



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Curso de Mestrado em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiátrica**

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

SUICIDE PREVENTION

Desenvolvimento de competências clínicas
especializadas na área de Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiátrica

DOCUMENTO FINAL

Relatório de Estágio Profissional

Ana Vinhas

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Desenvolvimento de competências clínicas
especializadas na área de Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica

SUICIDE PREVENTION

Development of specialized clinical skills in Mental
Health Nursing and Psychiatry

Orientador

Professor Doutor José Carlos Carvalho

Coorientadora

Professora Doutora Júlia Marques

Porto, 2025

Só há um problema filosófico verdadeiramente sério: o suicídio.

Julgar se a vida merece ou não ser vivida é responder a uma questão fundamental da filosofia.

Albert Camus

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me guiou os passos.

À minha querida mãe e avó, pelo apoio incondicional e incentivo constante, sem elas não teria sido possível.

Ao Thiago, pela paciência, pelo amor e por suportar as minhas ausências.

Aos meus tios, pelo cuidado com que sempre me acolheram nesta etapa.

Aos amigos, que tantas vezes me refrescaram a alma.

À Helena, pelas conversas transformadoras e por não me deixar desistir.

Ao Prof. José Carlos, meu orientador, pela capacidade de descomplicar e pelo encorajamento constante.

À Prof. Júlia, pela disponibilidade generosa e pelo apoio fora de horas.

Aos meus colegas de trabalho, fonte diária de inspiração e exemplos de dedicação.

Aos tutores, que compartilharam comigo algo que não tem preço – o conhecimento.

A todos, o meu profundo reconhecimento e sincero obrigada.

ABREVIATURAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
APA	<i>American Psychological Association</i>
DCL	Declínio Cognitivo Ligeiro
EESMP	Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica
EM	Entrevista Motivacional
ESEP	Escola Superior de Enfermagem do Porto
ESMP	Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
ET	Equipa de Tratamento
HADS	Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar
ICAD	Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
IRIS	Índice de Risco de Suicídio
MESMP	Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
MMSE	Mini-Mental State Examination
MoCA	<i>Montreal Cognitive Assessment</i>
NGASR	<i>The Nurses Global Assessment of Suicide Risk</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNC	Perturbação Neurocognitiva
QIS	Questionário de Ideação Suicida
SOCRATES	<i>Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale</i>
UC	Unidade Curricular
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
ULS	Unidade Local de Saúde

RESUMO

Este documento aborda o desenvolvimento de competências clínicas especializadas em ESMP e a concretização de um projeto focado na prevenção do suicídio no âmbito do MESMP. Trata-se de uma temática de importância crescente no campo da saúde mental, uma vez que representa um grave problema de saúde pública, com repercussões profundas nos indivíduos, nas famílias e na comunidade.

O projeto teve como objetivos reforçar a visibilidade da problemática, capacitar os profissionais de saúde para uma intervenção eficaz, bem como desenvolver um trabalho direto com os utentes em risco, através da implementação de estratégias de apoio, prevenção e acompanhamento individualizado.

A experiência clínica decorreu em três cenários distintos — cuidados comunitários, estruturas de resposta diferenciada e unidades de internamento em fase de descompensação aguda da doença — o que possibilitou a aplicação prática dos conhecimentos teóricos e a adaptação das intervenções às dinâmicas de cada contexto. Cada ambiente exigiu abordagens diferenciadas, alinhadas com as necessidades das populações-alvo.

A metodologia adotada consistiu em uma revisão da literatura sobre a prevenção do suicídio, articulada com a descrição e reflexão acerca das atividades realizadas nos momentos de estágio. A reflexão sobre a prática demonstrou ser uma componente essencial que contribui para o crescimento profissional e para a melhoria contínua dos cuidados prestados.

Os resultados demonstraram um impacto positivo associado às intervenções implementadas. Os profissionais sentiram-se mais preparados para lidar com situações relacionadas ao suicídio e os utentes revelaram mais conhecimento para reconhecer sinais de alerta, recorrer a estratégias de *coping* e a redes de apoio previamente trabalhadas.

Palavras-chave: Prevenção do suicídio, Saúde mental, Psicoeducação, Intervenção.

ABSTRACT

This document addresses the development of specialized clinical competencies in Mental Health and Psychiatric Nursing (MHN) and the implementation of a project focused on suicide prevention within the scope of MHN training. The subject is of increasing relevance in the field of mental health, as suicide represents a serious public health issue with profound effects on individuals, families, and communities.

The project's objectives included raising awareness of the issue, equipping healthcare professionals for effective intervention, and providing direct support to at-risk individuals through the implementation of support, prevention, and individualized follow-up strategies.

The clinical experience took place across three different settings — community care, specialized response structures, and inpatient units during acute phases of illness — allowing for the practical application of theoretical knowledge and the adaptation of interventions to the dynamics of each context. Each setting required tailored approaches in line with the specific needs of its target population.

The adopted methodology consisted of a comprehensive literature review on suicide prevention, integrated with a description and reflection on the activities carried out during the clinical training. Reflective practice was a key component, contributing to professional development and the continuous improvement of care delivery.

The results indicated a positive impact from the implemented interventions. Healthcare professionals reported feeling more prepared to manage situations related to suicide, and service users demonstrated greater awareness of warning signs, coping strategies, and the use of support networks previously explored.

Keywords: Suicide prevention, Mental health, Psychoeducation, Intervention.

Índice

INTRODUÇÃO	12
1. PERSPETIVAS TEÓRICAS SOBRE A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO	14
1.1. Pertinência da Temática e Motivação na Escolha do Tema	22
1.2. Teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau	23
1.3. O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Prevenção do Suicídio	26
2. ANÁLISE DO PROCESSO DE CUIDADOS NOS CONTEXTOS CLÍNICOS	29
2.1. Contexto Comunitário	29
2.1.1. Caracterização do Contexto Clínico	29
2.1.2. Objetivos	30
2.1.3. Contextualização	31
2.1.4. Avaliação das Necessidades	33
2.1.5. Planeamento e Execução	34
2.1.6. Resultados e Avaliação	36
2.1.7. Intervenção Individual – Estimulação Cognitiva	37
2.2. Contexto de Cuidados Diferenciados	38
2.2.1. Caracterização do Contexto Clínico	39
2.2.2. Objetivos	39
2.2.3. Contextualização	40
2.2.4. Avaliação das Necessidades	42
2.2.5. Planeamento e Execução	42
2.2.6. Resultados e Avaliação	44
2.2.7. Intervenção Individual – Entrevista Motivacional	44
2.3. Contexto de Internamento	45
2.3.1. Caracterização do Contexto Clínico	45
2.3.2. Objetivos	46
2.3.3. Contextualização	47
2.3.4. Avaliação das Necessidades	49

2.3.5. Planeamento e Execução	51
2.3.6. Resultados e Avaliação	56
2.3.7. Estudo de Caso	57
3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	62
3.1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional	62
3.2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental	65
3.3. 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	68
3.4. Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, 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	70
3.5. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	71
3.6. Análise Crítico-Reflexiva sobre o Desenvolvimento de Competências	73
CONCLUSÃO	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXOS	89
Anexo I – Sessão de Sensibilização - EEESMP da ULS	
Anexo II – Sessão de Sensibilização - Equipa da UCC	
Anexo III – Planeamento - Estimulação Cognitiva	
Anexo IV – Póster Informativo - Contexto de Cuidados Diferenciados	
Anexo V – Folheto Informativo - Contexto de Cuidados Diferenciados	
Anexo VI – Planeamento - Entrevista Motivacional	
Anexo VII – Questionário de Avaliação de Conhecimentos	
Anexo VIII – Declaração de Consentimento	
Anexo IX – Planeamentos das sessões de psicoeducação	
Anexo X – Apresentação Primeira Sessão Psicoeducação	
Anexo XI – Tabela de Registo de Pensamentos	

Anexo XII – Tabela Para Plano de Segurança Individual

Anexo XIII – Roda do Autocuidado e Cartões da Sessão 5

Anexo XIV – Carta Para o Meu Eu do Futuro

Anexo XV – Avaliação do Projeto - Internamento

Anexo XVI – Póster Submetido em Encontro de Enfermeiros

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Conteúdo das Sessões de Sensibilização – EEESMP	35
Tabela 2 - Conteúdo das Sessões de Sensibilização - UCC	36
Tabela 3 - Conteúdos das Sessões de Sensibilização - ET	43
Tabela 4 - Diagnósticos de enfermagem – Contexto de Internamento	51
Tabela 5 - Cronograma do Planeamento das Atividades	52
Tabela 6 - Diagnósticos de Enfermagem - Estudo de Caso	59
Tabela 7 - Intervenções de Enfermagem Associadas aos diagnósticos	60
Tabela 8 - Resultados da Aplicação dos Instrumentos de Apoio	61

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) defende que saúde mental é mais do que a ausência de doença mental - é um estado de equilíbrio e bem-estar que envolve múltiplas vertentes do ser humano, como a capacidade de lidar com as exigências emocionais e sociais da vida, manter relações interpessoais significativas, tomar decisões com autonomia e sentir-se pertencente e útil no seu contexto (WHO, 2022). Os crescentes desafios no âmbito da saúde mental levaram a uma maior visibilidade do tema e impulsionaram a adoção de novos modelos de cuidado, modelos esses que contemplam uma abordagem integrada e que exigem dos profissionais de saúde competências mais específicas. Assim, a figura do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) surge num papel principal e espera-se que este profissional combine responsabilidade ética, fundamentação científica e conhecimento especializado na área.

Enquadrado na Unidade Curricular (UC) estágio de natureza profissional com relatório – Módulo II, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP), a decorrer no ano letivo 2024/2025, na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), sob a orientação do Professor Doutor José Carlos Carvalho e a coorientação da Professora Doutora Júlia Marques, foi proposta a execução de um documento, onde estivesse refletido o desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP). Este trabalho materializa o percurso formativo e o trabalho desenvolvido durante os estágios.

Os ensinamentos clínicos foram desenvolvidos em três contextos distintos, nomeadamente o contexto comunitário, de resposta diferenciada e de internamento de pessoas em fase de descompensação aguda da doença mental. Contaram com um total de 340h e foram precedidos por um Módulo I, durante o qual foi elaborado o projeto das atividades a serem implementadas nesta fase. A supervisão e orientação clínica estiveram a cargo de um EESMP em cada um dos contextos de estágio, assegurando a qualidade e a consistência das

intervenções.

De forma a orientar o trabalho desenvolvido, selecionou-se uma temática transversal – a prevenção do suicídio. A escolha baseou-se não só nas experiências profissionais vivenciadas, mas também na importância crítica do tema dentro do contexto da saúde mental, já que o suicídio é considerado pela OMS um problema de saúde pública e tem um impacto profundo nas famílias e nas comunidades. A prevenção do suicídio representa um desafio para os profissionais de saúde, especialmente para os EESMP, que devem estar munidos de competências para identificar sinais precoces, intervir de forma eficaz e proporcionar o acompanhamento necessário.

Este relatório está estruturado em capítulos e inicia-se com uma análise teórica sobre a prevenção do suicídio, na qual são apresentados os resultados da revisão bibliográfica realizada. O segundo capítulo explora o processo de cuidados nos respectivos contextos clínicos e inclui a descrição dos locais de estágio e das intervenções realizadas. O terceiro e último capítulo aborda o processo de aquisição de competências e dele consta uma análise crítica e reflexiva sobre o trabalho desenvolvido.

No final do documento, são apresentadas as referências bibliográficas consultadas, seguindo as diretrizes da *American Psychological Association* (APA) 7.^a edição, e são incluídos os anexos que se consideraram mais pertinentes, os quais oferecem informações suplementares que enriquecem o conteúdo abordado ao longo do trabalho.

É importante destacar que todas as atividades realizadas com os utentes foram conduzidas com total respeito às normas éticas e legais. Para cada intervenção, foi obtido o consentimento informado adequado, e, em conformidade com as obrigações de confidencialidade, alguns dados foram deliberadamente omitidos ou anonimizados. Além disso, quaisquer informações que pudessem identificar a instituição de saúde envolvida no estudo foram removidas, alinhando-se às diretrizes de sigilo institucional e às políticas relacionadas à divulgação de dados sensíveis.

1. PERSPETIVAS TEÓRICAS SOBRE A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

O suicídio, além de ser uma realidade complexa e dolorosa, é um desafio que transcende fronteiras e impacta inúmeras vidas ao redor do mundo. A palavra suicídio remonta ao latim, sendo composta pelos elementos *sui*, pronome reflexo, indicando a si mesmo e o sufixo latino *-cidium*, do latim *caedo*, que significa cortar, deitar abaixo (Priberam Informática, S.A, 2025). A etimologia da palavra reflete a ideia central do ato: a ação deliberada de pôr fim à própria vida. Segundo o *International Council of Nurses* (ICN), o suicídio é definido como um “comportamento autodestrutivo: execução de atividades suicidas que levam à própria morte” (ICN, 2019).

No campo da sociologia, Durkheim (1992) afirma que, entre os diferentes tipos de morte, há aqueles que possuem uma característica específica: são causados pela própria pessoa, resultando de um ato intencional realizado pelo próprio; o autor define então o suicídio como “toda a morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo realizado pela própria vítima” (Durkheim, 1992). O autor vai mais longe e, na sua obra, classifica o suicídio em três categorias principais: o suicídio egoísta, que resulta da fraca integração social, levando o indivíduo ao isolamento e à desesperança; o altruísta, associado a uma integração excessiva, onde o indivíduo sacrifica a própria vida em nome do grupo; e o anómico, decorrente da desregulação social, comum em períodos de crise ou rápida mudança (Durkheim, 1992).

O suicídio é um fenómeno que tem sido objeto de estudo em diversas áreas do conhecimento e que possui um traço histórico significativo, já que se fez presente em diferentes sociedades ao longo dos tempos. Historicamente, o suicídio foi amplamente condenado - na Grécia Antiga, era considerado crime contra o Estado, enquanto no Império Romano podia ser um meio de evitar a humilhação; no Renascimento, embora ainda condenado, passou a ser discutido de forma mais filosófica e alguns intelectuais associaram-no a distúrbios mentais (Townsend, 2015). Muitas religiões também classificam o suicídio como pecado e este permaneceu ilegal em vários países até ao século XX, sendo descriminalizado em Inglaterra em 1961 e na Irlanda em 1993 (Townsend, 2015).

À medida que o interesse pela temática cresceu e o conhecimento foi evoluindo, surgiram conceitos que nos levam a compreender o comportamento autolesivo não apenas como o ato consumado, mas também como um espectro de manifestações complexas. O comportamento suicida refere-se ao envolvimento em comportamentos potencialmente autolesivos com pelo menos alguma intenção de morrer como resultado dessas ações; inclui pensamentos suicidas, planos de suicídio, preparações para o suicídio e tentativas de suicídio (Huang et al., 2020). A Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2013) define a tentativa de suicídio como “o ato levado a cabo por um indivíduo e que visa a sua morte, mas que por razões diversas não é alcançada”, enquanto a ideação suicida remete ao campo do pensamento e é caracterizada por pensamentos ou ideias acerca do suicídio e/ou planeamento da própria morte (Cardoso, G. T., 2016). Estes conceitos podem ou não estar relacionados, dependendo dos casos específicos, não existindo necessariamente uma progressão linear entre eles.

Vários modelos explicativos do suicídio tentam compreender o fenómeno, integrando aspectos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. Estes modelos ajudam a orientar as estratégias de prevenção e intervenção de forma mais eficaz. Uma das teorias que se debruçou sobre o tema é a Teoria dos Três Passos, publicada em 2015, que descreve as condições sob as quais ocorrem o desejo e as tentativas de suicídio; explica o suicídio através de quatro fatores: dor, desesperança, desvinculação e capacidade para o suicídio (Klonsky et al., 2021). O primeiro passo refere que a combinação da dor e da desesperança é potencialmente geradora do desejo de suicídio; o segundo passo identifica um aumento desse desejo se a dor é opressiva e a conexão social do indivíduo é fraca; por último, o terceiro passo prevê que para que o desejo se converta em tentativa de suicídio, a pessoa tem que ter capacidade para tal (Klonsky et al., 2021). Um outro modelo explicativo é o da teoria Diátese-Stress, que considera a interação entre as predisposições individuais (características ou vulnerabilidades internas) e os fatores stressantes do ambiente (perdas, mudanças, dificuldades da vida), levando assim ao desenvolvimento de doença mental e risco acrescido de suicídio (Monroe & Simons, 1991). Thomas Joiner propôs a Teoria Interpessoal do Suicídio, onde sugere a combinação de três fatores principais para justificar o comportamento suicida – a perceção de ser um

fardo, a falta de pertença ou conexão social e a capacidade adquirida para o suicídio; o autor realça a importância das interações sociais e das experiências pessoais na compreensão e prevenção do suicídio (Van Orden et al., 2010).

De acordo com a OMS, aproximadamente 717.000 suicídios foram documentados em todo o mundo no ano de 2021, sendo que o maior número de mortes por suicídio se concentrava, nesse mesmo ano, na região do Sudeste Asiático (WHO, 2024b). O suicídio é a 17^a principal causa de morte ao longo da vida e figura como a quarta principal causa de morte entre indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos (WHO, 2021a). De forma ainda mais alarmante, coloca-se a possibilidade de as taxas reais de suicídio serem superiores às relatadas, em virtude do estigma, da má classificação dos dados e das limitações dos sistemas de vigilância (WHO, 2021b).

No ano de 2023, as taxas de suicídio em Inglaterra e no País de Gales atingiram níveis máximos desde o ano de 1999 (Hiam et al., 2024). Já em Portugal, a taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes (2015-2022) teve uma evolução de 10,9 para 9,7 sendo que em 2021 foi de 8,9 (Instituto Nacional de Estatística, 2024). Apesar de serem números que se encontram em declínio, ainda permanecem mais altos em comparação com países do sul da Europa como Espanha, Itália ou Grécia (Gusmão et al., 2021). A epidemiologia do suicídio em Portugal tem vindo a sofrer uma evolução, revelando uma diminuição global das taxas de suicídio; no entanto, os suicídios mascarados, que acabam considerados como mortes violentas indeterminadas, acidentes ou morte de causa natural não especificada, são um problema significativo de saúde pública e podem ser resultado de registos imprecisos e falhas de comunicação entre os órgãos responsáveis pela classificação das causas de morte (Gusmão et al., 2021).

Existem diferenças significativas no que ao género diz respeito sendo que, globalmente, a taxa de mortes por suicídio em homens foi mais que o dobro da das mulheres em 2021 (WHO, 2024b). Enquanto os homens são mais propensos a cometer o suicídio, as tentativas de suicídio são mais frequentes entre as mulheres e este fenómeno é parcialmente explicado pela preferência dos homens por métodos mais letais (Barrigon & Cegla-Schvartzman, 2020).

No que concerne à componente idade, as taxas de suicídio apresentam um padrão geral em que os índices são mais baixos entre indivíduos com menos de 15 anos e atingem valores máximos em pessoas com 70 anos ou mais, para ambos os sexos. Contudo, entre os 15 e os 70 anos, os padrões variam consoante a região: em alguns contextos, observa-se um aumento progressivo das taxas com o avançar da idade, enquanto em outros há um pico entre os jovens adultos, que diminui durante a meia-idade (WHO, 2014). No ano de 2019, em Portugal Continental, a incidência de suicídio entre indivíduos com mais de 65 anos foi de 18,1, o que equivale a quase o dobro da taxa observada na população em geral e que acarreta uma preocupação extra considerando as tendências demográficas do país (São José & Coelho, 2024). Relativamente aos adolescentes, o suicídio é a segunda causa de morte na faixa etária dos 15 aos 19 anos e estima-se que, por cada suicídio consumado, existam 100 a 200 tentativas de suicídio, justificando o ato com o intuito de fuga aos problemas e ao sofrimento associado (Simões et al., 2020).

Os números anteriormente mencionados são influenciados por parâmetros demográficos, fatores ambientais e acesso a serviços de saúde mental e as variações nas taxas de suicídio podem ser atribuídas a condições como *status* socioeconómico, atitudes culturais, disponibilidade de meios para o suicídio e prevalência de doenças psiquiátricas (Bachmann, S., 2018). Assim, o suicídio é um fenómeno cuja compreensão exige a análise de múltiplos fatores de risco que interagem de forma dinâmica.

Apesar de nem todos os casos de suicídio estarem relacionados com doenças mentais, é comum encontrar esta associação sendo que o diagnóstico de patologia psiquiátrica representa um fator de risco significativo, passível de intervenção (Turecki et al., 2019). Condições como depressão, perturbação do uso de substâncias, perturbação afetiva bipolar e esquizofrenia encontram-se entre as mais comumente ligadas ao suicídio (Mendes et al., 2020).

A relação entre depressão, ideação suicida e suicídio é particularmente preocupante e está amplamente documentada na literatura (Salvo et al., 2019). Mais de metade dos doentes com depressão major apresentam ideação suicida e os pensamentos suicidas tendem a ser persistentes (Sokero et al., 2003).

Ainda sobre a relação do risco de suicídio e doença mental, é de notar que aproximadamente 5% a 6% dos indivíduos portadores de esquizofrenia morrem por suicídio, cerca de 20% tentam o suicídio em uma ou mais ocasiões e muitos mais têm ideação suicida significativa (*American Psychiatric Association*, 2013). Contudo, muitos casos de suicídio acontecem de forma impulsiva, em momentos de crise, quando o indivíduo não tem capacidade de lidar com determinados desafios da vida, como problemas financeiros, problemas relacionais ou a presença de dores e doenças crônicas (WHO, 2024a).

Adicionalmente, observa-se que existem outros determinantes tanto a nível populacional como individual que contribuem para o suicídio. No âmbito populacional, destacam-se a desintegração social, as rápidas mudanças nos valores culturais, as crises económicas, o isolamento social e a influência potencialmente negativa dos meios de comunicação; em termos individuais, é de ressaltar o histórico familiar de suicídio, as adversidades na infância (tais como abusos físico, sexual ou emocional) e a pertença a minorias sexuais como fatores predisponentes (Turecki & Brent, 2016). As taxas de suicídio tendem a ser mais elevadas em grupos que enfrentam desvantagens económicas e desemprego (Sinyor et al., 2024) e em indivíduos que têm fácil acesso a meios letais, facilitando a execução do ato suicida em momentos de crise (Hawton et al., 2024).

Por outro lado, é importante notar que os fatores protetores desempenham um papel essencial na prevenção do suicídio, atuando como uma salvaguarda para os indivíduos. Relações pessoais sólidas, crenças religiosas/espirituais e prática de estratégias positivas de enfrentamento e bem-estar são alguns destes fatores (WHO, 2014). A autoestima, a autoeficácia e as habilidades sociais são também consideradas protetoras, sobretudo em jovens adultos (Pereira et al., 2018). Embora muitas intervenções direcionadas à prevenção do suicídio se concentrem na redução dos fatores de risco, é igualmente fundamental identificar e, quando possível, fortalecer aqueles que promovem a resiliência e a coesão social.

A religiosidade destaca-se como um elemento de influência significativa. A fé pode atuar como um fator protetor contra o suicídio, proporcionando um sistema

de crenças estruturado e um sentimento de pertença que auxilia na construção de significado e resiliência (WHO, 2014). Estudos revelam que, em algumas culturas, as doutrinas religiosas estabelecem diretrizes que desencorajam explicitamente o suicídio, funcionando como um elemento inibidor do comportamento suicida (Wu et al., 2015). Por outro lado, quando a religiosidade é vivenciada de forma rígida ou até punitiva, pode intensificar os sentimentos de culpa e o sofrimento psicológico, especialmente em indivíduos que enfrentam conflitos identitários ou discriminação dentro das respectivas comunidades religiosas (Lawrence et al., 2015).

Ainda no âmbito dos fatores de proteção do suicídio, uma estrutura familiar saudável e uma boa rede de apoio estão associadas a uma menor probabilidade de uma tentativa de suicídio ao longo da vida (Kleiman & Liu, 2013). A importância do conceito de família vai além do seu reconhecimento como fator protetor - a família deve ser incluída no plano de prevenção e deve ser alvo de cuidados quando o desfecho é o mais trágico. O suicídio é passível de desencadear problemáticas no seio da família, daí advindo consequências psicológicas e emocionais possivelmente desestruturantes; o processo de pós-venção deve então ser trabalhado por profissionais qualificados a fim de ajudar a família e os que vivenciaram o evento traumático a ressignificar o acontecimento (Vieira et al., 2024). Sentimentos de perda, tristeza e solidão são expectáveis após a morte de um ente querido e são frequentemente ampliados nos sobreviventes de suicídio por sentimentos de culpa, rejeição, vergonha, raiva e pelos efeitos do estigma e do trauma (Young et al., 2012).

Compreender a dinâmica entre fatores de risco e fatores de proteção é fundamental para a adoção de medidas preventivas adequadas às necessidades dos indivíduos. A identificação precoce de pessoas em risco permite a implementação de intervenções direcionadas, de forma atempada, reduzindo a probabilidade de um novo comportamento suicida. A avaliação do risco de suicídio contempla a aplicação de escalas para o efeito bem como a estratificação desse risco, de forma a guiar a tomada de decisão. Um dos instrumentos utilizados para este fim é o *The Nurses Global Assessment of Suicide Risk* (NGASR), desenvolvido no Reino Unido e composto por 15 itens, que permitem avaliar o risco de suicídio durante a entrevista de enfermagem

(Façanha, 2013). Este instrumento considera a estratificação dos níveis de risco de suicídio em nível de risco baixo, intermédio, elevado e muito elevado (Façanha, 2013). Também o Questionário de Ideação Suicida (QIS) - traduzido e adaptado para a população portuguesa em 1999 por Ferreira e Castela e o Índice de Risco de Suicídio (IRIS) fazem parte do leque de instrumentos que podem ser utilizados (Curado, 2023). A evidência demonstra que é possível identificar uma parte substancial dos indivíduos com risco de suicídio elevado, permitindo aos profissionais oferecer intervenções direcionadas e eficazes durante o período de crise (*National Action Alliance for Suicide Prevention*, 2018).

Na vertente da prevenção estão incluídos três níveis principais, nomeadamente a prevenção primária ou universal, a prevenção secundária ou seletiva e a prevenção terciária ou indicada (WHO, 2014). É importante que, ao desenvolver um plano de prevenção do suicídio, este consiga alcançar os três níveis de prevenção, como sugere a OMS (2014):

- 1) A prevenção primária deve incluir estratégias direcionadas a toda a população com o objetivo de maximizar a saúde e minimizar o risco de suicídio, incluindo iniciativas que facilitem o acesso aos cuidados de saúde e promovam os fatores de proteção. Iniciativas como programas de educação para a saúde e campanhas de sensibilização fazem parte da componente primária;
- 2) A prevenção secundária visa a intervenção precoce em grupos vulneráveis dentro da população, que podem estar em maior risco devido a fatores biológicos, psicológicos ou socioeconómicos;
- 3) A prevenção terciária é direcionada a indivíduos que demonstram sinais de risco elevado ou que já tentaram suicídio. A intervenção deve ser mais focada e pode incluir um plano individual de cuidados ou acompanhamento especializado após alta hospitalar.

A literatura indica que cerca de 30% dos indivíduos vítimas de suicídio tiveram contacto com os serviços de saúde nos sete dias que antecederam o evento (Ahmedani et al., 2019). Assim, os cuidados de saúde primários e outros contextos de prestação de cuidados, encontram-se numa posição privilegiada

para implementação de intervenções de prevenção do suicídio e de identificação de indivíduos com ideação suicida (Ahmedani et al., 2019).

A identificação e gestão do comportamento suicida enfrenta, no entanto, barreiras que podem comprometer a eficácia dos planos de intervenção. Um dos principais desafios é o estigma associado à doença mental, que pode limitar o indivíduo de procurar ajuda ou de expressar os seus sentimentos (WHO, 2014). As limitações na formação dos profissionais e na disponibilidade de recursos podem, similarmente, traduzir-se num obstáculo. A prestação de cuidados de saúde a utentes com ideação suicida ou que tentaram o suicídio pode originar sentimentos de impotência, pelo que uma boa preparação, com formação e conhecimento atualizado, pode aumentar a percepção de competência profissional (Faria et al., 2022).

Há largos anos que têm sido feitos esforços contínuos no campo da prevenção do suicídio e parte desse esforço consiste no investimento em programas de intervenção destinados a reduzir de forma eficaz a incidência de mortes por suicídio. Em 1996, a Força Aérea dos EUA lançou o programa *Air Force Suicide Prevention Program* (AFSPP) que previa a participação ativa dos líderes e uma abordagem comunitária para reduzir as mortes por suicídio, através da identificação e intervenção precoce (Knox et al., 2010).

Um outro programa com grande visibilidade nos Estados Unidos é o *Gatekeeper Training Program*. O seu principal objetivo é capacitar os profissionais que mantêm contacto direto com a população para reconhecer sinais precoces de risco de suicídio e intervir de forma apropriada, ao encaminhar os indivíduos para recursos de apoio (*Suicide Prevention Resource Center*, 2018).

O *Zero Suicide* é também um programa de referência a nível internacional na área da prevenção do suicídio. Este programa adota uma visão estruturada para a prevenção do suicídio dentro dos serviços de saúde e parte do princípio de que o suicídio é evitável e que os sistemas de saúde têm um papel fundamental na sua prevenção (Labouliere et al., 2018). Assenta em sete elementos principais - Liderar, Capacitar, Identificar, Envolver, Tratar, Transitar e Melhorar (Labouliere et al., 2018).

Em Portugal, destaca-se o Projeto Mais Contigo, destinado a jovens do 3º ciclo e do ensino secundário, com os objetivos de promover a saúde mental, prevenir comportamentos suicidários, combater o estigma relacionado à saúde mental e criar uma rede de apoio no cuidado à saúde mental (Santos et al., 2013). A intervenção neste projeto é multidimensional e envolve profissionais de saúde, a escola, a família e os estudantes.

Tais programas sublinham a importância do investimento e da inovação para a criação de redes de apoio eficazes, fundamentais para reduzir o risco de suicídio e promover a saúde mental.

1.1. Pertinência da Temática e Motivação na Escolha do Tema

O suicídio impõe-se atualmente como um dos grandes desafios de saúde pública. Em acréscimo aos dados globais anteriormente apresentados, sabe-se que nos EUA o suicídio é a 10.^a principal causa de morte na população e a 2.^a principal causa de morte entre jovens dos 15 aos 34 anos (*National Action Alliance for Suicide Prevention*, 2018). Os números são alarmantes e enfatizam a necessidade de intervenções eficazes a todos os níveis - clínicos, psicossociais e comunitários (Sarkhel et al., 2023).

Urge abordar a questão da prevenção do suicídio para que se desenvolvam práticas inovadoras e estratégias preventivas sólidas, capazes de promover uma melhoria na qualidade de vida dos indivíduos. O estigma associado aos problemas de saúde mental recorrentemente dificulta a identificação de sinais de alarme e, como consequência, uma intervenção adequada. Dar voz ao tema do suicídio contribui para desconstruir o tabu em volta do mesmo e encoraja quem sofre a procurar ajuda.

O suicídio é evitável, pode ser prevenido e a OMS reforça que determinadas medidas têm impacto direto na redução de mortes por esta via. De entre estas, salientam-se a restrição ao acesso a meios letais, a cobertura responsável do suicídio pelos meios de comunicação, a promoção de competências sócioemocionais nos adolescentes e a identificação precoce, avaliação, intervenção e acompanhamento dos casos de pessoas com comportamentos suicidários (WHO, 2021a). Esta última medida está intimamente relacionada com

a intervenção do EESMP e coloca-o num papel de destaque na prevenção do suicídio.

A razão por trás da escolha da temática prende-se, em parte, com a experiência profissional, que se traduz no cuidado a utentes em crise, com ideação suicida ou após tentativas de suicídio. Esse contacto com a realidade do sofrimento, aliado a uma forte convicção de que a promoção de um cuidado holístico em saúde mental deve incluir estratégias que salvaguardem vidas e contribuam para a reintegração social, estimularam o interesse por este campo de estudo. Outra força motora foi a empatia pelo utente e a noção de que, não conseguindo evitar todas as mortes por suicídio, o compromisso de atuar na prevenção é um ganho para que cada indivíduo se sinta apoiado em momentos de maior vulnerabilidade.

No primeiro semestre do MESMP, a participação numa sessão de sensibilização sobre a prevenção do suicídio, promovida pela Associação de Estudantes da ESEP e dirigida a estudantes do ensino superior, reforçou a necessidade de falar abertamente sobre este tema, não só com os jovens, mas com a população em geral. Esta sessão fez parte do Ciclo Científico “Comportamentos Suicidários: da Prevenção à Atuação do Enfermeiro” e intitulou-se “A atuação do enfermeiro perante a pessoa com ideação suicida”.

Esta experiência mostrou ainda a importância de preparar adequadamente os futuros profissionais de saúde para intervir junto de pessoas com ideação suicida ou em risco de suicídio. Incluir a prevenção do suicídio no currículo académico pode incentivar os alunos a desenvolver competências de comunicação mais diferenciadas, bem como a promover iniciativas de sensibilização e prevenção na comunidade. Quanto maior for a consciência dos jovens em relação ao bem-estar e à saúde mental, maiores serão as possibilidades de se concretizarem abordagens proativas e holísticas no cuidado de enfermagem.

1.2. Teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau

Hildegard Peplau foi uma renomada enfermeira, educadora e teórica, conhecida pela sua significativa contribuição para a compreensão das relações interpessoais na prática de enfermagem. A sua obra com maior destaque intitula-

se "*Interpersonal Relations in Nursing*" e foi lançada em 1952.

A Teoria das Relações Interpessoais de Peplau é uma construção teórica intimamente relacionada com a prática da enfermagem e fundamenta-se na premissa de que as relações interpessoais entre enfermeiro e utente desempenham um papel crucial no contexto terapêutico (Alligood, 2017). A autora defendia que as alterações emocionais advinham da experiência de ansiedade e de dificuldades nas relações interpessoais e por esse motivo a intervenção de enfermagem mais significativa consiste na relação terapêutica, sendo esta um meio essencial para atingir o bem-estar e a recuperação (Townsend, 2015).

Peplau descreve que o enfermeiro pode assumir diferentes papéis como "pessoa estranha", "de recurso", "educador" ou "líder", de acordo com as necessidades da pessoa (Peplau, 1952). A Teoria das Relações Interpessoais tem ainda delínheadas quatro fases distintas no processo de relacionamento terapêutico (Peplau, 1952):

- 1) Fase de Orientação: O utente inicia a procura por ajuda, enquanto o enfermeiro estabelece a base do relacionamento;
- 2) Fase de Identificação: Caracteriza-se pela expressão de sentimentos e necessidades, consolidando uma conexão mais substancial;
- 3) Fase de Exploração: Há uma compreensão mais aprofundada dos desafios e problemas do utente;
- 4) Fase de Resolução: Nesta fase considera-se que os objetivos acordados mutuamente podem ter sido alcançados ou o utente pode ter sido transferido/ter tido alta clínica.

Esta teoria tem na sua base conceitos altamente relevantes para o uso do *Eu* como ferramenta terapêutica, como sendo o conceito de confiança, respeito, relação, autenticidade e empatia. A empatia é considerada uma das características mais importantes de uma relação terapêutica - percepções empáticas por parte do enfermeiro permitem ao indivíduo identificar sentimentos que podem ter sido suprimidos ou negados (Townsend, 2015).

Contemplam-se diversas intervenções nas diferentes fases da teoria como obter informações disponíveis sobre a pessoa, examinar os sentimentos, medos e ansiedades sobre trabalhar com um utente específico, estabelecer metas aceitáveis, formular diagnósticos de enfermagem e desenvolver um plano de ação realista; superar comportamentos de resistência e avaliar continuamente o progresso em direção ao alcance das metas anteriormente definidas (Townsend, 2015).

Ao considerar todas as componentes desta teoria e a sua aplicabilidade na prática de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, assume-se que o enfermeiro deve ser um facilitador no desenvolvimento do utente e deve ser capaz de compreender as necessidades do mesmo. Torna-se fundamental possuir estratégias de comunicação eficazes como empatia, escuta ativa e capacidade de transmitir informações de modo compreensível.

Peplau fala do uso do *Eu* como ferramenta terapêutica, o que vai de encontro às competências do EESMP, onde está incluído deter elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento (Diário da República, 515/2018). A capacidade de auto-conhecimento interfere na aptidão de estabelecer uma relação terapêutica e pode condicionar os resultados obtidos. A relação terapêutica constitui a essência da prática do enfermeiro, exigindo um conhecimento científico sólido e a aptidão para interpretar as respostas dos indivíduos perante situações adversas (Brito, 2021). No acompanhamento de pessoas com doença mental grave, a compreensão aprofundada da sua condição e do impacto na família é fundamental para a criação de uma relação de confiança e empática entre todos os envolvidos (Brito, 2021).

No contexto específico do trabalho desenvolvido na área da prevenção do suicídio, esta abordagem mostrou-se a mais pertinente, já que a construção de uma relação e de um vínculo de confiança permitem ao enfermeiro identificar, de maneira sensível, os fatores de risco, os sinais precoces e as vulnerabilidades do utente.

1.3. O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Prevenção do Suicídio

A enfermagem, enquanto conceito, remonta provavelmente aos primórdios do mundo civilizado, caracterizando-se pelo cuidado aos doentes ou debilitados por qualquer pessoa do ambiente que a isso se dispusesse (Townsend, 2015). Com a evolução dos tempos, a enfermagem foi-se desenvolvendo e ganhando os contornos que atualmente lhe conhecemos, com uma intervenção mais especializada e direcionada.

Considerando que pessoas portadoras de doenças psiquiátricas representam a grande maioria dos suicídios e tentativas de suicídio e que os números são pelo menos dez vezes mais altos do que na população em geral, o EESMP apresenta-se como uma figura central na implementação de estratégias de prevenção do suicídio (Bachmann, 2018). O EESMP tem competências para trabalhar na promoção da saúde, identificar precocemente os sinais de risco de suicídio, perceber os fatores protetores e definir um plano de cuidados personalizado às necessidades do utente. O papel do enfermeiro é essencial na desconstrução de mitos e no combate ao estigma associado ao suicídio, estigma esse que é dificultador não só no pedido de ajuda, mas também no processo de luto dos familiares e amigos (Scocco, P. et al, 2019).

Ao nível da promoção da saúde, o EESMP atua preventivamente ao envolver-se em iniciativas que reduzem o estigma associado às doenças mentais e ao capacitar outros enfermeiros na avaliação e gestão de comportamentos suicidas (WHO, 2014). Esta componente da intervenção pode ser acomodada nos cuidados de saúde primários, mas é também extensível a escolas e outros contextos da comunidade onde se identifique a necessidade (Turecki & Brent, 2016). Ainda com o intuito de promoção da saúde no âmbito da prevenção do suicídio, deve aumentar-se a cobertura de respostas de saúde mental da infância e adolescência, bem como implementar atividades de combate ao isolamento da população idosa e que melhorem as respectivas redes de apoio (DGS, 2013).

A avaliação do risco de suicídio, elemento central na abordagem ao utente, deve combinar o uso de instrumentos validados com as informações recolhidas

aquando da entrevista de enfermagem e a experiência clínica. Uma avaliação cuidadosa e holística é indispensável para a deteção precoce de comportamentos suicidas e para a definição de estratégias de intervenção adequadas (Turecki & Brent, 2016). Idealmente, pretende-se que exista articulação entre os diferentes níveis de cuidados e que os enfermeiros dos cuidados de saúde primários, dos serviços de urgência e dos serviços de saúde mental estejam preparados para um cuidado eficaz ao indivíduo com risco de suicídio (Vidal et al., 2013).

Na fase de intervenção, a Direção Geral da Saúde prevê a existência e o alargamento da abrangência de consultas de prevenção de suicídio, onde o EESMP pode desempenhar um papel de destaque no apoio aos utentes (DGS, 2013). Uma outra abordagem de relevo é a promoção de programas específicos de acompanhamento do indivíduo e/ou família na pós-venção de atos suicidas, onde podemos incluir as intervenções psicoterapêuticas. Tais programas incluem-se no leque das competências específicas do EESMP, que presta cuidados psicoterapêuticos, sócio-terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e a dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde, como consta do Regulamento n.º 515/2018 de 7 de Agosto.

A psicoeducação evidencia-se como uma ferramenta de grande utilidade já que contribui para reduzir a desinformação e o estigma em torno da saúde mental, enquanto informa e habilita os indivíduos a compreenderem as condições que enfrentam, de forma a adotarem medidas preventivas (Barros, 2024). Pode envolver não só o utente, mas também a sua rede de apoio; deve facilitar a consciência e a preparação para as mudanças resultantes da dificuldade e estimular a autonomia (Silva Junior et al., 2023). Para que seja considerada uma intervenção psicoeducativa na área da saúde mental e psiquiátrica, esta deve ser conduzida por um EESMP e orientada para aumentar a literacia em saúde mental; o objetivo consiste em capacitar os participantes para que adotem comportamentos que promovam a saúde, ajustando a duração da intervenção às necessidades específicas de cada grupo (Sequeira & Sampaio, 2020).

Segundo Olfson et al. (2016), adultos com transtornos psicopatológicos complexos e características depressivas proeminentes parecem ter um risco particularmente alto de suicídio a curto prazo após a alta hospitalar. Por conseguinte, o acompanhamento do EESMP no período pós-alta mostra-se de grande importância, já que permite uma monitorização mais frequente e a implementação de estratégias que venham a mitigar esse risco e a promover a segurança na transição para o domicílio.

Ao considerar as diferentes etapas do processo de cuidado, o EESMP assume um papel de relevo na prevenção do suicídio, pelo que é essencial que haja um investimento na formação contínua e capacitação destes profissionais, contribuindo para a melhoria global dos serviços de saúde mental.

2. ANÁLISE DO PROCESSO DE CUIDADOS NOS CONTEXTOS CLÍNICOS

O processo de enfermagem, que é sistemático e engloba a identificação das necessidades, a definição de intervenções adequadas e a monitorização dos resultados é crucial para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Meleis, 2011).

Este capítulo analisa de forma pormenorizada o processo de cuidados implementado nos diferentes contextos clínicos, com especial foco na prevenção do suicídio e na promoção da saúde mental.

2.1. Contexto Comunitário

A primeira experiência de estágio do Módulo II do MESMP foi realizada no âmbito dos Cuidados na Comunidade. Segue-se uma descrição do processo de desenvolvimento das intervenções implementadas nesse cenário.

2.1.1. Caracterização do Contexto Clínico

O estágio no contexto comunitário decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), pertencente a um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de uma Unidade Local de Saúde (ULS) do Norte do País, durante o período 16 de Setembro a 16 de Outubro de 2024 e contou com 125 horas.

Trata-se de uma unidade funcional que assegura respostas integradas e diferenciadas à população da área geográfica abrangida. A referida UCC é constituída por uma equipa multidisciplinar composta por dezasseis enfermeiros de um vasto leque de especialidades como saúde mental e psiquiátrica, saúde materna e obstétrica, saúde infantil e pediátrica, enfermagem de reabilitação e saúde comunitária. Conta ainda com assistente técnico, assistente social, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta e médico. As atividades da equipa de EESMP realizam-se nas instalações da UCC ou no domicílio dos utentes.

A referenciação para os profissionais é efetuada mediante critérios definidos nas carteiras de serviço de cada projeto através de e-mail, fax, folhas de referenciação da UCC ou do sistema informático em uso. A UCC desenvolve

projetos na área da parentalidade, da gestão do regime terapêutico na diabetes, saúde escolar, reabilitação, cuidados paliativos no domicílio, entre outras atividades.

No âmbito da Saúde Mental e Psiquiátrica, um dos projetos de intervenção especializada foca-se na realização de estimulação cognitiva e é direcionado a utentes com diagnóstico de Perturbação Neurocognitiva (PC) ou com Declínio Cognitivo Ligeiro (DCL). Um outro projeto centra-se na capacitação de cuidadores familiares de pessoas com demência a residir no domicílio, com os objetivos de promover o papel do prestador de cuidados e intervir ao nível da sobrecarga dos familiares cuidadores.

Esta UCC não contempla programas com intervenção na prevenção dos comportamentos suicidários.

2.1.2. Objetivos

Após se considerarem as particularidades deste contexto e as diretrizes da intervenção em saúde mental, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Promover a consciencialização sobre a prevenção do suicídio através de ações de sensibilização/reflexão para profissionais;
- Alertar os profissionais de saúde para a importância da avaliação de risco de suicídio e orientar na intervenção em casos de comportamento suicida;
- Promover a adoção de práticas baseadas em evidência para a prevenção do suicídio;
- Planear e implementar intervenções psicoterapêuticas adequadas às necessidades dos indivíduos;
- Promover a construção de uma relação terapêutica com a população alvo dos cuidados;
- Definir e implementar um plano de cuidados e desenvolver daí um estudo de caso;
- Aprofundar a autoconsciência e o desenvolvimento profissional enquanto enfermeira, por meio da experiência vivida durante o estágio e da reflexão crítica sobre a prática.

2.1.3. Contextualização

Em Portugal, a presença dos enfermeiros de Saúde Mental é essencial nos espaços onde os doentes se concentram, vivem e enfrentam os seus desafios diários – maioritariamente na comunidade (Brito, 2021).

O paradigma tem vindo a ser adaptado e com a criação de novos centros de responsabilidade integrados de saúde mental, que remonta ao ano de 2024, a UCC onde decorreu o ensino clínico e a respetiva equipa de EESMP sofreram alterações à sua constituição mantendo, no entanto, a implementação dos programas já anteriormente mencionados.

A intervenção centrava-se sobretudo e de forma mais sistemática na execução de um programa de estimulação cognitiva a utentes com DCL/PC, que prevê sessões individuais e sessões de treino cognitivo em grupo. A vertente adicional do programa consistia na capacitação de cuidadores familiares de pessoas com demência a residir no domicílio, sendo que este não teve lugar durante o período do estágio.

O envelhecimento demográfico em Portugal é uma realidade e sabe-se que em 2022 o índice de envelhecimento, que estabelece a relação entre a população com 65 e mais anos (população idosa) com a população dos 0 aos 14 anos (população jovem), atingiu o valor de 185,6 idosos por cada 100 jovens (INE, 2023). No seio de uma população idosa, torna-se expectável que aumentem também condições comumente associadas ao envelhecimento, como a demência ou o DCL. De acordo com a OMS, em 2019 existiam 55,2 milhões de pessoas com demência a nível mundial, estimando-se que este valor cresça para 139 milhões em 2050 (WHO, 2023). A importância destes números tornam a demência uma prioridade em saúde pública e o EESMP assume um papel central na prevenção, na promoção da saúde mental, na intervenção precoce e no acompanhamento dos utentes, bem como dos cuidadores, ao facilitar as suas transições e promover a qualidade de vida.

A função cerebral é o cerne da nossa capacidade de interagir com o mundo e por isso importa perceber o conceito de cognição. No âmbito da Enfermagem, Cognição é um "Processo psicológico: processo intelectual que envolve todos os

aspectos da percepção; pensamento; raciocínio e memória" (ICN, 2019). Ainda segundo o ICN (2019), a cognição torna-se um conceito mais abrangente uma vez que considera o pensamento abstrato (conceitos, relações e resolução de problemas), o pensamento concreto e também o processamento de informação e a tomada de decisão. A demência é uma patologia que se caracteriza pela deterioração progressiva da capacidade cognitiva e funcional e que resulta na perda de autonomia, impactando significativamente a vida diária dos indivíduos afetados e das suas famílias (WHO, 2023).

Os instrumentos de avaliação cognitiva contribuem para a deteção precoce de alterações cognitivas e na monitorização da progressão da doença. Entre os mais utilizados estão o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) e o *Mini-Mental State Examination* (MMSE). O MoCA é um instrumento de triagem breve que avalia as funções cognitivas (como as funções executivas, habilidades visuo-espaciais, nomeação, recuperação da memória, dígitos, sentença, raciocínio abstrato e orientação), com um tempo de aplicação aproximadamente de 20 minutos e pontuação máxima de 30 (Cecato et al., 2014). O MMSE, por sua vez, avalia cinco áreas principais - orientação, retenção de memória, atenção e cálculo. Este instrumento tem limitações na deteção de défices mais ligeiros, como os que ocorrem no DCL, sendo mais adequado para o diagnóstico de demências em estadios moderados a graves (Mitchell, 2009). A avaliação da funcionalidade dos indivíduos com DCL ou demência é igualmente crucial para uma intervenção eficaz e para esse efeito são utilizadas escalas como o Índice de Barthel - que avalia as atividades básicas da vida diária - e o Índice de Lawton - que avalia as atividades instrumentais da vida diária.

A fim de preservar ou retardar o declínio cognitivo e funcional em pessoas com DCL e demência, uma das abordagens de eleição é a estimulação cognitiva. Esta deve assentar num conjunto de estratégias e técnicas cognitivas, que são parte de uma abordagem estruturada, limitada no tempo e com objetivos terapêuticos bem definidos (Sequeira & Sampaio, 2020).

Como já exposto anteriormente, a taxa de suicídio entre pessoas idosas (com 65 anos ou mais) é mais elevada do que nas faixas etárias mais jovens. Idosos recentemente diagnosticados com demência apresentam um risco

significativamente maior de suicídio em comparação com os indivíduos sem esse diagnóstico – o risco é 54% superior no primeiro ano após o diagnóstico (Kułak-Bejda et al., 2021). O'Dwyer et al. (2015), num estudo com cuidadores familiares de pessoas com demência, identificaram uma elevada taxa de ideação suicida e um risco significativo de futuras tentativas, classificando este grupo como particularmente vulnerável à morte por suicídio. Os autores sugerem que as intervenções direcionadas para a redução de pensamentos e comportamentos suicidas nestes cuidadores devem focar-se na diminuição da sintomatologia depressiva e no fortalecimento dos motivos para viver (O'Dwyer et al., 2015).

2.1.4. Avaliação das Necessidades

Embora a associação entre o diagnóstico de demência e o risco de suicídio esteja bem estabelecida, optou-se por manter inalterado o programa de estimulação cognitiva já implementado na UCC, integrando a participação nas atividades para favorecer a aquisição de competências, sem modificar o seu conteúdo original. De forma similar, a abordagem para os familiares cuidadores foi preservada.

Foi reconhecido pela equipa de EESMP que existia uma lacuna ao nível da formação da equipa multidisciplinar em relação à temática da prevenção do suicídio, pelo que se delineou uma estratégia direcionada aos profissionais. A formação contínua e especializada dos enfermeiros na área da saúde mental é crucial para garantir cuidados de qualidade no contexto comunitário, promovendo a colaboração interprofissional e os ganhos em saúde das populações (Brito, 2021). Assim, decidiu-se por desenvolver e implementar sessões de sensibilização acerca do tópico central deste trabalho.

Para a concretização desta etapa e considerando a população-alvo da intervenção, foram definidos como critérios de inclusão:

- Trabalhar como profissional de saúde na UCC/USF;
- Trabalhar como EESMP na ULS;
- Participação voluntária;
- Apresentar motivação para participar nas sessões;
- Apresentar disponibilidade para participar nas sessões;

Foi definido como critério de exclusão:

- Incompatibilidade de horário.

Considerando que as necessidades e o nível de exigência variam conforme a população-alvo, optou-se pela separação dos grupos, realizando uma ação de sensibilização direcionada à UCC e outra voltada para os EESMP, os quais se pressupõe já possuírem algum grau de conhecimento prévio na área. A pedido do enfermeiro gestor da UCC, por reconhecer a importância do tema, a ação de sensibilização da UCC foi ampliada para incluir, além da equipa de enfermagem, outros membros da equipa multidisciplinar.

É de considerar que, devido às alterações sofridas no seio da equipa, a estratégia de abordagem foi sujeita a adaptações e a avaliação diagnóstica de necessidades se baseou no *feedback* direto dos profissionais e na partilha das suas experiências e dificuldades.

2.1.5. Planeamento e Execução

As sessões de sensibilização foram inicialmente estruturadas em três sessões de 30 minutos cada. No entanto, devido a fatores externos, como a disponibilidade dos profissionais, a janela temporal e o período de estágio, estas foram adaptadas culminando em:

- Uma sessão dirigida aos EESMP da ULS;
- Uma sessão dirigida à equipa multidisciplinar da UCC.

A divulgação das sessões de sensibilização foi realizada via email institucional, com a ajuda da enfermeira tutora e do enfermeiro gestor, convidando os profissionais a participar em dia e hora previamente definidos.

A intervenção na UCC realizou-se no espaço físico da própria unidade, mais especificamente na sala de reuniões. A escolha de um local familiar à equipa contribuiu para a receptividade dos participantes, criando um ambiente propício à partilha de conhecimentos e experiências.

A intervenção com os EESMP foi conduzida através da plataforma Zoom, uma escolha estratégica com vista a proporcionar maior flexibilidade e participação. O formato digital possibilitou a inclusão de um número mais alargado de profissionais, superando as barreiras geográficas impostas pelos diferentes locais de trabalho.

A Tabela 1 apresenta, de forma resumida, os tópicos discutidos na sessão de sensibilização dirigida aos EESMP da ULS.

Tabela 1 - Conteúdo das Sessões de Sensibilização - EESMP

Sessão	Conteúdos
1. Sessão dirigida aos EESMP da ULS	- Sobre o Suicídio - Informações gerais e dados atuais sobre o assunto; - Fatores de Risco e Fatores Protetores; - Populações Específicas - Análise de grupos populacionais mais vulneráveis; - O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica – Qual o papel na prevenção do suicídio? • Avaliação e Identificação do Risco (ferramentas de avaliação) • Comunicação e Relacionamento Terapêutico • Intervenções e Planos de Ação • Educação e Sensibilização • Coordenação e Colaboração (articulação com outros profissionais) • Pós-Venção (acompanhamento de famílias e comunidades) • Autocuidado e Formação Contínua • Políticas de Saúde - Conclusão - Reflexão sobre a importância da intervenção e do papel do enfermeiro.

A sessão destinada à equipa multidisciplinar foi estruturada com uma abordagem distinta, mas igualmente abrangente, tendo em consideração a diversidade profissional dos participantes. A Tabela 2 apresenta os temas que foram explorados durante a sessão.

Tabela 2 - Conteúdo das Sessões de Sensibilização - Equipa da UCC

Sessão	Conteúdos
2. Sessão dirigida à Equipa Multidisciplinar da UCC	- Informações gerais e definições essenciais; - Fatores de Risco e Fatores de Proteção; - Populações mais vulneráveis; - Avaliação da Pessoa em Risco de Suicídio: • Avaliação e Identificação do Risco (incluindo escalas específicas para o efeito); • Sinais de Alarme • Como Avaliar (aborda-se estratégias de comunicação) • Intervenção e Plano de Ação • Pós-Venção do Suicídio • Autocuidado e Formação Contínua • Políticas de Saúde - Conclusão - Reflexão sobre a importância do papel do enfermeiro.

Para uma compreensão mais detalhada dos conteúdos abordados, as apresentações utilizadas nas sessões encontram-se em anexo (Anexo I e II), de forma a perceber mais aprofundadamente os temas explorados e a estrutura do material apresentado.

A sessão realizada com os EESMP contou com a presença de seis participantes, enquanto a sessão na UCC reuniu dezassete membros da equipa multidisciplinar entre enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde, assistentes sociais, nutricionistas e médicos.

2.1.6. Resultados e Avaliação

Conclui-se que a realização da sessão em formato presencial levou a uma maior interatividade, com a possibilidade de partilha de materiais de apoio e com uma discussão mais detalhada sobre os temas abordados. O ambiente presencial facilitou a troca de experiências entre os participantes, enquanto o formato digital exige um esforço adicional e técnicas criativas por parte do orador para manter o envolvimento e estimular a participação ativa.

Em virtude da realização de apenas uma sessão dirigida a cada grupo profissional, optou-se pela análise qualitativa das percepções e das sugestões de melhoria. A análise da experiência dos participantes permitiu perceber o impacto da intervenção, destacar os aspetos mais relevantes, as dificuldades sentidas e as oportunidades de aperfeiçoamento.

A avaliação das sessões foi realizada por meio de um questionário composto por seis questões das quais uma permitia resposta aberta. As restantes eram avaliadas numa escala de 0 a 5, em que o valor máximo representava o maior nível de satisfação.

2.1.7. Intervenção Individual – Estimulação Cognitiva

Neste primeiro momento de estágio, além das atividades relacionadas com a prevenção do suicídio, surgiu a oportunidade de desenvolver competências do âmbito da intervenção do EESMP, com destaque para a estimulação cognitiva.

O projeto em curso na UCC visa o acompanhamento de pessoas com demência e dos seus cuidadores, abrange diversas fases da doença, e tem como objetivo principal melhorar a qualidade de vida dos envolvidos. Com base nas referenciações, procedia-se à convocatória dos utentes e dava-se início à avaliação das necessidades.

Esta etapa considerava o contexto familiar, social e ambiental e consistia de uma entrevista de enfermagem semi-estruturada e de avaliação cognitiva e funcional. Para esta avaliação, foram utilizados instrumentos como o MMSE, o MoCA, o Índice de Lawton e Brody e o Índice de Barthel. A aplicação destes testes permitiu desenvolver competências na sua aplicação e elaborar um plano terapêutico individualizado. Foram ainda realizadas avaliações do cuidador no que se refere à consciencialização da situação que enfrenta, aos conhecimentos e habilidades, e à identificação de sinais de sobrecarga ou stress relacionados com o cuidado prestado.

Desta avaliação resultava um planeamento de intervenções direccionadas às necessidades do utente e do cuidador. Estas podiam incluir psicoeducação e suporte emocional para os cuidadores, estimulação cognitiva para os utentes e ajustes do ambiente a fim de promover autonomia e bem-estar.

A avaliação das necessidades mostrou-se preponderante na fase de delinear a intervenção. Com base nessas informações identificaram-se diagnósticos de enfermagem relacionados sobretudo com a cognição e foi possível planear as sessões de estimulação cognitiva (Anexo III). Estas incluíam exercícios e atividades direcionados à estimulação de funções mentais, como memória, atenção, linguagem e funções executivas. Dinamizar estas sessões requer que o profissional conheça os exercícios, que seja criativo e perceba se a dinâmica é adequada para o utente.

A experiência de dinamizar o grupo de treino cognitivo facilitou o contacto com ferramentas tecnológicas direccionadas à estimulação cognitiva, que representam uma abordagem inovadora e dinâmica nestas atividades.

No que diz respeito à progressão e avaliação de resultados, realizavam-se avaliações periódicas para verificar a evolução do quadro clínico e cognitivo, recorrendo aos instrumentos de apoio mencionados na fase de diagnóstico de necessidades. A avaliação foi ainda realizada de acordo com o Resultado NOC Cognição, como previsto no programa em curso na UCC.

Era possível acompanhar as respostas do utente nas atividades de estimulação cognitiva e perceber, junto dos cuidadores, o bem-estar e a adaptação às intervenções. As visitas do EESMP viabilizavam a identificação precoce de alterações no estado cognitivo ou orgânico, levando a intervenções mais oportunas e antecipação de cuidados.

Desta intervenção de estimulação cognitiva, optou-se por seleccionar uma situação específica que serviu de estudo de caso no âmbito do estágio. Esse caso permitiu uma análise aprofundada das necessidades do utente e a aplicação de estratégias de intervenção personalizadas, demonstrando a eficácia da abordagem na preservação e melhoria das funções cognitivas.

2.2. Contexto de Cuidados Diferenciados

O segundo momento de estágio do módulo II do MESMP decorreu em contexto de cuidados diferenciados. Abordam-se de seguida as características, planeamento e intervenções desenvolvidas neste âmbito.

2.2.1. Caracterização do Contexto Clínico

O ensino clínico em contexto de respostas diferenciadas realizou-se durante o período de 21 de Outubro a 21 de Novembro de 2024 numa Equipa de Tratamento (ET) do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD). Esta unidade dedica-se ao tratamento, prevenção, reinserção, redução de riscos e minimização de danos das toxicodependências e alcoolismo e abrange sete concelhos da zona Norte do país. A ET conta com uma equipa multidisciplinar composta por médicos psiquiatras, enfermeiros (incluindo EESMP), psicólogos e administrativos.

As intervenções de enfermagem contemplam a preparação de doses de metadona, diárias ou semanais, de acordo com o plano de tratamento individualizado, bem como a administração de injetáveis de longa duração e o tratamento de feridas, pontualmente solicitado pelos utentes. Constitui assim intervenção regular a administração de terapêutica (metadona, antituberculostáticos, antipsicóticos, ansiolíticos e benzodiazepinas), a colheita de sangue para despiste de HIV e colheita de urina para despiste de consumos de substâncias.

A ET articula ainda com outras instituições a fim de melhorar a prestação de cuidados, nomeadamente centros de saúde, hospitais, comunidades terapêuticas e equipas de rua e dispõe ainda de uma consulta de prevenção no âmbito dos jovens, que decorre em instalações disponibilizadas por um dos municípios da área de intervenção. Nesta ET, não existe nenhum programa com intervenção na prevenção dos comportamentos suicidários.

2.2.2. Objetivos

Neste contexto de ensino clínico, foram definidos objetivos específicos alinhados com as competências do EESMP e com a necessidade de dar resposta às necessidades identificadas, sendo eles:

- Promover a consciencialização sobre a prevenção do suicídio através de ações de sensibilização/reflexão para profissionais;
- Alertar os profissionais de saúde para a importância da avaliação de risco de suicídio e orientar na intervenção em casos de comportamento suicida;

- Promover a adoção de práticas baseadas em evidência para a prevenção do suicídio;
- Disseminar informação sobre os serviços e apoios disponíveis para indivíduos que se encontram em momentos de crise;
- Definir e implementar um plano de cuidados e desenvolver daí um estudo de caso;
- Aprimorar técnicas de comunicação verbal e não verbal;
- Melhorar a capacidade de gestão do tempo de realização das entrevistas individuais e sessões, usando de forma mais proveitosa os momentos de contacto com o utente;
- Aprofundar a autoconsciência e o desenvolvimento profissional enquanto enfermeira, por meio da experiência vivida durante o estágio e da reflexão crítica sobre a prática.

2.2.3. Contextualização

Os comportamentos aditivos configuram um desafio significativo no seio da nossa sociedade. O V Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral em Portugal, realizado em 2022, revelou que, entre a população residente no país com idades entre 15 e 74 anos, 11% já consumiram algum tipo de droga ao longo da vida (Balsa et al., 2022). Entre as substâncias ilícitas mais consumidas estão a canábis, a cocaína e o ecstasy, com a canábis destacando-se com a maior prevalência (Balsa et al., 2022).

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, o abuso de drogas integra a categoria de transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos e a dependência dessas substâncias caracteriza-se pelo uso compulsivo, pela dificuldade em controlar o consumo e pela prevalência de fatores que levam à recaída, mesmo após tentativas de tratamento (American Psychiatric Association, 2013). O consumo de heroína e cocaína, substâncias com alto potencial de abuso e dependência, está associado a alterações nas funções neurocognitivas e nos processos emocionais, o que agrava as dificuldades de recuperação e afeta a qualidade de vida do indivíduo (Volkow et al., 2016).

O impacto do consumo de substâncias engloba a componente fisiológica, psicológica e social. Os efeitos psicológicos do abuso dessas substâncias são profundos, afetando a saúde mental e o funcionamento cognitivo, nomeadamente com maior prevalência de transtornos de ansiedade, depressão e psicose, além do comprometimento das funções executivas, como memória de trabalho e atenção (*National Institute on Drug Abuse*, 2018). Do ponto de vista comportamental, sabe-se que o indivíduo tem tendência a manifestar uma maior impulsividade, em tomar decisões precipitadas e adotar comportamentos de risco (Goldstein & Volkow, 2011). É também frequente que pessoas com dependência se sintam menos motivadas por estímulos quotidianos (por exemplo, relacionamentos e atividades) que anteriormente consideravam motivadores e gratificantes (Volkow et al., 2016).

Dada a associação entre o consumo de substâncias, alterações comportamentais e o aumento do risco de suicídio, fica clara a necessidade de uma intervenção qualificada (Volkow et al., 2016). O EESMP vê-se assim perante mais uma realidade onde a sua atuação pode fazer a diferença em todas essas vertentes – a adição, o comportamento e o risco de suicídio.

Todavia, a intervenção com utentes com perturbação do uso de substâncias em contexto de ambulatório apresenta desafios marcantes. Falamos de indivíduos que frequentemente vivem em condições de instabilidade social e económica, apresentam comorbilidades psiquiátricas e carregam uma história de recaídas (Volkow et al., 2016). A criação de uma relação terapêutica vê-se dificultada já que os contactos entre os utentes e os profissionais tendem a ser breves e maioritariamente focados na terapia de substituição com metadona. A literatura aponta que a construção de uma aliança terapêutica robusta é um processo gradual que depende de qualidades individuais únicas dos envolvidos e onde o fator tempo é necessário para que a relação se desenvolva (Pereira & Botelho, 2014). Alguns autores vão mais longe e admitem que, muitas vezes, os profissionais demonstram um menor investimento nestes utentes, por considerarem que a adesão ao tratamento é baixa e que os utentes não estão genuinamente interessados na mudança (van Boekel et al., 2013). Esta percepção pode levar à ideia pré-concebida de que a intervenção não é eficaz ou de que o esforço e os recursos aplicados não criam um impacto significativo.

2.2.4. Avaliação das Necessidades

A intervenção no contexto de respostas diferenciadas foi então pensada com o intuito de ser direcionada aos enfermeiros, através de ações de sensibilização sobre a prevenção do suicídio. Também nesta estrutura assistencial se verificou, em reunião com a equipa, a necessidade de abordar o tema da prevenção do suicídio junto dos profissionais de forma a alertar para o risco acrescido de suicídio nesta população e facilitar um momento de reflexão que traga ganhos para a prática diária.

Para a execução desta etapa e de acordo com a população-alvo da intervenção, definiram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Trabalhar como enfermeiro na ET;
- Participação voluntária;
- Apresentar motivação para participar nas sessões;
- Apresentar disponibilidade para participar nas sessões;

Foi definido como critério de exclusão:

- Incompatibilidade de horário.

Por se reconhecer a importância de partilhar informação sobre a prevenção do suicídio com os utentes desta unidade, população considerada mais vulnerável, foi necessário pensar numa abordagem alternativa e mais criativa.

2.2.5. Planeamento e Execução

Inicialmente pensou-se a realização de três sessões de sensibilização sobre a prevenção do suicídio, com a duração de 20 minutos cada, a decorrer aquando das reuniões de equipa. Devido à necessidade de adaptação à dinâmica da unidade, acabou por se reajustar a estratégia delineada e optou-se por uma abordagem de apenas uma sessão com a duração de 45 minutos. Esta decisão permitiu manter a viabilidade da intervenção e a oportunidade de partilha de conhecimento e de reflexão.

A divulgação da sessão de sensibilização foi realizada via email institucional, com a ajuda da enfermeira tutora, convidando os profissionais a participar em dia e hora previamente definidos. A intervenção realizou-se no espaço físico da própria unidade e contou com uma apresentação PowerPoint com o objetivo de dinamizar a sessão e servir de suporte à explicação dos conteúdos. Optou-se por utilizar a apresentação previamente desenvolvida no contexto do estágio anterior, com o objetivo de garantir coerência e uniformidade nas atividades de sensibilização realizadas. A Tabela 3 resume os tópicos apresentados na sessão.

Tabela 3 - Conteúdos das Sessões de Sensibilização - ET

Sessão	Conteúdos
1. Sessão dirigida aos enfermeiros da ET	- Introdução - o suicídio em contextos de consumo de substâncias; - Fatores de Risco e Fatores Protetores; - Populações Vulneráveis: utentes em diferentes fases do tratamento, impacto da abstinência, contexto social; - O Papel do Enfermeiro na Prevenção do Suicídio • Avaliação e Identificação do Risco • Intervenção em crise e abordagem terapêutica • Continuidade de cuidados e adesão ao tratamento • O papel da rede de suporte • Coordenação e Colaboração • Pós-venção e gestão do impacto do suicídio - Reflexão sobre a importância da intervenção do enfermeiro.

De forma a garantir a divulgação de informação importante sobre a prevenção do suicídio junto dos utentes, foi desenvolvido e exposto um póster informativo na sala de espera da unidade, local estratégico que favorece a visibilidade do conteúdo já que é um local de passagem e de permanência.

Além das informações essenciais presentes no material gráfico, o cartaz (Anexo IV) - incluía um QR Code, para que assim os utentes tivessem acesso a uma versão mais completa do conteúdo. Nesse folheto (Anexo V) dá-se resposta a quatro tópicos principais e disponibilizam-se linhas de apoio. O uso de uma linguagem clara e de um design apelativo torna a mensagem mais acessível e fácil de memorizar, o que possibilita o alcance de um público mais amplo.

2.2.6. Resultados e Avaliação

A avaliação da sessão foi realizada através de um questionário de *feedback*, o mesmo utilizado nas sessões do contexto anterior, com o objetivo de recolher informações específicas sobre a aplicabilidade e a relevância dos temas tratados. Este instrumento permitiu obter perceções sobre a clareza da informação e a utilidade do conteúdo apresentado para a prática clínica dos participantes. Fomentou-se a partilha e a interação dos enfermeiros durante a sessão, com questões focadas em como integrar os conhecimentos adquiridos nas exigências do dia-a-dia.

No que diz respeito ao póster, a avaliação concentrou-se na sua efetividade na divulgação da informação. O retorno dos enfermeiros indicou que o póster estava suficientemente claro e acessível e que as mensagens de prevenção eram facilmente compreendidas. Foi frequente ver os profissionais a trocar impressões com os utentes e a destacar a importância da informação apresentada.

2.2.7. Intervenção Individual – Entrevista Motivacional

No sentido de dar resposta às necessidades dos utentes da unidade e de forma a enriquecer o processo de aquisição de competências, optou-se por uma abordagem individual, centrada na Entrevista Motivacional (EM).

A EM é uma intervenção que se baseia na comunicação centrada no utente e que pretende facilitar mudanças comportamentais em contextos de saúde (OE, 2023). O EESMP utiliza a EM com o intuito de ajudar os utentes a refletir sobre o impacto do consumo de substâncias e a considerar alternativas viáveis para o seu caso específico. A intervenção envolve a utilização de perguntas abertas, a escuta ativa e a empatia, com o objetivo de ajudar a expressar as preocupações e a criar objetivos de mudança (Moyers et al., 2005).

Procedeu-se à avaliação de necessidades através da realização de entrevistas semi-estruturadas e da caracterização do padrão de consumo. A escala *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES) destacou-se como um instrumento de apoio particularmente útil na avaliação do nível de motivação para a mudança.

Os diagnósticos de enfermagem identificados com maior frequência foram o abuso de drogas, potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de redução de comportamentos aditivos, potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do consumo, bem como o potencial para desenvolver maior consciencialização sobre a relação entre o abuso de substâncias e a disfuncionalidade. Estes diagnósticos orientaram o planeamento de cuidados que se seguiu. Definiram-se ainda critérios de exclusão, sendo eles a descompensação de doença mental grave e debilidade intelectual/déficé cognitivo grave.

Em virtude de limitações impostas pela adesão e participação dos utentes no processo, a intervenção acabou por se restringir a duas sessões de Entrevista Motivacional, para além da sessão inicial de avaliação. O respetivo planeamento encontra-se em anexo a este trabalho (Anexo VI). Optou-se por seleccionar esta situação como base para o estudo de caso elaborado no âmbito deste estágio, dada a oportunidade de reflexão que proporcionou em termos de aprendizagem e aplicação de competências especializadas.

A avaliação de resultados estava prevista de acordo com o resultado NOC “Comportamento de Cessação do Abuso de Drogas”, através da reaplicação da escala SOCRATES e da análise da evolução comportamental do utente. Nesta etapa, revela-se igualmente pertinente verificar o cumprimento dos objetivos específicos definidos no início da intervenção.

2.3. Contexto de Internamento

O terceiro e último momento de estágio do módulo II do MESMP decorreu na esfera de cuidados de internamento de pessoas em fase de descompensação aguda da doença e portanto, um ambiente profundamente diferente dos anteriormente apresentados. Abordam-se de seguida as intervenções desenvolvidas durante este período.

2.3.1. Caraterização do Contexto Clínico

O estágio no contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação aguda da doença decorreu numa unidade de internamento de uma ULS da zona

Norte do país, durante o período de 25 de Novembro de 2024 a 10 de Janeiro de 2025.

Esta unidade de internamento de doentes agudos tem como principal missão prestar cuidados de saúde especializados de saúde mental e psiquiátrica a utentes adultos e insere-se numa unidade hospitalar que possui múltiplas valências. Na vertente de internamento tem serviços de utentes com patologia agudizada, uma unidade de utentes de evolução prolongada e uma direccionada à psicogeriatría. O departamento de ambulatório é constituído pelo serviço de reabilitação psicossocial, o hospital de dia, a unidade de consulta externa e as equipas comunitárias.

Os utentes internados são provenientes do Serviço de Urgência ou referenciados diretamente da consulta externa pelo psiquiatra assistente e o regime de internamento pode ser voluntário ou involuntário. Trata-se de um serviço misto com capacidade para aproximadamente 25 utentes, alojados em enfermarias ou quartos individuais, com casas de banho de apoio.

O serviço possui uma sala de convívio, sala de visitas e sala de fumo para usufruto dos utentes. O refeitório onde se realizam as principais refeições é de acesso restrito e sempre monitorizado por profissionais. O serviço é dotado de uma sala de enfermagem, três gabinetes e uma sala de reuniões.

A equipa multidisciplinar é constituída por EESMP, enfermeiros generalistas, médicos psiquiatras, assistentes operacionais, psicólogo e assistente social, sendo os cuidados prestados ao longo das 24h.

2.3.2. Objetivos

No cenário de internamento, foram definidos objetivos específicos de acordo com as características da unidade, da população alvo e alinhados com o processo de aquisição de competências:

- Proporcionar cuidados especializados a indivíduos em risco de suicídio durante períodos de internamento;
- Aplicar um questionário de avaliação de risco de suicídio a utentes que venham a fazer parte do grupo de intervenção;
- Promover a adoção de práticas baseadas em evidência para a prevenção do

suicídio;

- Planear e implementar intervenções de psicoeducação adequadas às necessidades dos indivíduos;
- Compreender a dinâmica da intervenção em grupo num internamento de agudos;
- Partilhar informação sobre os serviços e apoios disponíveis para indivíduos que se encontram em momentos de crise;
- Definir e implementar um plano de cuidados e desenvolver daí um estudo de caso;
- Aprimorar técnicas de comunicação verbal e não verbal direcionadas a indivíduos com risco de suicídio;
- Aprofundar a autoconsciência e o desenvolvimento profissional enquanto enfermeira, por meio da experiência vivida durante o estágio e da reflexão crítica sobre a prática.

2.3.3. Contextualização

O internamento psiquiátrico tem como finalidade reduzir o risco imediato, iniciar o tratamento mais adequado e preparar os indivíduos para a continuidade dos cuidados após a hospitalização (*National Action Alliance for Suicide Prevention*, 2019). Quando se considera haver alto risco de suicídio, uma das opções de tratamento disponíveis e aconselháveis é a hospitalização. A decisão de encaminhar um utente para o ambiente hospitalar deve ser tomada com base numa avaliação cuidadosa e sobretudo em situações em que existe um plano de suicídio bem elaborado, uma perda recente importante, isolamento social, desesperança ou acesso a meios letais, entre outros (Sarkhel et al., 2023). Apesar do internamento distanciar o utente do seu contexto social e familiar, é também um ambiente contendor, onde existe maior supervisão para garantir a segurança.

Considerando a importância do internamento no processo de tratamento, recorreu-se à implementação de um programa de psicoeducação como intervenção principal neste local de estágio. Este foi organizado de forma a ajudar na compreensão dos desafios vivenciados e na capacitação para o período pós alta clínica. Cada tema foi selecionado com base na avaliação de

necessidades do grupo e em evidência científica.

O humor encontra-se intimamente associado ao risco de suicídio e é por aí que se inicia a intervenção. O humor depressivo é um sintoma central nas perturbações do humor, caracterizado por uma persistente sensação de tristeza, desesperança e uma perda de interesse em atividades anteriormente prazerosas (ICN, 2019). Encontra-se frequentemente associado a sintomas físicos como a diminuição da concentração, perda de apetite e insónia (ICN, 2019). Para Lopez Molina et al. (2013) o humor depressivo pode influenciar negativamente a forma como a pessoa se vê a si mesma, afetando o seu autoconceito e autoestima pelo que para além do humor, trabalhou-se também a questão do autocuidado.

Sabe-se que os padrões de pensamento têm influência na manifestação da ideação suicida e no risco de suicídio. Assim, quando existem padrões cognitivos disfuncionais, estes limitam a regulação emocional e a resolução de problemas, levando à manutenção e intensificação de ideias suicidas (Satyander & Kumar, 2024). Também segundo a informação presente na plataforma E4nursingda ESEP, é no domínio de atenção de enfermagem “Pensamento” que se encontra a ideação suicida.

Partindo da ideia que a dificuldade na regulação emocional está relacionada com a ideação suicida, incluíram-se técnicas básicas de regulação na intervenção de psicoeducação, como por exemplo a prática de *mindfulness*. Para Aguiar et al. (2022), o *mindfulness* tem mostrado um impacto positivo na redução de comportamentos suicidas, já que contribui para a regulação emocional e para a diminuição de fatores como a impulsividade e os sintomas depressivos. Já Wenzel & Jager-Hyman (2012) defendem que deve haver uma abordagem acerca de estratégias de enfrentamento, não só para melhorar a capacidade de os utentes lidarem com os desafios da vida mas também para conseguirem adotar soluções alternativas ao comportamento suicida.

O apoio social é um importante fator protetor contra situações de depressão que, como já vimos, estão estreitamente relacionadas com o suicídio. Quando existe apoio de familiares, amigos ou profissionais, há maior capacidade de enfrentar desafios e de manter a saúde emocional (Gariépy et al., 2016). Quando os indivíduos têm uma rede de apoio limitada, é necessário trabalhar esta vertente

e isso pode ocorrer em sessões conjuntas, com o envolvimento dos familiares quando possível (Wenzel & Jager-Hyman, 2012).

A realização de uma intervenção no âmbito do internamento requer um planeamento não só da alta, mas neste caso específico do futuro. É necessário elaborar um plano de segurança com o utente que visa o retorno ao seu ambiente imediatamente após a alta (*National Action Alliance for Suicide Prevention*, 2018).

2.3.4. Avaliação das Necessidades

A seleção dos participantes do grupo de psicoeducação iniciou-se pela colaboração dos enfermeiros da unidade que identificaram utentes que reconhecidamente iriam beneficiar da intervenção e a quem associavam um determinado risco de suicídio. Posteriormente definiram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Que o utente não tenha alta prevista para breve;
- Que o utente manifeste interesse em participar nas sessões;
- Saber ler e escrever;
- Não apresentar diminuição acentuada da acuidade visual e auditiva;
- Apresentar cognição preservada;
- Apresentar risco de suicídio aquando da aplicação dos instrumentos de avaliação.

Como critérios de exclusão, identificaram-se:

- Comorbilidades graves que contraindiquem a participação;
- Descompensação do quadro psicopatológico (incluindo agitação psicomotora ou atividade heteróloga significativa);
- Falta de consentimento.

Pela necessidade de otimização do tempo e de acordo com os critérios acima mencionados, selecionaram-se sete utentes a fim de dar início aos procedimentos iniciais do programa.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e aplicaram-se, como instrumentos de apoio, a MMSE, a escala *The Nurses Global Assessment of Suicide Risk* (NGASR) e a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS). Kanwar et al. (2013) afirmam que as taxas de suicídio são mais altas em indivíduos com qualquer tipo de perturbação de ansiedade, excluindo o transtorno obsessivo-compulsivo e por esse motivo, acautelou-se a avaliação da ansiedade nos utentes propostos à intervenção. Não se considerou a aplicação do IRIS já que este instrumento, de acordo com as instruções de utilização, não é indicado para indivíduos que tenham protagonizado um comportamento suicidário recente e alguns dos utentes encontravam-se nessa situação (Alte et al., 2014). Aplicou-se ainda um questionário (Anexo VII), com o intuito de avaliar e comparar os níveis de conhecimento dos participantes antes e após a intervenção.

Um dos elementos sujeito a avaliação inicial recusou participar da intervenção, pelo que o grupo foi formado com seis elementos, três do sexo feminino e três do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 24 e os 74 anos. Nenhum dos elementos apresentava défices cognitivos mas devido a habilitações literárias díspares, houve necessidade de adequar o conteúdo das sessões a essa variável. Todos os utentes preencheram e assinaram a declaração de consentimento (Anexo VIII), autorizando a sua participação nas sessões de psicoeducação.

Ao analisar a informação obtida aquando da recolha de dados, observou-se que, de acordo com os itens da NGASR e relativamente ao histórico de tentativas de suicídio, metade do grupo ($n=3$) apresentava antecedentes de tentativas de suicídio, o que os colocava numa situação de risco acrescido. Os restantes participantes, embora sem histórico de tentativas, apresentavam outros fatores de risco importantes, como evidência de depressão ou influência de desesperança. No que diz respeito à existência de um plano para se suicidar, apenas dois participantes partilharam ter elaborado planos no passado, mas que tal não se verifica atualmente. A presença de sintomatologia psicótica verificou-se apenas numa situação sendo que não foi impedimento para a intervenção, já que se encontrava em fase residual. O abuso de substâncias foi considerado na avaliação e apenas um participante relatou histórico de consumo abusivo de

álcool ou outras substâncias. Verificou-se que apenas dois dos seis utentes faziam referência positiva ao suporte familiar e à rede de apoio.

Os utentes apresentaram dificuldades em associar determinados eventos emocionais ao aumento do risco suicida e em perceber se as estratégias que utilizavam eram eficazes. Apesar de alguns conseguirem identificar fatores que desencadeavam maior sofrimento, não conseguiam depois decidir por estratégias de resolução de problemas. Nesta etapa de contacto com os utentes, identificaram-se os diagnósticos de enfermagem que se detalham na Tabela 4.

Tabela 4 - Diagnósticos de enfermagem - Contexto de Internamento

Diagnósticos
• Risco de Suicídio • Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de prevenção de suicídio • Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e a valorização da vida • Potencial para melhorar significado atribuído à ideação suicida

Com o objetivo de avaliar a evolução das intervenções de enfermagem delíneas para dar resposta aos diagnósticos identificados, foram usados indicadores de resultado de acordo com a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), nomeadamente a autocontenção do suicídio.

2.3.5. Planeamento e Execução

Em contraste com a realidade dos locais de estágio anteriores, no âmbito do internamento contamos com a presença dos utentes numa janela temporal mais alargada, o que dá a oportunidade de acompanhar a evolução e enriquecer a permanência com objetivos terapêuticos.

No planeamento da intervenção, que se encontra descrita com mais detalhe no Anexo IX, foi tida em conta a existência de uma pausa letiva durante o período de estágio. Assim, optou-se por uma frequência de duas sessões semanais, com a duração de 45 minutos cada, bem como pela antecipação da avaliação final

para um momento anterior à referida pausa. Esta decisão teve em vista a maior probabilidade de altas clínicas nesse período e acautelou-se assim a recolha de informação pós intervenção. Na Tabela 5 encontra-se representado o cronograma do planeamento.

Tabela 5 - Cronograma do Planeamento das Atividades

Fase/ Atividade	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Pausa Letiva	Semana 5	
Triagem e Avaliação Inicial	✓						
Sessão 1:		✓					
Sessão 2:		✓					
Sessão 3:			✓				
Sessão 4:			✓				
Sessão 5:				✓			
Sessão 6:				✓			
Avaliação Pós-Intervenção				✓		✓	
Acompanhamento/ <i>Follow up</i>							4 meses após o fim da intervenção.

O planeamento da intervenção inclui, para além das sessões grupais apresentadas, um acompanhamento individual em dias não coincidentes com os das atividades. A abordagem individual foi pensada com o objetivo de aprofundar os conteúdos e permitir partilhas que, devido à sensibilidade da temática, poderiam ser inibidas num contexto de grupo.

Conforme previamente referido, procurou-se ajustar o nível de complexidade das sessões de forma a que fossem compreensíveis para todos os participantes e que cada um conseguisse identificar ganhos concretos. O acompanhamento individual possibilitou ajustar a abordagem dos conteúdos e permitiu uma adaptação mais específica às particularidades de cada caso. Com base na

avaliação inicial, optou-se por não tratar o suicídio de forma explícita nas sessões grupais, tendo os utentes manifestado preferência por abordar essa temática em contextos individuais. Assim, as sessões coletivas foram estruturadas para abordar conteúdos diretamente relacionados com o tema sem comprometer o ambiente de segurança e conforto dos participantes.

Devido à dinâmica da unidade e ao facto de os utentes terem horários definidos para visitas e para saídas ao recinto hospitalar, o horário das sessões de psicoeducação foi ajustado consoante as necessidades. As atividades realizaram-se na sala de reuniões da unidade e, relativamente aos materiais utilizados, recorreu-se essencialmente a um projetor e a folhas de exercícios previamente elaboradas, alinhadas com os objetivos e temas de cada sessão. Promoveu-se uma abordagem dinâmica e interativa, de modo a incentivar a participação ativa dos utentes e a criar um ambiente propício à partilha de experiências.

No cronograma faz-se menção à realização do *follow up* que deve acontecer quatro meses após o fim da intervenção, no entanto, devido às limitações impostas pela duração do ensino clínico, a sua concretização não seria viável. Ainda assim, está contemplada no planeamento de forma a seguir as orientações de uma boa prática e de planear uma intervenção que, realisticamente, se pode replicar no futuro.

Após a realização da avaliação inicial e da colheita de dados passou-se à fase de execução da intervenção de psicoeducação. A implementação teve início com uma sessão sobre o humor (Anexo X), onde se falou sobre a importância de reconhecer as emoções, de identificar o humor e onde se abordaram mitos e verdades acerca da temática. A sessão terminou com uma dinâmica musical, que teve um retorno muito positivo por parte do grupo. Nesta fase inicial, procurou-se estabelecer um ambiente de confiança e segurança, favorável ao envolvimento dos participantes.

Na segunda sessão, dedicada ao tema do pensamento, incentivou-se a identificação e monitorização dos padrões de pensamento. Foram introduzidas estratégias simples para este propósito, nomeadamente o uso de uma tabela (Anexo XI) de registo de pensamentos, cujo preenchimento foi orientado durante

a sessão.

Na abordagem das técnicas básicas de regulação emocional, facilitou-se um debate sobre as estratégias de enfrentamento para as situações de crise emocional e incorporou-se uma vertente mais prática, com um exercício guiado de *mindfulness* e um exercício prático de respiração.

A sessão seguinte focou-se em identificar as pessoas e recursos que se traduzem em rede de apoio. A ideia foi, além de ajudar a identificar estratégias de como fortalecer essa rede, reforçar a ideia de que todos têm alguém a quem recorrer. Realizou-se uma dinâmica denominada Teia de Suporte, de modo a que os utentes conseguissem visualizar uma rede de apoio forte e as consequências de quando esta falha. O grupo foi ainda orientado no preenchimento de um plano de segurança individual (Anexo XII), sendo esta uma etapa fundamental na prevenção do suicídio.

O tema do autocuidado foi explorado com o intuito de sensibilizar os utentes para a importância de adotarem práticas que favorecem o bem-estar. Apresentou-se uma roda do autocuidado e falou-se de cada componente com o grupo, definiram-se pequenos objetivos de autocuidado para os dias posteriores à sessão, identificaram-se razões para estar grato e a sessão terminou com a dinâmica da caixa do espelho. Os recursos utilizados para tornar esta sessão mais dinâmica podem ser consultados em anexo a este trabalho (Anexo XIII).

A intervenção culminou com a sessão de planeamento para o futuro, onde se recorreu a uma apresentação PowerPoint para a partilha dos conteúdos. O grupo preencheu uma carta para o seu Eu do futuro (Anexo XIV) e revisaram-se os conteúdos mais significativos para cada indivíduo. A Figura 1 apresenta uma ilustração integral da intervenção de psicoeducação para melhor compreensão do desenvolvimento do conteúdo. De considerar que o acompanhamento individual que foi ocorrendo a par da intervenção não está contemplado no fluxograma, apenas no momento de avaliação inicial e final.

Durante a execução da intervenção surgiram desafios que naturalmente exigiram adaptações. A variabilidade dos conhecimentos prévios e do grau de participação levou ao ajuste das estratégias utilizadas para promover uma compreensão efetiva dos conteúdos.

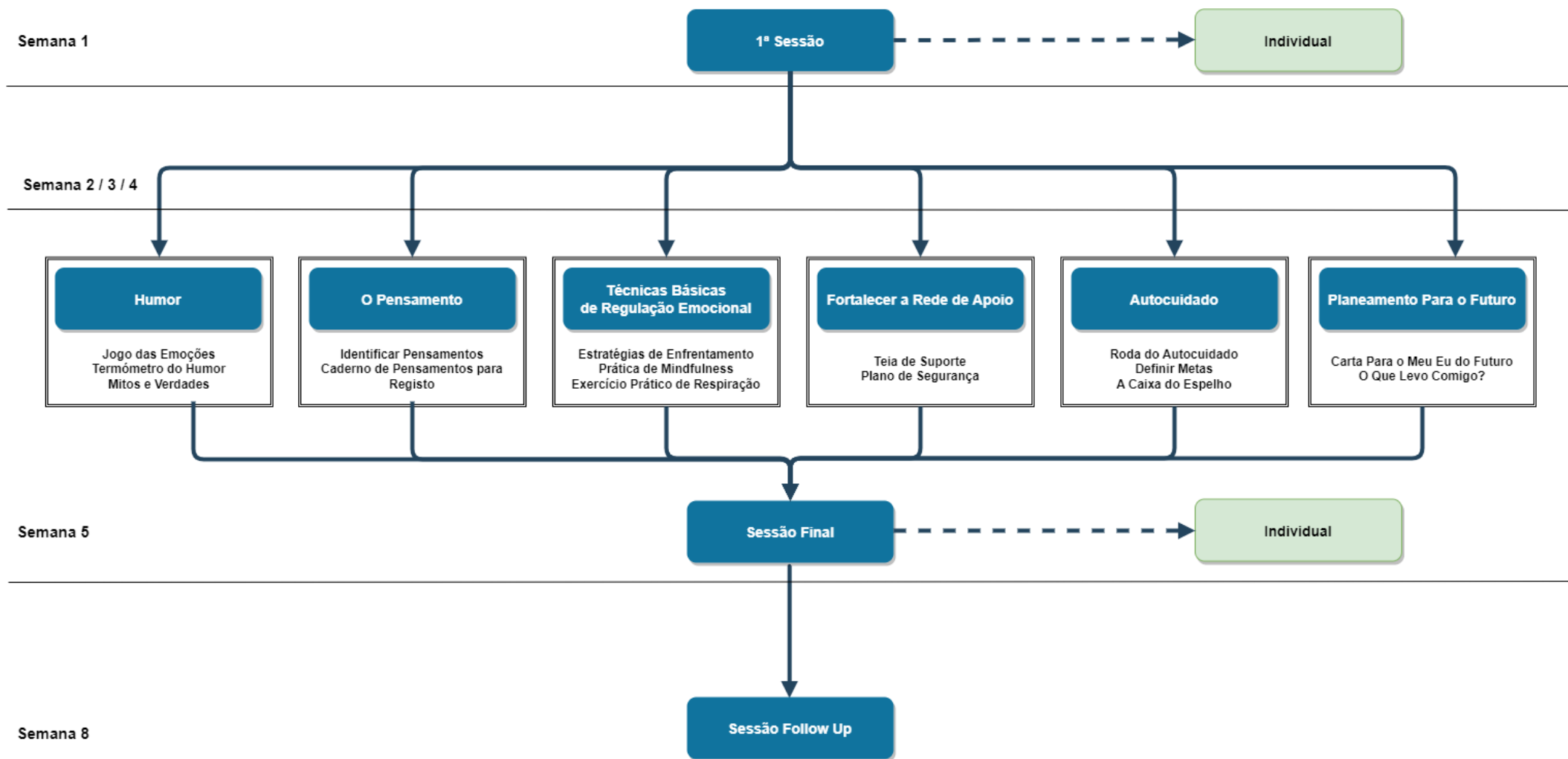


Figura 1- Fluxograma da Intervenção de Psicoeducação Implementada no Contexto de Internamento

2.3.6. Resultados e Avaliação

A avaliação final realizou-se na semana que antecedeu a pausa letiva. De notar que um dos participantes teve alta clínica antes da última sessão e por esse motivo o grupo não chegou completo ao final da intervenção, contando apenas com cinco dos seis elementos para a avaliação final.

Muito embora tenha sido perceptível que as sessões de psicoeducação receberam reconhecimento por parte da equipa multidisciplinar, a decisão de alta clínica permanece, na prática, fortemente condicionada à avaliação médica. Assim, caminhamos ainda para uma realidade em que a participação neste modelo de intervenção possa ser considerada para a decisão da alta hospitalar.

De forma semelhante à entrevista inicial, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com aplicação dos instrumentos previamente mencionados – NGASR e HADS - assim como a avaliação do resultado "Autocontenção do Suicídio", a fim de monitorizar o progresso dos utentes.

Com a finalidade de perceber o *feedback* dos utentes em relação ao trabalho realizado, procedeu-se à avaliação de cada sessão no término das mesmas e à avaliação da intervenção como um todo na fase final do projeto. A avaliação das sessões foi realizada por meio de um pequeno questionário composto por duas questões das quais uma permitia resposta aberta. O questionário referente à avaliação do projeto era composto por quatro questões (Anexo XV) sobre os conteúdos abordados, as atividades desenvolvidas, as dinâmicas e sugestões de melhoria.

A análise dos dados revelou um impacto positivo da intervenção em todos os utentes que completaram a avaliação final. Esta informação reforça a importância da psicoeducação como uma estratégia complementar no âmbito da prevenção do suicídio. Mostrou também que o trabalho que o EESMP desenvolve junto dos utentes, quando ajustado às suas necessidades, se pode traduzir na aquisição de competências para uma melhor gestão emocional e comportamental. Observou-se ainda que os utentes demonstravam grande expectativa tanto para as sessões de grupo como para as individuais e que

frequentemente solicitavam momentos de partilha mais informais.

A oportunidade de concretizar este projeto resultou na constatação de que existe espaço nas unidades para a criatividade, para a inovação e para a melhoria dos cuidados prestados aos utentes internados. Diante das limitações, foi possível formar o grupo e cumprir o que foi proposto como estratégia inicial. Num cenário ideal, com vista a constituir um grupo mais homogéneo e numeroso e de forma a realizar um estudo mais detalhado dos efeitos da psicoeducação na prevenção do suicídio, poder alargar este tipo de projeto a toda a unidade hospitalar seria uma mais-valia. Tal intervenção iria contribuir para consolidar e expandir os benefícios da psicoeducação e das estratégias usadas para esse fim.

2.3.7. Estudo de Caso

A inclusão de um estudo de caso neste trabalho visa ilustrar, de forma concreta, a aplicação prática dos conhecimentos e competências adquiridos ao longo do estágio. Este recurso permite uma análise aprofundada de uma situação real e oferece uma compreensão mais clara sobre a complexidade da intervenção do EESMP. O estudo de caso foi desenvolvido com recurso à plataforma E4nursing da ESEP.

O Caso Clínico

O estudo de caso centrou-se numa utente de 54 anos, atualmente sem contacto com a família. Trata-se de uma senhora que concluiu o 12º ano e que se encontrava desempregada. Com acompanhamento de longa data em consulta de psiquiatria por depressão.

Após um período numa casa-abrigo, retornou a casa do ex-companheiro e em contexto de violência doméstica, descreve ter começado a sentir-se desesperada, sem projetar uma alternativa, tendo realizado ingestão de cáustico com intenção suicida. Apresentou vômitos, dispneia e afundamento do estado de consciência subsequentes pelo que foi encaminhada ao serviço de urgência. Por manter ideação suicida ativa, foi transferida para uma unidade de internamento de pessoas em fase de descompensação aguda da doença. Trata-se de uma utente consciente e orientada auto e alopsiquicamente, sem défice na

cognição. Apresenta-se com comportamento adequado, sem alterações ao nível da comunicação ou percepção.

Necessidades Identificadas

O primeiro contacto consistiu na aplicação de uma entrevista semi-estruturada a fim de conhecer melhor a situação atual e a história clínica da utente, incluindo antecedentes médicos, sociais e familiares. Como meio de apoio à colheita de dados, aplicaram-se os seguintes instrumentos de avaliação: escala HADS, escala NGASR e escala de autoestima de Rosenberg. A escolha pela aplicação da escala de autoestima aqui mencionada baseou-se no fato de a utente frequentemente verbalizar conteúdos autodepreciativos durante a entrevista de enfermagem.

De acordo com os resultados obtidos através da aplicação da escala HADS, a utente apresentou um valor de 14 pontos na subescala de ansiedade, indicador de provável presença de sintomas clinicamente significativos de ansiedade, os quais relacionava com a incerteza da sua situação social, marcada pela ausência de uma alternativa habitacional e pela recusa em regressar à residência partilhada com o ex-companheiro. Na dimensão da depressão, a utente apresentou um valor de 14 pontos, sugerindo um quadro depressivo provável. A este resultado associavam-se manifestações de tristeza persistente e perda de interesse de cuidar de si mesma.

A escala NGASR identificou risco muito elevado de suicídio, com um score de 12, revelando a presença de múltiplos fatores de risco, nomeadamente histórico de tentativas prévias de suicídio, sentimento de desesperança face ao futuro e perda de interesse nas atividades que previamente tinha prazer.

Com a aplicação da escala de autoestima de Rosenberg, com um resultado de 12 pontos, verificou-se que a utente tinha uma autoestima muito baixa, traduzida por sentimentos de desvalorização pessoal e autocrítica excessiva, aspetos que influenciavam negativamente o seu bem-estar emocional. A partir da informação recolhida durante a avaliação, foi possível identificar os diagnósticos de enfermagem apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 - Diagnósticos de Enfermagem - Estudo de Caso

Diagnósticos de Enfermagem
• <u>Ideação suicida</u> • Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de prevenção de suicídio • Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e a valorização da vida • Potencial para melhorar significado atribuído à ideação suicida • <u>Ansiedade</u> • Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade • Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade • Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade • <u>Autoconceito comprometido</u> • Potencial para melhorar consciencialização sobre o autoconceito • Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito • <u>Humor depressivo</u> • Potencial para melhorar conhecimento sobre humor depressivo • Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor • Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o equilíbrio de humor • Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo

Planeamento e Execução

A intervenção de enfermagem direcionada a esta utente foi passível de enquadrar nas atividades pensadas para o contexto de internamento. A utente participou integralmente nas sessões de psicoeducação previamente descritas e beneficiou, em paralelo, de um acompanhamento individual direcionado ao tratamento das suas necessidades.

Nas sessões individuais, a partilha era mais pessoal e houve oportunidade de explorar com maior profundidade estratégias de controlo da ansiedade, entre as quais se destacaram técnicas de relaxamento adicionais às já abordadas em contexto grupal. As atividades desenvolvidas nas sessões de grupo foram revistas nos encontros individuais, o que facilitou a ligação com as experiências reais da utente. Foram ainda trabalhadas dimensões relacionadas com o autoconceito e o autocuidado em ambiente de internamento. Em articulação com a equipa multidisciplinar, foram mobilizados esforços para que a utente pudesse utilizar objetos pessoais e estruturar uma rotina de autocuidado com a qual se identificasse e que promovesse o seu bem-estar. Na Tabela 7, estão detalhadas as principais intervenções de enfermagem executadas, com base nos diagnósticos de enfermagem identificados.

Tabela 7 - Intervenções de Enfermagem Associadas aos Diagnósticos

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções
Ideação suicida	• Executar escuta ativa; • Realizar entrevista clínica; • Sessões de Psicoeducação; • Implementar medidas de segurança; • Executar plano de segurança; • Executar promoção da Esperança.
Ansiedade	• Executar técnica de relaxamento • Assistir no treino do autocontrolo da ansiedade • Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade • Executar escuta ativa;
Autoconceito comprometido	• Ensinar sobre estratégias promotoras do autoconceito • Executar escuta ativa;
Humor depressivo	• Ensinar sobre humor depressivo (sessões de psicoeducação); • Ensinar sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor; • Executar escuta ativa; • Assistir no controlo do humor.

A monitorização contínua da resposta da utente e o consequente reajuste das intervenções demonstraram-se determinantes para a eficácia do plano terapêutico delineado.

Avaliação e Resultados

No decorrer do acompanhamento, procedeu-se à avaliação das manifestações comportamentais da utente e, para esse fim, as sessões individuais e a escuta ativa foram recursos fundamentais.

Realizou-se a avaliação da intervenção a fim de perceber a sua opinião acerca da participação e procedeu-se ao preenchimento do questionário de avaliação de conhecimentos associado ao projeto, também aplicado na fase de avaliação de necessidades. Foram novamente aplicadas as escalas já anteriormente referidas – NGASR, HADS e a Escala de Autoestima de Rosenberg. A Tabela 8 apresenta os valores obtidos antes e após a intervenção.

Tabela 8 - Resultados da Aplicação dos Instrumentos de Apoio

Instrumento de Apoio À Avaliação	Resultado Pré Intervenção	Resultado Pós Intervenção
Escala HADS	Ansiedade – 14 Depressão – 14 Provável	Ansiedade – 10 Depressão – 9 Possível
Escala NGASR	12 Nível de Risco Muito Elevado	9 Nível de Risco Elevado
Escala de autoestima de Rosenberg	12 Autoestima muito baixa	15 Autoestima saudável

Estes resultados evidenciam progressos significativos e sugerem que, a par de outras melhorias na situação, nomeadamente no âmbito social, a intervenção produziu benefícios concretos. Testemunhou-se a aplicação das estratégias abordadas nas sessões de psicoeducação no quotidiano da utente, sendo o seu *feedback* francamente positivo. Reforçou-se, junto da utente, que as competências desenvolvidas deveriam ser mantidas e mobilizadas para além da alta clínica, acompanhando o seu processo de recuperação e reintegração.

3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo explora a forma como as competências do EEESMP foram desenvolvidas e consolidadas ao longo dos estágios realizados. Pretende-se demonstrar como o percurso formativo permitiu a aplicação dos conhecimentos adquiridos e a melhoria da prática clínica.

As competências específicas do EESMP refletem a complexidade da prática nesta área e a necessidade de estar devidamente preparado para uma intervenção especializada capaz de responder às necessidades dos indivíduos no contexto da saúde mental. Neste percurso, a análise crítico-reflexiva assumiu um papel central, ao integrar teoria e prática de forma consciente e fundamentada, o que promoveu uma evolução consistente enquanto profissional em formação.

O processo de aquisição de competências revestiu-se de características diferentes consoante o contexto de estágio e foi influenciado pelas dinâmicas próprias de cada unidade. A oportunidade de experienciar abordagens distintas enriqueceu a aprendizagem e levou ao desenvolvimento de uma prática mais crítica e flexível, ajustada às necessidades dos utentes.

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

Ao longo da experiência pessoal como enfermeira e no processo de aquisição de competências de EESMP, percebeu-se que o autoconhecimento é um recurso de extrema importância na construção da identidade profissional. Quando se aborda a área específica da saúde mental e se trabalha com temas tão íntimos e altamente estigmatizados, a relevância do autoconhecimento sai reforçada, não só pela forma como se lida com a informação que recebemos, mas também pelo potencial impacto nas pessoas.

Estar consciente desta realidade conduziu à procura de uma abordagem mais paciente e mais atenta às necessidades dos utentes com quem se estabeleceu

contacto. O cuidado holístico é um conceito largamente abordado na formação de novos enfermeiros e considera a totalidade do ser humano, tendo presente a individualidade de cada pessoa e a importância que esta atribui a cada necessidade específica (Papathanasiou et al., 2013). Este aspeto traduziu-se numa ideia mais clara nesta etapa de desenvolvimento - para prestar cuidados de forma holística é imperativo estar presente. Naturalmente não se faz referência à componente física da presença, mas sim a um “querer estar presente”, estar disponível, disposto a ouvir e a perguntar. Esta perceção foi profundamente transformadora no desempenho enquanto profissional e no retorno obtido por parte dos utentes. Constatou-se também que, apesar da nossa conduta ser influenciada por variáveis pessoais (humor, cansaço, interesse, entre outros), existe a responsabilidade de fazer uma escolha consciente de estar presente e de empregar todas as capacidades no processo de cuidado.

As experiências vivenciadas no curso dos diferentes períodos de estágio ajudaram a desenvolver uma compreensão mais profunda de valores, limites e emoções. No primeiro ensino clínico, houve a oportunidade de explorar um lado da PNC que, até então, pouco havia sido abordado durante o percurso profissional. O contacto com utentes em fase inicial de declínio cognitivo, que reconhecem as suas limitações e o impacto destas na sua vida, representou um momento de aprendizagem profunda. Foi essencial ser capaz de fazer uma gestão emocional diante da realidade do envelhecimento e da progressiva perda de capacidades, sobretudo porque se trata de uma condição que pode, muito provavelmente, vir a afetar alguém que nos é próximo. Neste processo, muito contribuiu perceber a abrangência do papel do enfermeiro, que vai além da estimulação cognitiva para a preservação das funções e inclui orientação no acesso a serviços, antecipação de necessidades e apoio contínuo aos familiares.

Almeida et al. (2005) resume com excelência a necessidade de autoconhecimento ao defender que “é difícil interagir com o outro sem sermos capazes de nos compreendermos a nós mesmos”. Isto torna-se especialmente verdade ao considerarmos que a interação do enfermeiro com o utente prevê uma relação interpessoal com objetivos terapêuticos.

Ao dinamizar o grupo de psicoeducação no contexto de internamento, foi possível perceber a necessidade de estabelecer limites claros a fim de preservar a integridade do processo. No decorrer da intervenção, que consistia em muitas horas de contacto, tanto em sessões individuais quanto em grupo, os temas abordados debruçavam-se sobre aspectos pessoais e sensíveis para os utentes. Com o evoluir das sessões e numa situação em particular, tornou-se evidente a busca pela presença do enfermeiro, sendo a única profissional com quem o utente partilhava sobre o seu contexto pessoal, adotando uma postura reservada nas restantes interações. Diante desse cenário, foi importante clarificar os papéis dos envolvidos, sem comprometer a relação terapêutica que, gradualmente, foi sendo estabelecida. A compreensão desta necessidade reflete maturidade profissional e evidencia a prioridade dada aos ganhos em saúde do utente, ao mesmo tempo que se preserva a integridade da relação terapêutica.

A prestação de cuidados a utentes com perturbação do uso de substâncias, no contexto clínico de respostas diferenciadas, exigiu a capacidade de reconhecer e gerir as respostas emocionais, evitando que fenómenos de transferência/contra-transferência interferissem na relação terapêutica. Foi possível identificar padrões de resposta que poderiam prejudicar a intervenção e, através da reflexão e da orientação por parte da enfermeira tutora, trabalhar para uma melhoria das estratégias de abordagem. Compreender o utente e a situação em que se encontra pode ser um verdadeiro desafio especialmente quando essa realidade parece distante da nossa vivência. Daí advém a grande importância da empatia na prestação de cuidados, de forma a aceitarmos o outro sem julgamentos e adaptarmos as intervenções às necessidades de cada indivíduo. Tornei-me mais consciente de que, independentemente dos objetivos que me desafiei alcançar, a prioridade é sempre ir ao encontro do que o utente precisa por parte do enfermeiro.

Peplau (1991, citada por Townsend (2015, p.40) afirma que “a enfermagem é útil quando tanto o utente quanto o enfermeiro crescem como resultado da aprendizagem que ocorre na situação de cuidado” e portanto, a interação é dinâmica, onde se pressupõe que o profissional também evolui e beneficia do processo relacional. Ao decidir abordar a temática da prevenção do suicídio,

considerarei que o fazia com esse intuito maior – o de prevenir o suicídio. Hoje, depois do trabalho realizado, do contato com os utentes, com os diferentes ambientes e profissionais, mantenho esse objetivo, mas reconheço que fui indagar sobre algo mais profundo – em que posso eu, enfermeiro, ajudar alguém que está em tamanho sofrimento e que vê como única solução, tirar a própria vida?

Ao longo do percurso, tornou-se claro que a atuação profissional tem limites, contudo, reconheceu-se que uma preparação mais sólida para abordar esta temática contribui significativamente para aumentar a capacidade de oferecer apoio eficaz a um número mais alargado de indivíduos.

Este caminho mostrou ainda a importância do autocuidado para manter o bem-estar do enfermeiro, de modo a que este seja capaz de oferecer cuidados de qualidade e de ajudar o outro, sem comprometer o seu equilíbrio.

3.2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.

A diversidade de ambientes experienciados aquando da integração nos locais de estágio proporcionou uma melhor compreensão das dimensões da saúde mental ao longo do ciclo de vida. Houve a possibilidade de prestar cuidados a utentes em diferentes fases do desenvolvimento, desde jovens adultos a vivenciar o seu primeiro episódio de internamento psiquiátrico até seniores referenciados para a intervenção do EESMP. Reconhece-se a importância de um acompanhamento estruturado e contínuo, que valoriza a promoção da saúde e a prevenção da doença.

De acordo com cada contexto, foram realizadas avaliações das necessidades em saúde mental dos indivíduos e dos diferentes grupos e comunidades, adaptando a intervenção às especificidades encontradas. Na UCC como no contexto de cuidados diferenciados, com a colaboração dos enfermeiros tutores, identificou-se a urgência de sensibilizar os profissionais de saúde dessas unidades para a abordagem do utente com risco de suicídio. A partir desta avaliação foram traçados os trâmites da intervenção como já previamente

descrita. De notar que uma das unidades reconheceu a importância de separar as ações de sensibilização em grupos distintos com o objetivo de adaptar os conteúdos às competências e níveis de atuação dos profissionais. Nestas sessões tratou-se também da importância do autocuidado para os profissionais com o intuito de incluir a promoção da saúde mental no local de trabalho.

O programa de estimulação cognitiva da UCC implicava uma fase inicial de avaliação de necessidades dos utentes e respetivas famílias previamente referenciados. Esta avaliação era feita através de entrevistas semiestruturadas e da aplicação de instrumentos de apoio (MoCA ou MMSE, Índice de Lawton e Índice de Barthel). À medida que se aprimoraram as estratégias de comunicação com os utentes e se ganhou maior confiança na identificação de informações relevantes, bem como na aplicação e utilização dos instrumentos de avaliação, nomeadamente o MoCA, esta fase do processo tornou-se progressivamente mais frutífera. Nas situações de utentes com PNC ou DCL ficou claro que, para além das necessidades do indivíduo, era essencial considerar as necessidades e dinâmicas da família. Os familiares quando participam ativamente nestas intervenções, aumentam também o seu conhecimento sobre estratégias de memória e acompanham de forma mais eficaz a sua utilização quotidiana (Costa & Sequeira, 2013).

Os planos de intervenção, que incluíam a estimulação cognitiva quando apropriado, frequentemente envolviam a reorganização do ambiente domiciliário e a colaboração com outras estruturas da comunidade. A interligação entre o indivíduo, família, grupos e comunidade potencia a manutenção do bem-estar e pode, inclusive, evitar ou diminuir o impacto de situações de crise. As redes de apoio atuam como mecanismos de proteção, oferecendo suporte emocional e prático que fortalece a resposta dos indivíduos em momentos de adversidades (Juliano & Yunes, 2014). A dinamização do grupo de treino cognitivo revelou como determinadas experiências contribuem para o empoderamento dos utentes e deu destaque à importância da interação social com os pares na manutenção das capacidades cognitivas.

O período na ET foi pautado por uma abordagem holística, que contemplou o indivíduo e a sua história de consumo, bem como o impacto nas dinâmicas familiares e sociais. Deste modo, considera-se que foi o local onde se encontrou maior resistência à intervenção e onde foi mais desafiante estabelecer contacto com as famílias, apesar de se saber a importância do seu envolvimento. De facto, o envolvimento familiar é amplamente reconhecido como um fator determinante para o sucesso terapêutico em casos de dependência de substâncias, pois contribui para a adesão ao tratamento (Juliano & Yunes, 2014).

Recorreu-se a estratégias de entrevista motivacional para explorar as motivações internas e promover a adesão ao tratamento, com o objetivo de otimizar a saúde mental dos indivíduos. Torna-se evidente que o ambiente e a falta de uma rede de apoio influenciam o processo de recuperação, mas fica clara a necessidade da presença do EESMP em unidades da comunidade que possam assumir esse papel de suporte.

A intervenção desenvolvida no internamento é um exemplo de como, mesmo num ambiente mais focado na vertente curativa, existe a oportunidade de ajudar o utente a otimizar a sua saúde. Ao contrário do ambulatório, no internamento o EESMP dispõe de um tempo de contacto significativamente maior o que lhe permite trabalhar estratégias que capacitem os utentes a lidar de forma mais eficaz com os desafios futuros. Esta preparação é, essencialmente, a construção de um percurso até ao momento da alta clínica e deve iniciar-se aquando da admissão. Pretende-se que a transição do internamento para a comunidade ocorra de forma estruturada, pelo que é importante envolver a família e os serviços comunitários para garantir o acompanhamento e a adesão ao plano terapêutico. Frequentemente subestimamos a importância da preparação para a alta sendo que este processo, quando adequado, minimiza a probabilidade de reinternamento e a vulnerabilidade à situação de sem-abrigo, assim como facilita a reintegração na comunidade (Alghzawi, 2012). Impõe-se a necessidade de facilitar a articulação entre as equipas de saúde mental na comunidade e no internamento já que têm em vista um objetivo comum – o bem-estar do utente.

As vivências dos estágios evidenciaram que o papel do EESMP na otimização da saúde mental dos indivíduos não se resume à resposta em situações de crise. É uma intervenção mais complexa, com múltiplas vertentes e que visa um acompanhamento contínuo, onde a prevenção da doença, a promoção da saúde e a capacitação dos utentes e das suas redes de apoio são fundamentais. Enquanto profissionais, importa olhar o outro sem o cingir à sua condição clínica, tendo em conta o seu percurso de vida, as suas experiências e os seus vínculos na comunidade. Deve-se promover, junto dos utentes e da comunidade, a ideia de que a relação com o enfermeiro é dinâmica, que este está presente nas diferentes fases do desenvolvimento e que constitui um recurso disponível a dele necessitar.

3.3. 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.

A fim de implementar intervenções eficazes e que representem ganhos em saúde para os utentes, foi necessário considerar as dinâmicas específicas de cada ambiente. No âmbito familiar, quão mais forte for a rede de apoio mais propício se torna o ambiente à recuperação da saúde mental, enquanto no âmbito comunitário sabe-se que a participação em grupos de estruturas sociais e a disponibilidade de recursos locais ajudam a promover um contexto mais resiliente.

A prestação de cuidados durante o período de estágio na UCC tinha frequentemente como palco o domicílio do utente, dentro do seu contexto habitual e integrado no seio da família. As intervenções realizadas neste âmbito visavam preservar as capacidades cognitivas ou retardar o seu declínio, mas estes contactos permitiam também identificar precocemente alterações e orientar o utente e família no sentido de recuperar o seu estado de saúde habitual, mobilizando outros recursos se necessário. Ter a oportunidade de cuidar de alguém na intimidade do seu lar possibilita uma avaliação mais precisa das necessidades e a implementação de intervenções personalizadas e ajustadas à realidade do utente. Compreendi que é possível ajudar o indivíduo a

recuperar a saúde sem necessidade de abandono do domicílio, sendo esta a opção que gera menos interrupção, sempre que a permanência em casa seja uma escolha segura. O ambiente domiciliário constitui assim um espaço privilegiado para a prestação de cuidados, pois permite uma intervenção mais abrangente e contextualizada, ao possibilitar a observação direta de fatores que impactam a saúde e os resultados do cuidado de enfermagem (Pinto, 2016).

A participação dos utentes no grupo cognitivo, aliada ao envolvimento das respectivas famílias, revelou a importância deste tipo de acompanhamento. Para além de manter uma rotina de contacto tanto entre os participantes como com os serviços de saúde, tornou-se claro que os utentes ansiavam pelos encontros com expectativa e reconheciam os profissionais de saúde como um elemento fulcral para a preservação da sua saúde mental.

As dinâmicas associadas ao contexto de cuidados diferenciados revelaram-se particularmente desafiantes – trata-se de um modelo de cuidados em ambulatório, no qual o utente se desloca à unidade de saúde mas, por norma, pretende um contacto breve, uma vez que este acontece de forma recorrente. Assim, torna-se imperativo contratualizar determinadas intervenções com o utente, exigindo dedicação de ambas as partes, ou seja, o enfermeiro ajusta a intervenção às suas necessidades enquanto o utente assume um papel ativo no seu processo de recuperação, investindo também o seu tempo.

Do ponto de vista da aprendizagem, foi enriquecedor perceber o impacto da motivação no processo de recuperação da saúde mental e como o EESMP pode contribuir para esta variável. Reconhecer, enquanto profissional, que as recaídas existem e fazem parte da trajetória do utente é também assumir que é nesses momentos de maior vulnerabilidade que o acolhimento e os cuidados sem julgamento se tornam de maior valor. Mais do que intervenção clínica direta, ficou clara a necessidade de apoiar o indivíduo no desenvolvimento de estratégias que o tornem capaz de gerir o seu próprio processo de recuperação. A enfermagem exerce um papel de liderança ao implementar intervenções que visam reduzir o estigma, aumentar o conhecimento dos utentes e auxiliar na capacitação para a autogestão da dependência de substâncias (Seabra et al., 2023).

O último estágio foi o momento mais oportuno para desenvolver e implementar uma intervenção junto de utentes internados por se encontrarem em descompensação aguda de doença e, por isso, em processo de recuperação da saúde mental. Este trabalho permitiu compreender que o internamento não se limita ao controlo de sintomas, mas envolve a capacitação do utente e a definição de um plano de continuidade de cuidados para além desta fase.

Ao dinamizar o grupo de psicoeducação constatou-se que, embora os participantes partilhassem algo em comum, cada um apresentava necessidades específicas e percursos distintos na recuperação da saúde. Deste modo, o acompanhamento individual realizado a par das sessões grupais mostrou-se uma estratégia eficaz para os utentes e uma oportunidade de crescimento profissional.

3.4. Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, 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.

A atuação do EESMP contempla uma intervenção especializada que considera as múltiplas dimensões do indivíduo e do contexto onde está inserido. Ao longo dos três estágios, procurou-se desenvolver intervenções que fossem ao encontro das necessidades dos utentes e que se enquadrassem nas competências do EESMP. Uma das mais-valias da prática clínica foi a possibilidade de realizar estas atividades com o apoio e supervisão de enfermeiros com vasto conhecimento na área. Essa orientação facilitou a identificação de oportunidades de aprendizagem, sempre com o foco no cuidado ao utente.

A participação num programa de estimulação cognitiva cuidadosamente concebido possibilitou não só a aprendizagem sobre a intervenção psicoterapêutica em si, mas também sobre as múltiplas componentes que integram um programa de saúde. Ao desenvolver esta prática, sobressaiu a importância de trabalhar funções cognitivas e de promover a autonomia dos utentes, com impacto direto na manutenção e na recuperação da saúde mental. Ainda na UCC, junto do utente e das famílias, trabalhou-se no sentido da criação

de rotinas estruturadas e no desenvolvimento de competências sociais, ambos fundamentais para a pessoa com PNC ou DCL (Costa & Sequeira, 2013).

Na realidade do contexto de cuidados diferenciados, a entrevista motivacional revelou-se a estratégia de eleição a fim de explorar as motivações internas dos utentes e auxiliar na identificação de ambivalências face à mudança e adesão ao tratamento. Ainda dentro do cenário da intervenção individual com o utente, esta consistia também em escuta ativa, psicoeducação e orientação para serviços de apoio na comunidade. A articulação com outros recursos e profissionais, aumenta a probabilidade de o utente ter acesso a uma rede de suporte que favorece a sua recuperação.

O internamento trouxe a ocasião de implementar sessões de psicoeducação estruturadas, ajustadas às necessidades dos utentes e onde foi possível desenvolver e solidificar competências. Com o avanço das sessões, os temas explorados e as estratégias utilizadas variavam, exigindo maior confiança na adaptação das intervenções. As sessões individuais focavam-se sobretudo na escuta ativa e no estabelecimento de um plano individual para o período de internamento e para o período pós-alta clínica.

O processo revelou-se gratificante pelo *feedback* dos utentes e pela percepção de que, apesar das dinâmicas do internamento, há lugar para a criatividade e para a intervenção especializada, que vai além do cuidado convencional. Abordar a prevenção do suicídio através da psicoeducação expôs a necessidade de adaptar a informação à realidade e às capacidades de cada utente, para que a intervenção tenha um impacto positivo no processo de recuperação.

3.5. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O trabalho desenvolvido pretendeu também dar resposta às competências comuns do Enfermeiro Especialista, tal como definidas pelo Regulamento n.º 515/2018 da OE. Através da implementação de intervenções específicas e da reflexão contínua, foi possível integrar os princípios subjacentes aos quatro domínios estruturantes: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das

aprendizagens profissionais.

Os cuidados prestados obedeceram a princípios éticos e à responsabilidade legal inerente ao exercício profissional. Os direitos dos utentes e a sua dignidade foram uma prioridade nas intervenções, o que revela um compromisso com os indivíduos e com a profissão. Dada a sua relevância, este tópico foi objeto de reflexão contínua e de discussão regular com os tutores de estágio.

As sessões de sensibilização dirigidas aos profissionais de saúde da UCC e da ET foram um contributo para a melhoria contínua da qualidade dos serviços. Estas surgiram como uma oportunidade para a partilha de experiências, para a aprendizagem coletiva e para a atualização das práticas com base em evidências.

No domínio da gestão dos cuidados, mostrou-se essencial a capacidade de coordenação para assegurar a continuidade das intervenções e garantir respostas adequadas às necessidades identificadas. No contexto comunitário, foi importante perceber os princípios da gestão da lista de espera, do planeamento e da priorização dos cuidados, elementos fundamentais para a otimização dos recursos disponíveis e para a promoção da equidade no acesso aos serviços.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi alcançado através da procura ativa por evidência científica, do diálogo com os tutores e da análise crítica do próprio desempenho. Existiu uma postura proativa na busca pelo conhecimento e pelas experiências que contribuíssem para consolidar as competências específicas da área da saúde mental.

Este percurso foi ainda enriquecido com a submissão de um póster, distinguido com o terceiro prémio (Anexo XVI), no âmbito de um encontro científico na área da saúde mental de uma unidade local de saúde. Esta distinção reforça o compromisso com a valorização e disseminação do conhecimento desenvolvido no contexto do mestrado.

3.6. Análise Crítico-Reflexiva sobre o Desenvolvimento de Competências

O percurso percorrido ao longo do mestrado, constituiu não apenas um processo de aquisição de competências, mas também uma trajetória de autoconhecimento. Foi necessário definir objetivos e estratégias, redefini-los, estabelecer metas mais realistas à medida que as limitações se foram mostrando e trabalhar a capacidade de flexibilidade. Em determinado momento, impôs-se como orientação fundamental a premissa de que o bem-estar do utente deveria permanecer como prioridade e foco de toda a intervenção realizada.

O desenvolvimento de competências e a implementação das intervenções acontecem praticamente em simultâneo, situação que gera momentos de dúvida e insegurança. Esse desafio surgiu no início da implementação das sessões de psicoeducação, quando a adaptação às novas metodologias e à dinâmica do grupo exigiu ajustes e reflexão constante. Com o passar do tempo e com o *feedback* positivo dos utentes, as inseguranças iniciais foram superadas e isso traduziu-se em ganhos tanto para os utentes quanto para o próprio processo de intervenção. Enquanto profissionais, pode ser desafiante encarar a dúvida e a insegurança, sobretudo pela consciência de que as intervenções planeadas têm impacto direto nos utentes. Vale lembrar que este é um percurso de aprendizagem, onde o apoio dos tutores assume um papel fundamental na linha de ação e na mitigação das incertezas.

O momento inicial de contacto com os utentes e a identificação das suas necessidades revelou uma importância muitas vezes desconsiderada. Apesar de ocorrer numa fase precoce, é aqui que assentam as fundações da relação terapêutica, da qual depende a eficácia e a continuidade do processo de cuidados. Perceber a essência da relação terapêutica e os desafios que lhe estão associados envolve compreender a dinâmica de confiança e respeito mútuo entre o profissional e o utente. A componente relacional é intrínseca ao ser humano, uma vez que a capacidade de estabelecer relações, viver conectado e em comunidade é parte da sua natureza. No contexto da saúde mental, um pilar do tratamento está, indiscutivelmente, na construção da relação terapêutica. Cabe ao profissional especializar-se nesta tarefa, reconhecendo a importância

de se conhecer a si mesmo para poder cuidar do outro.

A par das competências associadas ao EESMP, outras revelaram-se igualmente essenciais para a sustentação do trabalho desenvolvido, como a resiliência, a gestão do tempo e a comunicação. Esta última assumiu um papel central no cuidado ao utente e na articulação com a equipa multidisciplinar. A comunicação é um recurso que não se esgota e com potencial contínuo de desenvolvimento. O conhecimento adquirido na componente teórica do curso, aliado à experiência profissional prévia, constituiu uma mais-valia no desenvolvimento do projeto, contribuindo para uma preparação sólida face a situações reais e aos desafios inerentes à prática clínica. É desta conexão estreita entre teoria e prática que nasce a aprendizagem e a capacidade de conceber novos projetos orientados para a promoção do bem-estar do utente.

Diversos fatores foram facilitadores no percurso formativo, de destacar o envolvimento ativo das equipas de estágio, a disponibilidade para o acolhimento e a partilha de conhecimento. Embora a realização de três experiências de ensino clínico distintas possa implicar uma menor duração da intervenção em cada contexto, também é verdade que este modelo permite o acesso a diferentes realidades, favorece o contacto com várias práticas e amplia as oportunidades de aprendizagem. Assim, foi possível consolidar um conjunto de competências, ao invés de restringir a implementação do projeto a um único âmbito e a uma população com as mesmas características.

O maior desafio enfrentado centrou-se na gestão das expectativas pessoais em relação ao impacto pretendido das intervenções e à disponibilidade dos utentes. Impôs-se, por isso, a necessidade de ajustar essas expectativas e adequar ao ritmo e à disposição individual de cada pessoa. Reforça a ideia de que o EESMP deve prestar cuidados personalizados e estar preparado para ajustá-los conforme as circunstâncias evoluem.

O contacto com diferentes contextos de saúde mental evidenciou a necessidade de reforçar os recursos disponíveis na comunidade e considerar a hospitalização para situações de exceção. O paradigma das políticas de saúde tem vindo a evoluir nesse sentido pelo que se prevê ganhos significativos para os utentes.

Esta abordagem integrada representa um avanço na reorganização dos serviços de saúde mental, onde se prioriza uma lógica de proximidade, continuidade e personalização do cuidado.

A criação de um vínculo de proximidade com a comunidade facilita a promoção da saúde, permite antecipar alterações no estado dos utentes e favorece a implementação de intervenções mais adequadas. Dedicar mais recursos à promoção da saúde e à desconstrução do estigma associado à saúde mental traduz-se, a médio e longo prazo, numa melhor experiência para o utente e numa potencial redução do número de hospitalizações, especialmente nas fases iniciais da doença.

A componente prática do mestrado abre portas ao desenvolvimento de projetos inovadores, dos quais podem florescer programas robustos. A definição de novas abordagens otimiza o cuidado prestado e melhora a experiência do utente enquanto utilizador do serviço. O internamento deve ultrapassar a função de contenção e controlo sintomático, onde o EESMP deve assumir como uma oportunidade para capacitar a pessoa, promover o autoconhecimento sobre a sua condição e reforçar estratégias de adaptação à mesma.

A preparação técnica, científica e ética constitui o marco diferenciador do EESMP. É a junção destas três dimensões que confere consistência à intervenção especializada, traduzida no compromisso de integrá-las na prática clínica e na legitimidade de o utente as reconhecer como parte integrante do cuidado que lhe é prestado.

Incluir valores e princípios neste processo de aquisição de competências enfatizou a importância de salvaguardar os interesses daqueles que se encontram em situações de maior vulnerabilidade. A saúde mental ganhou visibilidade nos tempos atuais, mas no dia-a-dia, os profissionais de saúde atuam como os defensores dos direitos dos utentes que garantem a sua dignidade.

CONCLUSÃO

Este percurso representou um período de aprendizagem intensiva que levou à transformação da prática profissional. Contribuiu para a aquisição de competências essenciais para o futuro desempenho como EESMP e estimulou o desenvolvimento de uma postura mais reflexiva no exercício do cuidado.

A realização deste documento possibilitou uma revisão bibliográfica sobre a prevenção do suicídio, uma exposição acerca das intervenções desenvolvidas ao longo dos estágios e momentos de reflexão baseados nas experiências vividas.

Ao longo do mestrado, um dos objetivos foi aprofundar o conhecimento e a prática no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, com ênfase na implementação de intervenções psicoterapêuticas e tratando do tema transversal, no caso, a prevenção do suicídio. Ao rever o trabalho desenvolvido, constata-se que os resultados obtidos são sinónimo de progresso, nomeadamente no que diz respeito à aplicação da entrevista motivacional, à dinamização de sessões de estimulação cognitiva e à implementação de sessões de psicoeducação. O desafio foi além do tema transversal e foi também aí que residiu o verdadeiro valor.

A experiência de realizar estágio em contextos distintos de saúde mental - comunitário, de respostas diferenciadas e de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda - ampliou a compreensão sobre essas realidades e sobre as necessidades complexas da população atendida. Foi este contacto próximo que permitiu transpor para a prática os conhecimentos adquiridos de forma teórica e observar a sua aplicabilidade. De modo complementar, foi com base no suporte teórico que se desenvolveram as atividades direcionadas às necessidades dos utentes.

O processo de aprendizagem mostrou que a extensão da intervenção do EESMP é bastante ampla e não se extingue nos muros do ambiente hospitalar. Cada vez mais a sociedade demonstra a necessidade de incluir um EESMP em vários

contextos, sobretudo de proximidade, o que se traduz em novas oportunidades. Associada está também a responsabilidade de fazer com que os ambientes onde se insere sejam mais protetores, acessíveis e onde se assegura que cada intervenção tem um impacto positivo na vida dos indivíduos.

Para futuro fica o desejo de explorar de forma mais aprofundada e alargada o impacto da psicoeducação na qualidade de vida dos utentes e, mais especificamente, na prevenção do suicídio. A criação de projetos de acompanhamento pós-alta e o fortalecimento do vínculo entre o hospital e a comunidade surgem também como uma área de interesse. A ideia central consiste em facilitar a articulação entre os diferentes contextos, tornando os cuidados mais acessíveis ao utente e assegurando que este reconheça o EESMP como um recurso contínuo durante os processos de transição

No âmbito pessoal, a frequência do MESMP proporcionou um caminho de autoconhecimento muito rico, onde a prática reflexiva ajudou a superar incertezas e a perceber como dar espaço aos valores que norteiam a prestação de cuidados. A nível profissional, termina-se esta etapa com mais conhecimento e competências, o que acarreta, igualmente, um aumento da responsabilidade. Existe agora conjunto de competências no âmbito da saúde mental que permite, no exercício da profissão, uma atuação mais alinhada às necessidades individuais da pessoa. Deixa de ser possível dissociar as competências adquiridas da prática clínica diária, uma vez que há um olhar mais atento e uma preparação para intervir de forma mais eficaz.

A frequência do MESMP redefiniu a conceção do enfermeiro a ser e as metas traçadas no horizonte. É de reconhecer que foi incorporada uma visão mais humana nos cuidados, que supera a mera execução técnica, com maior atenção e mais tempo dedicado à pessoa assistida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmedani, B. K., Westphal, J., Autio, K., Elsis, F., Peterson, E. L., Beck, A., Waitzfelder, B. E., Rossom, R. C., Owen-Smith, A. A., Lynch, F., Lu, C. Y., Frank, C., Prabhakar, D., Braciszewski, J. M., Miller-Matero, L. R., Yeh, H.-H., Hu, Y., Doshi, R., Waring, S. C., & Simon, G. E. (2019). Variation in patterns of health care before suicide: A population case-control study. *Preventive Medicine*, 127, 105796. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105796>
- Alghzawi, H. M. (2012). *Psychiatric Discharge Process*. ISRN Psychiatry, 2012. <https://doi.org/10.5402/2012/638943>
- Almeida, V. de C. F. de, Lopes, M. V. de O., & Damasceno, M. M. C. (2005). Peplau's theory of interpersonal relations: an analysis based of barnum. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 39(2), 202–210. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200011>
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 1425. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2022). V Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2022: Relatório final. SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. <https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=569&languageId=1>
- Barrigon, M. L., & Cegla-Schvartzman, F. (2020). Sex, Gender, and Suicidal Behavior. *Behavioral Neurobiology of Suicide and Self Harm*, 89–115. https://doi.org/10.1007/7854_2020_165
- Barros, A. (2024). PSICOEDUCAÇÃO E SAÚDE MENTAL: FERRAMENTAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO. *Revista Ft*, 28(139), 44–45. <https://doi.org/10.69849/revistaft/th102410141144>

Brito, L. (2021, May 17). O Enfermeiro como Terapeuta de Referência nas Equipas de Saúde Mental Comunitária. https://www.researchgate.net/publication/351702289_O_Enfermeiro_como_Terapeuta_de_Referencia_nas_Equipas_de_Saude_Mental_Comunitaria

Cardoso, G. T. (2016). Comportamentos autolesivos e ideação suicida nos jovens (Master's thesis). Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/35146>

Cecato, J. F., Montiel, J. M., Bartholomeu, D., & Martinelli, J. E. (2014). Poder preditivo do MoCA na avaliação neuropsicológica de pacientes com diagnóstico de demência. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 17(4), 707–719. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13123>

Costa, R., & Sequeira, C. (2013). Efetividade de um Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos com Défice Cognitivo Ligeiro. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, 9, 14–20. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0057>

Curado, A. S. M. (2023, July 1). Intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na pessoa com risco de suicídio. *Comum.rcaap.pt*. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/45489>

de Aguiar, K. R., Bilhalva, J. B., Cabelleira, M. D., Guimarães, G. O., Madureira, T., Agako, A., de Souza, M. S., & Souza, L. D. de M. (2022). The impact of mindfulness on suicidal behavior: a systematic review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 44. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2021-0316>

DGS - Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017. Lisboa: Programa Nacional para a Saúde Mental, 2013.

Durkheim, Émile. *O Suicídio: Estudo Sociológico*. Lisboa: Editorial Presença, 1992.

Façaanha, 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/>

Faria, J. S., Marcon, S. R., Nespollo, A. M., Santos, H. G. B. dos, Espinosa, M. M., Oliveira, K. K. B. de, & Lima, J. G. da S. (2022). Atitudes dos profissionais de saúde frente a comportamento suicida: estudo de intervenção. *Revista de Saúde Pública*, 56, 54. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003320>

Gariépy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallée, A. (2016). Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *British Journal of Psychiatry*, 209(4), 284–293. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169094>

Gusmão, R., Ramalheira, C., Conceição, V., Severo, M., Mesquita, E., Xavier, M., & Barros, H. (2021). Suicide time-series structural change analysis in Portugal (1913-2018): Impact of register bias on suicide trends. *Journal of Affective Disorders*, 291, 65–75. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.048>

Hawton, K., Knipe, D., & Pirkis, J. (2024). Restriction of access to means used for suicide. *The Lancet Public Health*, 9(10). [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(24\)00157-9](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(24)00157-9)

Hiam, L., Dorling, D., & McKee, M. (2024). Changing suicide trends: A shift in regional disparities across the UK. *Public Health*, 238, 90–93. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.11.018>

Huang, X., Ribeiro, J. D., & Franklin, J. C. (2020). The Differences Between Individuals Engaging in Nonsuicidal Self-Injury and Suicide Attempt Are Complex (vs. Complicated or Simple). *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00239>

Instituto Nacional de Estatística. (2024). Indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) em Portugal. Instituto Nacional de Estatística.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=645950952&DESTAQUESmodo=2

International Council of Nurses. (2019). ICNP Browser. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Juliano, M. C. C., & Yunes, M. A. M. (2014). Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. *Ambiente & Sociedade*, 17(3), 135–154. <https://doi.org/10.1590/s1414-753x2014000300009>

Kanwar, A., Malik, S., Prokop, L. J., Sim, L. A., Feldstein, D., Wang, Z., & Murad, M. H. (2013). THE ASSOCIATION BETWEEN ANXIETY DISORDERS AND SUICIDAL BEHAVIORS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. *Depression and Anxiety*, 30(10), n/a-n/a. <https://doi.org/10.1002/da.22074>

Kleiman, E. M., & Liu, R. T. (2013). Social support as a protective factor in suicide: Findings from two nationally representative samples. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 540–545. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.033>

Klonsky, E. D., Pachkowski, M. C., Shahnaz, A., & May, A. M. (2021). The three-step theory of suicide: Description, evidence, and some useful points of clarification. *Preventive Medicine*, 152, 106549. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106549>

Knox, K. L., Pflanz, S., Talcott, G. W., Campise, R. L., Lavigne, J. E., Bajorska, A., Tu, X., & Caine, E. D. (2010). The US Air Force Suicide Prevention Program: Implications for Public Health Policy. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2457–2463. <https://doi.org/10.2105/ajph.2009.159871>

Kułak-Bejda, A., Bejda, G., & Waszkiewicz, N. (2021). Mental Disorders, Cognitive Impairment and the Risk of Suicide in Older Adults. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.695286>

Labouliere, C. D., Vasan, P., Kramer, A., Brown, G., Green, K., Rahman, M., Kammer, J., Finnerty, M., & Stanley, B. (2018). “Zero Suicide” – A model for reducing suicide in United States behavioral healthcare. *Suicidologi*, 23(1), 22. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6022755/#S1>

Lawrence, R. E., Oquendo, M. A., & Stanley, B. (2015). Religion and Suicide Risk: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*, 20(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004494>

Lopez Molina, M. A., Jansen, K., Drews, C., Pinheiro, R., Silva, R., & Souza, L. (2013). Major depressive disorder symptoms in male and female young adults. *Psychology, Health & Medicine*, 19(2), 136–145. <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.793369>

Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: development and progress*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Mitchell, A. J. (2009). A meta-analysis of the accuracy of the mini-mental state examination in the detection of dementia and mild cognitive impairment. *Journal of Psychiatric Research*, 43(4), 411–431. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.04.014>

Monroe, S. M., & Simons, A. D. (1991). Diathesis^stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110(3), 406–425. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.110.3.406>

Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., Hendrickson, S. M. L., & Miller, W. R. (2005). Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(1), 19–26. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2004.11.001>

National Action Alliance for Suicide Prevention. (2019). *Best practices in care transitions for individuals with suicide risk: Inpatient care to outpatient care*. Washington, DC: Education Development Center, Inc.

National Action Alliance for Suicide Prevention: Transforming Health Systems Initiative Work Group. (2018). *Recommended standard care for people with suicide risk: Making health care suicide safe*. Washington, DC: Education Development Center, Inc.

National Institute on Drug Abuse. (2018). *What are the immediate (short-term)*

effects of heroin use? National Institute on Drug Abuse.
<https://nida.nih.gov/publications/research-reports/heroin/what-are-immediate-short-term-effects-heroin-use>

O'Dwyer, S. T., Moyle, W., Zimmer-Gembeck, M., & De Leo, D. (2015). Suicidal ideation in family carers of people with dementia. *Aging & Mental Health*, 20(2), 222–230. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1063109>

Olfson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Liu, S.-M., Gerhard, T., & Blanco, C. (2016). Short-term Suicide Risk After Psychiatric Hospital Discharge. *JAMA Psychiatry*, 73(11), 1119. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.2035>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30833/gobp_intervencao psicoterapeutica_ok.pdf

Papathanasiou, I., Sklavou, M., & Kourkouta, L. (2013). Holistic Nursing Care: Theories and Perspectives. *American Journal of Nursing Science*, 2(1), 1–5. <https://doi.org/10.11648/j.ajns.20130201.11>

Pehlivan, T., & Güner, P. (2016). The Use of Theories in Psychiatric Nursing-II. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, 7(2). <https://doi.org/10.5505/phd.2016.46036>

Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing : conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer.

Pereira, A. S., Willhelm, A. R., Koller, S. H., & Almeida, R. M. M. de. (2018). Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11), 3767–3777. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29112016>

Pereira, P., & Botelho, M. A. R. (2014). Qualidades pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental: *Pensar Enfermagem*, 18(2), 61–73. <http://hdl.handle.net/10400.26/23806>

Pinto, M. (2016). Consulta de enfermagem domiciliária [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório UCP. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/21289/1/Marco%20Pinto%20final%20total.pdf>

Priberam Informática, S.A. (2025). Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. Dicionário Priberam Da Língua Portuguesa. <https://dicionario.priberam.org/suicídio>

Regulamento nº 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: 2ª Série, nº 151. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf>

Salvo, Lilian, Ramírez, Jordana e Castro, Andrea. (2019). Fatores de risco para tentativa de suicídio em pessoas com estresse depressivo na atenção secundária. Revista médica do Chile, 147 (2), 181-189. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872019000200181>

Santos, J., Erse, M., Simões, R., Façanha, J., & Marques, L. (2013). + Contigo na promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários em meio escolar. Revista de Enfermagem Referência, III Série (no 10), 203–207. <https://doi.org/10.12707/riii13121>

São José, J., & Coelho, P. (2024). O suicídio na velhice em Portugal: da confirmação de padrões já conhecidos à revelação de novos padrões. Forum Sociológico, 44. <https://doi.org/10.4000/11xiz>

Sarkhel, S., Vijayakumar, V., & Vijayakumar, L. (2023). Clinical practice guidelines for management of suicidal behaviour. Indian Journal of Psychiatry, 65(2), 124. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_497_22

Satyander, & Kumar, S. (2024). Suicidal Ideation and Cognitive Distortions among Undergraduate Students. Educational Administration: Theory and Practice, 30(5), 11239–11245. <https://doi.org/10.53555/kuey.v30i5.4922>

Scocco, P., Preti, A., Totaro, S., Corrigan, P. W., Castriotta, C., & SOPROXI Team. (2019). Stigma, grief and depressive symptoms in help-seeking people bereaved through suicide. *Journal of affective disorders*, 244, 223-230.

Seabra, P. R. C., Brantes, A. L. G., Sequeira, R. M. R., Sequeira, A. C. O. A., Simões, A. S. A., Nunes, I. da C. B. R., Amaral, P. E., & Sequeira, C. A. C. (2023). Aceitabilidade e aplicabilidade de um programa de intervenção com usuários dependentes de substâncias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(4), 1175–1186. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.11732022>

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções*. Lidel.

Silva Junior, A. P. da, Silva Júnior, F. J. G. da, Sales, J. C. e S., Monteiro, C. F. de S., & Miranda, P. I. G. (2023). Estratégias para prevenção e posvenção do suicídio em tempos de pandemia de Covid-19. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 27, e230181. <https://doi.org/10.1590/interface.230181>

Simões, R., Santos, J. C., & Martinho, M. J. (2020). As representações sociais do suicídio em adolescentes: Scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 23. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0273>

Sinyor, M., Silverman, M., Pirkis, J., & Hawton, K. (2024). The effect of economic downturn, financial hardship, unemployment, and relevant government responses on suicide. *The Lancet Public Health*, 9(10). [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(24\)00152-x](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(24)00152-x)

Sokero, T. P., Melartin, T. K., Rytsälä, H. J., Leskelä, U. S., Lestelä-Mielonen, P. S., & Isometsä, E.T. (2003). Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 64 (9), 1094–1100. <https://doi.org/10.4088/jcp.v64n0916>

Suicide Prevention Resource Center. (2018). Choosing a Suicide Prevention Gatekeeper Training Program: A Comparison Table – Sprc.org. <https://sprc.org/online-library/choosing-suicide-prevention-gatekeeper-training->

program-comparison-table/

Sociedade Portuguesa de Suicidologia. (2013). Tentativa de suicídio e Para-suicídio - www.spsuicidologia.com.
<https://www.spsuicidologia.com/index.php/sobre-o-suicidio/questoes-frequentes/28-tentativa-de-suicidio-e-para-suicidio>

Townsend, M. C. (2015). Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice. (8th ed.). F A Davis.

Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00234-2)

Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1). <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>

van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1-2), 23–35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>

Vidal, C. E. L., Gontijo, E. C. D. M., & Lima, L. A. (2013). Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(1), 175–187. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2013000100020>

Vieira, A. C. F., Rolim, J. de F., Brasil, J. A., Fernandes, K. de S., Bispo, M. E. de S. A., Almeida, S. B., Piancó, Y. A., & Junior, A. M. V. e S. (2024). Suicídio na família contemporânea e as repercussões ocasionadas pelo luto. *Revista*

Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363–371. <https://doi.org/10.1056/nejmra1511480>

Wenzel, A., & Jager-Hyman, S. (2012). Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Current Status. *The Behavior Therapist / AABT*, 35(7), 121. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4574874/>

World Health Organization. (2024a). Suicide. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

World Health Organization. (2024b). World health statistics 2024. World Health Organization. <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>

World Health Organization (2023). Dementia. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

World Health Organization. (2022). Mental health. World Health Organization; World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

World Health Organization. (2021a). Suicide worldwide in 2019. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

World Health Organization. (2021b). Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>

World Health Organization. (2014). Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization.

Wu, A., Wang, J.-Y., & Jia, C.-X. (2015). Religion and Completed Suicide: a Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 10(6), e0131715.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131715>

Young, I. T., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Bereavement and Complicated Grief*, 14(2), 177–186.
<https://doi.org/10.31887/dcns.2012.14.2/iyoung>

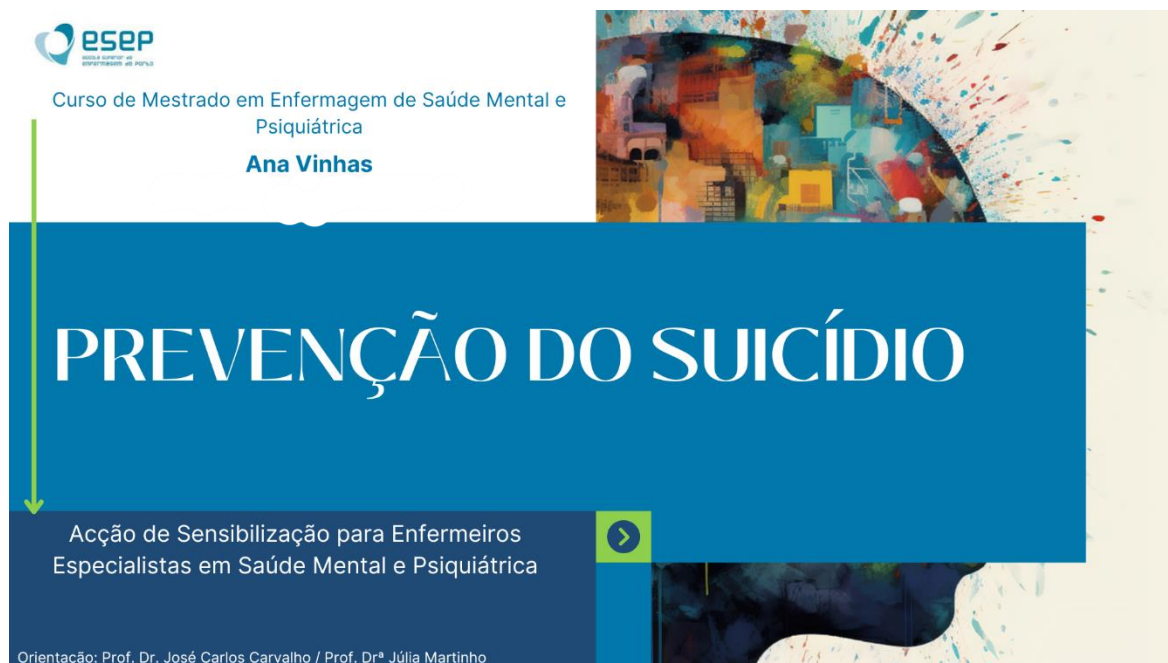
ANEXOS

Nota sobre a Proteção de Dados Pessoais e Identificação Institucional

Nos anexos que se apresentam constam informações importantes para a compreensão e análise do relatório. Com o objetivo de garantir a privacidade e atender às normas éticas, alguns dados foram deliberadamente omitidos ou anonimizados.

Adicionalmente, quaisquer informações que pudessem identificar a instituição de saúde envolvida neste trabalho foram removidas. Esta medida foi adotada em conformidade com as diretrizes de confidencialidade institucional e em respeito pelas políticas de divulgação de dados sensíveis.

Anexo I – Sessão de Sensibilização - EEESMP da ULS



The slide features a blue background with a large white title 'PREVENÇÃO DO SUICÍDIO'. Above the title, the logo of 'ESEP' (Escola Superior de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica) is visible, along with the text 'Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica' and the name 'Ana Vinhas'. Below the title, a smaller text block reads 'Acção de Sensibilização para Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica'. At the bottom left, it says 'Orientação: Prof. Dr. José Carlos Carvalho / Prof. Drª Júlia Martinho'. The right side of the slide has a colorful abstract painting of a cityscape.

ESEP
Escola Superior de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Ana Vinhas

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Acção de Sensibilização para Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica

Orientação: Prof. Dr. José Carlos Carvalho / Prof. Drª Júlia Martinho



A horizontal bar with a green square on the left containing the number '1'. To the right, on a dark blue background, is the text 'Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica'.

1

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Conteúdos

- | | |
|---|--|
| 02 Sobre o Suicídio | 05 O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica |
| 03 Fatores de Risco e Fatores Protetores | 06 Conclusão |
| 04 Populações Específicas | 07 Bibliografia |



2

Sobre o Suicídio



Fenómeno Complexo e Multidimensional

Sobre o qual se debruçaram áreas como a Antropologia, a Sociologia e a Filosofia.

Questão de Saúde Pública

Impacto nas famílias, mas também na sua comunidade e na sociedade (DGS, 2024).

Questão de Saúde Pública

A baixa qualidade dos dados sobre mortalidade de suicídio dificulta a comparação de dados e a observação das tendências de mortalidade.



2

Sobre o Suicídio

1 SUICIDE: CAN WE PREVENT THE MOST MYSTERIOUS ACT OF THE HUMAN BEING?

| José Carlos Santos¹ |

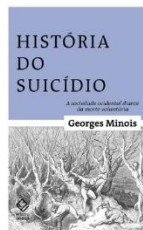
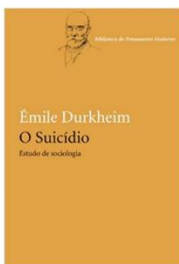


The Lancet

<https://www.thelancet.com> › series › Traduzir esta página

A public health approach to suicide prevention

09/09/2024 — Tackling the social factors which contribute to suicide requires a policy re-set with a whole of government commitment for suicide prevention ...



Santa Casa da Misericórdia do Porto

<https://www.scmp.pt> › pt-pt › notícias › prevencao-do-su...

Prevenção do suicídio: uma responsabilidade de todos

Linha de apoio disponível 48 horas para assinalar Dia de Prevenção do Suicídio

2

Sobre o Suicídio



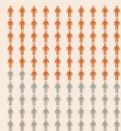
Suicide: facts and figures globally



More than
700 000
people died by
suicide in
2019



High-income countries
77%
of suicides
occurred in low and middle-
income countries
in 2019



More than
**1 in
100**
(1.3%) were by suicide in 2019



Suicide is the
fourth
leading cause of
death among
15-29
year-olds in 2019



58%
of suicides
happened before the age of
50 years
in 2019

Em Portugal

- 01** Média de 3 suicídios por dia; 8,9 suicídios por 100 mil habitantes (INE, 2021)
- 02** Suicidaram-se 53 jovens com idades entre os 15 e os 24 anos (INE, 2022)
- 03** A taxa de mortes por suicídio em homens foi mais que o dobro da das mulheres em 2021 (WHO, 2024)

3

Fatores de Risco



- 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 de personalidade, incluindo impulsividade
- 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

- 01** Condições como **depressão, perturbação do uso de substâncias, perturbação afetiva bipolar e esquizofrenia** encontram-se entre as mais comumente ligadas ao suicídio (Mendes et al., 2020).
- 02** Cerca de 90% dos casos de suicídio têm história psiquiátrica prévia (DGS, 2024)
- 03** História de tentativas anteriores de suicídio: Corresponde ao maior fator preditivo. Um risco aproximadamente **100 vezes maior** comparado à população geral (DGS, 2024).

3

Fatores Protetores



- 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

01

Cerca de 70% dos indivíduos que morrem por suicídio consultaram o seu médico assistente no mês prévio à sua morte.

02

Religiosidade e espiritualidade: o sentimento de pertença associado à integração numa comunidade religiosa parecem proteger o indivíduo, reforçando a sua rede de suporte

03

Desesperança: Falamos de desesperança quando estamos perante um indivíduo que sente que «nada há a fazer», que «não há alternativa», e que «não existe luz ao fundo do túnel».

(PREVENÇÃO DO SUICÍDIO- MANUAL PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE, 2024)



4

Populações Específicas



Adolescentes

É importante realçar que a depressão no adolescente pode apresentar -se de maneira diferente do adulto. Os amigos são os primeiros a reparar que algo está errado e é essencial envolver a família no tratamento.

Idosos

O risco suicidário é particularmente elevado a partir dos 75 anos, e em homens viúvos reformados. Torna-se essencial combater o isolamento social.

População LGBTQI+

População Prisional e Pessoas em Situação de Sem-Abrigo

Profissionais de Saúde e das Forças de Segurança



O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

5.1 Avaliação e Identificação do Risco

5.2 Comunicação e Relacionamento Terapêutico

5.3 Intervenção e Planos de Ação

5.4 Educação e Sensibilização

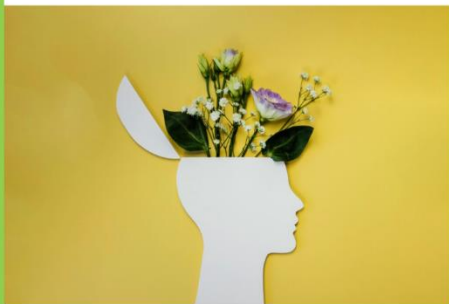
5.5 Coordenação e Colaboração

5.6 Pós-Venção

5.7 Autocuidado e Formação Contínua

5.8 Políticas de Saúde

5.1 Avaliação e Identificação do Risco



Pontos Chave

Avaliar corretamente o risco de suicídio é essencial para sustentar a decisão na escolha do tratamento e do acompanhamento, ou para eventual encaminhamento para o serviço de urgência.

Para uma avaliação abrangente é fundamental a realização de uma entrevista e exame do estado mental.

De considerar que os instrumentos de avaliação do risco de suicídio devem ser utilizados como parte de uma avaliação multidimensional – facilitam a comunicação e recolha de informações no contexto de entrevista, mas os seus resultados não substituem o **juízo clínico**.

5.1

Avaliação e Identificação do Risco

Na tentativa de sistematizar a avaliação do risco de suicídio foram desenvolvidas ferramentas de avaliação psicométrica para apoiar os profissionais nesta tarefa.



Figura 4. Escala modificada SAD PERSONS

S	Sexo masculino	1
A	<19 ou ≥45 Anos.....	1
D	Depressão ou Desesperança.....	2
P	Tentativa Prévia/Antecedentes Psiquiátricos.....	2
E	Uso Excessivo de álcool/drogas.....	1
R	Perda de Pensamento Racional.....	2
S	Separado/Divorciado/Viúvo.....	1
O	Plano Organizado/tentativa grave.....	2
N	Ausência de suporte social (No support).....	1
S	Intenção Suicida expressa.....	2

IRIS - Índice de Risco de Suicídio
F. A. Viegas, J. Andrade, P. Guedes, S. Neves, N. Madureira, A. Correia, J. C. Santos, C. B. Santos

Identificação: _____

SOCIODEMOGRAFIA - Ponderação 1

- Sexo Masculino → 1 Feminino → 0 ☐
- Idade: 2-40 → 1 40 → 0 ☐
- Religiosidade: Não → 1 Sim → 0 ☐

Existem fatores de natureza religiosa ou espiritual recorrentes de bloqueio a pensamentos ao acto? ☐

CONTEXTOS - Ponderação 2 Não → 0 Sim → 2

- Isolamento - vive so, 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 doença, episódio recente hospitalar ou hospitalização grave da personalidade ☐
- História de internamento psiquiátrico ☐
- História familiar de suicídio ☐

ESTEREA SUICIDA

- História pessoal de comportamentos suicidários

Ponderação 3 Não → 0 Sim → 3

Considere-se Sim em caso de 2 ou mais comportamentos: gestos ou apenas 1 se grave (suicídio violento ou tentado justificado suicídio anterior) ☐

- Plano suicida

Após se estabelecer o plano organizado, consciente, limitado e enigmático?
→ história actual preparatória recente (meio, carta de despedida, documento), bem como
→ acesso a meios letais (faca, arma de fogo, pesticidas, herbicidas)
 Não → 0 Sim → 3 → Ambiguidade/Incerteza ou maior de 20 no Score Total do Índice ☐

Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)

Potential Variable	Value
Presence/absence of hopelessness	3
Recent stressful life event (e.g. job loss, financial worries, pending court action)	1
Evidence of persecutory voices/beliefs	1
Evidence of depression/loss of interest or loss of pleasure	3
Evidence of withdrawal	1
Warning of suicidal intent	1
Evidence of a plan to commit suicide	3
Family history of serious psychiatric problems or suicide	1
Recent bereavement or relationship breakdown	3
History of previous attempts	1
Widow/Widower	1
Prior suicide attempt	3
History of socio-economic deprivation	1
History of alcohol and/or alcohol misuse	1
Presence of terminal illness	1
Total	

Levels of risk and corresponding suggested levels of engagement*

Score of three or less: Low level of risk estimated. Suggested level of engagement - Level Four

Score between six and eight: Intermediate level of risk. Suggested level of engagement - Level Three

Score between nine and 11: High level of risk. Suggested level of engagement - Level Two

Score of 12 or more: Very high level of risk. Suggested level of engagement - Level One

5.2

Comunicação e Relacionamento Terapêutico



Pontos Chave

Uma pergunta aberta e não invasiva, isenta de juízos de valor, dá ao indivíduo espaço para desenvolver a sua narrativa e para descrever espontaneamente as suas queixas.

No decorrer da avaliação, quando for oportuno, não tenha receio de perguntar diretamente sobre pensamentos de morte. Perguntar sobre suicídio não leva a ideação suicida, nem precipita o comportamento suicidário.

- «Pensou num plano para o fazer?»
- «Tem tendência para ser impulsivo ou para agir sem pensar?»
- «Quão forte é a sua intenção de o fazer?»
- «Consegue resistir ao impulso de o fazer?»
- «Ouve vozes que lhe dizem para se magoar ou matar?»

5.3

Intervenção e Plano de Ação



Pontos Chave

A intervenção pode consistir no encaminhamento imediato para o serviço de urgência, por um pedido de consulta de Psiquiatria ou pela marcação de consultas mais frequentes para reavaliação, de acordo com o risco observado.

Plano de Segurança: é uma ferramenta de intervenção que pode servir de apoio ao indivíduo durante uma crise suicidária. Deve ser elaborado pelo enfermeiro e o utente.

Contrato de não-suicídio: **Não existe evidência científica**, não sendo recomendado o seu uso.

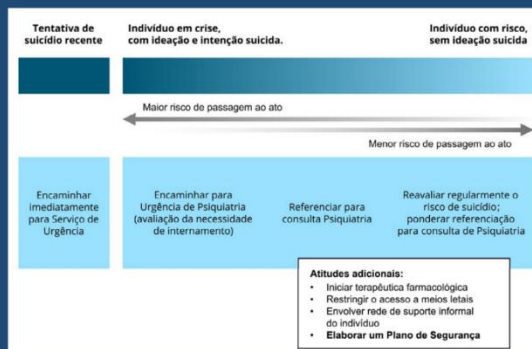


5.3

Intervenção e Plano de Ação



PLANO DE SEGURANÇA	
Passo 1: Sinais de Alarma (pensamentos, imagens, situações, comportamentos...) desenvolvidos durante a crise.	
1.	
2.	
3.	
Passo 2: Estratégias internas de coping – 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:	
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:	



Saiba quem pode e deve contactar em caso de Emergência ou simples necessidade de falar, desabafar, pedir ajuda.

NÚMERO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA

☎ 112

SNS24 | SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

☎ 808 24 24 24

LINHAS DE CRISE

(a responsabilidade é de cada uma das linhas)

/ SOS VOZ AMIGA

16H00 - 24H00

☎ 213 544 545 | 912 802 669 | 963 524 660

21H00 - 24H00

☎ 800 209 899 linha verde gratuita

/ CONVERSA AMIGA

15H00 - 22H00

☎ 808 237 327 | 210 027 159

/ VOZES AMIGAS DE ESPERANÇA

DE PORTUGAL 16H00 - 22H00

☎ 222 030 707

/ VOZ DE APOIO

21H00 - 24H00

☎ 225 506 070

✉ sos@vozdeapoio.pt

/ TELEFONE DA

AMIZADE

16H00 - 23H00

☎ 222 080 707

🌐 internet

<https://www.prevenirsuicidio.pt>

<https://www.sns.gov.pt>

<https://www.dgs.pt>

<https://www.iasp.info/>

<https://www.afsp.org/>

<https://www.who.int/health-topics/suicide>

<https://www.ifightdepression.com/pt/start>



5.4

Educação e Sensibilização



Educação do Utente e Família

Informar utentes e familiares/rede de apoio sobre os sinais de alerta do suicídio, fatores de risco e a importância da procura de ajuda.

Capacitação em Estratégias de Prevenção

Oferecer workshops e palestras sobre prevenção do suicídio para comunidades e grupos de risco.



5.5

Coordenação e Colaboração



Trabalho Interdisciplinar

Colaborar com outros profissionais de saúde mental, como psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, para fornecer um tratamento abrangente.

Encaminhamento

Desenvolver e facilitar o acesso a serviços adicionais de saúde mental, como terapia individual ou grupos de apoio.

5.6

Pós-Venção do Suicídio



Apoio a Sobreviventes

Oferecer suporte a pessoas que sobreviveram a tentativas de suicídio e às suas famílias, ajudando-as a lidar com o **luto** e a **recuperação**.

O suicídio é passível de desencadear problemáticas no seio da **família**, daí advindo consequências possivelmente desestruturantes (Vieira et al., 2024)

Promoção de Redes de Apoio

Incentivar a formação de grupos de apoio e redes comunitárias para prevenir a solidão e o isolamento social.

5.7

Autocuidado e Formação Contínua



Cuidados com a Saúde Mental do Profissional

Manter práticas de autocuidado e procurar apoio quando necessário, dado o stress associado às especificidades do trabalho na área da Saúde Mental.

Atualização e Formação

Participar de formações sobre prevenção do suicídio e novas abordagens terapêuticas; Desenvolvimento e implementação de novos projetos.

5.8

Políticas de Saúde



Defesa de Políticas de Prevenção

Defender a implementação de políticas e práticas que promovam a saúde mental e a prevenção do suicídio a nível comunitário e institucional.

Participação em Campanhas

Envolver-se em campanhas de sensibilização para a prevenção do suicídio, contribuindo para a desestigmatização do tema.

6

Conclusão

O papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica na prevenção do suicídio é multifacetado e essencial para a **promoção** da saúde mental, a **redução do risco** de suicídio e o apoio à **recuperação** dos pacientes.

Intervenção junto do indivíduo, junto das famílias/pares e dos sobreviventes.



7

Bibliografia

Curado, A. S. M. (2023, July 1). Intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na pessoa com risco de suicídio. Comum.rcaap.pt. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/45489>

Manual para Profissionais de Saúde – prevenirsuicidio.pt. (n.d.). <https://prevenirsuicidio.pt/manual-para-profissionais-de-saude/>

Santos, J. C. P. dos, Façanha, J. D. N., Gonçalves, M. A. B., Erse, M. P. Q. de A., Cordeiro, R., & Façanha, R. M. P. S. (2012). Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária. Cadernos OE - Série 1 - Número 4. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/2603>

World Health Organization (2021). Suicide worldwide in 2019 Global Health Estimates. Acedido a partir de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence>

World Health Organization. (2024). World health statistics 2024. World Health Organization



Feedback

<https://forms.gle/uDfwnS2VbFnX1ZSGA>



Obrigada

"A resignação é um suicídio quotidiano."
Honoré de Balzac



Ana Vinhas

Anexo II – Sessão de Sensibilização - Equipa da UCC



ESEP
Escola Superior de Enfermagem do Porto

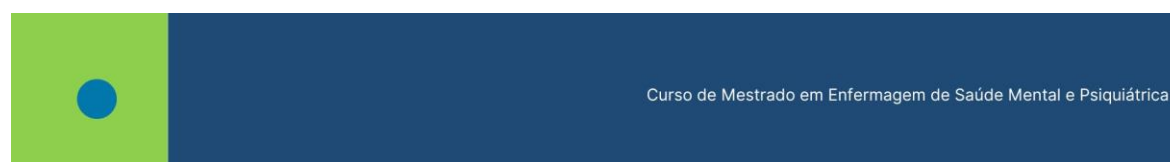
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Ana Vinhas

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Acção de Sensibilização
UCC

Orientação: Prof. Dr. José Carlos Carvalho / Prof. Drª Júlia Marques



Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Conteúdos

- | | |
|--|--|
| 02 Sobre o Suicídio | 05 Abordagem à Pessoa em Risco de Suicídio |
| 03 Fatores de Risco e Fatores Protetores | 06 Pós-Venção do Suicídio |
| 04 Grupos Vulneráveis | 07 Considerações Finais |



Glossário

Suicídio

Tentativa de Suicídio

Ato levado a cabo por um indivíduo e que visa a sua morte mas que resulta frustrado

Comportamentos autolesivos

Comportamentos sem intencionalidade suicida, mas que envolvem lesões autoprovocadas intencionalmente



Sobre o Suicídio



Fenómeno Complexo e Multidimensional

Sobre o qual se debruçaram áreas como a Antropologia, a Sociologia e a Filosofia.

Questão de Saúde Pública

Impacto nas famílias, mas também na sua comunidade e na sociedade (DGS, 2024).

Sobre os Dados

A baixa qualidade dos dados sobre mortalidade de suicídio dificulta a comparação de dados e a observação das tendências de mortalidade.



1 SUICIDE: CAN WE PREVENT THE MOST MYSTERIOUS ACT OF THE HUMAN BEING?

| José Carlos Santos¹ |

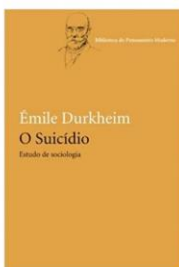


The Lancet

<https://www.thelancet.com/series> · Traduzir esta página

A public health approach to suicide prevention

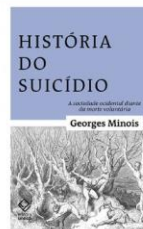
09/09/2024 — Tackling the social factors which contribute to suicide requires a policy re-set with a whole of government commitment for suicide prevention ...



Santa Casa da Misericórdia do Porto

<https://www.scmp.pt/pt-pt/noticias/prevencao-do-su...>

Prevenção do suicídio: uma responsabilidade de todos



Linha de apoio disponível 48 horas para assinalar Dia de Prevenção do Suicídio



Suicide: facts and figures globally



More than
700 000
people died by
suicide in
2019



More than
1 in 100
(1.3%) were by suicide in 2019



High-income countries
77%
of suicides
occurred in low- and middle-income countries in 2019

Suicide is the
fourth
leading cause of
death among
15-29
year-olds in 2019



58%
of suicides
happened before the age of
50 years
in 2019

50 years
in 2019

Em Portugal

01

Média de 3 suicídios por dia; 8,9 suicídios por 100 mil habitantes (INE, 2021)

02

Suicidaram-se 53 jovens com idades entre os 15 e os 24 anos (INE, 2022)

03

A taxa de mortes por suicídio em homens foi mais que o dobro da das mulheres em 2021 (WHO, 2024)

04

Aproximadamente 20 tentativas de suicídio por cada suicídio consumado

3

Fatores de Risco



- 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 de personalidade, incluindo impulsividade
- 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

01

Condições como **depressão, perturbação do uso de substâncias, perturbação afetiva bipolar e esquizofrenia** encontram-se entre as mais comumente ligadas ao suicídio (Mendes et al., 2020).

02

Cerca de 90% dos casos de suicídio têm história psiquiátrica prévia (DGS, 2024)

03

História de tentativas anteriores de suicídio: Corresponde ao maior fator preditivo. Um risco aproximadamente **100 vezes maior** comparado à população geral (DGS, 2024).



3

Fatores Protetores



- 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

01

Cerca de 70% dos indivíduos que morrem por suicídio consultaram o seu médico assistente no mês prévio à sua morte.

02

Religiosidade e espiritualidade: o sentimento de pertença associado à integração numa comunidade religiosa parecem proteger o indivíduo, reforçando a sua rede de suporte

03

Desesperança: Falamos de desesperança quando estamos perante um indivíduo que sente que «nada há a fazer», que «não há alternativa», e que «não existe luz ao fundo do túnel».



(PREVENÇÃO DO SUICÍDIO- MANUAL PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE, 2024)

4

Grupos Vulneráveis



Adolescentes

É importante realçar que a depressão no adolescente pode apresentar-se de maneira diferente do adulto. Os amigos são os primeiros a reparar que algo está errado e é essencial envolver a família no tratamento.

Idosos

O risco suicidário é particularmente elevado a partir dos 75 anos, e em homens viúvos reformados. Torna-se essencial combater o isolamento social.

População LGBTQI+

População Prisional e Pessoas em Situação de Sem-Abrigo

Profissionais de Saúde e das Forças de Segurança



5

Abordagem à Pessoa em Risco de Suicídio

5.1 Avaliação e Identificação do Risco

5.2 Sinais de Alarme

5.3 Como Avaliar

5.4 Intervenção e Plano de Ação



5.1

Avaliação e Identificação do Risco



Pontos Chave

A avaliação é **subjettiva**, **intuitiva** e depende da **experiência** do avaliador.

Para uma avaliação abrangente é fundamental a realização de uma entrevista e exame do estado mental.

Avaliar corretamente o risco de suicídio é essencial para sustentar a decisão na escolha do tratamento e do acompanhamento, ou para eventual encaminhamento para o serviço de urgência.



5.1

Avaliação e Identificação do Risco



A avaliação deve ocorrer quando alguém:

- Expressa ideação suicida ou desesperança
- Faz uma tentativa de suicídio ou apresenta comportamentos autolesivos
- Tem uma doença física que ameaça a vida ou associada a incapacidade/desfiguração
- Tem doença psiquiátrica (avaliação periódica)

Queixas inespecíficas
Astenia, perda de peso, insónia, cefaleia persistente, problemas gástricos sem causa aparente



S	Sexo masculino.....	1
A	<19 ou ≥45 Anos.....	1
D	Depressão ou Desesperança.....	2
P	Tentativa Prévia/Antecedentes Psiquiátricos.....	1
E	Uso Excessivo de álcool/drogas.....	1
R	Perda de Pensamento Racional.....	2
S	Separado/Divorciado/Viúva.....	1
O	Plano Organizado/tentativa grave.....	2
N	Ausência de suporte social (<i>No support</i>).....	1
S	Intenção Suicida expressa.....	2

IRIS - Instituto de Risco de Suicídio F.A. Varga, J. Andrade, P. Gonalves, S. Nogueira, M. Valadares, A. Carrasco, J.C. Santos, C.B. Sant'Anna	
Identificação:	
SOCIOEDUCAGRAFIA - Ponderação 1.0	
- Idade: Médiana = 1.0 Frequência = 0 - Idade: 2.85 = 1.0 0.85 = 0	☐
Religiosidade: 1.0 Sim = 0	☐
Exatidão fatores de natureza religiosa ou espiritual motivados de forma a prejudicar na análise?	
CONTEXTOS - Ponderação 2.0 Sim = 0 Não = 2	
Isolamento - vive só, vive apenas familiar ou social? ☐ Sim ☐ Não Presença recente marcante - trauma, depressão, período natural ou de abstinência ☐ Sim ☐ Não Desempenho diário - incapacidade ou limitação ☐ Sim ☐ Não Desempenho diário - dificuldades em relacionamentos ☐ Sim ☐ Não Desempenho psicológico - grau de compreensão atual da prisão ☐ Sim ☐ Não Depressão - quanto impactou no humor, perturbação grave da personalidade História de internamento psiquiátrico ☐ Sim ☐ Não História familiar de suicídio ☐ Sim ☐ Não	☐
ESTRUA SUICIDA	
História pessoal de comportamentos suicidários	
Ponderação 3.0 Não = 0 Sim = 3	
Considerar Sim caso em 2 ou mais comportamentos: gratificação (em apuros) e se grave (intento suicida) em estado psicológico (suicídio, tentativas)	
☐	
Plano suicida	
Não se trata de suicídio se o indivíduo não estiver consciente, não estiver lúcido e não estiver?	
- violentar ações preparativas anteriores (recs, carta de despedida, testamentos, bens comuns)	
- deixar mensagens (cartas) (recs, cartas de despedida, testamentos, heranças)	
- violar ações Sim = 3 Não = Abandona depressão e valor 20 no Score Total de Índice	

Predictor Variable	Value
Presence/Influence of loved ones	3
Recent stressful life events (e.g. job loss, financial worries, pending court action)	1
Evidence of memory loss/forgetfulness	1
Evidence of depression/loss of interest or loss of pleasure	3
Evidence of withdrawal	1
Warning of suicidal intent	1
Evidence of a plan to commit suicide	3
Family history of serious psychiatric problems or suicide	1
Recent bereavement or relationship breakdowns	3
History of psychosis	1
Widow/Widower	1
Prior suicide attempts	3
History of socio-economic deprivation	1
History of alcohol and/or alcohol misuse	1
Promotes of terminal illness	1
Total	1

Levels of risk and corresponding suggested levels of engagement*

Score of five or less: Low level of risk estimated. Suggested level of engagement – Level Four

Score between six and eight: Intermediate level of risk. Suggested level of engagement – Level Three

Score of nine and ten: High level of risk. Suggested level of engagement – Level Two

Score of 12 or more: Very high level of risk. Suggested level of engagement – Level One

- Ponderação 3 Não $\rightarrow 0$ Sim $\rightarrow 3$

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

- 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



5.2

Sinais de Alarme



- Discurso "suicida" com mensagens implícitas ou explícitas
- Mudanças súbitas de comportamento (impulsividade, comportamentos de risco, isolamento social)
- Alterações do sono ou do apetite
- Acontecimentos de vida recentes experienciados como humilhantes (ex. desemprego recente, perda económica ou de estatuto social)
- Dificuldades de concentração
- Perda de interesse pelas atividades habituais (trabalho, escola, atividades sociais, desporto, ...)
- Sentimentos persistentes de culpa
- Autocriticismo e desesperança
- Abuso de álcool e outras substâncias
- Doação de bens pessoais significativos



5.3

Como avaliar



Começar com uma pergunta aberta

Perguntar diretamente sobre pensamentos de suicídio

Avaliar intenção e plano suicida

Apurar tentativas de suicídio prévias

Entrevista clínica:

- Fatores de stress
- Avaliar sinais e sintomas de doença psiq.
- Avaliar padrão de uso de álcool/substâncias
- Apurar antecedentes psiq./ médico-cirúrgicos



Tomada de decisão

5.3

Como avaliar



Perguntar sobre o suicídio não leva a ideação suicida. Estas perguntas tendem a aliviar a tensão emocional e a levar a pessoa a falar abertamente

O que aconteceu nos últimos dias?

Tem tido pensamentos sobre a morte ou sobre fazer mal a si próprio?

Já tentou o suicídio antes?

Ouve vozes que lhe dizem para se magoar?

Pnesou num plano para o fazer? Consegue resistir ao impulso?

5.4

Intervenção e Plano de Ação



Pontos Chave

A intervenção pode consistir no encaminhamento imediato para o **serviço de urgência**, por um **pedido de consulta de Psiquiatria** ou pela marcação de **consultas mais frequentes** para reavaliação, de acordo com o risco observado.

Plano de Segurança: é uma ferramenta de intervenção que pode servir de apoio ao indivíduo durante uma crise suicidária. Deve ser elaborado em conjunto pelo profissional de saúde e pela pessoa em risco.

Contrato de não-suicídio: **Não existe evidência científica**, não sendo recomendado o seu uso.

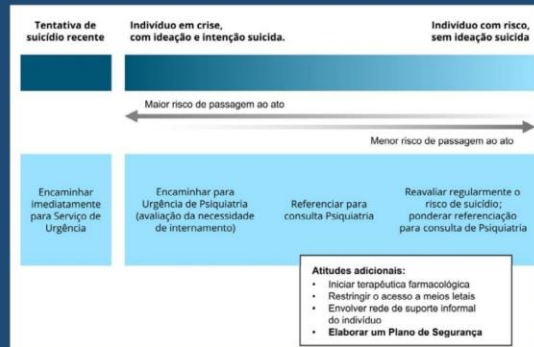


5.4

Intervenção e Plano de Ação



PLANO DE SEGURANÇA	
Passo 1: Sinais de Alarme (pensamentos, imagens, situações, comportamentos...) desenvolvidos durante a crise.	
1.	
2.	
3.	
Passo 2: Estratégias internas de coping – 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:	
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:	



6

Pós-Venção do Suicídio



Apoio a Sobreviventes

Oferecer suporte a pessoas que sobreviveram a tentativas de suicídio e às suas famílias, ajudando-as a lidar com o **luto e a recuperação**.

O suicídio é passível de desencadear problemáticas no seio da **família**, daí advindo consequências possivelmente destruturantes (Vieira et al., 2024)

Promoção de Redes de Apoio

Incentivar a formação de grupos de apoio e redes comunitárias para prevenir a solidão e o isolamento social.

7

Considerações Finais



Defesa de Políticas de Prevenção

Defender a implementação de políticas e práticas que promovam a saúde mental e a prevenção do suicídio a nível comunitário e institucional.

Educação do Utente e Família

Informar utentes e familiares/rede de apoio sobre os sinais de alerta do suicídio, fatores de risco e a importância da procura de ajuda.

Saúde Mental dos Profissionais

Manter práticas de autocuidado e procurar apoio quando necessário, dado o stress associado às especificidades do trabalho na área da Saúde.

8

Conclusão

O papel dos profissionais de saúde na prevenção do suicídio é multifacetado e essencial para a **promoção** da saúde mental, a **redução do risco** de suicídio e o apoio à **recuperação** dos pacientes.

Intervenção junto do indivíduo, junto das famílias/pares e dos sobreviventes.



Bibliografia

Curado, A. S. M. (2023, July 1). Intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na pessoa com risco de suicídio. Comum.rcaap.pt. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/45489>

Manual para Profissionais de Saúde – prevenirsuicidio.pt. (n.d.). <https://prevenirsuicidio.pt/manual-para-profissionais-de-saude/>

Santos, J. C. P. dos, Façanha, J. D. N., Gonçalves, M. A. B., Erse, M. P. Q. de A., Cordeiro, R., & Façanha, R. M. P. S. (2012). Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária. Cadernos OE - Série 1 - Número 4. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/2603>

World Health Organization (2021). Suicide worldwide in 2019 Global Health Estimates. Acedido a partir de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence>

World Health Organization. (2024). World health statistics 2024. World Health Organization



Feedback

<https://forms.gle/uDfwnS2VbFnX1ZSGA>



Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Obrigada

"A resignação é um suicídio quotidiano."
Honoré de Balzac



Ana Vinhas



Anexo III – Planeamento - Estimulação Cognitiva

Tema	Projeto X				
Data	07/10/2024	Horário	09:30	Local	Domicílio do Utente
Utente	Sr. M. T.	Dinamizadores	Enf.ª Ana Vinhas Enf.ª Especialista em SMP R	Duração	Máx. 60 min
Objetivos	Estimular as funções cognitivas de acordo com as necessidades específicas do utente; - Treinar a memória imediata e a capacidade de reter informação por curtos períodos; - Melhorar a capacidade de atenção e concentração numa tarefa; - Estimular o uso da linguagem através da nomeação de palavras.				
Procedimento					Material Necessário
Sessão Individual	Introdução	- Cumprimentos iniciais ao Sr. M e à esposa; - Quebra gelo através de questões simples sobre o dia-a-dia; - <i>Setting</i>: Preparação do local escolhido pelo utente para a realização da atividade, minimizar ruídos, otimizar luz; - Motivar para a participação na sessão;			N/A
	Desenvolvimento	- Exercício de orientação através da utilização da agenda do utente (dia da semana, dia do mês, mês, ano e estação do ano); - Atenção: Pedir ao utente para identificar e assinalar uma letra específica num quadro de letras; - Memória imediata: Pedir ao utente para repetir pequenas frases que lhe são lidas; - Linguagem: mostrar imagens e pedir ao utente para nomear o que vê;			- Agenda - Folha com imagens - Folha com sopa de letras - Caneta
	Conclusão	- Avaliação da sessão/Apreciação da atividade pelo utente; - Agendamento da próxima sessão e registo na agenda do utente (realizado pelo próprio); - Agradecimento ao Sr. M pela participação; - Cumprimentos finais.			Agenda do utente

Tema	Projeto X				
Data	15/10/2024	Horário	09:30	Local	Domicílio do Utente
Utente	Sr. M. T.	Dinamizadores	Enf.ª Ana Vinhas Enf.ª Especialista em SMP R	Duração	Máx. 60 min
Objetivos	Estimular as funções cognitivas de acordo com as necessidades específicas do utente; - Treinar a memória imediata e a capacidade de reter informação por curtos períodos; - Estimular o uso da linguagem através da nomeação de palavras.				
Procedimento					Material Necessário
Sessão Individual	Introdução	- Cumprimentos iniciais ao Sr. M e à esposa; - Quebra gelo através de questões simples sobre o dia-a-dia; - <i>Setting</i>: Preparação do local escolhido pelo utente para a realização da atividade, minimizar ruídos, otimizar luz; - Motivar para a participação na sessão;			N/A
	Desenvolvimento	- Exercício de orientação através da utilização da agenda do utente (dia da semana, dia do mês, mês, ano e estação do ano); - Memória imediata: Jogo da memória – mostrar imagens, imagens ao utente, pedir que as memorize e após virar ao contrário, tentar formar pares; - Linguagem: pedir ao utente que responda a perguntas simples (ex.: onde se compra o pão?) e que diga como se chamam os profissionais que se dedicam a determinada atividade (ex.: vender carne);			- Agenda - Folha com imagens - Folha com sopa de letras - Caneta
	Conclusão	- Avaliação da sessão/Apreciação da atividade pelo utente; - Explicar atividade a realizar com apoio da cuidadora até à próxima sessão – pedir que copie determinadas palavras ; - Agendamento da próxima sessão e registo na agenda do utente (realizado pelo próprio); - Agradecimento ao Sr. M pela participação; Cumprimentos finais.			Agenda do utente

Há Sempre Esperança

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO ESTAMOS AQUI PARA AJUDAR



1. Fique atento aos sinais

Isolamento, desesperança, alterações bruscas de humor, aumento dos consumos.



2. Esteja disponível

Ofereça suporte constante, mesmo em pequenos gestos.



3. Ouça com atenção

Não julgue, interrompa ou minimize.



4. Encaminhe para ajuda profissional

Ajude a entrar em contato com serviços especializados

SE PRECISAR, LIGUE: **112 OU LINHA SNS 24 - 808 24 24 24**

MAIS INFORMAÇÕES E RECURSOS ONLINE



Anexo V – Folheto Informativo - Contexto de Cuidados Diferenciados

Há Sempre Esperança



Como é que falar vai fazer alguém sentir-se melhor?

Ao ter uma oportunidade para falar, a pessoa pode sentir-se menos sozinha e atormentada pelos seus pensamentos e emoções e isso reduz o risco imediato de suicídio.

Este assunto deixa-me desconfortável. Não posso apenas ignorar?

Ao falarmos sobre este assunto, afastando-o do tabu social, permitimos que as pessoas falem mais sobre os seus pensamentos de suicídio e se sintam mais à vontade para pedir ajuda.

O consumo de álcool e outras substâncias aumenta o risco de suicídio?

O consumo de substâncias, especialmente quadros de dependência alcoólica, são fatores de risco de suicídio de extrema relevância – há uma forte associação com o aumento da desinibição, diminuição do juízo crítico e impulsividade.

Porque é que não se fala mais sobre suicídio e doenças mentais como a depressão?

O estigma e a falta de compreensão sobre o suicídio e as doenças mentais fazem com que estes assuntos sejam muitas vezes evitados.

Linhas de Apoio

SOS VOZ AMIGA: 213 544 545

CONVERSA AMIGA: 210 027 159

Programa Nacional para a Saúde Mental

www.saudemental.min-saude.pt

A vida é a escolha mais valiosa.



ICAD

Instituto para os Comportamentos
Aditivos e as Dependências, I.P.



esep

ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DO PORTO

Anexo VI – Planeamento - Entrevista Motivacional

Tema	Projeto X				
Data	30/10/2024	Horário	09:30	Local	Unidade da ET
Utente	Sr. J. S.	Dinamizadores	Enf.ª Ana Vinhas Enf.ª Especialista em SMP	Duração	Máx. 45 min
Objetivos	- Explorar os fatores que estão na base da manutenção dos consumos; - Facilitar a expressão das ambivalências e sentimentos conflitantes em relação à mudança; - Identificar as razões pessoais para a mudança.				
Procedimento					Material Necessário
Sessão Individual	Introdução 5 minutos	- Cumprimentos iniciais ao Sr. J; - Quebra gelo através de questões simples sobre o dia-a-dia; - Retomar de forma breve os pontos principais da sessão inicial; - Apresentar os objetivos e metodologia da sessão.			N/A
	Desenvolvimento 35 minutos	- Utilizar perguntas abertas para incentivar o utente a descrever as suas incertezas e motivações. Ex.: <i>“O que o faz querer mudar?”</i>; - Aplicar uma escala de 1 a 10 para que o utente avalie a sua motivação/confiança para a mudança; explorar com o utente o posicionamento na pergunta-escala; - Orientar o utente no preenchimento de uma tabela onde visualize a diferença entre o estado atual e o desejado; - Registar os aspetos positivos e negativos do seu comportamento.			- Folhas de registo - Caneta
	Conclusão 5 minutos	- Fazer uma síntese e destacar as áreas de maior ambivalência e os fatores motivadores identificados; - Avaliação da sessão/Apreciação da atividade pelo utente; - Agendamento da próxima sessão; - Agradecimento ao Sr. J. pela participação; Cumprimentos finais.			Folha para registo do agendamento

Tema	Projeto X				
Data	31/10/2024	Horário	09:30	Local	Unidade da ET
Utente	Sr. J. S.	Dinamizadores	Enf.ª Ana Vinhas Enf.ª Especialista em SMP	Duração	Máx. 45 min
Objetivos	Estimular as funções cognitivas de acordo com as necessidades específicas do utente; - Treinar a memória imediata e a capacidade de reter informação por curtos períodos; - Estimular o uso da linguagem através da nomeação de palavras.				
Procedimento					Material Necessário
Sessão Individual	Introdução 5 minutos	- Cumprimentos iniciais ao Sr. J e quebra gelo com questões simples sobre o dia-a-dia; - Rever os principais conteúdos da sessão anterior com foco nos objetivos de mudança identificados; - Expliar conteúdos da sessão atual.			N/A
	Desenvolvimento 35 minutos	- Orientar o utente na definição de objetivos específicos, mensuráveis, alcançáveis e temporais. Utilizar uma tabela para ajudar na compreensão e registo; - Pedir ao utente para listar as principais barreiras que possam dificultar o alcance das metas definidas, bem como identificar recursos disponíveis que possam facilitar a mudança; - Realizar uma breve encenação de cenários que representem desafios comuns para o utente e discutir que estratégias foram eficazes, de forma a ajustar o plano de ação conforme necessário.			- Agenda - Folha com imagens - Folha com sopa de letras - Caneta
	Conclusão 5 minutos	- Resumir as metas definidas e as estratégias planeadas ; - Estabelecer um cronograma inicial para o acompanhamento das metas; - Avaliação da sessão/Apreciação da atividade pelo utente; - Agendamento da próxima sessão; - Agradecimento ao Sr. J. pela participação e cumprimentos finais.			Folha e caneta

Anexo VII – Questionário de Avaliação de Conhecimentos

Avaliação de Conhecimentos

Responda às questões de escolha múltipla, selecionando apenas uma alternativa em cada pergunta. No final, responda à questão aberta com sinceridade.

Parte 1: Questões de Escolha Múltipla

1. O que significa "autocuidado"?
 - a) Dedicar-se só ao trabalho e responsabilidades.
 - b) Cuidar de si mesmo de forma consciente para manter a saúde física e mental.
 - c) Pedir ajuda aos outros sem cuidar de si mesmo.
 - d) Evitar situações de desconforto emocional.

2. Qual é a principal função de uma rede de apoio?
 - a) Oferecer suporte emocional e prático em momentos difíceis.
 - b) Resolver todos os problemas do indivíduo.
 - c) Criticar as decisões tomadas pela pessoa.
 - d) Promover a dependência emocional.

3. Que técnica pode ajudar a lidar com emoções intensas?
 - a) Guardar os sentimentos e evitar falar sobre eles.
 - b) Distrair-se com hábitos pouco saudáveis.
 - c) Usar técnicas de respiração controlada para se acalmar.
 - d) Ignorar os problemas até que desapareçam.

4. Qual é a melhor atitude para planejar o futuro de forma saudável?
 - a) Ignorar os desafios e focar apenas no presente.
 - b) Estabelecer metas claras e realistas para o autocuidado.
 - c) Evitar qualquer tipo de mudança na rotina.
 - d) Depender da aprovação de outras pessoas.

5. Como um plano de cuidado pode ser útil?
- a) Para evitar qualquer tipo de mudança na rotina.
 - b) Para organizar ações práticas que promovem o bem-estar.
 - c) Para controlar as ações das pessoas ao redor.
 - d) Para evitar responsabilidades emocionais.

Parte 2: Questão Aberta

Qual considera ser a principal aprendizagem que irá leva deste programa?

Obrigada pela sua colaboração.

Anexo VIII – Declaração de Consentimento



Declaração de Consentimento

Considerando a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000).

Eu, _____, declaro que compreendi as informações fornecidas e concordo em participar na intervenção planeada. Tive a oportunidade de colocar todas as questões que considerei importantes e recebi respostas adequadas.

Fui informado(a) de forma clara sobre os objetivos, procedimentos, benefícios e potenciais riscos do projeto. A minha participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento, sem necessidade de justificação.

Todas as informações partilhadas durante o projeto serão tratadas com confidencialidade e não haverá registo de dados pessoais identificáveis. Os resultados do projeto poderão ser utilizados para fins educativos e/ou científicos, sempre preservando o anonimato.

Assinatura do Participante: _____

Data: _____

Anexo IX – Planeamentos das Sessões de Psicoeducação

Tema	O Humor				
Data	02/12/2024	Horário	11:00	Local	Sala de Reuniões
Utentes	Pré-selecionados	Dinamizadores	Enf.ª Ana Vinhas Enf.ª Especialista em SMP C	Duração	45 min
Objetivos	- Promover a compreensão do humor e das emoções como partes naturais da experiência humana; - Ajudar os participantes a identificar diferentes emoções e os seus impactos no humor; - Refletir sobre o estado emocional atual; - Esclarecer mitos e verdades sobre o humor e a tristeza, promovendo maior aceitação emocional; - Demonstrar como fatores externos podem influenciar o humor de forma positiva ou negativa.				
Procedimento					Material Necessário
Sessão em Grupo	Acolhimento e Introdução 5 minutos	- Cumprimentar os participantes e explicar o objetivo da sessão; - Apresentar a estrutura da sessão e incentivar a participação ativa.			N/A
	Desenvolvimento 30 minutos	- Jogo das emoções: Cada participante escolhe um cartão ao acaso, identifica a emoção representada no cartão e partilha uma situação que poderia despertar essa emoção (se estiver confortável); - Termómetro do Humor: Pedir ao utente para avaliar o seu humor atual com recurso à imagem e facilitar breve debate; - Mitos e Verdades: Ler as frases e pedir aos participantes para identificar como mito ou verdade; explicar cada item; - Jogo das Músicas: após cada música pedir que a identifiquem como alegre ou triste; reforçar que podemos usar músicas intencionalmente para melhorar o humor.			- Cartões com emoções - Imagem de termómetros com rostos - Canetas - Projetor - Coluna
	Conclusão 10 minutos	- Momento de reflexão; - Avaliação de conhecimentos e avaliação da sessão; - Explicar TPC para a próxima sessão; - Agendamento da próxima sessão, agradecimento pela participação e cumprimentos finais.			- Folhas de Papel e Canetas

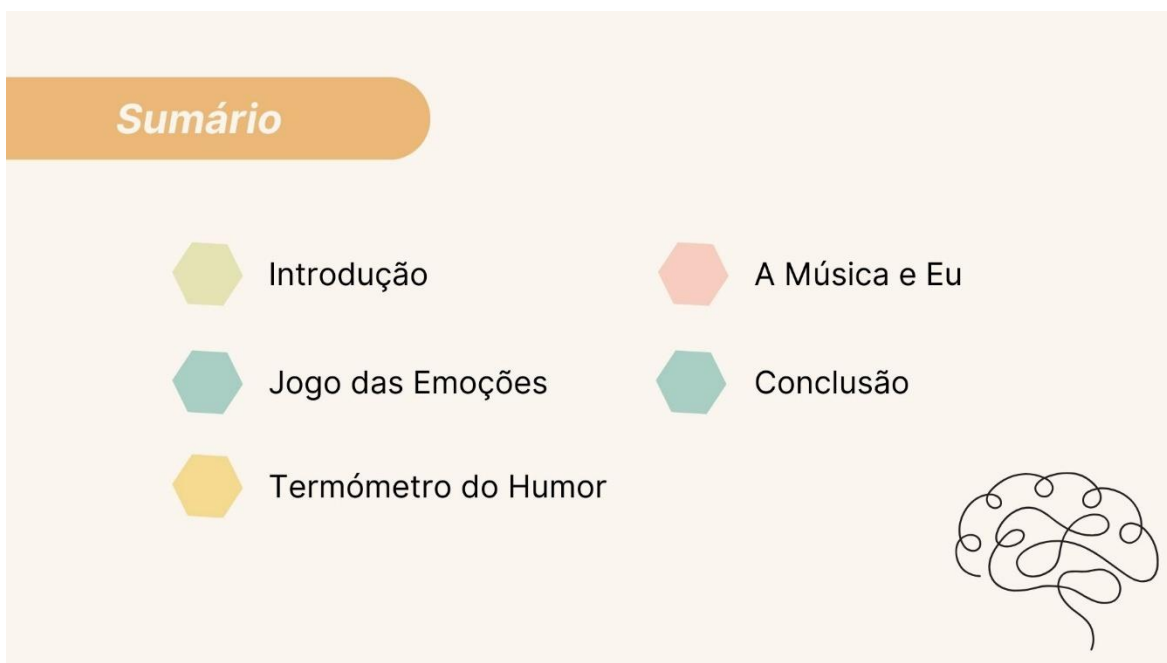
Tema	Técnicas Básicas de Regulação Emocional				
Data	09/12/2024	Horário	17:00	Local	Sala de Reuniões
Utentes	Pré-selecionados	Dinamizadores	Enf.ª Ana Vinhas Enf.ª Especialista em SMP C	Duração	45 min
Objetivos	- Proporcionar uma compreensão básica sobre mindfulness e respiração controlada; - Ensinar técnicas práticas de mindfulness e respiração abdominal; - Apresentar e praticar estratégias de enfrentamento para situações de crise emocional.				
Procedimento					Material Necessário
Sessão em Grupo	Acolhimento e Introdução 5 minutos	- Acolhimento dos participantes; cumprimentos iniciais; - Relembrar os conteúdos da sessão anterior; - Apresentar a estrutura e os objetivos da sessão.			N/A
	Desenvolvimento 30 minutos	- Explicar a importância de estar no momento presente; - Estratégias de Enfrentamento: os participantes nomeiam uma situação emocionalmente difícil (ex.: discussão, frustração ou ansiedade) e exploram-se as estratégias usadas; - Prática guiada de mindfulness: focar na respiração e no corpo; - Exercício prático de respiração (ex.: inspirar em 4 tempos, segurar por 4 tempos e expirar em 6 tempos) e repetir o exercício; - Reflexão guiada: "Como é que estas técnicas podem ser úteis no seu dia a dia?"			- Projetor - Coluna
	Conclusão 10 minutos	- Consolidar os conhecimentos e motivar a aplicação das técnicas no quotidiano; - Avaliação da sessão; - Agendamento da próxima sessão, agradecimento pela participação e cumprimentos finais.			- Folhas de Papel e Canetas

Tema	Fortalecer a Rede de Apoio				
Data	10/12/2024	Horário	11:30	Local	Sala de Reuniões
Utentes	Pré-selecionados	Dinamizadores	Enf.ª Ana Vinhas Enf.ª Especialista em SMP C	Duração	45 min
Objetivos	- Ressaltar a importância da rede de apoio e demonstrar visualmente uma rede de apoio sólida. - Ensinar estratégias para pedir ajuda e procurar apoio eficazmente; - Desenvolver um plano de segurança para momentos de crise emocional.				
Procedimento					Material Necessário
Sessão em Grupo	Acolhimento e Introdução 5 minutos	- Acolhimento dos participantes; cumprimentos iniciais; - Relembrar os conteúdos da sessão anterior; - Apresentar a estrutura e os objetivos da sessão.			N/A
	Desenvolvimento 30 minutos	- Dinâmica de Pergunta Rápida: "Se precisassem de ajuda agora, quem seria a primeira pessoa que procurariam? Por quê?"; pedir a cada participante para partilhar brevemente a sua resposta; - Construir a Teia de Suporte: pedir que, após identificarem alguém importante na sua rede de apoio, atirem o novelo a outro participante, mantendo a conexão. Pedir para alguém soltar o novelo e mostrar como a teia se enfraquece, simbolizando a importância de manter relações ativas; - Plano de Segurança: orientar os participantes no preenchimento do plano de segurança.			- Novelo de lã - Canetas - Folhas de papel
	Conclusão 10 minutos	- TPC: Pedir a cada participante para completar o seu plano de segurança, refletir sobre o mesmo e discutir em sessão individual; - Avaliação da sessão; - Agendamento da próxima sessão, agradecimento pela participação e cumprimentos finais.			- Folhas de Papel e Canetas

Tema	Autocuidado				
Data	17/12/2024	Horário	17:00	Local	Sala de Reuniões
Utentes	Pré-selecionados	Dinamizadores	Enf.ª Ana Vinhas Enf.ª Especialista em SMP C	Duração	45 min
Objetivos	- Promover o autocuidado como ferramenta essencial de saúde e bem-estar e ajudar a identificar áreas de autocuidado que precisam ser fortalecidas; - Explicar a importância da valorização pessoal como base para a autocompaixão.				
Procedimento					Material Necessário
Sessão em Grupo	Acolhimento e Introdução 5 minutos	- Acolhimento dos participantes; cumprimentos iniciais; - Relembrar os conteúdos da sessão anterior e apresentar a estrutura e os objetivos da sessão; - Dinâmica da Palavra-Chave: Pedir aos participantes que digam a primeira palavra que lhes vem à mente quando pensam em "autocuidado".			N/A
	Desenvolvimento 30 minutos	- Roda do Autocuidado: entregar folhas com um círculo dividido em 6 áreas (física, emocional, social, mental, espiritual e lazer) e pedir que avaliem cada área numa escala de 1 a 5 de acordo com a satisfação ou atenção que dedicam a cada área da sua vida; - Pedir aos participantes que escrevam num cartão uma pequena ação que irão realizar nos próximos dias para fortalecer o autocuidado; reforçar que pequenas ações consistentes geram grandes mudanças. - A Caixa do Espelho: apresentar uma caixa, dizendo “Dentro desta caixa está a pessoa mais importante para o seu bem-estar”. Passar a caixa pelos participantes, pedir que a abram e que observem o reflexo. Promover a reflexão.			- Caixa com espelho - Canetas - Folhas de papel
	Conclusão 10 minutos	- Cada participante escreve algo pelo qual é grato na sua vida e coloca em um recipiente para posteriormente ser lido de forma aleatória; - Avaliação da sessão; - Agendamento da próxima sessão, agradecimento pela participação e cumprimentos finais.			- Folhas de Papel e Canetas

Tema	Planeamento para o Futuro				
Data	18/12/2024	Horário	11:30	Local	Sala de Reuniões
Utentes	Pré-selecionados	Dinamizadores	Enf.ª Ana Vinhas Enf.ª Especialista em SMP A	Duração	45 min
Objetivos	- Rever e consolidar as estratégias aprendidas ao longo das sessões; - Incentivar os participantes a planear a continuidade do cuidado, promovendo a reflexão sobre o futuro; - Ajudar os participantes a identificar metas realistas para melhorar seu bem-estar.				
Procedimento					Material Necessário
Sessão em Grupo	Acolhimento e Introdução 5 minutos	- Acolhimento dos participantes; cumprimentos iniciais; - Relembrar os conteúdos da sessão anterior; - Apresentar a estrutura e os objetivos da sessão;			N/A
	Desenvolvimento 30 minutos	- Rever os conteúdos abordados ao longo de todas as sessões; - Pedir que cada participante escreva num papel algo que aprendeu ao longo das sessões; os papéis são misturados, os participantes escolhem um papel aleatoriamente e explicam como aquela técnica foi útil ou como pode ser aplicada no futuro. - Carta para o meu eu do futuro: Cada participante escreve uma carta para si mesmo no futuro, falando sobre os objetivos que deseja alcançar. - Pedir que cada participante compartilhe uma palavra ou frase que resuma a experiência no programa (O que levo comigo?).			- Canetas - Folhas - Projetor
	Conclusão 10 minutos	- Resumo dos conteúdos da sessão e definição da próxima etapa – avaliação do programa. - Avaliação da sessão; - Agradecimento pela participação e cumprimentos finais.			- Folhas de Papel e Canetas

Anexo X – Apresentação da Primeira Sessão de Psicoeducação



Introdução

O QUE É O HUMOR?

DISPOSIÇÃO DE ÂNIMO
ESTADO DE ESPÍRITO

É INFLUENCIADO POR MÚLTIPLOS FATORES



Jogo das Emoções



1

Cada participante
escolhe um cartão com
uma emoção

2

Identifique a emoção no
cartão

3

Partilhe uma situação
que possa desencadear
essa emoção

Termómetro do Humor



Visualize uma
escala de rostos



Classifique o seu
humor atual



Partilhe o que pode
melhorar ou alterar
essa pontuação

Verdadeiro ou Falso?



- ☐ **Pessoas felizes nunca têm maus momentos**
- ☐ **Todos as emoções são normais e fazem parte da vida.**
- ☐ **O humor é natural e muda ao longo do dia. Não define quem você é.**
- ☐ **Falar sobre a minha tristeza com alguém só vai piorar a situação**
- ☐ **Pequenas ações e mudanças podem melhorar o humor, como respirar fundo ou ouvir música.**

A Música e Eu

BAILINHO DA MADEIRA

MESTRE DA
CULINÁRIA

NEM ÀS PAREDES
CONFESSO

MENINA DOS OLHOS
TRISTES

OH SR. GUARDA



Vai ouvir trechos de músicas e associar à Alegria ou à Tristeza.



Conclusão

ESTRATÉGIAS SIMPLES AJUDAM A
REGULAR O HUMOR: MOVIMENTO,
MÚSICA, CONTACTO SOCIAL,
GRATIDÃO.



"O HUMOR É COMO O TEMPO: MUDA, MAS
PODEMOS PREPARAR-NOS PARA OS DIAS MENOS
ENSOLARADOS."



OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO

Ana Vinhas

Anexo XI – Tabela de Registo de Pensamentos

DIÁRIO DE PENSAMENTOS

VOU REGISTRAR OS MEUS PENSAMENTOS SEMPRE QUE ALGO ME CAUSAR DESCONFORTO OU IMPACTO EMOCIONAL.

DATA	HORA	SITUAÇÃO O QUE ACONTECEU?	PENSAMENTO O QUE PASSOU PELA MINHA MENTE?	EMOÇÃO COMO ME SENTI?	AÇÃO O QUE FIZ OU QUIS FAZER?

Anexo XII – Tabela Para Plano de Segurança Individual

PLANO DE SEGURANÇA

IDENTIFIQUE ESTRATÉGIAS E PESSOAS QUE PODEM AJUDAR EM MOMENTOS DIFÍCEIS PARA FORTALECER O SEU BEM-ESTAR

SITUAÇÃO DE CRISE O QUE ACONTECEU?	O QUE POSSO FAZER? (ESTRATÉGIAS IMEDIATAS)	QUEM POSSO PROCURAR

RECURSOS IMPORTANTES:

- NÚMERO DE TELEFONE DE UM AMIGO PRÓXIMO: _____
- LINHA SOS VOZ AMIGA: 800 209 899.
- LINHA SNS24: 808 24 24 24.

Anexo XIII – Roda do Autocuidado e Cartões da Sessão 5



Razões para ser grato

Como vou fortalecer o meu autocuidado nos próximos dias?

Anexo XIV – Carta Para o Meu Eu do Futuro

Carta para o meu eu do futuro.

Escreva sobre a sua vida atual, angustias e medos, escreva também sobre os planos para o futuro a médio e longo prazo.

Depois guarde esta carta e estipule uma data para abertura.

O meu maior medo é...

Eu sinto-me...

Em 6 meses eu imagino...

Em 5 anos eu imagino...

ESCRITA EM

LER APENAS EM

Anexo XV – Avaliação do Projeto - Internamento

Avaliação do Projeto

Responda às questões de escolha múltipla, selecionando apenas uma alternativa em cada pergunta. No final, responda à questão aberta com sinceridade.

1. O conteúdo do projeto atendeu às suas expectativas?
 - a. Sim, superou minhas expectativas.
 - b. Sim, atendeu plenamente.
 - c. Parcialmente.
 - d. Não, ficou aquém das minhas expectativas.

2. As atividades propostas foram úteis para a compreensão dos temas abordados?
 - a. Sim, muito úteis.
 - b. Sim, úteis na maior parte do tempo.
 - c. Foram úteis apenas em algumas partes.
 - d. Não foram úteis.

3. Como avalia a dinâmica e a interação durante o programa?
 - a. Excelente.
 - b. Boa.
 - c. Regular.
 - d. Má.

4. O que poderia ser melhorado neste programa?
(Escreva sua resposta no espaço abaixo.)

Anexo XVI – Poster Submetido em Encontro de Enfermeiros

Encontro de Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica da XXX

Problemáticas Atuais no Âmbito da Saúde Mental

Ana Vinhas¹, XXX², XXX³, XXX⁴ Júlia Marques⁴

¹ ULS; ² ULS; ³ ULS; ⁴ Escola Superior de Enfermagem do Porto



Introdução: Nas últimas décadas testemunhou-se um aumento significativo dos problemas de saúde mental em todo o mundo, com maior impacto após a pandemia Covid-19. A presente revisão sistemática pretende analisar e contextualizar as problemáticas atuais de saúde mental, promovendo uma reflexão crítica sobre as causas, as consequências e, principalmente, as estratégias eficazes para mitigar tais desafios.

Objetivo: Identificar as problemáticas atuais emergentes no âmbito da Saúde Mental na população mundial, a partir do ano de 2018.

Pergunta de Investigação

“Quais as problemáticas atuais emergentes no âmbito da Saúde Mental, na população mundial, a partir do ano de 2018?”

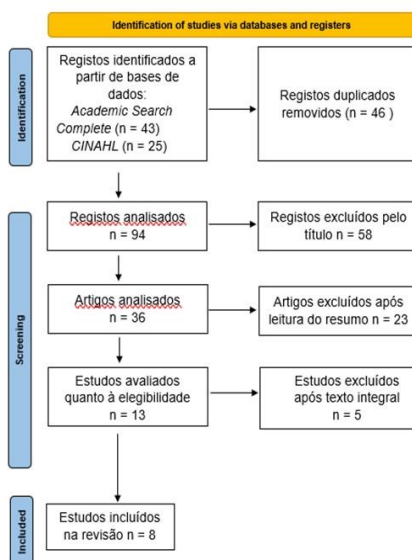
METODOLOGIA

Foi elaborada a seguinte frase booleana: *((Global mental health issues) OR (Global mental health crisis) OR (Global mental health problematics) AND (Epidemiology or Incidence or Prevalence or Occurrence) AND (Outcomes or Benefits or Effects or Effectiveness))*.

Foi estabelecido como limitador temporal o período de 2018 até 2023; como critérios de inclusão os idiomas inglês/português e o acesso gratuito ao artigo com texto integral; como critério de exclusão estabeleceu-se os restantes idiomas. Foi feita a seleção dos artigos usando o Fluxograma Prisma e após avaliação metodológica.

RESULTADOS

Fluxograma PRISMA 2020 para novas revisões sistemáticas que incluíram apenas pesquisas em bases de dados e registros



- ✓ A pandemia Covid-19 intensificou as preocupações com a saúde mental, incluindo o aumento de sintomas depressivos e de ansiedade [5];
- ✓ A guerra Rússia-Ucrânia e as alterações climáticas contribuem para o aumento dos fluxos migratórios e impactam negativamente a saúde mental [7];
- ✓ O uso problemático da internet está relacionado a sintomas emocionais e problemas de conduta [10];
- ✓ Os determinantes sociais, económicos e políticos desempenham um papel fundamental na saúde mental das populações [12];
- ✓ A necessidade de investimento em serviços de saúde mental é crucial para atender à crescente procura por recursos.

CONCLUSÃO

- Destaca-se a urgência de políticas públicas integradas e intervenções de saúde mental adaptadas para enfrentar os desafios emergentes e proteger o bem-estar mental das populações.
- A análise dos estudos corrobora a importância de estilos de vida promotores de saúde mental, padrões de comportamento e hábitos diários que contribuem para o bem-estar psicológico e emocional

Referências Bibliográficas



