuído uma menção honrosa o que nos deixou extremamente orgulhosos. Especialmente porque espelhava o trabalho desenvolvido por uma equipa multidisciplinar.

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

Situações novas e desconhecidas surgem diariamente no nosso contexto de trabalho, mas o grande desafio surgiu com o estágio em contexto de internamento num serviço de psiquiatria. Até então, a nossa experiência em saúde mental circunscrevia-se aos CAD em CRI(s) e em Comunidades Terapêuticas.

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

A escolha do tema do nosso relatório, mais concretamente o (ou risco de) suicídio, pela complexidade do fenómeno, pela natureza multifatorial e pelo fato de estar envolto em estigmas e receios na sociedade, permitiu-nos integrar novos conhecimentos, encontrar soluções para melhorar a identificação dos casos de risco e encontramos-nos em condições de propor em contexto de trabalho a aplicação de programas estruturados que interliguem os CAD e a redução do risco de suicídio. Ambicionamos assim contribuir para atingir a meta da redução da taxa de suicídio proposta pela OMS.

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

O melhor exemplo que podemos apresentar para demonstrar que adquirimos esta competência é o resultado final deste relatório. A própria organização do relatório, a forma como fomos apresentando os resultados das nossas pesquisas e das nossas experiências fundamentam esta competência. Consideramos ainda que a prova pública para conclusão deste ciclo de estudo enaltecerá esta capacidade de comunicação das conclusões e conhecimentos que adquirimos.

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

De uma coisa temos a certeza: aprendizagem nunca termina. Depois de duas licenciaturas, a prática clínica em contextos tão específicos como o de Bloco Operatório e Centros Especializados em CAD, e após a conclusão deste Mestrado, ainda sabemos tão pouco. Temos uma mão cheia de experiências vividas e outra para viver. Sabemos que todos os dias aprendemos. Quer seja com quem tem muita experiência clínica, quer com os utentes que todos os dias acompanhamos ou com os jovens a quem realizamos sessões de sensibilização para a prevenção de CAD com e sem substância. Aprendemos com os parceiros institucionais e os profissionais da equipa multidisciplinar que integramos. Que nunca nos falte esta humildade e este reconhecimento que a aprendizagem é um processo contínuo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O suicídio é um grave problema de saúde pública com repercussões emocionais que afeta não só a pessoa com comportamentos da esfera suicidária, assim como a família e a toda a comunidade envolvente. Trata-se, portanto, de um tema de extrema complexidade, circunscrito por estigmas e mitos, onde os programas de prevenção e avaliação do risco de suicídio têm se revelado exíguos.

Conscientes deste problema a nível mundial, os Estados Membros da OMS assinaram o Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2030 onde se responsabilizaram pela mudança na Saúde Mental. Desse plano, o objetivo 3 remete para implementação de estratégias de promoção e prevenção da Saúde Mental, sendo que, e especificamente, a Meta 3.2 prevê a redução de 1/3 da taxa de suicídio até 2030.

Sob ponto de vista epidemiológico, as mais recentes estatísticas apontam o suicídio como uma das principais causas de morte em todo o mundo (uma em cada cem mortes). Na distribuição por continentes, a Europa apresenta-se como o segundo continente com maiores taxas de suicídio. Portugal é dos países europeus com menor taxa de suicídio, e nos últimos três anos apresentou um ligeiro decréscimo. Contudo, os dados revelados pelos Censos de 2021, continuam a apontar as regiões do Algarve, Alentejo e Regiões Autónomas da Madeira e Açores com maior prevalência de suicídios.

Este fenómeno apresenta-se com diversos fatores de risco, não sendo possível atribuir uma única causa. No entanto, será de salientar que a doença mental é um importante fator de risco para os comportamentos da esfera suicidária.

Pela a ancoragem à **Teoria das Marés**, que tem como pressuposto um cuidado centrado e colaborativo com a pessoa com comportamentos suicidários, cabe ao Enfermeiro ajudar a identificar os problemas de vida que estão a causar sofrimento assim como a colaborar para que esta consiga se adaptar às adversidades da vida. Para isso, é à luz desta teoria, de forma holística conseguem-se prestar cuidados de enfermagem em todas as suas dimensões.

Nesta perspetiva, e sendo da competência do EEESMP a correta avaliação do risco de suicídio, é fulcral a realização de entrevistas com recurso instrumentos de avaliação validados

para a população portuguesa. Da revisão da literatura efetuada constou-se que o **Índice de NGASR**, atualmente adaptado à população, estima o risco de suicídio e incorpora a Teoria das Marés, associando a estimativa de risco ao nível de envolvimento necessário.

Tendo por base estes conhecimentos teóricos, e ao longo do estágio final, foi desenvolvido um projeto de intervenção que visava a sensibilização dos nossos pares para correta avaliação do risco e apresentação e elucidação sobre o Índice de NGASR.

Neste contexto de estágio hospitalar, foram desenvolvidas atividades em dinâmicas individual e de grupo que visavam a prevenção de comportamentos da esfera suicidária e ainda a implementação de psicoterapias que tinham por base a promoção da esperança, a melhoria das estratégias de coping e a resolução de problemas. Não menos importante, partilhámos os nossos saberes em intervenções psicoeducativas em torno da desconstrução de mitos sobre os atos suicidários.

Para finalizar, acreditamos que adquirimos e desenvolvemos as competências comuns e específicas de EEESMP e ainda as competências em Mestre de Enfermagem. No entanto, temos consciência de que todo o caminho de conhecimentos e habilidades traçado ao longo deste Curso de Mestrado foi só o começo de uma longa viagem de aprendizagens em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 5ª Edição. Climepsi Editores
- Barker, P., Buchanan-Baker, P. (2005). *The Tidal Model. A Guide for Mental Health Professionals*. (1ª Ed.) Brunner-Routledge.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção terapêutica. estratégias de intervenção*. Volume 2. Lusodidacta
- Coelho, J., Sampaio, F., Sequeira, C. (2020). Relação de Ajuda In Sequeira, C., Sampaio, F. *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (1ª Ed., pp 183-185). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Coelho, J., Sousa, L. (2020). Relaxamento In Sequeira, C., Sampaio, F. *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (1ª Ed., pp 202-210). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Cutcliffe, J., Barker, P. (2004). *The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11, (pp. 393–400) <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2003.00721.x>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 - Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior, Pub. L. No. Diário da República, 1.a série — N.º 157, 4147 (2018)
- Direção Geral de Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Mental. Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017-pdf.aspx>

- Direção Geral de Saúde. (2014). Norma - Detecção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool [versão atualizada]. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/detecao-precoce-e-intervencao-breve-no-consumo-excessivo-de-alcool.pdf>
- Façanha, J. (2013). *Avaliação do Risco do Suicídio – Contributos para a validação do Índice de NGASR para a população portuguesa*. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Freitas, R. (2021). Epidemiologia dos Comportamentos Suicidários. In Barbosa, P., Silva, S., Madeira, N., Pires, A. *Prevenção do Suicídio: Manual para Profissionais de Saúde* (pp 15-25). <https://prevenirsuicidio.pt/manual-para-profissionais-de-saude/>
- Guerreiro, D. (2022). *E quando não está tudo bem? Como (Re)conhecer e agir na Ansiedade e na Depressão*. (2ª Ed). Egoeditora
- Guerreiro, D. Santos, N. (2014). Suicídio. In Figueira, M., Sampaio, D., Afonso, P. *Manual de Psiquiatria Clínica*. (1ª Ed., pp 285-306). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Instituto Politécnico de Setúbal (2009). *Guia do Processo de RVC-IPS*. http://www.ips.pt/ips_si/web_gessi_docs.download_file?p_name=F677094166/Guia%20Processo%20RVC-IPS.pdf
- International Council of Nurses (2019). *Internacional Classification for Nursing Practice*. ICNP Browser. Browser CIPE. Version 2019. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser#>
- Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G., Butcher, H., Maas, M., Swanson, E. (2013). *Ligações NANDA-NOC-NIC: Condições Clínicas: Suporte ao raciocínio e assistência de qualidade*. (3ªed.) Elsevier.

- Matias, J., Santos, J. (2014). *Inventário de Razões para Viver: Contributos para a validação para a população não clínica portuguesa*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. https://www.researchgate.net/publication/263279024_Inventario_de_Razoes_para_Viver_Contributos_para_a_validacao_para_a_populacao_nao_clinica_portuguesa/link/54da89940cf233119bc3505c/download
- Nunes, L; Inês, R. (2017). *PReSaMe – Projeto de Respostas em Saúde Mental*. Relatório do Alentejo Litoral. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18123/3/PReSaMe_Relatorio%20Plataforma%20Alentejo%20Litoral_17set_VF.pdf
- Nunes, L., Manuela, A., Rogério, G. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- Nunes, L. (2014). *Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental*. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15263/1/EESMP_Responsabilidade%20%20profissional%20%C3%A9tica%20e%20legal_LN.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Conselho de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo Mínimo de Dados de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados de Saúde*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/gobp_MCEESMP.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho: *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Diário da República, 2ª Série, n.º 122, 17034-17041

Ordem dos Enfermeiros (2016). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros – aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pelo Anexo II à Lei nº 156/2015, de 16 de setembro e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) – Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5154/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro: *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, Série II, n.º 26, 4744-4750.

Organização Mundial de Saúde (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030* <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

Organização Mundial de Saúde (2021) - *Mental Health Action Plan 2013-2030 flyer: what Member States can do*. <https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-action-plan-2013-2030-flyer-what-member-states-can-do#:~:text=The%20Comprehensive%20Mental%20Health%20Action%20Plan%202013-2030%20builds,to%20achieve%20universal%20coverage%20for%20mental%20health%20services>.

Organização Mundial de Saúde (2021). *Suicide worldwide in 2019. Global Health Estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (2022). *WHO highlights urgent need to transform mental health and mental health care*. <https://www.paho.org/en/news/17-6-2022-who-highlights-urgent-need-transform-mental-health-and-mental-health-care>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Lusociência.

PORDATA (2021). *Resultados dos Censos 2021*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/censos/resultados/emdestaque-portugal-361>

- Porto Editora (2023). *Suicídio* no Dicionário infopédia da Língua Portuguesa. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/suic%C3%ADdio>
- Ruivo, M., Ferrito, C., Nunes, L. (2010). *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas*. Revista Percursos. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Saint-Exupéry, A. (2020). *O Príncipezinho*. Edição Portuguesa. Europrice.
- Santos, B., Gonaçaves, P., Sequeira, C., Curto, P. (2020) – Reestruturação Cognitiva In Sequeira, C., Sampaio, F. *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (1ª Ed., pp 186-191). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, C. (2020). Comunicação Terapêutica. In Sequeira, C., Sampaio, F. *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (1ª Ed., pp 80-83). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, C., Sampaio, F. (2020). Da Saúde à Doença Mental. In Sequeira, C., Sampaio, F. *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (1ª Ed., pp 3-6). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, C., Sampaio, F. (2020). Intervenção em Crise. In Sequeira, S., Sampaio, F. *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (1ª Ed., pp 220-226). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. [s.d]. *Redução de Riscos e Minimização de Danos*. <https://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RRMDMais/SitePages/Home%20Page.aspx>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). Rede de Referenciação/ Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e Dependências. https://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/Documents/RededeReferencia%C3%A7%C3%A3o_16_09_2013.pdf

- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências. (2023). *Suicídio na presença de álcool e/ou drogas*. <https://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/InformacaoEstatistica/ConsumosProblemas/Documents/2023/SuicidioNaPresencaDe%C3%81lcoolEDrogas.pdf>
- Silva, M. (2021). *Desafios do alcoolismo e do envelhecimento à redução de danos*. In Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Comportamentos Aditivos. Perspetivas e Desafios. https://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/228/DossierTematico_ComportamentosAditivos_Perspetiva_e_desafios.pdf
- Silva, O. (2021). *Guia Teoria das Marés. Aplicação do Modelo das Marés como recurso de atenção à saúde mental de adolescentes com transtorno de ansiedade no Ensino Médio Integrado*. http://www.ips.pt/ips_si/web_gessi_docs.download_file?p_name=F677094166/Guia%20Processo%20RVC-IPS.pdf
- Silva, S., Barbosa, P. (2021). Plano de Segurança In Barbosa, P., Silva, S., Madeira, N., Pires, A. *Prevenção do Suicídio: Manual para Profissionais de Saúde* (pp 61-67). <https://prevenirsuicidio.pt/manual-para-profissionais-de-saude/>
- Simões, R., Santos, J., Gonçalves, A., Sequeira, C. (2020). Comportamento Autodestrutivo In Sequeira, C., Sampaio, F. *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (1ª Ed., pp 3-6). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Sousa, L.; Marques, J.; Firmino, C.; Frade, F.; Valentim, O.; Antunes, A. (2018). *Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência*. Revista investigação em Enfermagem. https://www.researchgate.net/publication/325699143_MODELOS_DE_FORMULACAO_DA_QUESTAO_DE_INVESTIGACAO_NA_PRATICA_BASEADA_NA_EVIDENCIA/link/5d7d257392851c87c389c428/download

- Valadas, M. (2021). Suicídio e Doenças Mentais. In Barbosa, P., Silva, S., Madeira, N., Pires, A. *Prevenção do Suicídio: Manual para Profissionais de Saúde* (pp 69-76). <https://prevenirsuicidio.pt/manual-para-profissionais-de-saude/>
- Valadas, M., Freitas, R. (2021). Fatores de Risco e Fatores Protetores. In Barbosa, P., Silva, S., Madeira, N., Pires, A. *Prevenção do Suicídio: Manual para Profissionais de Saúde* (pp 27-46). <https://prevenirsuicidio.pt/manual-para-profissionais-de-saude/>
- Valentim, O., Moutinho, L., Rolo, J. (2021). *Doença alcoólica: contributos para a sua compreensão e intervenção*. In Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Comportamentos Aditivos. Perspetivas e Desafios. https://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/228/DossierTematico_ComportamentosAditivos_Perspetiva_e_desafios.pdf
- Veiga, F., Andrade, J., Garrido, P., Neves, S., Madeira, N., Craveiro, A., Santos, J., Saraiva, C. (2014). *IRIS: Um novo índice de avaliação do risco de suicídio*. *Psiquiatria Clínica*, 35, (2), pp. 65-72. https://www.researchgate.net/publication/271446096_Indice_de_Risco_de_Suicidio_IRIS

ANEXOS

Anexo I – Plano de Segurança

Prevenção do Suicídio – Manual para Profissionais de Saúde / Silva e Barbosa (2021)

PLANO DE SEGURANÇA	
Passo 1: Sinais de Alarme (pensamentos, imagens, situações, comportamentos...) desenvolvidos durante a crise.	
1.	
2.	
3.	
Passo 2: Estratégias internas de <i>coping</i> - coisas que eu posso para tirar meus pensamentos de problemas sem entrar em contato com outra pessoa (técnica de relaxamento, atividade física, etc.).	
1.	
2.	
3.	
Passo 3: Pessoas e situações sociais que me podem distrair na crise.	
Nome:	Telefone:
Nome:	Telefone:
Lugar:	
Lugar:	
Passo 4: Pessoas a quem posso pedir ajuda.	
Nome:	Telefone:
Nome:	Telefone:
Nome:	Telefone:
Passo 5: Profissionais ou serviços que eu posso contactar durante uma crise.	
Nome do profissional:	Contacto:
Nome do profissional:	Contacto:
Serviço de Urgência local:	
Morada:	
Contacto:	
Linhas de apoio N.º Nacional de emergência médica: 112 SNS24: 808 24 24 24 Outra:	
Passo 6: Tornar o ambiente seguro.	
1.	
2.	
Algo que é importante para mim e pelo qual vale a pena viver é:	

Anexo II – Questionário de Ideação Suicida (QIS)

Questionário de Ideação Suicida (Q.I.S.) Versão portuguesa de Ferreira & Castela (1999)

Seguidamente encontra-se uma lista de 30 itens, peço-lhe para responder, assinalando com uma cruz (X), a resposta que melhor expressa o seu sentimento nos últimos 6 meses. Cada item tem 7 possibilidades de resposta:

- (0) «Nunca pensei nisto»
- (1) «Já pensei nisto mas não no último mês»
- (2) «Uma vez por mês»
- (3) «Algumas vezes por mês»
- (4) «Uma vez por semana»
- (5) «Algumas vezes por semana»
- (6) «Quase todos os dias»

		0	1	2	3	4	5	6
1	Pensei que seria melhor não estar vivo.							
2	Pensei suicidar-me.							
3	Pensei na maneira como me suicidaria.							
4	Pensei quando me suicidaria.							
5	Pensei em pessoas a morrerem.							
6	Pensei na morte.							
7	Pensei no que escrever num bilhete sobre o suicídio.							
8	Pensei em escrever um testamento.							
9	Pensei em dizer às pessoas que planeava suicidar-me.							
10	Pensei que as pessoas estariam mais felizes se eu não estivesse presente.							
11	Pensei em como as pessoas se sentiriam se me suicidasse.							
12	Desejei estar morto(a).							
13	Pensei em como seria fácil acabar com tudo.							
14	Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas.							
15	Pensei que os outros ficariam melhor se eu estivesse morto(a).							
16	Desejei ter coragem para me matar.							
17	Desejei nunca ter nascido.							
18	Pensei que se tivesse oportunidade me suicidaria.							
19	Pensei na maneira como as pessoas se suicidam.							
20	Pensei em matar-me, mas não o faria.							
21	Pensei em ter um acidente grave.							
22	Pensei que a vida não valia a pena.							
23	Pensei que a minha vida era muito miserável para continuar.							
24	Pensei que a única maneira de repararem em mim era matar-me.							
25	Pensei que se me matasse as pessoas se aperceberiam que teria valido a pena preocuparem-se comigo.							
26	Pensei que ninguém se importava se eu estivesse vivo(a) ou morto(a).							
27	Pensei em magoar-me mas não em suicidar-me.							
28	Perguntei-me se teria coragem para me matar.							
29	Pensei que se as coisas não melhorassem eu matar-me-ia.							
30	Desejei ter o direito de me matar.							

Anexo IV – Inventário das Razões de Viver

Versão portuguesa - **Inventário de Razões para Viver** (Matias & Santos, 2014)

Muitas pessoas já pensaram em suicídio pelo menos uma vez. Outras nunca consideraram sequer esta hipótese. Independentemente de ter, ou não, considerado esta hipótese, estamos interessados nas razões que teria para não cometer o suicídio, se porventura o pensamento ocorresse ou se alguém lho sugerisse. Abaixo estão alguns motivos, enumerados por algumas pessoas, como razões para não cometer suicídio. Gostaríamos de saber quão importante cada uma destas possíveis razões seria, para si, neste momento da sua vida, uma razão para não se matar. Por favor, classifique-as no espaço à direita de cada questão no espaço correspondente à sua opinião. Cada uma das razões pode ser avaliada desde “Irrelevante” até “Extremamente Importante” para não cometer o suicídio. Caso a razão não se aplique a si, ou se não acredita que a afirmação é verdadeira, então assinale no espaço correspondente ao “Irrelevante”. Utilize toda a escala para classificar as frases relativamente às suas opiniões. Mesmo que nunca tenha pensado no suicídio ou acredita firmemente que nunca iria considerar seriamente matar-se, ainda assim é importante que avalie cada motivo. Neste caso, avalie cada motivo com base no porquê do suicídio não ser ou nunca vir a ser uma alternativa para si.

Crenças de Sobrevivência e Mecanismos de Adaptação	Irrelevante	Sem importância	Muito pouco importante	Pouco importante	Muito importante	Extremamente importante
1. Preocupo-me comigo o suficiente para viver.						
2. Acredito que consigo encontrar outras soluções para os meus problemas.						
3. Ainda tenho muitas coisas para fazer.						
4. Tenho esperança que as coisas vão melhorar e o futuro será mais feliz.						
5. Tenho coragem para enfrentar a vida.						
6. Quero experimentar tudo aquilo que a vida tem para oferecer e há muitas experiências que ainda não tive mas quero ter.						
7. Acredito que tudo se pode resolver da melhor maneira possível.						

	Irrelevante	Sem importância	Muito pouco importante	Pouco importante	Muito importante	Extremamente importante
8. Acredito que consigo encontrar um sentido para a vida, uma razão para viver.						
9. Tenho amor à vida.						
10. Ainda que me possa sentir muito mal, sei que isso não vai durar.						
11. A vida é demasiado bonita e preciosa para acabar com ela.						
12. Estou feliz e satisfeito(a) com a minha vida.						
13. Tenho curiosidade em saber o que vai acontecer no futuro.						
14. Não vejo nenhuma razão para apressar a morte.						
15. Acredito que consigo aprender a adaptar-me, ou a lidar, com os meus problemas.						
16. Acredito que matando-me não alcançaria nem resolveria nada.						
17. Tenho vontade de viver.						
18. Estou demasiado tranquilo(a) para me matar.						
19. Tenho planos futuros que desejo concretizar.						
20. Não acredito que as coisas se tornem tão miseráveis ou desesperadas a ponto de preferir estar morto(a).						
21. Tenho uma força interior para sobreviver.						
22. Não quero morrer.						
23. A vida é tudo o que temos e é melhor do que nada.						
24. Acredito que controlo a minha vida e o meu destino.						
25. Amo e divirto-me demasiado com a minha família e não os conseguiria deixar.						

Preocupações relacionadas com os Filhos (caso não se aplique a si passe para o grupo seguinte)	Irrelevante	Sem importância	Muito pouco importante	Pouco importante	Muito importante	Extremamente importante
26. O impacto para os meus filhos poderia ser prejudicial.						
27. Não seria justo deixar os meus filhos ao cuidado de outras pessoas.						
28. Quero ver os meus filhos crescer.						

Medo do Suicídio e da Desaprovação Social	Irrelevante	Sem importância	Muito pouco importante	Pouco importante	Muito importante	Extremamente importante
29. Tenho medo do ato de me matar.						
30. Sou um(a) covarde e não tenho coragem para o fazer.						
31. Sou tão desajeitado(a) que o meu método não iria resultar.						
32. Tenho medo que o meu método de suicídio possa falhar.						
33. Tenho medo do desconhecido.						
34. Tenho medo da morte.						
35. Não conseguiria decidir onde, quando e como o fazer.						
36. As outras pessoas iriam pensar que sou fraco(a) e egoísta.						
37. Não queria que as pessoas pensassem que não controlo a minha vida.						
38. Preocupo-me com o que os outros iriam pensar de mim.						

Responsabilidade para com a Família	Irrelevante	Sem importância	Muito pouco importante	Pouco importante	Muito importante	Extremamente importante
39. Isso iria magoar demasiado a minha família e eu não queria que eles sofressem.						
40. Não queria que a minha família se sentisse culpada depois.						
41. Não queria que a minha família pensasse que fui egoísta ou covarde.						
42. A minha família depende e precisa de mim.						
43. A minha família pode pensar que eu não os amava.						
44. Tenho uma responsabilidade e um compromisso para com a minha família.						

Objeções Morais	Irrelevante	Sem importância	Muito pouco importante	Pouco importante	Muito importante	Extremamente importante
45. As minhas crenças religiosas proibem-no.						
46. Acredito que apenas Deus tem o direito de pôr fim à vida.						
47. Considero-o moralmente errado.						
48. Tenho medo de ir para o inferno.						

Anexo III - Índice de Risco de Suicídio (IRIS)

Francisco Alte da Veiga, Joana Andrade, Paula Garrido, Sandra Neves, Nuno Madeira, Adelaide Craveiro, José Carlos Santos, Carlos Braz Saraiva

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 – Proposta de Intervenção Terapêutica “Caminhada Sensorial”

		IT.XX.0
ESTRATÉGIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E MOTIVACIONAL “Caminhada Sensorial”	REVISÃO	
	Nº	00
	Mês/Ano	00/00
		FOLHA
		1/2

1. PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS:

Estratégia cognitivo-comportamental e motivacional

2. OBJETIVO:

Definir e uniformizar a intervenção terapêutica “Caminhada sensorial” através de estratégias cognitivo-comportamentais e motivacionais de forma a promover, nos doentes internados na Unidade de Internamento de Psiquiatria:

- Redução da ansiedade;
- Expressão de sentimentos e emoções;
- Interação social;
- Estratégias de coping adaptativas;

3. REQUISITOS MATERIAIS:

- 3.1. Roupas/calçado adequada para caminhada;
- 3.2. Dispositivo para música com sons da natureza;
- 3.3. Sala Ocupacional;
- 3.4. Água/ Copos descartáveis;

4. RESPONSABILIDADES:

É da responsabilidade do enfermeiro:

- a) Explicar em que consiste a atividade de forma clara;
- b) Assegurar um ambiente seguro durante a caminhada;
- c) Proporcionar um ambiente propício à interação social.

5. DESCRIÇÃO:

5.1. O Enfermeiro reúne os doentes a participar na atividade (selecionando os que reúnem critérios para a realização da mesma) e orienta-os, com o apoio de um Assistente Operacional, em direção ao exterior com o intuito de fazer uma caminhada (no espaço exterior do hospital);

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

ESTRATÉGIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E MOTIVACIONAL "Caminhada Sensorial"		REVISÃO		FOLHA
		Nº	00	2/2
		Mês/Ano	00/00	

5.2. O Enfermeiro explica a atividade referindo que cada utente deverá, recorrendo aos órgãos dos sentidos, procurar durante a caminhada pelo menos um(a):

- Uma imagem
- Um som
- Um cheiro
- Um toque
- Um sabor

Que lhe faça bem ou traga boas memórias.

5.3. De seguida regressam à unidade e reúnem-se na sala de refeições (as cadeiras deveram ser colocadas de modo a que todos os utentes se vejam) e a porta deverá ficar fechada;

5.4. É oferecido água (reforço da hidratação) e é colocada uma música relaxante para partilha de experiências;

5.5. É solicitado que cada utente (se assim o entender) quando se sentir confortável partilha a experiência iniciando com a frase *"O que eu trouxe desta caminhada foi..."*;

5.6. O Enfermeiro inicia a partilha dando o exemplo;

5.7. O Enfermeiro modera o discurso orientando-o para a presente atividade evitando que este se disperse;

5.8. No final, após todos participarem, o Enfermeiro conclui reforçando a importância de recorrer a estratégias de coping na gestão de stress, controlo de ansiedade e outros sintomas associados à doença mental.

Apêndice II – Mitos

(Adaptado de Barbosa & Silva, 2021)

“Se alguém fala sobre suicidar-se, é pouco provável que o faça”

Verdade:

Muitas pessoas que morrem por suicídio tinham comunicado, implícita ou explicitamente, os seus sentimentos, pensamentos ou planos

“O suicídio é uma resposta expectável ou natural ao stress”

Verdade:

O Suicídio é uma resposta anormal ao stress. Toda a gente experiencia stress ao longo da vida, mas nem toda a gente faz uma tentativa de suicídio.

“Quem pensa em suicidar-se tem sempre a intenção de morrer e não aceita ajuda”

Verdade:

A intensidade dos pensamentos de suicídio é muito variável ao longo do período de crise. Muitas pessoas que tentam ou morrem por suicídio lutam contra estas ideias de morte.

“Alguém inteligente e bem-sucedido nunca tentaria o suicídio”

Verdade:

Tenha em atenção que os pensamentos de suicídio são muitas vezes mantidos em segredo. O suicídio não tem fronteiras demográficas, étnicas, culturais ou socioeconómicas.

“Não há nada a fazer para evitar o suicídio”

Verdade:

Muitas pessoas que tentam o suicídio sofrem de uma doença psiquiátrica que responde a um tratamento. O tratamento apropriado da doença reduz significativamente o risco de suicídio. Por exemplo, o risco de suicídio associado à depressão diminui com o tratamento desta.

“O risco diminui após a tentativa de suicídio”

Verdade:

As tentativas de suicídio prévias são o mais importante fator de risco para a morte por suicídio.

“Alguém que tenta ou fala sobre suicidar-se só quer chamar a atenção”

Verdade:

Em alguns casos, a tentativa de suicídio é a razão para o pedido de ajuda (nomeadamente nos serviços de saúde). Um pedido de ajuda desesperado não é o mesmo que uma chamada de atenção.

“Falar sobre o suicídio com alguém deprimido vai levá-lo a tentar o suicídio”

Verdade:

Muitas pessoas deprimidas que têm pensamentos ou planos de suicídio sentem-se aliviadas quando lhes é oferecida ajuda. Falar com uma pessoa deprimida não a encoraja a suicidar-se.

“O suicídio é sempre um ato impulsivo”

Verdade:

Em alguns casos, a tentativa de suicídio é a razão para o pedido de ajuda (nomeadamente nos serviços de saúde). Um pedido de ajuda desesperado não é o mesmo que uma chamada de atenção.

“O suicídio é causado pelo stress”

Verdade:

As tentativas de suicídio podem acontecer após um acontecimento que provoque grande stress, mas este acontecimento é habitualmente um gatilho para o comportamento, não a causa do suicídio.

“As pessoas que morrem por suicídio são egoístas e fracas”

Verdade:

Muitas pessoas que morrem de suicídio, estavam na verdade, doentes. A doença pode ou não ter sido diagnosticada antes do ato suicida, mas a grande maioria das pessoas tinham uma doença psiquiátrica.

Apêndice III – Proposta “Índice NGASR”

DEPARTAMENTO SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA
Unidade de Internamento de Psiquiatria

Índice de NGASR

Nurses Global Assessment Risk Suicide

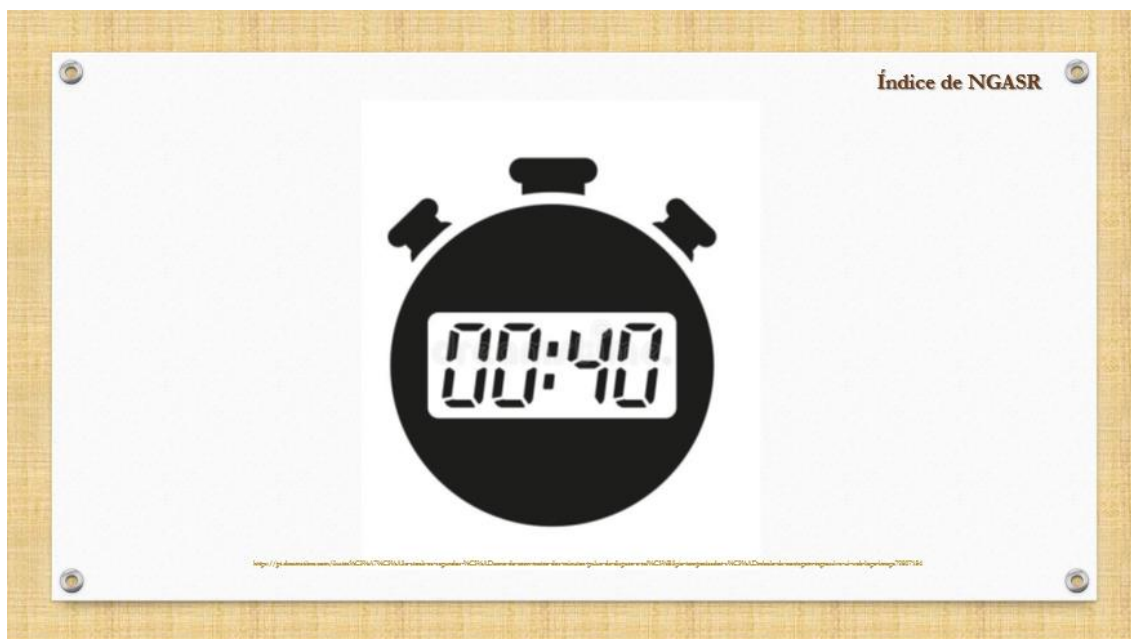
ETIQUETA DO DOENTE

Diagnóstico:

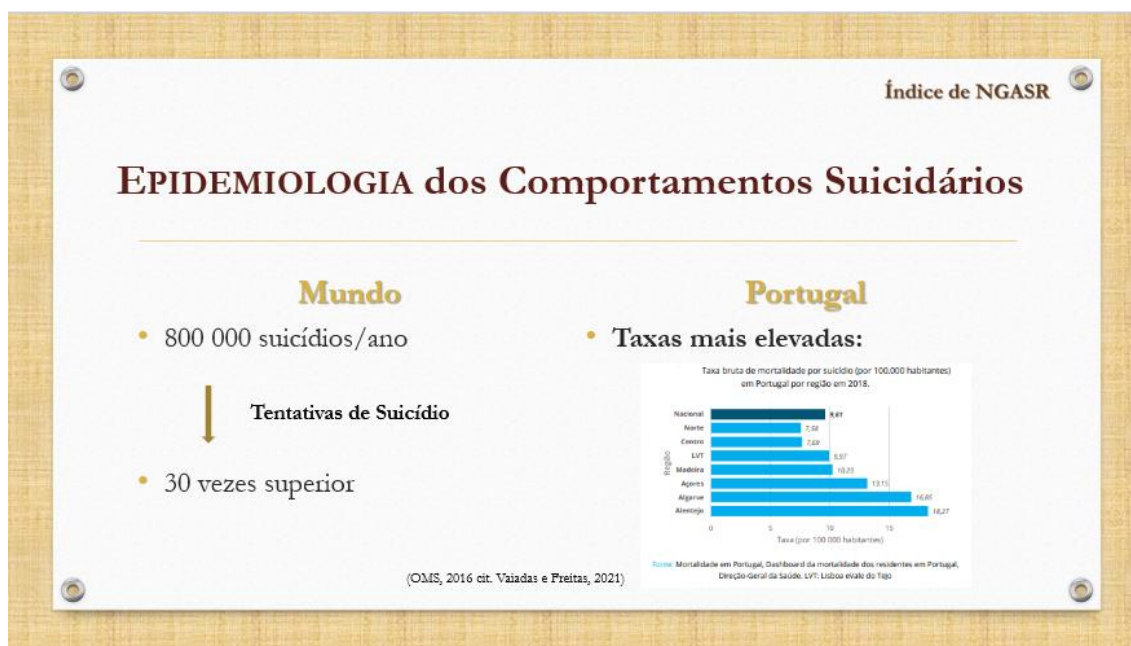
VARIÁVEL PREDITIVA	Admissão _/_/_	Alta _/_/_
	PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO
Presença/ Influência de desesperança	3	3
Acontecimento stressante recente, por exemplo, perda do emprego, preocupações financeiras, ação judicial pendente	1	1
Evidência de vozes/ crenças persecutórias	1	1
Evidência de depressão/ perda de interesse ou perda de prazer	3	3
Evidência de afastamento social	1	1
Aviso de intenção suicida	1	1
Evidência de um plano para se suicidar	3	3
Historial familiar de problemas psiquiátricos graves ou suicídio	1	1
Processo de luto recente ou fim de uma relação	3	3
Historial de psicose	1	1
Viúvo/ viúva	1	1
Tentativa anterior de suicídio	3	3
Historial de privação socioeconómica	1	1
Historial de álcool e/ou abuso de álcool	1	1
Presença de doença terminal	1	1
	Total:	Total:
Níveis de risco: Pontuação 0-5 = risco baixo Pontuação 6-8 = risco intermediário Pontuação 9-11 = risco elevado Pontuação igual ou superior a 12: risco muito elevado		

Adaptado Façanha (2013). Avaliação do Risco de Suicídio – Contributos para a validação do Índice NGASR para a população Portuguesa.
<https://repositorio.esenfc.pt/rc/>

Apêndice IV – Apresentação do Índice de NGASR



<https://pt.dreamstime.com/ilustra%C3%A7%C3%A3o-stock-os-segundos-%C3%ADcone-do-cron-metro-dos-minutos-pulso-de-disparo-e-rel%C3%B3gio-temporizador-s%C3%ADmbolo-da-contagem-regressiva-ui-web-logo-image79807184>



FATORES PROTETORES

(Adaptado de Vaiadas e Freitas, 2021)

Índice de NGASR

- Ausência de doença mental
- Emprego
- Filhos em casa
- Sentido responsabilidade pela família
- Crenças religiosas, culturais ou morais que desencorajam o suicídio
- Satisfação com a vida
- Estratégias de coping
- Capacidade de resolução de problemas
- Bom suporte social
- Boa relação terapêutica
- Acesso aos cuidados de saúde

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

DIVERSAS ESCALAS:

- “Adult Suicidal Ideation Questionnaire (ASIQ)”
- “Center for Epidemiologic al Studies Depression Scale”
- “Clinical Global Impressions (CGI) Scale for Severity of Suicidality”
- “Modified SAD Persons Score (MSPS)”
- “Systematic Suicide Risk Assesement (SRA)”
- “Beck Hopelessness Scale”
- “Beck Scale for Suicidal Ideation (BSI)”
- “Modified Scale for Suicide Ideation (MSSI)”
- “Tool for the Assessment of Suicide Risk (TASR)”
- ...

(Façanha, 2013)

Índice de NGASR

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

- **EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO**, a deteção da intenção suicida é percebida como problemática e complexa como demonstram diversos estudos:
 - Morgan e Priest (1991) apud Cutcliffe e Barker (2004) - 27 utentes psiquiátricos que se suicidaram em contexto de internamento ou 3 meses após a alta, apenas em 10 casos foram introduzidas medidas preventivas, o que demonstra que, nos restantes, o risco de suicídio foi subestimado.

Esta foi uma das evidências que esteve na base do desenvolvimento do instrumento de avaliação de risco de suicídio NGASR pois, antes da existência do NGASR, a **avaliação do risco de suicídio pelos enfermeiros** era unicamente determinada pelo julgamento clínico.

(Façanha, 2013)

ÍNDICE DE NGASR

OBJECTIVO:

Permitir a **correta avaliação do risco de comportamentos suicidários** em utentes com sintomatologia depressiva e consequentemente contribuir para a **prescrição de intervenções de enfermagem adequadas** a essas pessoas, capazes de fomentar a diminuição do número de suicídios.

- Desenvolvido no Reino Unido assente em práticas baseadas na evidência;
- Validado para População Portuguesa.

ÍNDICE DE NGASR

Grelha de observação de pontuação simples, constituída por 15 itens concebida para que toda a informação possa ser recolhida durante a entrevista de enfermagem.



Níveis de risco:

- Pontuação 0-5 = **risco baixo**
- Pontuação 6-8 = **risco intermediário**
- Pontuação 9-11 = **risco elevado**
- Pontuação igual ou superior a 12: **risco muito elevado**

PROPOSTA DE APLICAÇÃO DO ÍNDICE DE NGASR

A QUEM?

- Utentes internados no SP

QUANDO?

- Na admissão/ 1ª Entrevista de Enfermagem
- Na alta

Índice de NGASR

Desenvolvido pela Unidade de Psiquiatria
Unidade de Intervenção de Psiquiatria

Índice de NGASR
Manual de Instruções para o Utilizador

Registo pessoal

Registo

Item	Sim	Não
1. História familiar de depressão		
2. História familiar de suicídio		
3. História familiar de doença mental		
4. História familiar de abuso de substâncias		
5. História familiar de problemas de saúde física		
6. História familiar de problemas de saúde mental		
7. História familiar de problemas de saúde física		
8. História familiar de problemas de saúde mental		
9. História familiar de problemas de saúde física		
10. História familiar de problemas de saúde mental		
11. História familiar de problemas de saúde física		
12. História familiar de problemas de saúde mental		
13. História familiar de problemas de saúde física		
14. História familiar de problemas de saúde mental		
15. História familiar de problemas de saúde física		
Total		

Níveis de risco:
Pontuação 0-5 = risco baixo
Pontuação 6-8 = risco intermediário
Pontuação 9-11 = risco elevado
Pontuação igual ou superior a 12 = risco muito elevado



<https://www.youtube.com/watch?v=VAA0c2wg9i0>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Façonha, J. (2013). AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO - CONTRIBUTOS PARA A VALIDAÇÃO DO ÍNDICE NGASR PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>

Freitas, R. (2021). Epidemiologia dos Comportamentos Suicidários. In Barbosa, P., Silva, S., Madeira, N., Pires, A. *Prevenção do Suicídio: Manual para Profissionais de Saúde* (pp 27-46). <https://prevenirsuicidio.pt/manual-para-profissionais-de-saude/>

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Ordem dos Enfermeiros.

Simões, R., Santos, J., Gonçalves, A., Sequeira, C. (2020). Comportamento Autodestrutivo In Sequeira, S., Sampaio, F. *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. (1ª Ed., pp 3-6). Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (2021). Campanha Nacional de Prevenção do Suicídio. <https://www.youtube.com/watch?v=VAA0c2wg9i0>