



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A Vida a Cada 40 Segundos...

Prevenção de Comportamentos Suicidários

Alda Sofia Silva Pereira

Orientação: Professora Doutora Lara Guedes de Pinho

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo Júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A Vida a Cada 40 Segundos...

Prevenção de Comportamentos Suicidários

Alda Sofia Silva Pereira

Orientação: Professora Doutora Lara Guedes de Pinho

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Maria Alice Ruivo

Arguente: Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos

Orientador: Lara Manuela Guedes de Pinho

Setúbal, 2023

“A autodestruição surge após múltiplas perdas, fragmentos de dias perdidos ao longo dos anos, rupturas, pequenos conflitos que se acumulam hora a hora, a tornar impossível olhar para si próprio. O suicídio é uma estratégia, às vezes uma tática de sobrevivência quando o gesto falha, tudo se modifica em redor após a tentativa. E quando a mão, certa, não se engana no número de comprimidos ou no tiro definitivo, a angústia intolerável cessa naquele momento e, quem sabe, uma paz duradoura preenche quem parte. Ou, pelo contrário e talvez mais provável, fica-se na dúvida em viver ou morrer, a cabeça hesita até ao último momento, quer-se partir e continuar cá, às vezes deseja-se morrer e renascer diferente.”

DANIEL SAMPAIO (2000, P. 152)

DEDICATÓRIA

Às minhas sobrinhas Beatriz Pereira e Lara Pereira, têm o melhor sorriso do mundo, que me motivou
constantemente.

Aos meus pais, por tudo!

A todas as pessoas que não conseguiram, porque não puderam ultrapassar um sofrimento mental que
se tornou insuportável.

AGRADECIMENTOS

“Quem estará nas trincheiras ao teu lado?

E isso importa?

Mais do que a própria guerra.”

Ernest Hemingway (1889-1961)

Considero a gratidão uma forma nobre de reconhecimento e neste caso em concreto, de homenagear todas as pessoas que estiveram ao meu lado nas trincheiras, tornando-se a minha âncora, nesta jornada.

À Professora Doutora Lara Guedes de Pinho, pela forma gentil e pragmática com que norteou o meu percurso, em contexto de estágio e na elaboração deste relatório. Por ser uma inspiração e um modelo a seguir na saúde mental.

A todos os professores deste mestrado, com os quais pude aprender especificidades desta área.

Às orientadoras dos estágios, pela generosidade da partilha.

Ao meu “serviço” e colegas de trabalho, por colmatarem e aceitarem as minhas ausências, pelo incentivo e amizade.

Ao meu irmão Filipe pela sua perícia informática.

Aos meus amigos, pelo encorajamento e partilhas, que tantas vezes me auxiliaram a clarificar este percurso, dos (as) quais destaco Alexandra Alegria, Cláudia Santos, Carina Santos, Eunice Antunes, Filipe Lage, Joana Madeira e Marisa Caixas.

À Maria João Silva, por me chamar ao planeta terra, pelas partilhas e reflexões conjuntas.

À Arlete Lourenço, por acreditar, mais que eu, que os sonhos também se tornam reais. Pela forma generosa e persistente com que me ajudou a levar este intento até final. Pelas partilhas conjuntas, que me elevaram a outro patamar.

RESUMO

O suicídio é um grave problema de saúde pública e mental, transversal a todas as realidades mundiais, tornando-se premente a sua prevenção, uma vez que os comportamentos suicidários, são por norma, complexos e desafiantes, exigem do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica um esforço na sua prevenção.

No decurso dos estágios realizados, desenvolvemos intervenções de recuperação e reabilitação a pessoas com doença mental. Paralelamente, implementámos programas de promoção de saúde mental e prevenção da doença mental a estudantes universitários e profissionais de saúde. O objetivo principal de todas as atividades desenvolvidas incidu na prevenção dos comportamentos suicidários.

As intervenções realizadas foram ancoradas no processo de enfermagem (avaliação inicial, diagnósticos de enfermagem, planeamento, implementação de intervenções e avaliação de resultados), alicerçados nas teorias de enfermagem: “Ser Humano Unitário” que é totalitário e a “Relação Enfermeiro-Doente”, que privilegia os cuidados centrados no doente com inclusão familiar.

Consequentemente, foi-nos possível desenvolver as competências comuns e específicas subjacentes ao título de enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, tal como a atribuição do grau de mestre.

Palavras-chave: enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, cuidados de enfermagem, suicídio, tentativa de suicídio, suicídio consumado, Portugal.

ABSTRACT

Suicide is a serious public and mental health issue that cuts across all global realities, making its prevention a pressing concern. Suicidal behaviors are typically complex and challenging, requiring efforts from mental health and psychiatric nursing specialists for their prevention.

Throughout the internships undertaken, we developed recovery and rehabilitation interventions for individuals with mental illness. Simultaneously, we implemented mental health promotion and mental illness prevention programs for university students and healthcare professionals. The primary objective of all activities centered on the prevention of suicidal behaviors.

The interventions carried out were anchored in the nursing process (initial assessment, nursing diagnoses, planning, implementation of interventions, and evaluation of outcomes), grounded in nursing theories: the "Unitary Human Being," which is totalitarian, and the "Nurse-Patient Relationship," which emphasizes patient-centered care with family inclusion.

Consequently, we were able to develop the common and specific competencies underlying the title of mental health and psychiatric nursing specialists, as well as the awarding of a master's degree.

Keywords: mental health and psychiatric nursing, nursing care, suicide, suicide attempt, completed suicide, Portugal.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura n.º 1: Fatores de Risco de Suicídio.....	26
Figura n.º 2: Classificação de risco e encaminhamento.....	28
Figura n.º 3: Fatores protetores associados ao Suicídio	29
Figura n.º 4: Estágio 1	54
Figura n.º 5: Estágio Final	62

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1: Taxa de suicídio padronizada por 100 mil habitantes em Portugal.....	22
Gráfico n.º 2: Taxa de suicídio padronizada por 100 mil habitantes no Alentejo e Algarve	23
Gráfico n.º 3: Taxa de suicídios absolutos por municípios no Algarve	24
Gráfico n.º 4: <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> versão Portuguesa 5.0.0. (a)	71
Gráfico n.º 5: GAD-7-Ansiedade (a)	72
Gráfico n.º 6: Questionário de saúde do paciente PHQ-9-Depressão (a)	72
Gráfico n.º 7: Avaliação do seminário, pelos (as) estudantes.....	73
Gráfico n.º 8: <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> versão Portuguesa 5.0.0. (b)	77
Gráfico n.º 9: GAD-7-Ansiedade (b)	78
Gráfico n.º 10: Questionário de saúde do paciente PHQ-9-Depressão (b)	79
Gráfico n.º 11: Avaliação global, pelas estudantes, das sessões Psicoeducativas.....	81
Gráfico n.º 12: <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> versão Portuguesa 5.0.0. (c).....	85
Gráfico n.º 13: GAD-7-Ansiedade (c).....	86
Gráfico n.º 14: Questionário de saúde do paciente PHQ-9-Depressão (c)	86
Gráfico n.º 15: Avaliação da formação da ARS, pelos profissionais de saúde.....	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	<i>American Psychological Association</i>
ARS	Administração Regional de Saúde
CIPE	Sistema de Classificação Internacional Para a Prática da Enfermagem
COVID-19	Doença do Coronavírus
DGS	Direção Geral da Saúde
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais
EEESMP	Enfermeiro Especialista de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica
GAD-7	Instrumento de avaliação psicométrica da sintomatologia ansiogénica
<i>HIV</i>	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
INE	Instituto Nacional de Estatística
IRIS	Índice de Risco de Suicídio
N.º	Número
OE	Ordem dos Enfermeiros
OCDE	<i>European Observatory on Health Systems and Policies</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHQ-9	Instrumento de avaliação psicométrica da sintomatologia depressiva
PNPS	Plano Nacional de Prevenção do Suicídio
PORDATA	Estatística sobre Portugal e Europa
SICO	Sistema Informatizado de Certificado de Óbito
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SU	Serviço de Urgência
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TDC	Terapia Dialética-Comportamental
TIP	Terapia Interpessoal
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
WHO	<i>World Health Organization</i>

ÍNDICE GERAL

NOTA INTRODUTÓRIA	11
1.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
1.1 Conceito do Suicídio: dos primórdios à atualidade	14
1.2 Intervenção do EEESMP na prevenção de comportamentos suicidários	33
2.CONTEXTOS DE ESTÁGIOS	41
2.1 Estágio 1.....	41
2.2 Estágio Final	42
3.PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	43
4.AVALIAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	52
4.1 Estágio 1.....	53
4.2 Atividade decorrida no dia 10 setembro: A Tua Vida Importa!	60
4.3 Estágio Final	62
4.3.1 Eixo da Intervenção Especializada	63
4.3.2 Eixo da Cidadania	66
4.3.3 Eixo da Formação de Novos Elos	74
4.3.4 Eixo Projetos e Relatórios	89
4.4 Apresentação do livro “Vida Sem Vida”	90
5.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
5.1 Dificuldades sentidas	96
5.2 Perspetivas futuras	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente relatório surge no âmbito do estágio I e final, integrados no VI curso de Mestrado em Associação de Enfermagem com a Universidade de Évora, o Instituto Politécnico de Beja, o Instituto Politécnico de Castelo Branco, o Instituto Politécnico de Portalegre e o Instituto Politécnico de Setúbal onde decorre a presente edição (6.ª).

Consiste na elaboração de um descritivo reflexivo, sobre as intervenções de enfermagem especializada na área de saúde mental e psiquiátrica, que demonstrem a obtenção de competências comuns e específicas inerentes ao Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), assim como à obtenção do grau de mestre. Condizentes com a “(...) capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares” (artigo 15.º do Decreto-Lei 74/2006, de 24 de março), que demonstrem:

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

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

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.” (artigo 15.º do Decreto-Lei 74/2006, de 24 de março)

Em conformidade, foram realizados dois estágios. O primeiro ocorreu num serviço de internamento e Serviço de Urgência (SU) correspondente, para adultos com patologia aguda e do foro psiquiátrico, onde foram realizadas duas histórias clínicas e várias intervenções a doentes desta tipologia.

O segundo estágio, teve lugar numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) onde foram programadas e desenvolvidas intervenções no âmbito comunitário e integradas no projeto desse serviço. As intervenções desenvolvidas abrangeram entrevistas terapêuticas, intervenções psicoterapêuticas e

psicoeducacionais individualizadas, de reabilitação e reinserção comunitária a pessoas doentes do foro mental. Foram ainda realizados um seminário a uma turma universitária, cinco sessões que englobaram intervenções psicoeducativas a uma outra turma universitária e uma formação a profissionais de saúde da Administração Regional de Saúde (ARS) da área de abrangência desta UCC.

Pela dimensão avassaladora que o suicídio pode ter e pela importância que o EEESMP pode assumir na persecução da sua prevenção, a temática escolhida para a realização deste trabalho foi: “A Vida a Cada 40 Segundos: Prevenção de Comportamentos Suicidários.

Na verdade, o suicídio é irreversível pois resulta na morte de quem o pratica. Talvez por este fato, assumam contornos negativos, ímpares, intrigantes e até perturbadores. Em conformidade, o que levará uma pessoa, de forma deliberada, a terminar com a sua própria vida (da Silva et al., 2014)? Foram questões como esta, que nos direcionaram para o tema do suicídio, que foi transversal aos dois estágios.

Segundo os dados da *World Health Organization* (WHO) [2021], existiram no ano 2019, cerca de 703 mil mortes por suicídio, dados significativos e que ultrapassam os números associados a mortes por malária, pelo *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), cancro da mama ou do homicídio. Neste sentido, a WHO emanou algumas recomendações para a sua prevenção.

Em convergência com os dados estatísticos mundiais, a cada 40 segundos morre uma pessoa vítima de suicídio, parecendo consensual existirem 20 ou mais tentativas para cada morte por essa causa. Quer isto dizer que, as tentativas de suicídio serão 20 vezes superiores ao ato consumado. Tornando-se, indubitavelmente, impreterível e prioritário a prevenção deste flagelo que assume contornos mundiais (Brás & Santos, 2014; da Silva et al., 2014; da Silva et al., 2021; Mullins et al., 2019; Mullins et al., 2022; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2012; WHO, 2014).

Por conseguinte, torna-se fundamental uma avaliação diagnóstica atempada e ajustada às reais necessidades dos doentes, que inclui a identificação de diagnósticos de enfermagem, o planeamento de intervenções especializadas, a sua execução e avaliação. Quando o planeamento é convergente com as particularidades e vontades dos doentes, resulta em cuidados centrados totalitários promotores de uma aliança terapêutica (Pinho et al., 2021).

As várias teorias de enfermagem e a prática baseada na evidência científica, sustentam o processo de enfermagem (avaliação inicial, diagnóstico, resultado esperado, planeamento e implementação de intervenções, assim como a avaliação dos cuidados esperados) [OE, 2021].

As intervenções e atuação que constam deste trabalho, foram planejadas e elaboradas em consonância com as teorias de Enfermagem: “O Ser Humano Unitário” preconizado por Martha Rogers e a “Relação Enfermeiro-Doente” alvitrada por Manuel Lopes, através do processo de cuidados enfermagem e da aplicação de instrumentos de avaliação psicométrica, sempre que indicado. Concomitantemente, estas metodologias, permitiram a avaliação dos resultados.

Para a persecução de um trabalho que se espera rigoroso e de cariz científico, torna-se essencial o estabelecimento de objetivos, por forma a direcionar a investigação e as intervenções a implementar. Assim sendo:

Objetivo geral:

- Relatar a aquisição e desenvolvimento de competências conducentes com o grau de mestre em EEESMP.

Objetivos específicos:

- Adquirir conhecimentos científicos sobre a temática;
- Utilizar a evidência científica para a elaboração da fundamentação teórica do relatório;
- Caracterizar os diferentes contextos de estágio;
- Demonstrar que as intervenções em saúde mental e psiquiátrica à pessoa doente, incluindo a sua família, incidiram na prevenção de comportamentos suicidários;
- Mostrar que a avaliação dos resultados foi conseguida através da aplicação do processo de enfermagem e da utilização de instrumentos de avaliação psicométrica, sempre que indicado;
- Descrever a aquisição das competências comuns e específicas do EEESMP, ao longo da descrição da avaliação e discussão dos resultados;
- Elaborar uma análise crítica e reflexiva sobre as práticas e intervenções realizadas e em consonância com a aquisição das competências descritas.

O presente trabalho divide-se em nota introdutória, fundamentação teórica, contexto de estágio, procedimento metodológico, avaliação e discussão dos resultados e pelas considerações finais. Foi elaborado em conformidade com as normas de referenciação bibliográfica da APA (*American Psychological Association*) da 7ª edição (Frade, 2020).

1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para a elaboração da fundamentação teórica foram realizadas pesquisas nas bases de dados das plataformas *EBSCO Host (CINAHL complete)* e *Pubmed (MEDLINE complete)*, através dos termos *Mesh* “*nursing assesement*”, “*nursing care*”, “*suicide*”, “*suicide attempted*”, “*suicide completed*” e “*Portugal*”. Após a seleção dos descritores, os mesmos foram combinados pelos operadores booleanos *OR* e *AND*, formulando-se a seguinte frase: (((((nursing assesement) OR (nursing care)) AND (suicide)) OR (suicide attempted)) OR (suicide completed)) AND (portugal)

A pesquisa foi realizada nos dias 15 e 16 de agosto de 2022, pelo modo de pesquisa “*Booleana/Frase*”, na língua inglesa e portuguesa, com texto completo e data de publicação entre 2017 e 2022.

Foram também pesquisados relatórios oficiais e Literatura cinzenta, através do *RCAAP* e *Google Scholar*. Similarmente, foram consultados livros de cariz técnico e científico sobre a temática abordada.

1.1. Conceito do Suicídio: dos primórdios à atualidade

O “*ser*” Humano é o único ser vivo que pode, realmente, refletir sobre a vida e a sua existência, podendo decidir se continua a viver ou se escolhe a morte como um fim. Ou seja, se pratica ou não o suicídio (Azenha & Peixoto, 2014 a).

A palavra suicídio deriva do latim *sui* (si mesmo) + *caedere* (matar), palavra conhecida desde o séc. XIV (da Silva et al., 2014).

Inevitavelmente, o conhecimento da história das diferentes sociedades, culturas e religiões pode ser fundamental para intervenções direcionadas aos contextos socioculturais numa sociedade

multicultural, que pode representar desafios constantes aos profissionais de saúde na área da suicidologia, motivo pelo qual se considera pertinente enquadrar a forma como as diferentes sociedades entendem o suicídio e o modo como essas concepções se têm alterado ao longo dos anos e das épocas (Azenha & Peixoto, 2014 a).

Para Platão, o Homem encontrava-se inserido numa dada comunidade, onde devia pensar e atuar enquanto membro desse grupo, em prol das suas decisões e interesses individuais. Considerava apenas três exceções para o suicídio, no caso de uma condenação levada a cabo pela cidade, por doença incurável ou por miséria e vergonha (Azenha & Peixoto, 2014 a).

Segundo Azenha & Peixoto (2014 a), na Grécia antiga, as pessoas só se poderiam suicidar com autorização da comunidade, caso contrário sujeitavam-se a que o seu corpo não recebesse as honras previstas, após a sua morte.

Semelhantemente, os romanos aceitavam o suicídio porque entendiam que o homem era livre. Pese embora, caso se tratasse de um possível condenado, esse indivíduo, não poderia suicidar-se, uma vez que quando condenados e presos, eram espoliados de todos os seus bens. Por este motivo, alguns acusados praticavam o suicídio, para que as suas famílias tivessem direito à sua herança. Desta forma, Séneca associou o suicídio a um ato grandioso relacionado com a liberdade e a honra (Azenha & Peixoto, 2014 a).

Por sua vez, Santo Agostinho, entendia que ao Homem não lhe cabia decidir entre a vida e a morte. Somente Deus poderia determinar em que altura alguém morreria. Santo Agostinho baseou-se no 5.º mandamento bíblico que diz “Não Matarás” e, dessa forma, considerou o suicídio um pecado mortal (Azenha & Peixoto, 2014 a).

Sequencialmente, e a partir do séc. XIII, este ato passou a ser encarado como uma ação que ocorria por influência demoníaca, associando-se o suicídio a um ato pecaminoso que ditava a ida para o inferno de quem o praticasse. Talvez por esse motivo, se tivesse começado a alegar que o suicídio seria resultado da loucura, deixando de ser considerado pecado mortal e permitindo-se que os corpos dos suicidas fossem sepultados, de acordo com as práticas religiosas praticadas naquela altura (Azenha & Peixoto, 2014 a).

Por volta do séc. XVIII, a discussão em torno do suicídio incidiu, essencialmente, sobre aspetos relacionados com a moral e a legitimidade dos comportamentos relacionados a este ato (da Silva et al., 2014). Não obstante, o facto de um indivíduo se suicidar poderia ser entendido como um ato libertador do sofrimento e da infelicidade, assumindo-se como um ato de coragem (Azenha & Peixoto, 2014 a).

Nesse sentido, em 1838, Esquimol defendeu que existiriam alterações psíquicas ou associadas ao sofrimento, que poderiam explicar tal ato, mas que este nem sempre seria representativo da presença de uma doença mental (Azenha & Peixoto, 2014 a).

De igual forma, Freud, no séc. XX, anuiu que o suicídio teria a sua explicação em fatores genéticos, psicológicos, sociais e individuais (Azenha & Peixoto, 2014 a). Defendeu igualmente, que o suicídio poderia ser resultado de um impulso inconsciente e agressivo contra outro e que se virava contra si próprio. Desta forma, alegou que os indivíduos viviam numa dicotomia entre a vida e a sua preservação, em oposição ao instinto da morte e, portanto, a sua autodestruição (Neves, 2014).

Similarmente, Karl Menninger, considerou que os suicidas experienciam três tipos de desejos: o de matar (o desejo de matar pode virar-se contra a própria pessoa), o de ser morto (o “Eu” interiorizava a agressividade desenvolvida contra o exterior) e o desejo de morte (relacionado com a desejo de autodestruição com o objetivo de acabar com o seu sofrimento) [Neves, 2014].

Concomitantemente, nalgumas sociedades, o suicídio deixou de ser encarado como ato pecaminoso para ser considerado como o resultado de uma psicopatologia. As sanções que eram atribuídas aos cadáveres, foram desaparecendo progressivamente entre o final do séc. XVIII e início do séc. XIX (Azenha & Peixoto, 2014 a).

Embora, ainda hoje subsista a associação entre o suicídio e o pecado, em especial em sociedades cristãs, na maioria dos povos ocidentais o suicídio deixou de ser punido, a não ser que seja realizado com o auxílio de outra pessoa. Qualquer indivíduo que se queira matar, pode fazê-lo, sem que esse ato resulte de um direito jurídico, apenas se constitui como uma opção pessoal (Azenha & Peixoto, 2014 a).

Émilie Durkheim foi um sociólogo que estudou o fenómeno do suicídio, entendia que este, estaria associado a fatos sociais, afirmando que “(...) em cada grupo social há uma tendência específica para o suicídio que não se pode explicar nem através da constituição orgânico-psíquica dos indivíduos nem através da natureza do meio físico. Portanto, por eliminação, depende necessariamente das causas sociais e constitui, por si só, um fenómeno coletivo” (Durkheim, 2011, p. 143). Pode depreender-se que para Durkheim, o comportamento humano seria, fortemente, influenciado pela sociedade que integrava.

Desta forma, e para o mesmo autor, o suicídio estava relacionado com fatos sociais associados com os estados civis, fatores económicos e políticos, que conjuntamente com problemas de integração e ou regulação social, faziam com que a pessoa não fosse valorizada como ser individual. Assim sendo e de acordo com Durkheim (2011) e da Silva et al. (2014) o suicídio poderia ser caracterizado da seguinte forma:

Relacionado com a integração social:

Egoísta: quando um indivíduo se encontra com fraca integração social, tende a individualizar-se do seu grupo social. Essa individualização torna-se insuportável e o sujeito comete suicídio. Na psicopatologia, pode equiparar-se à Depressão.

Altruísta: Quando um indivíduo tem fraca individualização e se encontra altamente integrado na sua sociedade, ao ponto de o interesse social se sobrepor ao individual, comete suicídio em prol de princípios sociais, como a lealdade e honra. Seria o caso dos samurais ou das viúvas Hindus, que se suicidam por autoimolação, quando enviúvam. Ato praticado como sinal de sofrimento pela perda do marido, conhecida como a prática *Sati* (Quartilho, 2014). Este tipo de suicídio seria mais característico das sociedades primitivas.

Relacionado com a regulação social:

Anómico: existem regras na sociedade que regulam o comportamento humano, caso essas regras sociais enfraquecessem, esses indivíduos poderiam suicidar-se, como no caso dos desempregados ou dos homens divorciados. Seria o suicídio mais característico de sociedades modernas.

Fatalista: em oposição ao suicídio anómico, o facto de as regras sociais serem excessivas, dava origem a que o indivíduo não suportasse viver. Durkheim atribui-lhe pouca importância pela sua raridade, inclusive no seu livro “O SUICÍDIO: Estudo Sociológico” este tipo de suicídio é apenas abordado em nota de rodapé na página 295.

Em conformidade ao anteriormente explanado, pode afirmar-se que o suicídio é um fenómeno tão antigo quanto a própria existência humana, sendo pela sua expressão mundial considerado um grave problema de saúde pública (da Silva et al., 2014; Direção Geral da Saúde [DGS], 2013; WHO, 2021).

Durkheim (2011, p. 23) definiu o suicídio como “(...) todo o caso de morte que resulta directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo praticado pela própria vítima, acto que a vítima sabia dever produzir esse resultado” sequencialmente afirmando que “a tentativa de suicídio é um acto assim definido, mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado” (Durkheim, 2011, p.23).

Para Saraiva & Gil (2014) o suicídio é transversal e resulta de uma multiplicidade de fatores ligados às disciplinas humanas como a filosofia, sociologia, antropologia, psicologia, economia, política e teologia, que poderiam constituir-se como determinantes ou explicativos deste fenómeno.

Da mesma forma, a DGS [2013, p.3] alvitrou que “o suicídio é um fenómeno complexo e multifacetado fruto da interação de fatores de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social”.

Por conseguinte, pode entender-se o suicídio como um fenómeno perturbador, intrigante, complexo, multifacetado, explicado pela interação destas várias dimensões, assim como pela dificuldade em entender quais as razões que levam uma pessoa a terminar deliberadamente com a sua própria vida. Para a sua melhor e real compreensão, necessitam de ser enquadrados e explicados (da Silva et al., 2014).

Ressalva-se, porém, a inexistência de consenso sobre algumas terminologias associadas a esta temática, o que pode potenciar a existência de viés nalguns estudos sobre o suicídio. Por esse motivo, para a elaboração deste documento, foram consideradas as nomenclaturas adotadas pela DGS no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) referente a 2013/2017, ainda em vigor.

Assim, a ideação suicida define os “pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida, que podem ser vistos como percursos de comportamentos autolesivos ou atos suicidas. Podem apresentar-se sob a forma de desejos e/ou planos para cometer suicídio, sem que haja necessariamente passagem ao ato” (DGS, 2013, p.104). Por comportamentos autolesivos a DGS (2013, p.104) entende os “Comportamentos sem intencionalidade suicida, mas envolvendo atos autolesivos intencionais, como por exemplo: cortar-se ou saltar de um local relativamente elevado (...) ingerir substância ou objeto não ingerível (...)”. Finalmente, por tentativa de suicídio a DGS (2013, p. 104) preconiza o “ato levado a cabo por um indivíduo e que visa a sua morte, mas que, por razões diversas, geralmente alheias ao indivíduo, resulta frustrado”.

De acordo com estas definições, importa ressaltar que a grande diferença entre os comportamentos autolesivos e os atos suicidas é que no primeiro a intenção da pessoa é causar dano a ela própria sem que o resultado final seja a sua morte, nos atos suicidas a intenção é que o ato intencional e voluntário resulte na sua própria morte (Duarte et al., 2020).

De fato, a intencionalidade é um dos conceitos mais difíceis e controversos de definir, porque se relaciona com aquilo que a pessoa diz sentir e com a determinação relacionada ao ato (DGS, 2013; Santos & Neves, 2014; Saraiva & Gil, 2014). Na verdade, nem todas as pessoas que sobrevivem a uma tentativa de suicídio querem viver, tal como nem todas as pessoas que morrem no decurso do seu comportamento suicidário, queriam efetivamente morrer (da Silva et al., 2014).

Consequentemente, pode dizer-se que existirá um sentimento ambivalente relacionado com a intenção, entre o desejo de viver e a necessidade da morte como um fim, como se esta fosse a resolução dos problemas de determinada pessoa (Saraiva & Gil, 2014; Santos & Neves, 2014; WHO, 2014).

Ademais, pode conceptualizar-se sobre a ambivalência da intenção da própria morte, através do exemplo dado por Saraiva & Gil (2014), acerca de um homem que tenta o suicídio ao atirar-se do tabuleiro da ponte 25 abril. Surpreendentemente este indivíduo sobrevive àquela tentativa de suicídio, nessa altura, quando se apercebe que não morreu, agarrou-se a um dos pilares da ponte a aguardar que o fossem salvar. Portanto, a intenção de alguém se suicidar pode ser difícil de definir, pois tal como mencionado, parece existir uma ambivalência entre o querer morrer e o querer viver (da Silva et al., 2014).

Desta forma, o grau de intencionalidade pode ser avaliado de acordo com premissas tais como se o ato foi impulsivo ou resultante de um plano estruturado, se o local escolhido era isolado ou não, se a pessoa implicada tomou precauções e quais foram, que método de suicídio foi o escolhido, se deixou carta de despedida, se procurou ajuda após a tentativa de suicídio ou se desejava efetivamente morrer, confirmando se o desejo se mantém ou se ficou feliz por sobreviver (da Silva et al., 2014).

Semelhantemente da Silva et al. (2014) descrevem três fases relativas ao suicídio, defendidas por Poldinger, expostas como síndrome suicida:

- 1.ª Fase – Deliberação:** a pessoa reflete se o suicídio será a solução para os seus problemas.
- 2.ª Fase – Ambivalência:** existência de dicotomia entre o desejo de viver e morrer. Nesta fase podem surgir pedidos de ajuda de forma explícita ou implícita.
- 3.ª Fase – Decisão:** é caracterizada pela sensação de calma, podem existir despedidas (cartas), ofertas e o suicídio.

Em consonância com o exposto, pode realçar-se a existência de alterações cognitivas primárias relativas ao comportamento suicidário, que podem estar na origem de vieses cognitivos, pela impulsividade, tomada de decisões não adaptativas, incapacidade ou prejuízo no planeamento de vida e por dificuldade em interpretar a realidade. Todos estes factos podem gerar pensamentos não conscientes de ideação suicida e até de desesperança e desta forma a pessoa não encontra outra maneira que não seja o suicídio, para a resolução dos seus problemas (da Silva et al., 2018).

Igualmente, Slesnick et al. (2021) mencionaram que uma baixa percepção de pertença e uma alta percepção de sobrecarga percebidas podem incrementar o risco de suicídio.

Saraiva & Gil (2014) mencionaram Edwin Shneidman (considerado por muitos o pai da suicidologia), que afirmava que os indivíduos suicidas podem sentir:

- “● Dor psicológica;
- Perda da autoestima;
- Constrição da mente;
- Isolamento;
- Desesperança;
- Fuga” (Saraiva & Gil, 2014, p. 43)

Entenda-se que a fuga representa a única forma de acabar com a dor psicológica que a pessoa sente. Similarmente, a perda da autoestima pode representar a incapacidade para viver com a dor psicológica. Sequencialmente, a constrição da mente representa a falta de expectativa e objetivos de vida. Por conseguinte, o isolamento decorre da sensação de desamparo, desta forma a falta de esperança surge em consequência da falta de sentido na vida, do pessimismo e da ideia de que não vale a pena viver (da Silva et al., 2014; Saraiva & Gil, 2014).

Este notável, definiu o suicídio como um ato intencional, no qual o indivíduo que o pratica sabe que o resultado final será a sua própria morte. Configura-se, pois, como a forma de terminar com a dor psicológica e o seu sofrimento (da Silva et al., 2014; Saraiva & Gil, 2014).

Cheng et al. (2021) realçaram que a dor psicológica pode ser definida como uma experiência interior com conotação negativa e que está associada à ideação e tentativas de suicídio e consequentemente ao ato consumado, quer se trate de pessoa com depressão ou não. Os mesmos autores defenderam que a dor psicológica foi caracterizada como insuportável pela maior parte das pessoas com comportamento suicidário. Ademais, o suicídio poderia ser considerado como um ato de resolução desse processo doloroso. Em consonância, a dor psicológica poderia constituir-se como um fator preditor do suicídio.

Indubitavelmente, as tentativas de suicídio podem ser consideradas como um indicador de risco para o suicídio, sendo certo que numa outra tentativa, poderá concretizar-se o suicídio que se havia tentado previamente (Azenha & Peixoto, 2014 b). Segundo dados científicos, cerca de 16% da população

que realizou uma tentativa de suicídio repete esse comportamento. Os mesmos autores aludem a evidência de que 30 a 40 % das pessoas que tentaram o suicídio, o conseguem efetuar no primeiro ano após aquela tentativa e que 10% o executam no espaço de 10 anos. Igualmente, Simões et al. (2021) realçam que 10% dos adolescentes que tentam o suicídio acabam por concretizá-lo no espaço de 10 anos.

Similarmente da Silva et al. (2021) reforçam que o risco de repetir uma tentativa de suicídio é mais elevado no período pós-alta até 12 semanas após a última tentativa.

Por estes motivos, torna-se fulcral o conhecimento dos dados epidemiológicos sobre este flagelo, tendo em conta que só dessa forma se poderá determinar medidas de prevenção direcionadas à verdadeira dimensão desta problemática (Azenha & Peixoto, 2014 b; Silveira & Fonte, 2014; WHO, 2014).

De acordo com o relatório da WHO (2021), no ano de 2019 existiram 703 mil mortes por suicídio no mundo, em contraste com o relatório da WHO (2014) sobre os dados de 2012, onde se apuraram 804 mil mortes por suicídio. Quer isto dizer que parece ter existido uma diminuição na taxa de suicídio entre 2012 a 2019 (WHO, 2014; WHO, 2021).

No entanto, não significa que o problema perdeu importância, até porque o suicídio prefigura-se como uma das principais causas de morte no mundo, ultrapassando doenças como a malária, o HIV, o cancro da mama, as guerras e o próprio homicídio (WHO, 2021).

Concomitantemente e ainda em consonância com os dados resultantes do relatório da WHO (2021) relativos ao ano de 2019, constata-se que cerca de 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade, sendo que na faixa etária dos 15 aos 29 anos, este flagelo constitui-se como a 3.^a causa de morte no sexo feminino (a seguir à tuberculose e condições maternas) e a 4.^a causa de morte no sexo masculino (posteriormente aos acidentes rodoviários, da violência e da tuberculose), o mesmo se verificando na faixa etária dos 15 aos 19 anos.

No mesmo relatório, para o ano de 2019, a taxa global de suicídio padronizado por idades foi 9 por 100 mil habitantes, que corresponderam a 12,6 e 5,4 por cada 100 mil habitantes no sexo masculino e feminino, respetivamente (WHO, 2021).

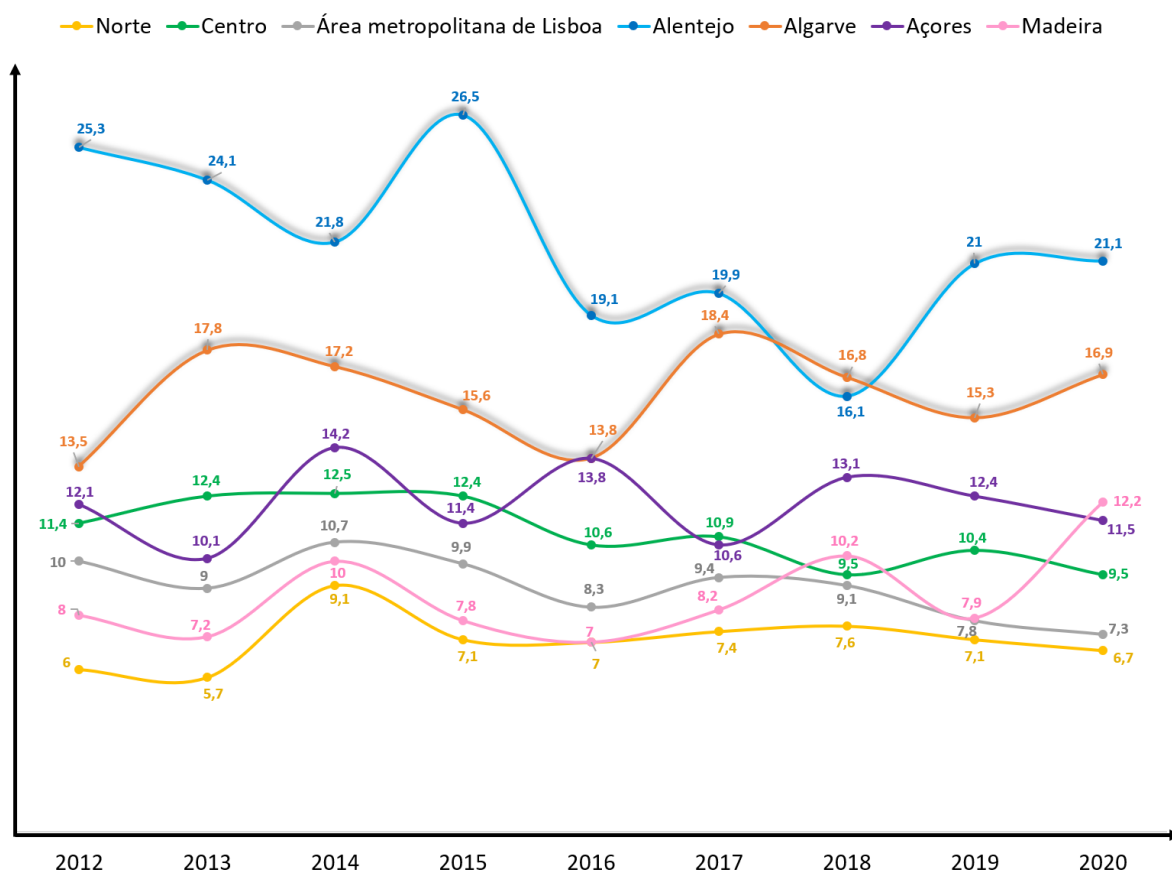
Não obstante, as taxas de suicídio se manterem elevadas, constata-se uma diminuição desses valores quando comparados com o relatório da WHO (2014), relativos ao ano de 2012, que a nível mundial se situavam nos 15 e 8 por 100 mil habitantes, para o sexo masculino e feminino, respetivamente.

Em relação a Portugal, a tendência decrescente das taxas de suicídio, expressas e em comparação com estes dois relatórios também se verificam. Assim, em 2019 a taxa de suicídio padronizado para todas

as idades situava-se nos 7,2 por 100 mil habitantes, o que corresponde a 11,6 e 3,5 por 100 mil habitantes no sexo masculino e feminino, respetivamente (WHO, 2021). Em oposição, no ano de 2012, a taxa de suicídio global padronizada foi de 8,2 por 100 mil habitantes e corresponderam a 13,6 e 3,5 por 100 mil habitantes no sexo masculino e feminino, respetivamente (WHO, 2014). Pode concluir-se que em Portugal, as taxas de suicídio padronizadas por idades se encontram abaixo das taxas globais padronizadas.

Em consonância com o exposto, apresenta-se abaixo, um gráfico relativo às taxas de suicídio padronizadas em Portugal, disponibilizadas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) relativos aos anos 2012 a 2020:

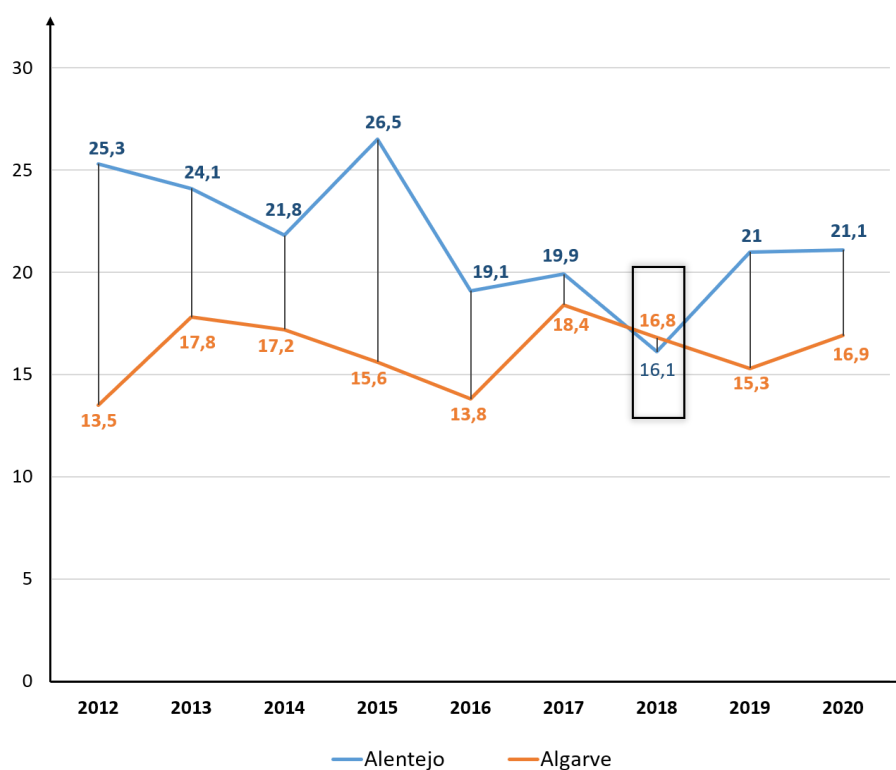
Gráfico n.º 1: Taxa de suicídio padronizada por 100 mil habitantes em Portugal.



Fonte: Elaboração própria, adaptada do *software* Excel, através base nos dados disponibilizados pelo INE

Os dados estatísticos apresentados demonstram que o Alentejo é a região do país com a maior taxa de suicídio padronizada por cada 100 mil habitantes seguida do Algarve. No ano de 2018 ocorreu uma exceção, no qual o Algarve foi a região do país com a taxa de suicídio padronizada mais elevada, por cada 100 mil habitantes. No entanto pode observar-se o perfil descendente da referida taxa de suicídio nestas duas localidades, verificada entre 2017 e 2018. Seguidamente apresenta-se um gráfico ilustrativo das taxas de suicídio, verificadas ao longo dos anos nessas duas regiões, para melhor contextualização desta problemática.

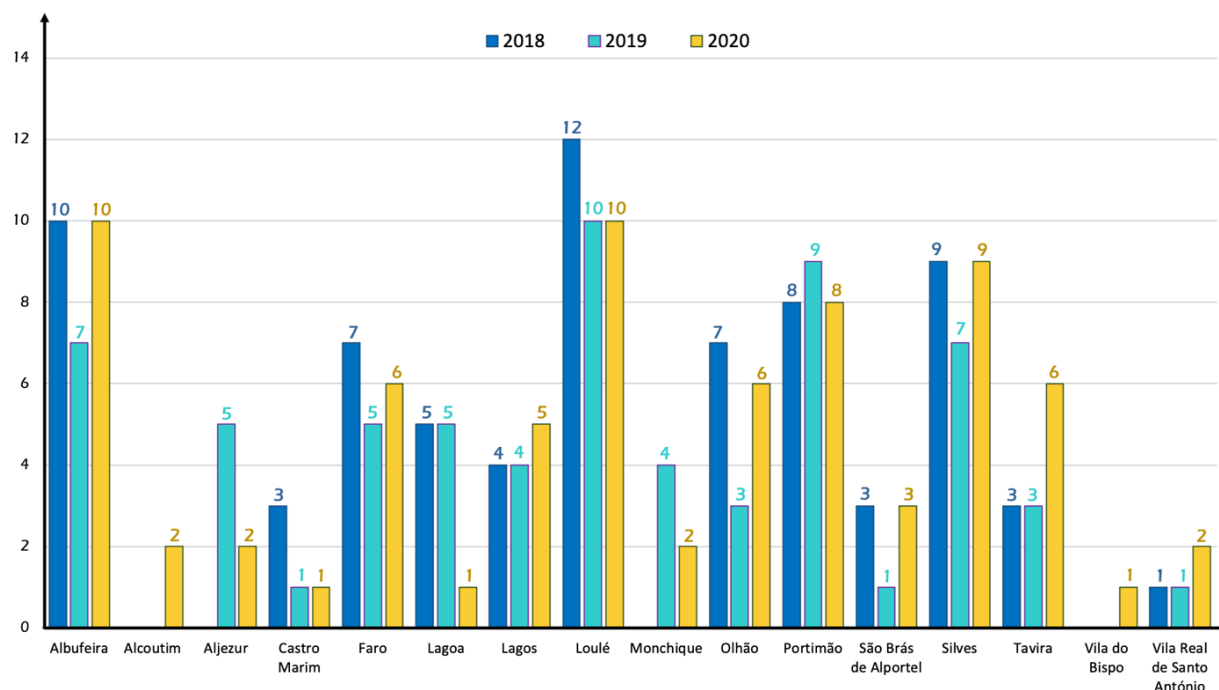
Gráfico n.º 2: Taxa de suicídio padronizada por 100 mil habitantes no Alentejo e Algarve



Fonte: Elaboração própria, adaptada do *software* Excel, com base nos dados disponibilizados pelo INE

É do interesse do presente relatório, uma abordagem mais específica relacionada com os municípios do Algarve. Em concordância, apresentam-se os dados relativos ao número absoluto de suicídios nos diversos municípios Algarvios, de acordo com os dados disponibilizados na estatística sobre Portugal e Europa (PORDATA), relativos aos anos de 2018 a 2020. Ressalva-se, contudo, que o facto de os dados recaírem sobre números absolutos, inviabiliza comparações entre os diferentes locais, permitindo apenas a alusão aos números de forma isolada. Os mesmos encontram-se plasmados no seguinte gráfico:

Gráfico n.º 3: Taxa de suicídios absolutos por municípios no Algarve



Fonte: Elaboração própria, adaptada do *software* Excel, com base nos dados disponibilizados pela PORDATA

Pode constatar-se que os municípios com maior número absoluto de suicídios por indivíduos são: Loulé, Albufeira, Portimão, Silves e Faro, dando a indicação subjetiva de que a prevalência de suicídio nesta região se associa mais aos centros urbanos.

É indiscutível a importância dos dados epidemiológicos para o estabelecimento de medidas com enfoque na prevenção do suicídio, pese embora entidades como a WHO (2021) ou a DGS (2013) salientem a existência da subnotificação dos dados sobre a causa de morte por suicídio, ao nível de vários países do mundo. Desta ocorrência podem resultar viés de dados nos estudos e relatórios sobre esta temática. Consequentemente, a WHO solicitou aos países a uniformização dos registos de óbitos para se evitar o enviesamento destes dados que, em última instância, poderão condicionar e limitar a implementação de estratégias de prevenção do suicídio e, que não se coadunem à realidade de determinados países (WHO, 2021). Quer isto dizer, que os dados epidemiológicos conhecidos referentes ao suicídio podem não ser reais e, significar que se pode estar perante uma realidade escondida e desconhecida sobre a real dimensão do número de mortes por suicídio (DGS, 2013).

A subdeclaração destes óbitos pode estar relacionada com o estigma associado a esta temática. O estigma engloba uma multiplicidade de fatores (religiosos, sociais, culturais e políticos) que se traduz em conhecimento insuficiente, preconceito e discriminação (DGS, 2013). Concomitantemente, também

se deve ao facto de existirem equívocos na atribuição da causa de morte, como é o caso das precipitações que podem ser identificadas como quedas. Por conseguinte a intencionalidade declarada do suicida, pode surgir como o meio diferenciador da causa daquela morte (DGS, 2013).

Neste sentido, Santurtún et al. (2020) referiram que seria essencial que os países adotassem uma uniformização do registo de óbitos por suicídio, que permitisse a comparação dos dados epidemiológicos de forma similar entre as diferentes realidades mundiais. Destacaram ainda que em Portugal, a classificação de mortes por causa indeterminada é elevada, apesar de ter melhorado com a criação do sistema informatizado de certificado de óbito (SICO), que impõe o registo específico da causa de morte. Espera-se que este sistema torne os registos de causas de óbito mais fidedignos, cujo resultado final será a realização de intervenções mais concertadas na prevenção do suicídio (OE, 2012).

Ademais, e de acordo com Gusmão et al. (2021), torna-se fundamental conhecer os determinantes que podem influenciar a morte por suicídio, por forma a elaborar estratégias de prevenção do mesmo.

Em conformidade, a DGS (2013, p.44) definiu que os “fatores de risco são circunstâncias, condições, acontecimentos de vida, doenças ou traços de personalidade que podem aumentar a probabilidade de alguém cometer uma tentativa de suicídio ou, mesmo, suicidar-se”. Podendo estes, ser “(...) dinâmicos ou estáticos, modificáveis ou não modificáveis.” (OE, 2012, p.31).

Em consonância, por fatores modificáveis e dinâmicos pode-se depreender a depressão, a ansiedade, a falta de esperança, entre outros. Por seu lado, como fatores não modificáveis e estáticos considera-se a idade, o sexo ou a história prévia de suicídio. De ressaltar, que a história de tentativas de suicídio prévias e perturbações mentais, como a depressão, prefiguram-se como fatores de risco importantes nesta área (OE, 2012).

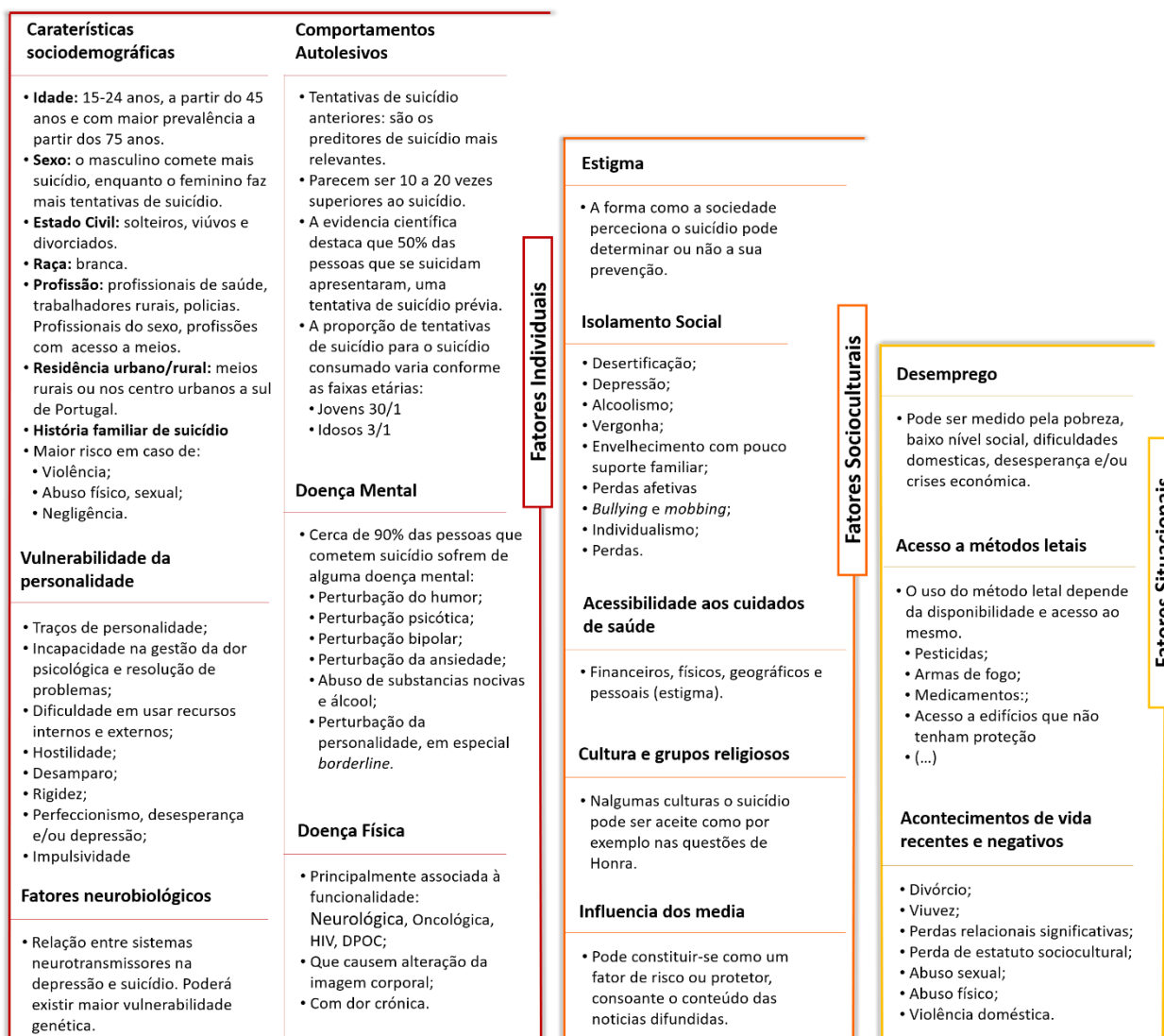
De acordo com a evidência científica, estima-se que cerca de 90% dos suicídios estejam associados a psicopatologias, das quais se destacam as perturbações de humor como a depressão, pessoas com consumo de substâncias nocivas e dependência de álcool (principalmente se as duas primeiras estiverem associadas entre si e na presença de ansiedade, insónia e anedonia), com perturbações da personalidade, perturbação bipolar e esquizofrenia (da Silva et al., 2014; DGS, 2013; França et al., 2019; Mullins et al., 2019; OE, 2012;WHO, 2014).

Pode subentender-se que, conquanto o comportamento suicidário se deva a uma psicopatologia, nomeadamente a depressão, o suicídio pode ser uma causa de morte prematura passível de se evitar e

prevenir (DGS, 2013; França et al., 2019; OE, 2012). Contudo, importa ter presente que a grande maioria das pessoas que sofrem de perturbações mentais não tenta o suicídio (Mullins et al., 2022).

Realça-se que a avaliação do risco de suicídio é uma tarefa imprescindível, todavia é complexa e exigente (da Silva et al., 2014). Desta forma, apresenta-se uma figura esquemática com o resumo dos fatores de risco gerais associados ao suicídio.

Figura n.º 1: Fatores de risco do suicídio



Fonte: Elaboração própria com base: da Silva et al. (2014); DGS (2013); Duarte et al. (2020); OE (2012)

Salienta-se que nos jovens a desesperança, ambivalência, confusão identitária, culpabilidade, baixa autoestima e confiança. Tal como os traços de personalidade, a impulsividade, agressividade e o

perfeccionismo, uma estrutura familiar disfuncional com rigidez, autoridade excessiva, expectativas irrealistas, conflitos, comunicação ineficiente, disputa parental, divórcio, morte parental, família adotiva (...) se constituem como fatores de risco específicos e importantes no suicídio nesta faixa etária (DGS, 2013).

De acordo com a DGS (2013) e Santos & Neves (2014) um jovem que tenha tentado o suicídio, pode significar que falhou no seu processo de desenvolvimento, tanto a nível individual, como familiar e até social, processo que pode ter origem na sua infância e se manifestar de forma assoladora na adolescência.

A prevalência de comportamentos autolesivos, em Portugal e no grupo de adolescentes, é elevada e preocupante, podendo preceder a comportamentos suicidários e ao suicídio, na medida em que os adolescentes tendem a evoluir para comportamentos autolesivos mais graves, o que eventualmente conduzirá à ideação e tentativas de suicídio (Duarte et al., 2020; Gouveia-Pereira et al., 2022; Simões et al., 2021). Invariavelmente, quanto maior a exposição a experiências dolorosas, menor serão as barreiras ao suicídio. Sendo certo, que o sexo feminino tem maior prevalência e diversidade neste tipo de comportamentos. Em oposição, o sexo masculino tende a agir com maior impulsividade (Gouveia-Pereira et al., 2022). Parece que os comportamentos autolesivos poderão ser uma forma de comunicar e regular os sentimentos, emoções e pensamentos, que a curto prazo parecem associar-se à sensação de alívio, todavia a longo prazo associa-se à tristeza, culpa, ansiedade ou raiva (Duarte et al., 2020).

Destaca-se ainda, que a frequência dos comportamentos autolesivos, pode significar um aumento de sintomatologia psicopatológica, facto documentado em estudos com evidência de que os adolescentes com estes comportamentos, apresentam maiores níveis de *stress*, ansiedade e depressão, sintomatologia associada a maior risco de comportamentos autolesivos e sequencialmente a tentativas de suicídio (Duarte et al., 2020; Gouveia-Pereira et al., 2022).

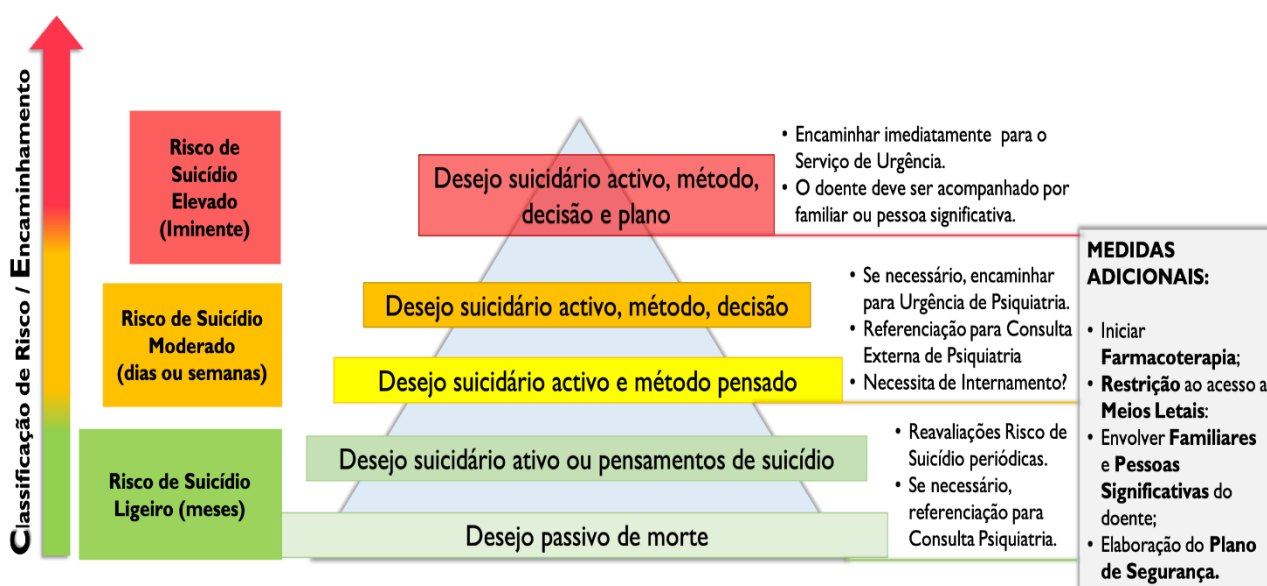
Por outro lado, nos últimos anos, assiste-se em Portugal ao envelhecimento populacional e simultaneamente à redução da taxa de natalidade (*European Observatory on Health Systems and Policies* [OCDE], 2019), facto que parece atribuir maior expressão a esta problemática. Em consonância, a taxa de suicídio mais elevada em Portugal ocorre a partir dos 75 anos de idade, podendo afirmar-se que os idosos escolhem métodos de suicídio mais letais, em consequência, verificam-se mais suicídios consumados que frustrados. Os fatores de risco mais significativos, nesta faixa etária, prendem-se com desesperança, acontecimentos de vida adversos como a reforma, o isolamento social, a viuvez, perdas de familiares, perda de autonomia/funcionalidade, que podem precipitar a depressão (diagnóstico mais prevalente nesta faixa etária) e ideação suicida (Andrade & Seabra, 2014).

Gomboc et al. (2022) elaboraram um estudo que decorreu na Eslovénia, numa amostra de 991 pessoas e teve como objetivo determinar se existiria relação entre a solidão emocional, social e a ideação suicida. Salientam que a solidão pode ser entendida como um constructo de índole psicológica através de experiências subjetivas de isolamento social que resulta de relações insuficientes e/ou insatisfatórias. Destacaram que existem dois tipos de solidão: a emocional que se associa à dificuldade em estabelecer relações com vínculo íntimo com outras pessoas e a social relacionada com a falta de suporte e rede social. No entanto, nem sempre o isolamento social resulta em solidão, dado que esta ocorrerá conforme a avaliação da pessoa sobre os seus laços sociais. Todavia, a solidão parece ser um fator de risco importante no que concerne à ideação e tentativas de suicídio. Motivo pelo qual, estas questões devem ser levadas em linha de conta nos programas de prevenção do suicídio (Gomboc et al., 2022).

Importa igualmente realçar que as crises económicas se encontram associadas a alguns fatores de risco como o desemprego, empobrecimento, endividamento, perdas (habitação) e sensação de insegurança, factos que podem agravar situações psicopatológicas, em particular a depressão e resultar num risco acrescido de suicídio (DGS, 2013).

Em consonância com da Silva et al. (2014); OE (2012); Organização Mundial de Saúde [OMS] (2006) e o Serviço Nacional de Saúde [SNS] (2020), foi desenvolvido uma figura esquemática, para a classificação de risco de suicídio e encaminhamento adequado, face ao risco apurado na avaliação efetuada.

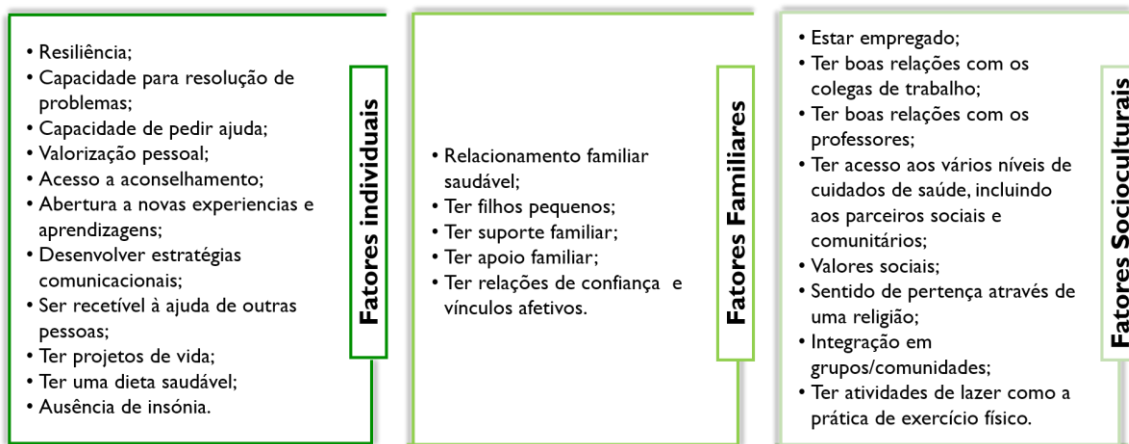
Figura n.º 2: Classificação de risco e encaminhamento



Fonte: Elaboração própria com base: da Silva et al. (2014); OE (2012); OMS (2006); SNS (2020)

Da mesma forma que é importante definirem-se os fatores de risco, é igualmente necessário o mesmo processo para os fatores considerados protetores que a DGS define como sendo aqueles que “(...) correspondem a características e circunstâncias individuais, coletivas e socioculturais que, quando presentes e/ou reforçadas, estão associadas à prevenção dos comportamentos autolesivos e atos suicidários” (DGS, 2013, p.49). Seguidamente apresenta-se um esquema com os fatores protetores emanados pela DGS (2013) e OE (2012).

Figura n.º 3: Fatores protetores associados ao suicídio



Fonte: Elaboração própria com base DGS (2013); OE (2012)

Sequencialmente, pode considerar-se que os fatores de risco e os protetores funcionam como pólos opostos. Os fatores protetores ao serem maximizados, podem neutralizar ou minimizar os fatores de risco (Mirkovic et al., 2020). Assim sendo, os programas de prevenção do suicídio devem incidir na promoção dos fatores protetores assim como na diminuição dos fatores de risco identificados (DGS, 2013).

Ressalva-se, porém, que não existe apenas um fator de risco ou protetor que possa determinar ou evitar o suicídio e, sim um conjunto de fatores e contextos. Destaca-se que a sua correta avaliação possibilita a identificação de fatores de risco passíveis de serem modificáveis e de fatores protetores que favoreçam intervenções, ao nível da prevenção do suicídio (Santos & Neves, 2014).

De acordo com o explanado, pode entender-se o suicídio como um fenómeno absoluto, talvez por isso seja perturbador, e surja como um tema delicado impregnado em mitos e segredos, cuja simbologia pode angustiar e causar sofrimento aos familiares e pessoas significativas de quem encerrou, em si mesmo, a sua própria vida.

“Para quem o comete, pode ser visto como libertador e finalizador de uma dor psicológica insuportável, mas para os entes próximos e significativos, o suicídio representa habitualmente o início de um percurso de sofrimento intenso, que os enclausura numa herança aterradora e desconcertante, quase sempre cristalizada num pacto de silêncio impenetrável, agonizante e transformador de vida” (Santos & Tavares, 2014, p. 445).

Em consonância, é igualmente importante a existência de programas de apoio às famílias e amigos enlutados (denominados de sobreviventes), não somente pela angústia e sofrimento que possam estar a vivenciar, como também pela prevenção do denominado suicídio por contágio (suicídio decorrente da ocorrência de outros suicídios). Estas intervenções de apoio e suporte aos familiares e amigos de pessoas que se suicidaram, são denominadas como estratégias de pós-venção cujos objetivos principais serão facilitar o processo de luto e prevenir o suicídio por contágio (DGS, 2013; Santos & Neves, 2014; Santos & Tavares, 2014). Os sobreviventes podem desenvolver *stress* pós-traumático, ansiedade, depressão, consumos de álcool e drogas (mais frequente nos adolescentes) e tornarem-se mais vulneráveis à ideação e comportamentos suicidas (Santos & Tavares, 2014).

Por sua vez, Testoni et al. (2019) reforçaram que os sobreviventes com processos de luto associados a elevado sofrimento psicológico, ou em processos de luto recente ou prolongado (que necessitem de ajuda), podem experimentar emoções como o choque, ansiedade, tristeza, desânimo, descrença, culpa e depressão.

Concomitantemente, no estudo levado a cabo por Campos et al. (2020) foi divulgado que o processo de luto vivenciado pelos sobreviventes pode ser mais moroso, muitas vezes associado à ideação suicida e a tentativas de suicídio pela dificuldade de aceitação, assim como a níveis de angústia mais elevados, ansiedade e até hostilidade. Relaciona-se também com a sobrecarga percebida, ou seja, com a crença de serem um fardo e de que a única solução para os outros, seria a sua própria morte.

É igualmente importante mencionarmos os métodos de suicídio e a sua escolha, que podem relacionar-se com diversos fatores. Por exemplo, as pessoas que vivem em áreas rurais e agrícolas, quando têm intenção suicida, optam pela ingestão de pesticidas. Ou, como é o caso dos Americanos, cujo método escolhido são as armas de fogo. Assim sendo, parece que a acessibilidade e disponibilidade ao método pode ser essencial à sua escolha (DGS, 2013; Quartilho, 2014).

Em 2014, o suicídio por enforcamento, pelas armas de fogo, ingestão de venenos usados na agricultura, precipitação e intoxicações medicamentosas, foram considerados os métodos de eleição para o suicídio, sendo este último mais utilizado pelo sexo feminino (WHO, 2014).

Constata-se, igualmente, que o sexo feminino, tendencialmente, está mais associado a comportamentos autolesivos que a comportamentos suicidários com intenção firme de morte, e a escolher métodos para tentativas de suicídio menos agressivos que no sexo masculino (França et al., 2019).

Da Silva et al. (2018), destacam que a impulsividade se relaciona com tentativas de suicídio mais violentas e agressivas.

Invariavelmente, a restrição do acesso aos meios (restrição ao uso de armas, compra de pesticidas, construção de barreiras protetoras em edifícios e locais públicos, uso de antidepressivos com menor toxicidade [...]) podem constituir-se como medidas de prevenção importantes, conquanto exista um compromisso e esforço multissetorial do governo, autarquias, forças de segurança pública, entre outros (da Silva et al., 2014; DGS, 2013).

Em conformidade, as medidas de saúde pública podem incluir a restrição ao acesso de armas de fogo, a pesticidas ou em colocar barreiras nas pontes, nos metros e em edifícios emblemáticos (WHO, 2014).

Outrossim, o conceito de letalidade está associado ao método de suicídio e relaciona-se com o perigo de morte resultante do método. Ou seja, quanto mais agressivo for o método utilizado, maior será a letalidade associada àquele fenómeno (DGS, 2013; Santos & Neves, 2014).

Similarmente, Jopling et al. (2022) aludiram que a avaliação da letalidade associada às tentativas de suicídio, pode resultar numa melhor compreensão e determinação do risco de suicídio, especialmente nos jovens. Embora estes autores considerem que este conceito deve ser classificado entre letalidade real e potencial, sendo que a real se relaciona com o ato e com o motivo do suicídio frustrado, a potencial, tem a ver com a elevada probabilidade de morte associada ao método. Dão como exemplo o caso de uma pessoa que se tenta suicidar com arma de fogo, mas que por mau funcionamento a arma não disparou, neste caso concreto, existiu uma letalidade real baixa embora fosse potencialmente elevada.

Da mesma forma que a restrição de acesso aos meios pode ser uma importante medida preventiva do suicídio, o aconselhamento sobre a restrição e acesso aos meios letais é recomendado nas pessoas que apresentam risco de suicídio. Com esta intervenção, pretende-se aumentar o espaço e o

tempo entre a pessoa com risco de suicídio e o acesso aos meios letais que dispõe e que pode utilizar. Dado que existe evidência de que quando o suicídio resulta de um ato impulsivo, esse tende a ter a duração de 5 minutos a uma hora (Boggs et al., 2020).

Parece que o estigma inerente à doença mental, poderá ser um fator impeditivo para a realização de um pedido de ajuda, de pessoas que se encontrem em sofrimento ou com doença mental (WHO, 2014). Não obstante, sabe-se que uma grande maioria destas pessoas, recorre aos cuidados de saúde primários, nos últimos 1 a 12 meses prévios à consumação do suicídio (da Silva Ramôa et al., 2017; França et al., 2019; WHO, 2014). Em consonância, cerca de 72% da população do estudo levado a cabo por da Silva Ramôa et al. (2017), recorreram ao seu médico de família 12 meses antes do seu suicídio, salientando ainda, que a maioria da população do estudo, solicitou ajuda antes e depois da tentativa de suicídio e cerca de 32,7% repetiu o comportamento suicidário. Paralelamente, reforçam que um médico de família perde um dos seus doentes, por suicídio, a cada 4 a 7 anos. De forma similar, França et al. (2019) destacaram que metade da população do seu estudo, procuraram o seu médico de família um mês antes do suicídio.

Semelhantemente, existem pessoas que cometem suicídio sem revelarem esse intento, motivo pelo qual é importante questionar sobre ideação suicida, plano de suicidário, intenção, sintomatologia como a falta de esperança, de sentido e objetivos na vida. Por conseguinte, perguntar sobre o suicídio não acentua as ideias de morte, pode inclusive permitir uma melhor avaliação do risco e proporcionar à pessoa, um alívio pela expressão livre dos seus sentimentos. Existem estimativas de que cerca de 24% da população em geral, nalgum momento da sua vida, pensou em suicídio (Azenha & Peixoto, 2014 b).

Coppens et al. (2018) levaram a cabo um estudo sobre uma formação administrada a médicos, de três países europeus, incluindo Portugal. Inicialmente perceberam que na sua maioria, estes clínicos demonstraram estigma relacionado com a depressão e o seu tratamento, embora tivessem apresentado uma atitude mais positiva relacionada com o suicídio. Não obstante, sentiam-se pouco confiantes na sua prática clínica diária, com as pessoas doentes com depressão ou com comportamentos suicidários. Verificou-se que o programa de formação permitiu que os médicos consolidassem habilidades e adquirissem mais confiança relacionadas com a prevenção do suicídio e no tratamento da depressão.

Semelhantemente, Taron et al. (2020) realçaram que os programas de prevenção do suicídio deveriam iniciar-se nos SU, pois existe evidência de que algumas das pessoas que recorrem a estes serviços se suicidaram na semana seguinte ou nos seis meses posteriores. Os mesmos autores defendem que estes programas deveriam contemplar a avaliação do risco de suicídio. Ressalvam ainda, a necessidade de planos de formação para a elaboração destas avaliações.

Indubitavelmente, estes factos, colocam os profissionais de saúde, numa posição privilegiada de atuação no sentido da prevenção desta problemática (Coppens et al., 2018; França et al., 2019). Nesta perspetiva, um pedido de ajuda pode constituir-se, por si só, como uma oportunidade de intervenção cujo objetivo principal será o de prevenir comportamentos suicidários (da Silva et al., 2021).

A WHO emanou diretrizes aos vários países a nível mundial, para a existência de planeamentos estratégicos e políticas concertadas e direcionadas para a diminuição das taxas de mortalidade por suicídio. A prevenção do suicídio é a única forma de poupar vidas colhidas por este flagelo (WHO, 2021).

“As estratégias de prevenção da ideação suicida, comportamento autolesivos e atos suicidas (tentativas de suicídio e suicídio consumado) implicam interações e sinergias multissectoriais, multiculturais e multiprofissionais, onde a vertente da saúde deverá funcionar como o núcleo central no planeamento, organização, operacionalização e avaliação, mas nunca de forma isolada” (DGS, 2013, p.3).

Semelhantemente, a OE (2012) preconiza que os enfermeiros detenham conhecimentos associados aos comportamentos suicidários, sem desvalorizar os comportamentos autolesivos. Tratam-se de comportamentos altamente complexos e desafiantes para a área da Saúde Mental e Psiquiátrica, exigindo do EEESMP uma unificação de esforços que concorram no sentido da prevenção do suicídio.

1.2 - Intervenção do EEESMP na prevenção de comportamentos suicidários

Tal como anteriormente explanado, com a prevenção do suicídio pretende-se reduzir a mortalidade por este flagelo, através de esforços multidisciplinares pela elaboração e implementação de planos de prevenção de comportamentos suicidários (OE, 2012; Peixoto et al., 2014).

No âmbito da legislação portuguesa em vigor e em concreto, no Preâmbulo do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica “(...) compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais”. Desta forma, quando os cuidados de saúde são realizados por EEESMP, podem resultar em

ganhos em saúde, para as pessoas que deles beneficiem, através da diminuição da incapacidade causada pelo sofrimento e/ou doença mental (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

O mesmo Regulamento alvitra que o EEESMP “desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais” (Preâmbulo do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto), assumindo-se eles próprios, como instrumentos terapêuticos e, através da mobilização de conhecimentos, podem estabelecer uma relação de confiança que possibilitará a criação de uma relação terapêutica com a pessoa doente, permitindo-lhe “(...) aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução” (Preâmbulo do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

Em conformidade, estes profissionais de saúde, têm o objetivo de cuidar da pessoa doente, tendo em conta a sua família e a comunidade onde os mesmos se encontram inseridos, ao longo do seu ciclo vital. Ademais os EEESMP, devem conhecer as necessidades reais da pessoa doente e família, ao nível da saúde mental, conseguindo assim a promoção da saúde, a prevenção da doença mental, tal como a recuperação, reabilitação e reinserção social na sua comunidade (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

Pode assim, inferir-se que os EEESMP se encontram numa posição determinante e privilegiada de atuação, não somente ao nível da avaliação psicossocial das pessoas com comportamentos suicidários, como também na implementação de planos de intervenção e prevenção do suicídio (OE, 2012). Factos esses que se ancoram no Preâmbulo do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto e que impõe ao EEESMP alicerçar a sua prática diária na melhor evidencia científica que seja “orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização”.

Consequentemente, estes profissionais, dotados do saber e rigor científico sobre a temática, devem dotar os seus pares de conhecimentos, muitas vezes essenciais para a deteção de situações de risco de suicídio e do correto encaminhamento das pessoas doentes. Tal como para a diminuição do estigma relacionado à doença mental e comportamentos suicidários (Simões et al., 2014).

Finalmente e de acordo com o disposto na alínea a) do n.º 1 do artigo 4.º do Regulamento 515/2018 de 7 de agosto, o EEESMP “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”. Esta diretiva implica que o EEESMP tenha autoconhecimento de si próprio através do seu

desenvolvimento pessoal e profissional, de forma a que lhe seja possível esvaziar-se de pré-conceitos que poderiam influenciar a sua atuação com estes doentes, nomeadamente no estabelecimento de uma relação de confiança e de ajuda, assente na autenticidade, disponibilidade, reciprocidade, na escuta efetiva, ausência de juízos de valor e verdadeira aceitação, que permitam o estabelecimento de uma relação centrada na pessoa doente, que se caracterize por uma relação de confiança com aliança terapêutica (Chalifour, 2008). Desta forma, torna-se possível que a pessoa doente verbalize os seus sentimentos e exteriorize o seu sofrimento por forma a existir uma intervenção especializada efetiva (OE, 2012; Simões et al., 2014).

As recomendações emanadas pela OE (2012), enfatizam como medidas importantes a diminuição do acesso aos meios letais, a formação de profissionais nos cuidados de saúde primários, a melhoria da acessibilidade aos recursos de saúde, incluindo a ligação entre a saúde comunitária e mental, a criação de equipas multidisciplinares na área da suicidologia para a prevenção do suicídio, a educação pública que permita aumentar a literacia em saúde com conseqüente diminuição do estigma associado à temática e a formação dos media, na forma e conteúdo da comunicação de notícias sobre o suicídio.

Como anteriormente explicado, a avaliação do risco de suicídio reveste-se de particular importância, pois não é possível prever o suicídio com exatidão. Desta forma, mesmo quando não existe um pedido de ajuda explícito ou a manifestação de ideação suicida, os EEESMP devem reconhecer e identificar indivíduos com comportamentos suicidários. Estas avaliações podem efetuar-se mediante entrevista terapêutica e incluir a aplicação de instrumentos de avaliação, conquanto sejam validados para a população portuguesa. Não obstante a sua importância, os resultantes decorrentes do seu uso, não substituem o julgamento crítico e servem como complemento de avaliação (OE, 2012).

Sequencialmente, o meio escolar pode constituir-se como um local importante para a avaliação do risco de suicídio, onde se pode implementar programas educacionais e de prevenção ao comportamento suicidário. No entanto, uma grande parte das escolas não adota estas estratégias, talvez por receio de incrementar os comportamentos suicidários (OE, 2012).

Existem intervenções inerentes e especializadas ao EEESMP relacionadas com esta temática. Para a sua elaboração é necessário realizar a avaliação do estado mental da pessoa que se relaciona com o “estado psicológico, emocional, social e com o funcionamento neurológico”, podendo caracterizar-se “(...) por angústia intensa, dor psíquica intensa, sofrimento psíquico extremo, entre outros” (OE, 2012, p.37-38).

A avaliação do estado mental faz-se através da entrevista terapêutica, mediante a qual é espectável o estabelecimento de uma relação de proximidade, revestida de confiança e empatia. É através da entrevista que o EEESMP estrutura o raciocínio clínico e estabelece diagnósticos de enfermagem (OE, 2012).

Concomitantemente, o EEESMP deve planejar estratégias de intervenção de crise, que podem incluir a sensibilização dos enfermeiros que trabalham nos serviços de urgência para a realização da avaliação do risco de suicídio de determinadas pessoas doentes (OE, 2012).

As estratégias de prevenção do suicídio podem incluir campanhas para a população geral, com recurso a medidas de prevenção que devem ser universais e campanhas de prevenção destinadas a grupos específicos e de alto risco através de medidas seletivas (da Silva et al., 2014).

As intervenções psicoterapêuticas podem ser aplicadas em associação com a psicofarmacologia, com evidência de melhoria no efeito terapêutico final. A intervenção psicoterapêutica adequada deve levar em linha de conta aspetos como o risco de suicídio, a motivação, adesão e capacidade da pessoa doente, a relação terapêutica estabelecida, a própria evolução da pessoa doente, assim como da disponibilidade e recursos existentes. Paralelamente, deve englobar um plano terapêutico intencional e individualizado. As intervenções podem ser de âmbito individual, familiar ou em grupo (da Silva et al., 2014). Assim sendo, as intervenções psicoterapêuticas propostas por estes autores e pela OE (2012) são:

- **“Intervenção breve”**: realizada através de uma entrevista motivacional, pode ser complementada por entrevistas de *follow up* (OE, 2012).
- **Terapia cognitivo-comportamental (TCC)**: trata-se de um programa de tarefas com crescente aumento de complexidade. Prevê desde o treino dos papéis sociais, de resolução de problemas e afirmação ao relaxamento. As intervenções têm por bases a avaliação de determinadas crenças e/ou atitudes que favorecem comportamentos suicidários, podendo por vezes existir processos cognitivos mal adaptativos, que geram sentimentos de desesperança, desespero e incapacidade para a resolução de problemas. O objetivo será alterar essas respostas mal adaptativas (da Silva et al., 2014).

De acordo com um estudo efetuado por Gifuni et al. (2021), o grupo de adolescentes alvo desta intervenção, apresentou uma melhoria significativa na capacidade de tomada de decisão para comportamentos autolesivos.

- **Terapia Dialética-comportamental (TDC):** é essencialmente direcionada a pessoas adultas com o diagnóstico de personalidade *borderline* que apresentem comportamentos autolesivos crônicos. Pode ser elaborada individualmente ou em grupo. O foco desta intervenção é simultaneamente na validação e aceitação de estratégias de mudança, com bons resultados nos processos de adaptação social e adesão terapêutica (da Silva et al., 2014). Igualmente, num estudo mencionado pela OE (2012), o grupo sujeito a esta intervenção, apresentou menos internamentos hospitalares, maiores taxas de adesão às intervenções e melhores taxas de conclusão terapêutica.
- **Terapia interpessoal (TIP):** especialmente utilizada em pessoas com depressão devido a problemas interpessoais. Esta intervenção psicoterapêutica demonstrou a sua eficácia na depressão, em pessoas adultas e adolescentes (da Silva et al., 2014).
- **Terapia familiar:** deve ser sistémica, a família pode ser entendida como uma estrutura dinâmica cujo resultado totalitário representa maior agregação de valor do que a soma das suas partes individuais. São famílias que por norma, se caracterizam por sistemas fechados, rígidos onde se gera uma comunicação ineficiente que se agrava na presença de comportamentos autolesivos (da Silva et al., 2014; OE, 2012). Para maior eficácia esta intervenção pode estar associada a intervenções psicoeducativas, em especial em famílias com adolescentes com comportamentos suicidários. Através destas sessões é possível aumentar a perceção sobre estes comportamentos e a elucidação de questões relacionadas com a adolescência. Podem ser abordados temas como a comunicação, técnicas comportamentais e resolução de problemas (OE, 2012).
- **Terapia de grupo:** nos adolescentes, parece estar associada à redução de comportamentos suicidários e à redução do tempo de repetição dos mesmos. Igualmente se associa a melhores desempenhos escolares (OE, 2012). Quando aplicada em pessoas com comportamentos suicidários, pode associar-se a TDC em grupo e psicodrama (da Silva et al., 2014).

Das intervenções anteriores, destaca-se a TCC e a TDC como as intervenções psicoterapêuticas com maior evidência de eficácia (OE, 2012).

- **Os contratos de não suicídio:** podem ser acordos escritos ou verbais, que impliquem o compromisso da pessoa doente em não se suicidar, mesmo que sinta o desejo de o fazer. Neste caso, recorrerá a uma pessoa de referência previamente estabelecida. O objetivo desta intervenção é o de melhorar a

adesão terapêutica e a redução dos comportamentos suicidários (OE, 2012). Todavia o SNS (2020), chamou à atenção de que os contratos de não suicídio não têm evidência científica da sua eficácia. Assim sendo, deveria optar-se por um **plano de segurança**, que deve ser elaborado em conjunto com a pessoa doente, deve estar acessível, personalizado e ser do conhecimento da família ou pessoa significativa. Pode ser composto por uma lista de contactos de pessoas e entidades que podem ajudar a pessoa em risco de suicídio, assim como estratégias de *coping* eficazes para aquela pessoa. Passível de ser utilizado em situação de risco de suicídio.

A procura de ajuda a par com o sentimento de esperança, parecem ser fatores importantes na prevenção do suicídio, por esse motivo a OMS e a OE defendem que a promoção da esperança pode ser uma intervenção preponderante na prevenção do suicídio, na medida em que pode favorecer o pedido de ajuda e a sensação de segurança e confiança num futuro melhor. Atua também como elemento facilitador na recuperação de processos de doença a vários níveis. Em contrapartida, a desesperança potencia processos de sofrimento ao nível físico e emocional. Desta forma, os EEESMP são detentores de um saber relacional que lhes permite a promoção de intervenções que incrementem o valor terapêutico da esperança (Dias et al., 2020; OE, 2012).

- **Elaboração do Kit da Esperança:** consiste num *kit* que deve ser elaborado pela pessoa doente e que poderá ser composto por objetos que lhe confirmam esperança, como por exemplo: fotografias, músicas, imagens, testemunhos, objetos (...), que sejam significativos e representativos de momentos, situações e pessoas que nalgum momento das suas vidas foram representativos de esperança. Este kit seria um recurso disponível para a pessoa doente, que usaria sempre que necessitasse para diminuir o desejo de morte através da esperança das suas vivências (OE, 2012).
- **Empréstimo da esperança:** tal como já explanado anteriormente, o EEESMP constitui-se, ele próprio, um “instrumento terapêutico” (Preâmbulo do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto). Com base neste pressuposto, os recursos do EEESMP podem ser os necessários para a promoção da esperança. Esta é uma Intervenção psicoterapêutica que exige deste profissional o empréstimo de situações da sua vida que lhe conferiram esperança. Implica que o EEESMP detenha um elevado nível de autocohecimento e uma relação terapêutica de confiança com a pessoa doente, por forma a refletirem em conjunto sobre as suas estratégias pessoais de promoção da esperança (OE, 2012).

Parece consensual que as pessoas com doença mental apresentem menor perceção da necessidade de pedirem ajuda e até de receberem tratamento. O estigma associado à doença mental também pode prefigurar-se como impeditivo à realização de um pedido de ajuda. Da mesma forma, existem pedidos de ajuda diretos, quando por exemplo a pessoa diz que se vai matar ou que qualquer dia desaparece (...), também surgem os pedidos indiretos inferidos quando a pessoa refere que lhe é impossível aguentar determinado problema ou a vida, dizer que qualquer dia se vai embora, entre outros (OE, 2012).

Uma das propostas avançadas pela OE (2012) e DGS (2013) para a deteção de pessoas em risco de suicídio, nomeadamente de adolescentes, que nem sempre efetuam pedidos de ajuda, é a criação de Porteiros sociais, os designados compostos por profissionais de saúde e os emergentes, que seriam elementos da comunidade após formação e treino para a identificação de pessoas em risco, cujo objetivo seria a promoção da primeira ajuda e o encaminhamento adequado (da Silva et al., 2014).

Concomitantemente com as intervenções Psicoterapêuticas, surgem as Psicoeducativas, que podem ser mutuamente complementares entre si e, com a Psicofarmacologia (OE, 2021).

Desta forma e de acordo com o glossário do Regulamento n. 9356/2015, de 25 de junho:

“A psicoeducação é uma forma específica de educação. É destinada a ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa. É também uma maneira de desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e seus efeitos. A psicoeducação não é um tratamento – é projetada para ser parte de um plano global de tratamento. Por exemplo, o conhecimento de uma doença é crucial para os indivíduos e sua rede de apoio poderem ser capazes de conceber os seus próprios planos de preparação de recaídas e de estratégias de gestão da doença”

Por conseguinte, as intervenções psicoeducativas devem ser programadas e organizadas, de uma forma sequencial, muitas vezes prolongada e de acordo com o diagnóstico dos participantes. São, portanto, intervenções personalizadas e podem ocorrer em grupo ou individualmente. Podem ser realizadas em vários locais, tais como na comunidade, nos cuidados de saúde primários, escolas, locais de trabalho ou até no domicílio das pessoas alvo dos cuidados (OE, 2021).

Os seus principais objetivos relacionam-se com a capacitação da pessoa doente, dos seus familiares, pessoas significativas, cuidadores informais ou de grupos alvos, sobre particularidades de determinada doença (caraterização, diagnóstico, tratamento, reabilitação, recaídas e prognóstico), assim como das especificidades inerentes à adaptação da doença, que pode incluir prevenção do estigma, treino de competências, técnicas de redução de problemas e de *stress*, promoção de *coping*, *entre outros* (Amaral et al., 2020; OE, 2021). Salientamos que esta intervenção não deve ser meramente informativa, capacitado os intervenientes à “adoção de comportamentos ajustados à prevenção e manutenção da saúde mental” (OE, 2021, p. 37).

Similarmente, as intervenções Psicoeducativas podem promover a literacia na área da saúde mental e psiquiátrica, uma vez que o conceito de literacia em saúde enfatiza as aptidões cognitivas, sociais e motivacionais que levam à procura do conhecimento. Desta forma, a compreensão da informação disponibilizada, pode promover a manutenção da saúde e a prevenção da doença (Morgado et al., 2020).

Importa, ainda, mencionar um estudo realizado por Coentre & Góis (2018) sobre estudantes de medicina com risco de suicídio. Foram realizadas intervenções psicoeducativas que incluíram formações, role play, e reflexões em grupo sobre a saúde mental e fatores de risco associados ao suicídio, cujo resultado foi a diminuição da gravidade sintomática relacionada com os comportamentos suicidários, no grupo experimental em comparação ao de controlo, nos seis meses subsequentes à intervenção.

Como síntese, conclui-se que as competências específicas do EEESMP podem revestir-se de particular importância na deteção precoce de perturbações e doença mental, no seu tratamento e na identificação de fatores de risco e protetores do suicídio, cujo objetivo é o da prevenção de comportamentos suicidários, assim como do seu correto e atempado encaminhamento (OE, 2012).

2 - CONTEXTOS DE ESTÁGIOS

2.1 – Estágio 1

O Estágio I decorreu num serviço de internamento de Psiquiatria de agudos e no Serviço de Urgência específico aos doentes do foro mental e psiquiátrico. Estes serviços funcionam no departamento de psiquiatria que inclui igualmente, consulta externa, hospital de dia e apoio domiciliário, no âmbito dos adultos, infância e adolescência.

A missão desta instituição, relaciona-se com a prestação de cuidados de elevada qualidade e diferenciados à população residente naquela região e os que a esta recorram. Assim como, fomentar a formação e investigação científica reforçando o trabalho em equipa dos seus profissionais.

Existem duas formas de recorrer a este serviço de internamento, através da consulta externa ou pelo SU desta valência. Os internamentos podem ser motivados por uma crise aguda inaugural ou em pessoa doente já seguida e que apresente descompensação.

Este SU específico, apenas recebe doentes que sejam encaminhados do SU geral, preferencialmente após a realização de exames complementares de diagnóstico, para a exclusão de causa orgânica, que possa justificar o quadro patológico apresentado pelo doente.

O serviço de internamento pauta-se pela recuperação da doença, tal como da reabilitação psicossocial e reinserção na comunidade, tendo em conta a pessoa doente, a sua família e comunidade onde se encontra inserido. Em consonância com o legalmente exposto no Preâmbulo do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, o EEESMP presta cuidados aos doentes ao longo do seu ciclo vital, compreendendo os processos de sofrimento e de doença associados, capacitando a pessoa doente e família à sua reabilitação e reinserção psicossocial.

Quando o doente tem alta do serviço de internamento de psiquiatria, pode ser referenciado para a consulta externa, apoio domiciliário, equipas de saúde mental comunitárias ou hospital de dia.

2.2 – Estágio Final

O estágio final decorreu numa UCC, que presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social à população da sua área de abrangência (inclui pessoa individual, famílias e grupos específicos), ao nível domiciliário e comunitário. Por conseguinte, esta UCC desenvolve as suas atividades com enfoque em projetos articulados e em parceria com outras unidades e instituições comunitárias existentes na sua área de intervenção.

Tem como missão, contribuir para a promoção da saúde e prevenção da doença com realce nos ganhos em saúde das pessoas pertencentes à sua área de abrangência e inclui a pessoa doente do foro psiquiátrico e a sua família. Atua, igualmente, em intervenções de psicoeducação com ênfase na saúde por forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados e paralelamente dignificar e prestigiar o trabalho que é realizado na comunidade.

No que à saúde mental e psiquiátrica concerne, os doentes, famílias ou grupos vulneráveis, são sinalizados pelo médico de família ou por outros profissionais de saúde que tenham acesso ao sistema informático SClinico, para acompanhamento pela EEESMP, que gere o número de pedidos, de acompanhamentos e intervenções a implementar, em consonância com o grau de risco e prioridades estabelecidas. Pode igualmente referenciar doentes para outros níveis de saúde, que detete serem os mais adequados em cada situação específica.

Por outro lado, a EEESMP implementa projetos de intervenção direcionados à comunidade, no sentido da promoção da saúde mental e do bem-estar, prevenção da doença, incremento da literacia em saúde mental, redução do estigma, entre outros.

Nesta UCC, os cuidados prestados do foro mental, estão incluídos num projeto de intervenção inovador, que foi pensado, planeado e implementado pela EEESMP. Este projeto alicerça-se em quatro eixos de intervenção que vão desde a promoção da saúde mental, a intervenção especializada em enfermagem de saúde mental, a formação a técnicos (incluindo profissionais de saúde e da comunidade) até ao desenvolvimento de investigação, para a melhoria contínua dos cuidados prestados.

3 – PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

A evolução da enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento, foi influenciada por diferentes paradigmas (categorização, integração e transformação) inerentes ao ato de cuidar e que surgiram, de acordo com as várias teorias de enfermagem, em determinados momentos e contextos históricos da sua evolução. Sendo reflexo da evolução de cuidados centrados na doença para os cuidados centrados na pessoa doente totalitária e singular participativa no processo de tomada de decisões (Kérouac, 1994; Fernandes & Vareta, 2019).

Similarmente, a enfermagem é composta por conceitos mais amplos e de certa forma, abstratos, mas que identificam fenómenos essenciais e basilares inerentes à profissão e que são: a pessoa; os cuidados de enfermagem; o ambiente e a saúde, identificados como metaparadigmas (Fawcett, 2005; Nunes, 2017). Assim sendo, pode afirmar-se que os enfermeiros devem ter em conta os metaparadigmas e a forma como estes se relacionam entre si, para uma prestação de cuidados de enfermagem mais concertados e direcionados às reais necessidades da pessoa doente (Fernandes & Vareta, 2019).

Invariavelmente, e segundo Fernandes & Vareta (2019), Nunes (2017) e Younas & Quennell (2019), existe uma relação entre as teorias de enfermagem, a sua prática e a investigação científica, daqui se depreende uma relação de complementaridade, igualitária e fundamental no sentido do desenvolvimento do conhecimento.

Semelhantemente, o Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho, alude que “A enfermagem de saúde mental, sustentada na evidência científica e apoiada nas teorias de enfermagem, psicológicas, psicossociais e neurobiológicas, persegue os mais elevados padrões de qualidade no cuidar.”

Martha Rogers conceptualizou uma teoria de enfermagem de grande alcance, intitulada “Ser Humano Unitário”, cujo foco dos cuidados são o Ser Humano e o ambiente, centrada em cuidados humanistas (Butcher & Malinski, 2015; Malinski, 2018; Richl-Sisca, 1992).

Rogers realçou que o conhecimento de enfermagem pode ser utilizado para cuidados não invasivos (toque terapêutico, humor, massagem, arte, luz, meditação, narrativas ...), no sentido da promoção do bem-estar. Neste ínterim, os cuidados de saúde deveriam incidir na comunidade (Butcher & Malinski, 2015; Malinski, 2018).

Em conformidade com Butcher & Malinski (2015), Gunter (2004), Malinski (2018), Meleis (1997) Phillips (2016), Richl-Sisca (1992), a Teoria do “Ser Humano Unitário”, é composta por cinco pressupostos dos quais destacamos,

- O “Ser” humano tem como características, a abstração, imaginação, linguagem, pensamento, sensações e emoções;
- O “Ser” humano é unitário e a sua totalidade agregava maior valor do que a soma das suas partes individuais;
- O “Ser” humano encontra-se numa troca energética e constante com o ambiente e estes com o universo num sistema aberto. Por conseguinte, os seres humanos e o seu ambiente são considerados campos de energia, totalitários, infinitos, irreduzíveis e indivisíveis;
- A troca energética entre os campos humanos e ambiental, é única, integrante, mútua, dinâmica e pandimensional.

Em consonância com Butcher & Malinski (2015), Gunter (2004), Malinski (2018), Meleis (1997) Phillips (2016), Richl-Sisca (1992), a Teoria alicerça-se em quatro conceitos basilares conceptuais:

- **Campos de Energia:** são considerados sistemas abertos, dinâmicos, ilimitados e indivisíveis que se propagam ao infinito.
- **Abertura:** na medida em que permitem a ocorrência mútua de trocas energéticas, com outros campos.
- **Padrão:** que se caracteriza por uma onda que não é fixa, que se altera continuamente e de uma forma inovadora, consoante os contextos e a necessidade de trocas entre os diferentes campos.
- **Pandimensionalidade:** domínio não linear e ilimitado, sem particularidades espaciais ou temporais, onde ocorrem as trocas entre os campos.

Em conformidade, Butcher & Malinski (2015) definem pandimensionalidade como a natureza do universo na totalidade das suas dimensões e das alterações de energia. Pode incluir um processo intencional, para gerar novos padrões energéticos, como por exemplo o toque terapêutico. Da mesma forma, Meleis (1997) considerou que a pandimensionalidade permite a percepção da realidade.

Similarmente, considerou que o Ser Humano poderia evoluir, através dessa troca energética com base em três princípios de homeodinâmica. Estes princípios podem coadunar-se com cuidados de enfermagem criativos e diversificados, que originem a harmonia e o equilíbrio entre o Ser Humano e o Ambiente. Analogamente, aludem a uma forma de compreensão da vida, que favorece a ocorrência de uma padronização e a consequente consciência de mudança (Butcher & Malinski, 2015; Gunter, 2004, Phillips, 2016; Richl-Sisca, 1992). De seguida descrevemos os três princípios:

- **Integralidade:** refere-se às mudanças no processo de vida, que surgem da interação mútua e contínua entre os seres humanos e o ambiente. Ocorrem de uma forma unitária, não linear e aberta (Butcher & Malinski, 2015; Gunter, 2004; Phillips, 2016).
- **Ressonância:** relaciona-se com as mudanças e identificação do campo humano e ambiental através das trocas energéticas (*ibidem*). Em conformidade, se os padrões de onda alternarem entre frequência mais baixa para mais altas, favorecem a ocorrência de uma padronização rítmica, com a probabilidade da criação de novos padrões diversificados e inovadores (Butcher & Malinski, 2015; Gunter, 2004; Malinski, 2018; Richl-Sisca, 1992).
- **Helicidade:** trata-se de uma mudança inovadora, entre os campos humano e o ambiente, não se repetem devido à diversidade e ocorrem de maneira rítmica num sentido unidirecional. Podem originar respostas complexas, diversificadas, até imprevisíveis nos padrões dos campos humano e ambiente, originando novos padrões (*ibidem*).

Similarmente, Lopes conceptualizou e propôs uma teoria de Enfermagem de médio alcance intitulada “A Relação Enfermeiro-Doente”, constructo que surgiu a partir de um contexto num hospital de dia de oncologia para tratamentos de quimioterapia. Por conseguinte, o seu foco principal é o doente e o intermédio é a família, que pode surgir, conforme o contexto, como corresponsável dos cuidados (Lopes, 2006).

Trata-se de uma teoria composta por dois constituintes singulares, que se complementam, interagem e relacionam entre si, que são a **Natureza da Relação** e o **Processo da Relação** (Lopes, 2006).

Desta forma, a Natureza da Relação é composta pelo “Processo de Avaliação Diagnóstica” e pelo “Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem” (Lopes, 2006).

Em conformidade, o “Processo de Avaliação Diagnóstica” tem o seu início antes do primeiro encontro entre a enfermeira e o doente, através da colheita de dados, com informação de cariz biomédico, vivencial, relacional e outras relevantes para a preparação da entrevista de admissão. Por conseguinte, “Consiste na avaliação/reavaliação da situação do doente/família, na conjugação das perspetivas vivencial, biomédica, e de ajuda, feita de modo contínuo, sistemático, dinâmico e integrado nos cuidados.” (Lopes, 2006, 177). Assume particular importância na entrevista de admissão, na qual será fundamental perceber

“(…) o que o doente sabe, o que o preocupa e quais as suas capacidades e estratégias, por comparação com o que a enfermeira já sabe; e é actualizado em cada reencontro, tentando perceber a evolução do ponto de vista biomédico e vivencial, na perspectiva de ajuda e coincidindo com o “Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem” (Lopes, 2006, p. 179).

Este processo ocorre durante toda a prestação de cuidados e pode até considerar-se como um “Processo de Raciocínio Clínico” (Lopes, 2006, p.183), dado que permite a elaboração de diagnósticos de enfermagem continuamente atualizados. Paralelamente, integra o processo de cuidados de enfermagem (Lopes, 2006).

Do “Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem” fazem parte todas as intervenções de enfermagem, que se realizam junto do doente e que englobam a gestão de sentimentos e de informação, tal como cuidados técnicos instrumentais. Inicia-se durante a entrevista de admissão e prolonga-se cronologicamente do início ao final das intervenções entre enfermeira, doente e família (Lopes, 2006).

Pese embora, estes dois processos sejam distintos, complementam-se e interligam-se, num contínuo dinâmico e cronológico (Lopes, 2006).

O segundo componente da teoria Relação Enfermeiro-doente é composto por três elementos que se designam pelo princípio da relação, corpo da relação e fim da relação. Não obstante as diferenças entre

si, nem sempre se consegue estabelecer os limites de cada uma das etapas, podendo coexistir simultaneamente (Lopes, 2006).

O princípio da relação inicia-se antes do primeiro encontro entre a enfermeira e o doente. No momento no qual a enfermeira prepara o primeiro encontro. Indubitavelmente, o ponto alto desta etapa é quando ocorre o primeiro encontro entre a enfermeira e o doente. Nesta fase também se dá início ao “Processo de Avaliação Diagnóstica” em paralelo com o “Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem”. O grande objetivo desta etapa é a criação de uma relação de confiança com o doente e/ou família e a clarificação de problemas (Lopes, 2006).

Por sua vez, no corpo da relação acontecem sobretudo intervenções de enfermagem decorrentes do “Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem” (Lopes, 2006).

O maior objetivo desta fase é “(...) aprender a viver com a situação, tendo em vista o bem-estar” (Lopes, 2006. 328). Pode, portanto, dizer-se que o fundamental desta etapa, ocorre após a entrevista de admissão. Todavia, o corpo da relação pode ter início, ainda, durante a entrevista inicial (Lopes, 2006).

É, pois, nesta fase, que o “Processo de Intervenção Terapêutica de Enfermagem” pode assumir a sua expressão máxima. Consequentemente, pode aferir-se a existência de um clima de confiança, no qual Enfermeira-doente-família executem um trabalho conjunto, no sentido da identificação dos problemas e da sua resolução (Lopes, 2006).

O fim da relação, surge, por norma, aquando da alta clínica ou eventualmente por morte do doente. No entanto esta fase pode ser previsível, por esse motivo, deve ser considerada desde o início da relação e marcar todas as etapas já referidas. Pode originar sentimentos dicotómicos relacionados com a alegria do final dos tratamentos ou pela tristeza da perda, muitas vezes plasmada na morte do doente. Inclui, a avaliação das intervenções desenvolvidas, dos resultados obtidos, assim como a autoavaliação (Lopes, 2006).

A Natureza da Relação e o Processo de Relação interligam-se num contínuo dinâmico, apesar de distintos, complementam-se. Sendo por isso, muitas vezes difícil estabelecer limites estanques no início e fim de cada uma das partes (Lopes, 2006).

Por conseguinte, a enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento, procura a sua consolidação numa estrutura própria de conhecimentos, que ancoram o saber prático no processo de enfermagem, o que resulta na construção de uma identidade própria, através da definição de competências, de autonomia e reconhecimento da profissão (Adamy et al., 2019).

Desta forma e de acordo com a OE (2021), as várias teorias de enfermagem e a prática baseada na evidência científica sustentam o processo de enfermagem.

O processo de enfermagem foi concebido entre os anos de 1950 e 1960 nos Estados Unidos da América e no Canadá, tendo sido a sua aplicação inicial, pela via do ensino, passando por volta de 1970, a ser utilizado na prática clínica. Hoje em dia, é indiscutível a sua importância no próprio desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão (Ribeiro et al., 2018). Por conseguinte, esta metodologia representa a forma como os conhecimentos podem ser operacionalizados, constituindo-se como a garantia da qualidade de cuidados prestados aos doentes, uma vez que têm em conta as necessidades particulares de cada pessoa (Amaral, 2010).

Pode, assim, afirmar-se que o processo de enfermagem é uma metodologia científica que confere à profissão o conhecimento e robustez necessários à sua evolução e profissionalização (Ribeiro et al., 2018), da mesma forma que se apresenta como um apoio à tomada de decisão, na organização de trabalho, à qualificação da formação e à própria regulação da profissão (Adamy et al., 2019; Gonçalves et al., 2019). Numa abordagem que se espera intencional e sistemática, só possível através desta metodologia de cariz científico (Ribeiro et al., 2018). Possibilitando ainda, a partilha de informações, a continuidade e avaliação de cuidados, assim como a produção de indicadores de qualidade (Gonçalves et al., 2019). Concomitantemente parece estar associada a uma maior satisfação pessoal e profissional (Ribeiro et al., 2018).

De acordo com o descrito nos “Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental”, no n.º 1 do anexo do Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho

“A avaliação em enfermagem de saúde mental, guiada pelo conhecimento de enfermagem relativo ao comportamento humano e aos princípios do processo de entrevista clínica de enfermagem de saúde mental, sintetiza informação obtida através de entrevistas, observação do comportamento, análise de outros dados disponíveis, e está na base da construção do diagnóstico de enfermagem, que é validado com o cliente. O estabelecimento do plano de intervenção, é baseado no juízo clínico de enfermagem especializada perante a avaliação dos dados e premissas teóricas, é negociado com o cliente e utiliza os diagnósticos e sistemas de classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), adotados pelo *International Council of Nurses* e Ordem dos Enfermeiros.”

Esta metodologia científica de trabalho é padronizada por uma taxonomia própria, organizada e uniformizada para todos os profissionais de enfermagem. Quer isto dizer, que os significados da comunicação são iguais e universais para todos, facto que confere à profissão um conhecimento estruturado e formal (Gonçalves et al., 2019).

Em Portugal, a implementação deste procedimento metodológico está integrada no sistema de informação SClínico, que assenta na taxonomia própria da linguagem internacional CIPE. O facto de todas as pessoas doentes que acorrem ao SNS serem inseridas neste sistema de informação, impõe a sua própria aplicação prática (Ribeiro et al., 2018).

Este sistema de informação integra um leque de ferramentas informáticas que permitem a gestão documental através do processamento dos dados inerentes à pessoa doente. Paralelamente, disponibilizam a informação necessária para a elaboração de diagnósticos, planeamento e implementação de intervenções, assim como a sua avaliação, num processo que se prevê dinâmico, rigoroso e contínuo (Amaral, 2010).

Por conseguinte, o processo de enfermagem é constituído por cinco etapas mediante as quais é possível organizar e sistematizar o pensamento crítico em raciocínio clínico, através da tomada de decisões, assente em cuidados de enfermagem individualizados cujo foco é a resolução de problemas (Gonçalves et al., 2019).

As nomenclaturas das etapas do processo de enfermagem podem variar, todavia a sua composição é universal, podendo ser denominadas e descritas como;

Primeira etapa - avaliação inicial: é o momento caracterizado pelo primeiro encontro entre o enfermeiro e a pessoa doente e/ou família. Caracteriza-se pela colheita de dados, por meio da qual o enfermeiro identifica o pedido de ajuda. Ocorre através da primeira entrevista e permite o estabelecimento de uma relação terapêutica, que deve ser centrada na pessoa doente (Amaral, 2010).

Ademais, permite o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem individualizados, assim como o planeamento de intervenções de enfermagem adequadas (Ribeiro et al., 2018).

Neste processo, pode ser necessário integrar a família ou pessoa significativa, especialmente quando a pessoa doente não consegue fornecer a sua história. Pode ser igualmente importante,

consultar os registos médicos pré-existentes que constam no processo clínico do doente, para complementar a informação recolhida nesta fase (Ribeiro et al., 2018).

Constitui-se como uma etapa contínua, que ocorre desde a admissão à alta clínica da pessoa doente, inclui a colheita, organização e análise da informação, com base na comunicação verbal e não-verbal, mediante a observação, o exame físico e mental daquela pessoa. Ressalvando que toda a informação recolhida deve ser isenta de preconceitos (Amaral, 2010).

Segunda etapa - Diagnóstico: os diagnósticos de enfermagem resultam da identificação de problemas reais e/ou potenciais pelo enfermeiro e em concordância com a pessoa doente e/ou família. Utiliza, neste caso, a taxonomia CIPE. Estes diagnósticos resultam da junção de um foco com um juízo previamente identificados. Podem, contudo, existir focos neutros, que ocorrem quando os focos são compostos por um juízo implícito ou até negativo, como é o exemplo das alucinações ou do comportamento agressivo (Sequeira & Sampaio, 2020).

Terceira etapa - Planeamento: trata-se de intervenções planeadas pelo enfermeiro, cujo objetivo será a redução e/ou resolução dos problemas/desequilíbrios identificados (Amaral, 2010; Sequeira & Sampaio, 2020).

As intervenções selecionadas são em concordância com a pessoa doente, perspectivadas para a maior probabilidade de sucesso e de acordo com a segurança da pessoa doente (Amaral, 2010).

Este plano de cuidados ou prescrições, é por norma, padronizado, sendo, todavia, individualizados, na medida em que são planeados exclusivamente para aquela pessoa, de acordo com o seu envolvimento e anuência, embora sob taxonomias próprias e inerentes a este processo. Funciona igualmente, como uma forma de comunicação entre a equipa multidisciplinar de saúde (Amaral, 2010).

Quarta etapa - Implementação: o processo de implementação do plano de cuidados é composto pelas intervenções de enfermagem previamente delineadas e programadas harmoniosamente entre o enfermeiro e a pessoa doente e/ou família, em conformidade com um desequilíbrio identificado, no sentido da capacitação à sua autonomia (Amaral, 2010).

O EEESMP enquanto agente diferenciador na promoção da saúde mental, assim como na prevenção da doença, reabilitação psicossocial e reinserção na comunidade onde a pessoa doente se encontra inserida (OE, 2021), deve capacitar a família, cuidadora da pessoa doente, para o autocuidado assim como para a prevenção de complicações e para a transição da hospitalização para os cuidados em domicílio. Desta forma, as intervenções junto da família devem visar a desinstitucionalização e inserção na comunidade (Ribeiro et al., 2018).

Quinta etapa - Avaliação: é a etapa final do processo de enfermagem, na qual é pressuposto a compreensão da evolução da pessoa doente mediante as intervenções implementadas, assim como da possibilidade de reformulação das prescrições, num processo que deve ser contínuo e dinâmico e que ocorre ao longo do internamento (Amaral, 2010). Ou seja, é a etapa na qual ocorre a avaliação das intervenções planeadas. A avaliação deve ser efetuada de uma forma regular, para permitir a atualização de todo o processo. É também nesta etapa que a pessoa doente pode adquirir a consciência da sua evolução no sentido do autocuidado (Ribeiro et al., 2018).

Destaca-se que todos os membros da equipa de enfermagem, devem estar capacitados e familiarizados com esta metodologia científica, para uma correta e efetiva aplicação (Adamy et al., 2019). De acordo com Ribeiro et al. (2018) pode ser aconselhável o recurso a algumas estratégias como por exemplo estudos de caso, formação em serviço e processos reflexivos no sentido da implementação e utilização desta metodologia científica.

4 – AVALIAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo faremos uma descrição, de cariz reflexivo acerca das experiências, mais significativas, vivenciadas e das intervenções de Enfermagem de saúde mental realizadas nos seus contextos de estágio específicos, cuja temática principal se relacionou com a prevenção dos comportamentos suicidários.

Desta forma, o objetivo principal das mesmas, foi o desenvolver competências comuns e específicas inerentes ao EEESMP, confluentes à atribuição do grau de mestre em enfermagem de saúde mental.

O primeiro estágio, como anteriormente mencionado, realizou-se num serviço de internamento de doentes agudos e respetivo SU. Incidindo a nossa análise, em dois doentes sobre os quais foram elaboradas as respetivas histórias clínicas.

O estágio final decorreu numa UCC, sendo que o nosso descritivo recairá sobre o acompanhamento individualizado a doentes com doença mental leve (seguidos nesse serviço), assim como na implementação de programas de intervenção realizados na comunidade, no âmbito da promoção da literacia em saúde mental, que incluíram intervenções psicoeducativas relacionadas com a promoção da saúde mental e redução do estigma associado à doença mental e suicídio. Estas intervenções foram desenvolvidas, essencialmente, a estudantes universitários e profissionais de saúde. Serão, ainda abordadas intervenções psicoterapêuticas efetuadas a estudantes que, ao longo do projeto, nos apresentaram pedidos de ajuda relacionados com a temática.

Para complemento da descrição, foram elaboradas duas figuras esquemáticas sobre cada um dos contextos de estágio, que surgem apresentados no início do subcapítulo correspondente.

Mencionaremos, ainda, algumas atividades decorridas neste espaço temporal (fora do âmbito de dos estágios), que complementaram as competências comuns e específicas desenvolvidas em estágios, que pela importância que adquiriam, importa destaca-las.

Ressalva-se, ainda que para garantia da confidencialidade dos doentes mencionados neste relatório, os seus nomes foram anonimizados, fazendo-lhes a correspondência com uma letra do alfabeto.

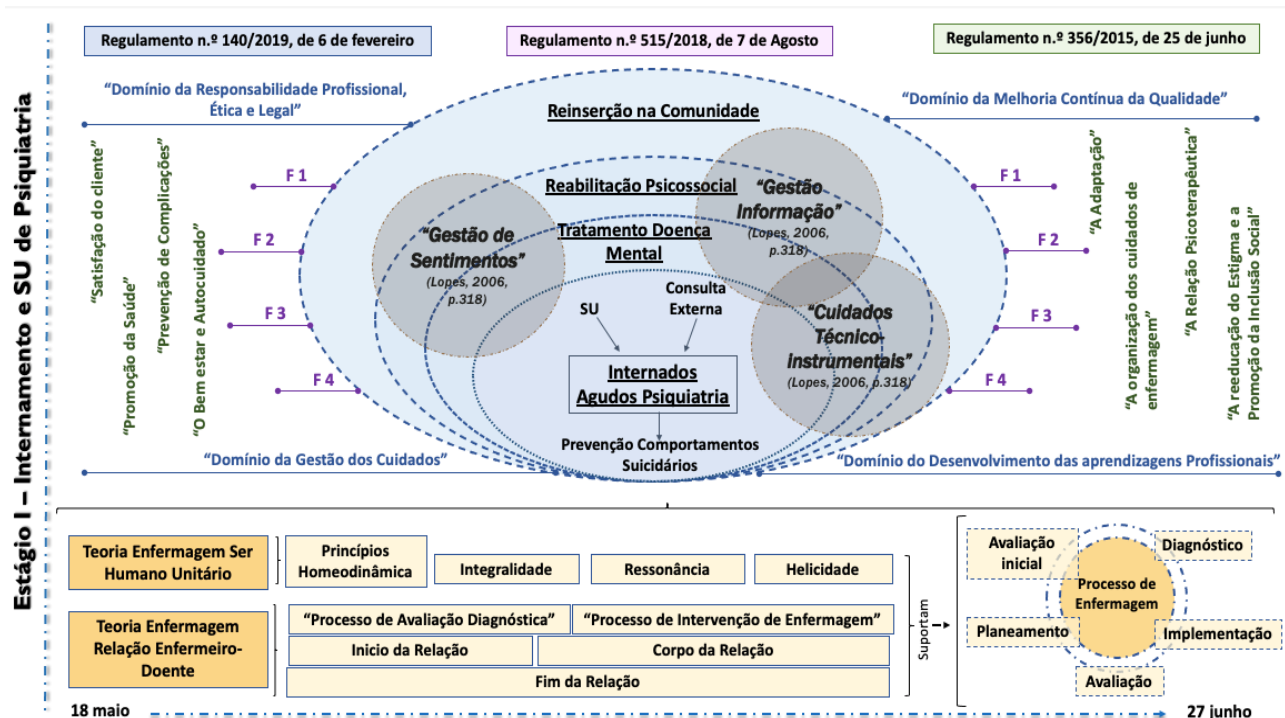
4.1 – Estágio 1

Face ao exposto, importa realçar que “a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (Preâmbulo do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto). Decorrente deste contexto específico de estágio, as intervenções do EEESMP tiveram como objetivo

“(…) contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão terapêutica, autocuidados, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família” (Preâmbulo do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

Seguidamente, apresentamos um esquema sobre as intervenções globais desenvolvidas neste estágio.

Figura n.º 4: Estágio 1



Fonte: Elaboração própria com base em Adamy et al. (2019), Amaral (2010), Butcher & Malinski (2015), Gonçalves et al. (2019), Lopes (2006), Malinski (2018), OE (2021), Phillips (2016), Ribeiro et al. (2018), Richl-Sisca (1992).

Durante o estágio I, para além dos cuidados prestados a todos os doentes que nos foram distribuídos, tivemos a oportunidade de prestar cuidados específicos na área de especialização de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, de uma forma contínua a dois doentes, sobre os quais foram elaboradas duas histórias clínicas. É essencialmente sobre estes dois doentes que recai o seguinte descritivo.

Tendo em conta a primazia dos princípios éticos, deontológicos e jurídicos que regem e regulam a profissão de enfermagem e em conformidade com o descrito no **“Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal”** (ponto A do anexo I do Regulamento 140/2019, de 6 de fevereiro), consideramos ter apresentado uma prática profissional confluyente com o respeito pelos direitos humanos e responsabilidade profissional. Factos traduzidos na aliança terapêutica estabelecida com as pessoas doentes e famílias, convergentes com o ponto **“A satisfação do cliente”** emanados no disposto 4.1 dos anexos do Regulamento n.º 358/2015, de 25 de junho.

Assumimos a liderança de equipas, através do fecho do sistema operativo SClínico, tal como da distribuição dos doentes para as próximas 24 horas de trabalho, com o objetivo de uma distribuição justa

e equitativa que previsse a melhoria dos cuidados de saúde, o que nos direcionou para o **“Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade”** (Ponto B do Anexo II do Regulamento 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019).

Semelhantemente, realço a oportunidade em termos participado em reuniões clínicas multidisciplinares, que ocorrem uma vez por semana, nas quais são apresentadas histórias clínicas dos doentes e o planeamento que contemple a sua reabilitação psicossocial e inserção na comunidade. Após a reunião, os participantes difundem a informação aos profissionais de saúde, que não participaram. Tivemos a oportunidade de fazê-lo individualmente e em grupo (aquando das passagens de turno), integrando, assim, os pressupostos da **“prevenção de complicações”** e **“A organização dos cuidados de enfermagem”** emanadas nos pontos 4.3 e 4.6 do anexo do Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho. Analogamente ao **“Domínio da gestão dos cuidados”** (ponto C do Anexo III do Regulamento 140/2019, de 6 de fevereiro).

Constatei não ser fácil assumir o papel de líder, numa equipa de Enfermagem, na qual, ainda sou, uma estudante numa área de especialidade e desconhecida da maioria dos seus constituintes. Ainda assim, com paciência, ética, responsabilidade, assertividade e perseverança, consegui incentivar e motivar a equipa a pautar os seus cuidados pela melhoria contínua. Alicerçado a sua prática, na investigação e evidência científica ancorados num referencial teórico de enfermagem.

Durante o estágio supracitado, foram efetuadas intervenções de enfermagem específicas, na área da saúde mental e psiquiátrica, às pessoas doentes, tendo em conta a sua unicidade e totalidade, em consonância com as suas reais necessidades, valores e vontades e em harmonização com os seus próprios objetivos. Culminando assim, numa relação terapêutica pautada por uma aliança igualmente terapêutica (Pinho et al., 2021). Incluindo, sempre que possível, a família e a comunidade onde o (a) mesmo (a) se insere, das quais gostaria de destacar as mais relevantes para mim, em articulação com as competências específicas inerentes ao EEESMP.

“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (ponto n.º 1 [F1], do anexo I do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

O doente **“A”** foi internado neste serviço de internamento, com o diagnóstico de depressão major. Na altura do internamento a sua esposa tinha falecido. **“A”** parecia ter perdido a vontade de viver, embora o filho menor fosse representativo e promotor de esperança.

Era uma história de vida difícil e sofrida. O doente isolava-se e raramente aceitava comunicar. Em conformidade, preparamos o nosso primeiro encontro, aquele que seria a base na construção de uma relação terapêutica vincada mutuamente por uma aliança. Investigamos a história do doente, escolhemos e preparamos uma sala que garantisse intimidade e privacidade (Lopes, 2006).

Inevitavelmente, a primeira vez que abordei o doente “A” senti as mãos frias, hesitação, receio de não ser capaz de ajudá-lo, de não conseguir focar-me, de não demonstrar abertura ou que o doente não anuisse na intervenção. Estas questões me obrigaram a perceber-me, aceitar as minhas vulnerabilidades e preparar-me para o nosso primeiro encontro de uma forma consciente e intencional.

Sinto que nos Mobilizamos, como instrumento terapêutico (Preâmbulo do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto). Embora ao longo das várias intervenções tenhamos estabelecido uma aliança terapêutica onde a confiança foi notória, não conseguimos evitar que o doente pedisse alta contra parecer médico. Foi um processo difícil, no qual tive de compreender que aliança terapêutica também é perceber e aceitar as escolhas dos doentes.

Pedimos-lhe que refletisse sobre a possibilidade de integrar o hospital de dia. Mas “A” estava determinado a assinar a alta e desvincular-se definitivamente daquele departamento. Mais tarde, por consulta de *follow up*, disse que apenas iria frequentar as consultas de seguimento. Apesar de não ser a resposta que gostaríamos de ter ouvido, ficamos contentes por ter aceitado continuar a ser seguido no departamento de psiquiatria. Similarmente, apreendemos outro grande ensinamento, respeitar as escolhas das pessoas, independentemente da nossa opinião.

Outro facto, para nós, impactante, relacionou-se com o desabafo de “A” (na consulta de *follow up*), quando referiu que o internamento tinha sido como que um terror, uma vez que estavam internadas no mesmo espaço pessoas com patologias distintas. Consequentemente, sentiu falta de privacidade, tranquilidade e até medo em adormecer.

Estes factos levaram-nos a questionar os princípios éticos, deontológicos e morais inerentes à prática do cuidar e sobre as tomadas de decisões assentes em valores jurídicos. Tentei colocar-me no lugar do doente e, em pensar como poderíamos melhorar o ambiente terapêutico no sentido da “**satisfação do cliente**” e o “**bem-estar e autocuidado**” (n.º 4.1 e 4.4 do anexo do Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho)

Também tivemos a oportunidade de intervir com o doente “B” Que tinha a história de comportamentos autolesivos e tentativa de suicídio. Senti-me mais confiante na nossa primeira entrevista terapêutica, notei evolução no planeamento, na abordagem e nas intervenções efetuadas.

Invariavelmente isso refletiu-se na minha comunicação não verbal. Tal como Phaneuf (2005, p.23) referenciou:

“A comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a aprender e a compreender as interações, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e segundo o caso, a criar laços significativos com ela.”

Num dos turnos decorridos no SU, recebemos uma utente que verbalizava ideação suicida. Contou-nos que era médica, embora, reformada por invalidez. Confidenciou-nos, que uma das suas doentes se tinha trucidado por comboio e desde essa altura, dirigia-se constantemente a esse sítio com a intenção de fazer o mesmo.

Fizemos-lhe o seguimento do SU para e no Internamento. A construção do genograma foi um momento de particular intensidade e crescimento mútuo. Infelizmente adoeci com a doença do Coronavírus (COVID-19) e quando regresssei ao serviço de internamento a doente já tinha tido alta. Senti-me frustrada e impotente. Foi difícil desconstruir em mim, que não tinha tido culpa, que com certeza a doente levaria consigo muitas das conclusões e reflexões conjuntas e que se lembraria das suas determinações. Refleti sobre a fase do “fim da relação” apregoada por Lopes (2006), que deve ser constante e transversal a todo o processo de intervenção terapêutica. Sinto que não o fiz da forma mais correta, facto que me impeliu a perceber que se trata de uma etapa que deve ser sempre salvaguardada desde o primeiro encontro até ao último.

“Assiste a pessoa ao longo do ciclo vital, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (ponto n.º 2 [F2], do anexo I do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

Uma das intervenções realizadas com os doentes alvo dos cuidados, foi a elaboração conjunta de um genograma e ecomapa, documentados nas histórias clínicas elaboradas.

O genograma é um diagrama familiar, que possibilita a visualização gráfica das relações e normas familiares, estabelecidas ao longo das gerações, preferencialmente até à terceira. Por conseguinte, permite não somente a perceção das relações e posicionamentos familiares pelo doente, como também

pelo terapeuta. O que promove o planeamento de intervenções mais objetivas, concertadas e direcionadas com a possibilidade da inclusão familiar (McGoldrick & Gerson, 2000).

De igual forma, o ecomapa promove a visualização gráfica das dinâmicas e relacionamentos do doente e família, com a comunidade que integra (Wright & Leahey, 2011). Consequentemente, favorece intervenções de reinserção social, através dos recursos disponíveis e dos interesses socioculturais existentes, de acordo com os objetivos do doente e família.

No caso de “A” fizemos a tentativa da sua integração no hospital de dia. Por relutância e recusa do doente, essa opção foi colocada de parte. No entanto, fizemos um esforço que incluiu a família, em encontrar algumas atividades e respostas comunitárias, no sentido da sua reabilitação psicossocial e reinserção na comunidade que integrava.

Sobre “B”, em conjunto com o doente, pai, assistente social, com o hospital da sua área de residência (onde faz tratamentos para uma doença orgânica) e centro de dia (que frequentava antes do internamento em psiquiatria), foi possível articular a sua reinserção. Intervenções, igualmente, em consonância com “A satisfação do cliente” e “A adaptação” difundida nos pontos 4.1 e 4.5 do anexo do Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho.

“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” (ponto n.º 3 [F3], do anexo I do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

No decurso alvitado por Lopes (2006), o primeiro encontro com a pessoa doente coexiste com o “Processo de Avaliação Diagnóstica de Enfermagem”. Ambas as etapas permitem a avaliação inicial e consequentemente o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, que levam ao planeamento e implementação de intervenções de enfermagem e consequente avaliação e reavaliação. Este processo sequencial foi elaborado conjuntamente com os doentes, sobre os quais foram elaboradas as histórias clínicas.

De realçar que as avaliações das intervenções de enfermagem tiveram, quase todas, uma evolução no sentido da melhoria, inclusive nas aplicações dos instrumentos de avaliação psicométrica. Facto verificado e mantido nas avaliações de *follow up*, ocorridas cerca de 20 dias após a alta hospitalar.

O processo de cuidados, foi elaborado em conformidade com a opinião e vontade das pessoas doentes, acompanhadas e monitorizadas pela equipa de enfermagem, através do sistema de informação universal e específico para a enfermagem.

“Presta cuidados psicoterapêuticos, socio 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” (ponto n.º 4 [F4], do anexo I do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

Foram planeadas, preparadas e realizadas entrevistas terapêuticas aos nossos doentes de processo, em consonância com os diagnósticos de enfermagem estabelecidos e tendo por base o descrito por Lopes (2006). Inquestionavelmente, a entrevista terapêutica é um processo relacional dinâmico, devendo ocorrer num espaço que seja acolhedor e em consonância com as características da pessoa doente, salvaguardando os princípios como a privacidade e confidencialidade. A presença do (a) enfermeiro (a) não deverá ser imposta ao doente e vice-versa (Lopes, 2006).

Em convergência com a teoria de médio alcance “Relação Enfermeiro-Doente”, surge a perspetiva existencial-humanista de Chalifour, que asseverou:

“(…) a relação de ajuda consiste numa interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adota um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não verbal em função dos objetivos a alcançar. Os objetivos estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade.”(Chalifour, 2008, p. 33)

As intervenções que se impõem neste domínio, também foram norteadas pela teoria de grande alcance de Martha Rogers, alicerçadas nos princípios de Homeodinâmica, que favorecem cuidados de enfermagem criativos e diversificados, promotores da harmonia e equilíbrio, possibilitando a ocorrência de mudanças de padrões (Butcher & Malinski, 2015; Malinski, 2018; Phillips, 2016; Richl-Sisca, 1992).

Tanto com “**A**” como com “**B**” foram executadas intervenções psicoterapêuticas, essencialmente no âmbito da prevenção de comportamentos suicidários, das quais destacamos, a relação de ajuda, entrevistas terapêuticas, a elaboração de um plano de segurança, de um *kit* de esperança assim como de *role play*. Todas estas intervenções se mostraram benéficas para os doentes, conforme apurado nos seus relatos, onde se constatou um aumento de esperança em relação ao futuro. Foi possível verificar-se uma redução da sintomatologia depressiva e do risco de suicídio, devidamente documentados nas suas histórias clínicas, na avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem.

Os pais dos doentes foram envolvidos no processo terapêutico. No caso de “A”, na última consulta terapêutica, enquanto que para “B” na consulta de *Follow up*. Em qualquer um dos casos, através da realização do ecomapa, foi possível estabelecer algumas ligações que permitissem respostas sociais e comunitárias no âmbito da reabilitação psicossocial e reintegração comunitária.

Tal como mencionado, foi realizada uma entrevista conjunta entre o “A” e o seu pai, que incluiu uma intervenção psicoeducativa e literacia em saúde, no âmbito da capacitação da pessoa doente e do pai para particularidades da doença de “A” (caraterização, diagnóstico, tratamento, reabilitação, recaídas e prognóstico), adaptação da doença, estigma e promoção de estratégias de *coping* (OE, 2021). Iguamente enquadradas no n.º 4.8 sobre “**A redução do Estigma e a promoção da inclusão social**” (anexo do Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho).

Similarmente, foram desenvolvidas algumas atividades com os doentes do internamento, como jogos de matraquilhos ou *ping pong*, cuja intenção foi incentivá-los e motivá-los a jogar em equipa, levá-los à reflexão sobre as suas capacidades e a importância da totalidade em prol da individualidade e da soma das partes. Verificamos que alguns dos doentes começaram a relacionar-se mais vezes, entre si e por sua iniciativa, convidavam os colegas para os jogos, onde a regra principal era que todos ganhavam, porque todos participavam. Constatamos a redução de comportamentos agressivos, o aumento da capacidade de concentração, uma maior satisfação e motivação com consequente redução da ansiedade. Relacionados com os diagnósticos de enfermagem gerais do grupo: autocontrolo comprometido (Peixoto et al., 2020), cognição comprometida (Silva et al., 2020), ansiedade moderada (Sampaio et al., 2020), autocontrolo da ansiedade comprometido (Sampaio et al., 2020) e comportamento agressivo (Carvalho et al., 2020).

4.2 – Atividade decorrida no dia 10 de setembro: A Tua Vida Importa!

No dia mundial da prevenção do suicídio (10 de setembro), em conjunto com duas enfermeiras especialistas em saúde mental e psiquiátrica, pensámos, delineámos, elaborámos e colocamos em prática, uma campanha de sensibilização, no âmbito da prevenção dos comportamentos suicidários. Os objetivos desta intervenção assentaram em otimizar a saúde mental da comunidade, através da “promoção da

saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental” (descritivo do **ponto n.º 2 [F2]** do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto). Ambicionámos, ainda, reduzir o estigma associado à saúde mental e suicídio, com conseqüente reflexo no nosso próprio autoconhecimento.

No período da manhã, marcámos presença no mercado local, onde colocámos uma árvore com balões amarelos no topo, que simbolizava a árvore da esperança. Houve lugar a música ao vivo, a distribuição de folhetos e cartões com informação alusiva à temática, que continham contactos telefónicos com as “linhas” de apoio para a prevenção do suicídio. Foram ainda, aplicados instrumentos de avaliação psicométrica da sintomatologia ansiogénica e depressiva (GAD-7 e PHQ-9, respetivamente).

No período da tarde, foi realizada uma atividade intitulada *World Café*. Trata-se de uma metodologia dinâmica e criativa, que prevê a participação de pessoas de todos os quadrantes sociais, políticos e profissionais. Consiste em recriar um ambiente de café, que seja acolhedor e agradável. Sequencialmente, inicia-se com uma explicação sobre temática e conceito da dinâmica. Seguidamente os participantes são divididos por mesas, que contêm uma toalha de papel e canetas. Cada mesa tem uma temática ou uma pergunta aberta, sobre a qual os participantes devem emitir a sua opinião. Cada mesa tem um anfitrião, cuja missão é a de facilitador e de motivar os participantes a emitirem um parecer, ideia ou perceção. As opiniões devem ser escritas na toalha da mesa. Os participantes rodam pelas mesas, onde permanecem em rondas de 15 a 20 minutos. Cada vez que a mesa recebe novos participantes o anfitrião deve fazer o resumo do que foi falado na ronda anterior. No final, é apresentado a todos os participantes uma súmula das opiniões e/ou sugestões que emergiram (Löhr et al., 2020; van Lierop et al., 2022).

Esta dinâmica contou com a participação de cerca de trinta agentes da comunidade (bombeiros, enfermeiros, assistentes sociais, políticos, jornalistas, entre outros), que foram incentivados e motivados a produzirem ideias e propostas para possíveis intervenções futuras.

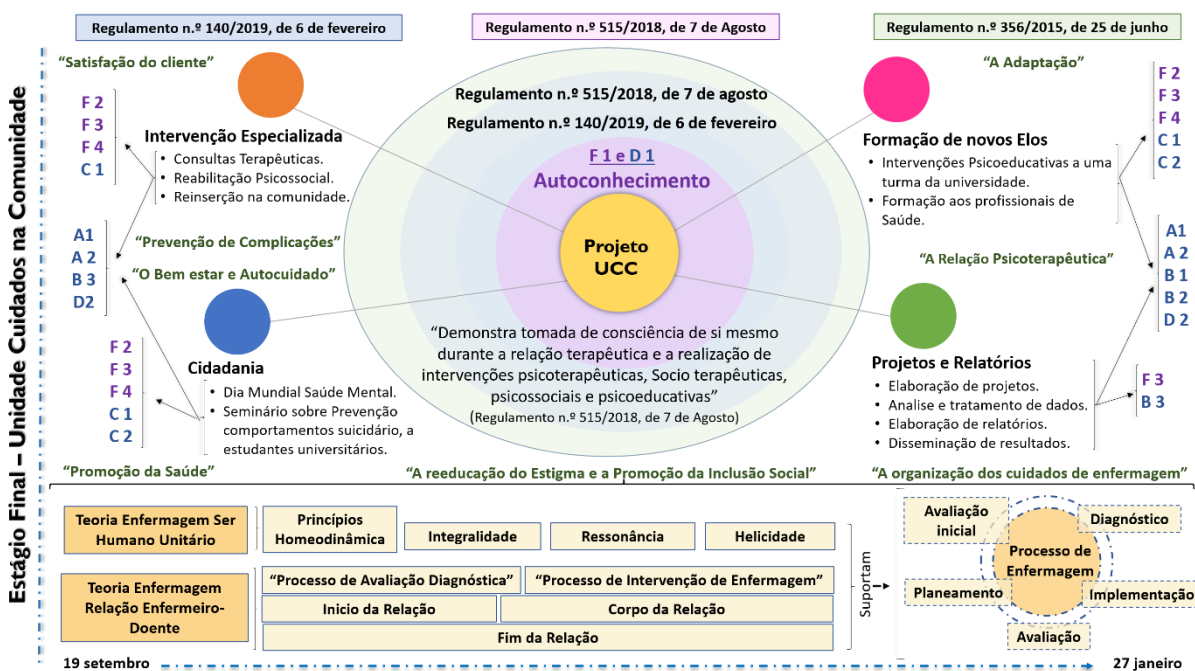
Esta atividade foi muito gratificante, fez-me sentir parte integrante da solução e não do problema. Paralelamente, o contacto com a população foi muito enriquecedor pela forma como aceitaram as intervenções e participaram. Surgiram alguns pedidos de ajuda, que após a aplicação de instrumentos de avaliação psicométrica foram passíveis de encaminhamentos para as respostas mais adequadas a cada situação específica.

Invariavelmente, esta campanha contribuiu para consolidar as competências específicas do EEESMP, no que concerne ao **ponto n.º 1 [F1]** e **ponto n.º 2 [F2]**, que constam do anexo I do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto. Em convergência com o ponto “**4.8 – A redução do Estigma e a promoção da inclusão social**” (Anexo do Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho).

4.3 – Estágio Final

Tal como referido no capítulo n.º 2 do presente relatório, o estágio final teve lugar numa UCC, onde se encontra implementado um projeto na área da saúde mental e psiquiátrica, composto por quatro eixos de intervenção. Em conformidade, as intervenções desenvolvidas neste estágio integraram-se neste projeto. Consequentemente, a seguinte análise será realizada sobre as intervenções mais relevantes e significativas, em consonância com o seguinte esquema.

Figura n.º 5: Estágio Final



Fonte: Elaboração própria com base em Adamy et al. (2019), Amaral (2010), Butcher & Malinski (2015), Gonçalves et al. (2019), Lopes (2006), Malinski (2018), OE (2021), Phillips (2016), Ribeiro et al. (2018), Richl-Sisca (1992).

4.3.1 – Eixo da Intervenção Especializada

Eixo que integra intervenções individualizadas e personalizadas aos doentes, na UCC e/ou em domicílio. Tendo sido meu objetivo pessoal, desenvolver as competências específicas inerentes ao EEESMP que constam nos **pontos n.º 1 (F1), 2 (F2), 3 (F3) e 4 (F4)** do anexo I do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto.

Conforme a teoria da “Relação Enfermeiro-Doente”, a entrevista terapêutica tem início na sua preparação prévia, na qual se deve investigar os aspetos clínicos e biológicos significativos, assim como os acontecimentos de vida, que podem motivar o pedido de ajuda da pessoa doente (Lopes, 2006).

Da mesma forma, o espaço onde decorrerá a entrevista terapêutica deverá ser preparado de forma intencional para aquele momento. Esta preparação inclui a adequação do mobiliário da sala, a previsão do posicionamento de todos (distância íntima, pessoal, social e/ou pública), para que a presença dos participantes, não seja imposta ou intrusiva (Chalifour, 2008; Lopes, 2006).

Por conseguinte, a entrevista terapêutica é,

“(…) um tipo particular de interações verbais e não verbais entre um interveniente e um cliente, ao longo das quais os participantes utilizam certos modos de fazer e estar em função da compreensão dos seus papéis, do contexto, das suas características particulares, do conteúdo tratado, dos objetivos esperados e do tempo que acordaram para esse fim”(Chalifour, 2008, p. 36).

Na UCC, onde tive o privilégio de estagiar, constatei o cumprimento destes pressupostos e pude colocá-los em prática e em conformidade com o **ponto B**, especialmente com **B3 (“Garante um ambiente terapêutico e seguro”)**, expresso no anexo II do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro e da “**organização dos cuidados de enfermagem**” descritos no ponto 4.6 do anexo do Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho. Que culminam na aplicação do processo de enfermagem.

Em consonância com o exposto, fizemos o seguimento de alguns doentes, dos quais gostaria de destacar os mais significativos no desenvolvimento das competências comuns e específicas, inerentes à atribuição do título de EEESMP.

Foi alvo dos nossos cuidados a mãe de um doente já seguido nestas consultas, cujo seu pedido de ajuda se relacionava com o diagnóstico do filho. Em convergência, foram realizadas intervenções psicoeducativas, concordantes com o **ponto nº 4 (F4)** do anexo I Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto. Cujas temáticas incidiram na “**redução do Estigma e a promoção da inclusão social**”, na “**promoção da saúde**” e na “**prevenção de complicações**” emanados nos pontos n.º 4.8, 4.2 e 4.3 respetivamente, que constam no regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho.

Para além das questões relacionadas com a doença do filho, “**C**” apresentava ansiedade e baixa autoestima. Após a avaliação diagnóstica de enfermagem, foi possível estabelecer os diagnósticos de enfermagem: autoimagem comprometida (Sampaio & Sequeira, 2020), ansiedade moderada (Sampaio et al., 2020) e *Stress* do cuidador por sobrecarga (Sousa et al., 2020). Foram aplicados os instrumentos de avaliação psicométrica de *Hamilton*, *Zarit* e *Rosemberg* (ambas em utilização naquela UCC e incluídas no sistema operativo SClinico).

Igualmente, a doente compartilhou o facto do sogro se ter suicidado. Falou da particularidade de acreditar ter sentido energeticamente a morte do sogro, na altura em que ele praticou o ato. Facto que me lembrou a teoria do “Ser Humano Unitário” e de como Marta Rogers preconizou o campo energético humano, ambiente e as interações mútuas e dinâmicas entre eles (Butcher & Malinski, 2015; Malinski, 2018; Phillips, 2016; Richl-Sisca, 1992). Expressou que não entendia o motivo de alguém terminar com a sua própria vida, que achava ser algo não aceitável. Foram realizadas intervenções no sentido de reduzir o estigma associado ao suicídio, intervenções em consonância com “**A redução do Estigma e a promoção da inclusão social**” provinda no ponto n.º 4.8 do anexo do Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho.

Ao longo das consultas terapêuticas, “**C**” foi aconselhada e motivada, à realização de outras atividades pessoais que lhe conferissem felicidade e reduzissem o *stress* associado à sobrecarga do cuidador. Sendo que após isso, verificámos uma melhoria nos seus relatos relacionados, essencialmente, com a sobrecarga do cuidador. Em conformidade com a avaliação de resultados das intervenções planeadas no processo de enfermagem implementado, de acordo com o previsto no **Ponto n.º 3 (F3)** emanados no Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto.

Sequencialmente, referimos a doente “**D**” em acompanhamento naquelas consultas. O seu pedido de ajuda inicial relacionou-se com ideação suicida, facto perceptível aquando da preparação da entrevista terapêutica, através da consulta do seu processo de cuidados de enfermagem. Nesta análise foi possível constatar os seguintes diagnósticos de enfermagem: humor depressivo (OE, 2018; ICN, 2019), risco de tentativa de suicídio (Simões et al., 2020) [no momento, apresentava risco ligeiro, validado pelo

instrumento de avaliação psicométrica *Mini International Neuropsychiatric Interview* versão 5.0.0], ansiedade moderada (Sampaio et al., 2020) e autoimagem comprometida (Sampaio & Sequeira, 2020).

De igual forma, foi significativo o estudo do genograma familiar e a constatação das relações de proximidade e afastamento familiares.

De acordo com os diagnósticos de enfermagem estabelecidos, foram realizadas intervenções psicoterapêuticas do âmbito cognitivo-comportamental, com atribuição de tarefas que implicavam uma complexidade crescente, no sentido do treino da resolução de problemas. Posteriormente, confirmou-se a redução na intenção suicida e denotou-se um incremento da esperança relacionada com o futuro. Sendo que “D”, várias vezes mencionou uma redução da ansiedade relacionada com a autoimagem e igualmente dos pensamentos sobre a sua morte e conseqüente suicídio. Dando seguimento ao emanado no **ponto n.º 4 (F4)** do anexo I do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto.

Todavia, um acontecimento recente causou-nos preocupação, o seu tio materno, com quem tinha uma relação de proximidade, suicidara-se. Contudo, na entrevista, percebemos que apesar de vulnerável, a doente tinha adotado estratégias de *coping* eficazes.

A pedido da tia de “D” a sua prima, de 8 anos, foi sujeita a uma avaliação do seu estado mental, em virtude de mau desempenho escolar. Constataram-se dificuldades cognitivas e conseqüentemente de aprendizagem. Sequencialmente, foi referenciada para o gabinete de psicologia do seu agrupamento escolar. Foi muito interessante o acompanhamento não somente à “D” como a alguns elementos familiares, dando seguimento ao **ponto n.º 2 (F2)** do anexo I do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto.

Importa realçar dois doentes, que foram seguidos durante mais de 12 meses naquelas consultas, que tiveram alta durante o período de estágio, por melhoria e resolução do seu pedido de ajuda. Com conseqüente reabilitação psicossocial e reintegração na sua comunidade, em consonância com o descrito no **ponto n.º 2 (F2)** e **ponto n.º 4 (F4)** no anexo I do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto.

Tal como descrito por Chalifour (2008), no final de todas as consultas havia sempre espaço para uma reflexão conjunta, não somente sobre as intervenções realizadas, mas essencialmente sobre as nossas sensações, perceções, consciência dos pensamentos com e sobre os doentes e uma reflexão pessoal e individual global. Estes momentos foram essenciais para o incremento da minha autoconsciência, dando cumprimento ao disposto no **ponto 1 (F1)** do anexo I do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto. Semelhantemente no difundido no ponto D “**Domínio do desenvolvimento**

das aprendizagens profissionais” do anexo IV, do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, no que concerne ao desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade.

Em conformidade, a autoconsciência das minhas sensações, emoções, dificuldades e vulnerabilidades constituíram-se como momentos de uma grande densidade e desenvolvimento pessoal. Inicialmente não me sentia confortável em intervir, até porque estava a entrar numa relação onde a aliança terapêutica era patente. Contudo, ao respeitar o espaço de todos os participantes e de não impor a minha presença, percebi e senti que a cada consulta estava mais confiante, integrada e incluída na relação terapêutica. Em convergência com o ponto 4.7 **“A relação psicoterapêutica”** do anexo do Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho.

Neste ínterim, gostaria de mencionar um doente que nunca autorizou a minha participação nas suas entrevistas terapêuticas. Este facto poderia ter-me causado frustração, no entanto, obriguei-me a colocar-me no lugar do doente e percebi que se fosse eu, também não queria a presença de outra pessoa, num momento tão íntimo e pessoal. Por conseguinte, compreendi a sua opção. Agi em conformidade com os valores e normas deontológicas que regem e regulam a profissão de Enfermagem, respeitando o doente e a sua vontade, de acordo com os valores e direitos humanos em consonância com a ética profissional exigida na profissão. Preconizado no disposto no **“Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal”** plasmados no ponto A, do anexo I do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Similarmente, com o proclamado no ponto 4.1 **“A satisfação do cliente”** do anexo do Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho.

4.3.2 – Eixo da Cidadania

Integram este eixo projetos de intervenção, realizados na comunidade, com o objetivo de promover a saúde, proteger e prevenir a perturbação/doença mental, dando cumprimento ao disposto no **ponto n.º 2 (F2)** do anexo do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto. Bem como à **“redução do Estigma e a promoção da inclusão social”** e à **“Promoção da Saúde”** (do disposto no n.º 4.8 e 4.2 respetivamente, aludidos no anexo do Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho). Que culminam no incremento do autoconhecimento que constam no anexo I do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto.

Preconizam também, as intervenções psicoterapêutas emanadas no **ponto n.º 4 (F4)** do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, quando associadas a pedidos de ajuda.

No dia 10 de outubro, dia mundial da saúde mental, tivemos a oportunidade de comemorar o dia mundial da saúde mental no centro de vacinação COVID-19 da região afeta a esta UCC. Foi uma atividade que envolveu a equipa de administrativos, assistentes operacionais, enfermeiros e médicos adstritos àquele centro e em colaboração com a UCC.

A atividade implicou a articulação e liderança de equipas intersectoriais e multidisciplinares. Por conseguinte, foram cumpridos o disposto no ponto C “**Domínio da gestão dos cuidados**” emanados nos anexos n.º III do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro.

Como é consabido, os utentes recorrem ao centro para a sua vacinação, após a qual, aguardam cerca de 15 minutos para despiste de eventuais sintomas secundários, inerentes ao procedimento e fármaco administrado. Nesse período de tempo, abordámos a população com a questão do que era para eles saúde mental. Seguidamente, oferecemos um panfleto informativo alusivo à temática. O público-alvo, retirava de forma aleatória um cartão com um pensamento que continha uma mensagem agradável. Posteriormente, pedíamos que a pessoa a ressignificasse para si.

Foi um momento propício a partilhas sobre acontecimentos de vida marcantes, onde o desenvolvimento pessoal mútuo foi explanado pela satisfação das partilhas. Os profissionais presentes, comentaram a importância desta atividade ter sido realizada conjuntamente com enfermeiros especialistas na área da saúde mental e psiquiátrica. Ademais não entregámos, somente folhetos, também intervimos em prol da saúde mental de todos. Em concordância com o difundido nos pontos “**4.1 – A satisfação do cliente**”, “**4.2 - A Promoção da Saúde**” e “**4.8 - A redução do Estigma e a promoção da inclusão social**” que constam no anexo do Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho.

Uma outra intervenção que gostaríamos de realçar neste relatório, foi a participação num **seminário** como formadoras, sobre a prevenção de comportamentos suicidários, que decorreu no dia 2 de novembro de 2022, **numa turma universitária** no concelho da área de abrangência desta UCC. Este projeto de intervenção teve como objetivos: sensibilizar os (as) estudantes para prevenção de comportamentos suicidários e promover pedidos de ajuda relacionados com a temática.

Este projeto enquadrou-se na literacia para a saúde mental no âmbito da promoção da saúde mental, convergentes com os **Pontos n.º 1 (F1), 2 (F2)** do anexo I do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de

agosto, bem como no ponto **n.º 4 (F4)** do referido regulamento, sempre que existissem pedidos de ajuda específicos e alvo da nossa intervenção.

Os conteúdos abordados foram convergentes com o alvitado pela evidência científica. Prática previsível no disposto do ponto D2 **“Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”** descritos do anexo IV do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro.

No início do seminário, aplicámos aos estudantes, um questionário *online* cuja finalidade era obter a caracterização sociodemográfica da turma, a validação dos conhecimentos prévios sobre a saúde mental, do suicídio e aplicação de instrumentos de avaliação psicométrica da sintomatologia ansiogénica, depressiva e risco de suicídio. As duas últimas partes do questionário, foram replicadas cerca de 2 meses após a sua realização, para a monitorização evolutiva dos estudantes participantes. Foi um processo no qual garantimos os procedimentos éticos inerentes, nomeadamente a garantia do sigilo e confidencialidade, com autorização de divulgação, de todos os participantes, para fins formativos. Unicamente foi solicitada a identificação de cada estudante, mediante a escolha de um número, uma cor e uma letra do nome à sua escolha, com o propósito de compararmos resultados individuais. Todavia, os (as) estudantes não eram obrigados (as) a responder ao questionário e nem todos (as) mantiveram a mesma tipologia de identificação. Atuação convergente com o emanado no **“Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal”** (Ponto A do anexo I do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro).

Em conformidade, a moda de idades dos estudantes foi de 19 anos, com a média situada nos 20,5 anos, dos quais 6 do sexo masculino e 8 do sexo feminino. 78,6% Viviam em zona urbana e 21,4% em meio rural. A maioria coabitava com os pais e dependiam financeiramente deles. Curiosamente, nenhum destes estudantes usufruía de bolsa académica.

Sobre as questões académicas, 78,6% dos (as) alunos (as) afirmaram que frequentavam o curso desejado. Por outro lado, 35,7% dos (as) estudantes consideraram que o curso não correspondia às suas expectativas. 42,9% Avaliaram o seu desempenho como muito bom, 35,7% bom e 21,4% suficiente.

Sequencialmente, um estudante revelou ter tido uma perda recente marcante. Neste ínterim, 28,6% asseveraram já ter consultado um profissional de saúde por questões relacionadas com sintomatologia ansiogénica e depressiva, enquanto que, 14,3% tomavam antidepressivos diariamente.

Mais de 50%, entendia a saúde mental como estar de bem consigo mesmo e que qualquer “Ser” humano poderia desenvolver uma doença mental, considerando a adolescência como o período mais crítico para o seu desenvolvimento. Estas opiniões foram convergentes, em todos os questionários.

Alguns dos estudantes, manifestaram dúvidas em relação ao que deveriam fazer para manterem a sua saúde mental. Por outro lado, concordaram que poderiam ajudar alguém que estivesse em sofrimento mental. Concomitantemente, referiram dificuldade em perceber e agir em conformidade com as suas emoções. Não obstante, sabiam que se necessitassem de ajuda a poderiam obter junto de um profissional ligado à saúde mental e psiquiátrica.

Sobre questões relacionadas com os mitos e verdades associadas aos comportamentos suicidários, foi perceptível a evolução e consolidação teórica expressa pela evidência científica, entre os questionários pré intervenção e *follow up*. Ainda assim, mantiveram dúvidas e opiniões divergentes sobre as seguintes afirmações:

- *“Falar do suicídio não incentiva as pessoas a cometê-lo”*
- *“As tentativas de suicídio são chamadas de atenção”*
- *“As pessoas que pensam em suicídio querem mesmo morrer, estão determinadas a matar-se e não aceitam ajuda”*

Tal como anteriormente mencionado, os estudantes foram convidados a preencher instrumentos de avaliação psicométrica da sintomatologia ansiogénica, depressiva e risco de suicídio.

Para a avaliação da ansiedade, foi aplicado o instrumento de avaliação GAD-7, validado para a população de estudantes universitários em Portugal (Bártolo et al., 2017). Estes autores, referiram que a presença de doença mental nesta tipologia de estudantes constitui-se como um problema de saúde pública, até porque a entrada no sistema universitário pode representar uma mudança de vida, particularmente exigente e que muitas vezes favorece o surgimento de doenças mentais (Bártolo et al., 2017). Este estudo foi realizado a 74,7 % de alunos de licenciatura, 16,6% de mestrado e 8,7% de doutoramento. Destes, 14,8% tomavam medicação regular para doenças crónicas e 7,1% já tinham recorrido a ajuda psicológica. Na aplicação deste instrumento de avaliação, tornou-se evidente que 36,3% apresentaram sintomas leves de ansiedade, 15,6% sintomas moderados de ansiedade e 8,3% sintomas graves de ansiedade. Igualmente conseguiu estabelecer-se uma correlação entre a sintomatologia ansiogénica e a automedicação, como é o caso das benzodiazepinas (Bártolo et al., 2017).

Paralelamente, decorreu em Espanha, um estudo sobre estudantes de enfermagem, para a validação deste instrumento de avaliação. De forma similar, percebeu-se que a ansiedade era um problema frequente nesses estudantes, com uma prevalência entre 20,7% e 42,8%. Concluíram que a

ansiedade pode dificultar a aprendizagem e cursar em doenças mentais e ideação suicida, destacando que a sua deteção precoce poderia preveni-los (Martínez-Vázquez et al., 2022).

A GAD-7 configura-se como uma ferramenta de fácil utilização, considerada uma medida válida e confiável, utilizada e aplicada em vários países mundiais (Byrd-Bredbenner et al., 2021). Em conformidade, a sua estrutura é convergente com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM) IV (Sousa et al., 2015).

Para a avaliação da sintomatologia depressiva, foi aplicado o questionário de saúde do paciente PHQ-9, validado para a população portuguesa, particularmente nos cuidados de saúde primários (Lamela et al., 2020). Segundo mencionado por estes autores, a depressão está associada a maior risco de deletérios na saúde física, com conseqüente absentismo laboral, pobreza, relacionamentos familiares de menor qualidade e baixa expectativa de vida.

O questionário de saúde do paciente PHQ-9 pode ser uma medida de avaliação auto relatada, amplamente difundida em várias realidades mundiais, encontrando-se em consonância com a sintomatologia depressiva descrita no DSM-V (Lamela et al., 2020).

Do mesmo modo, foi aplicado um estudo a estudantes universitários em Hong Kong com a aplicação dos instrumentos de avaliação psicométricos GAD-7 e PHQ-9, dos quais foram detetados 68,5% de estudantes com sintomatologia depressiva (9% moderada a grave) e 54,4% sintomatologia ansiogénica (5,8% grave). Os estudantes que apresentaram menor incidência das sintomatologias em análise, praticavam exercício físico regular, apresentavam maior autoconfiança, melhor satisfação com as amizades e tinham melhor desempenho escolar. Presumiu-se igualmente, a associação entre a sintomatologia depressiva e a ansiogénica (Lun et al., 2018).

Relativamente à avaliação do risco de suicídio, foi aplicado o *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview 5.0.0*, instrumento de avaliação utilizado na UCC onde foi realizado o estágio final.

Park & Seo (2018), avaliaram 144 doentes que sofriam de enxaqueca, para presumir o risco associado de suicídio nesta tipologia de doentes. Concomitantemente, foram convidados a preencher alguns instrumentos de avaliação, entre os quais, o questionário de saúde do paciente PHQ-9, o questionário de sintomatologia ansiogénica GAD-7 e o módulo de suicídio do *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview* – versão plus 5.0.0. Este último, é um instrumento de avaliação, estruturado e que tem por base os critérios do DSM-IV. É um módulo composto por 6 questões com ponderações de avaliação diferentes em cada uma delas. Desta forma, as 5 primeiras questões reportam-se ao desejo de morte, de comportamentos autolesivos, pensamentos suicidas, presença de plano suicida e tentativa de

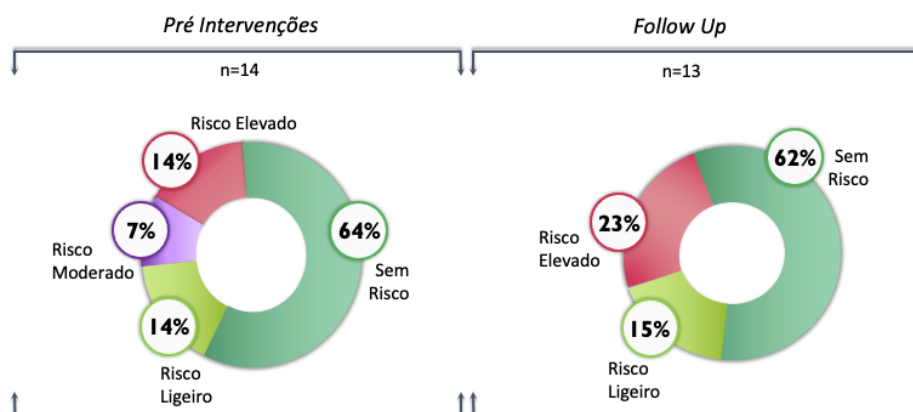
suicídio presentes no último mês. A última questão relaciona-se com as tentativas de suicídio ao longo da vida (Park & Seo, 2018).

Os autores perceberam que os doentes com enxaqueca crónica são tendencialmente mais agressivos e que a agressividade parece estar associada à ideação suicida (Park & Seo, 2018). Consideraram, portanto, que a identificação do risco de suicídio permite diminuir a mortalidade por esta causa (Park & Seo, 2018).

Segundo Amaral (2010), o Mini International Neuropsychiatric Interview, está validado para a população portuguesa na sua Versão 5.0.0.

Seguidamente, expomos graficamente os resultados da aplicação destes instrumentos de avaliação psicométricos, aplicados em questionário *online* aos estudantes que participaram no seminário, efetuados na pré intervenção e em *follow up*, (dois meses depois).

Gráfico n.º 4: Mini International Neuropsychiatric Interview versão portuguesa 5.0.0 (a)

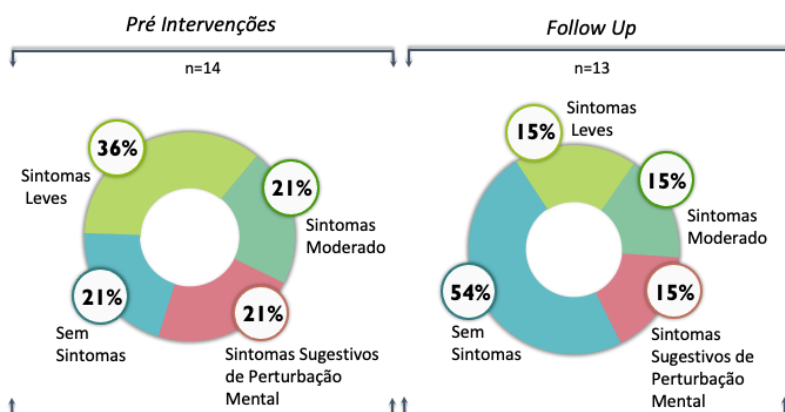


Fonte: Elaboração própria

Nos questionários de *follow up*, constatamos que a maioria dos estudantes (62%) não apresenta risco de suicídio com percentagens semelhantes aos obtidos na pré intervenção. Todavia, ocorreu um aumento do risco elevado de suicídio, valores que inferem uma junção entre o risco moderado e elevado, resultantes na sua aplicação prévia. Os resultados associados ao risco ligeiro de suicídio são semelhantes em ambas as aplicações.

Seria importante um acompanhamento continuado dos estudantes, para se tentar inverter esta tendência. Salientamos o facto de nos termos disponibilizado para qualquer pedido de ajuda que nos quisessem fazer.

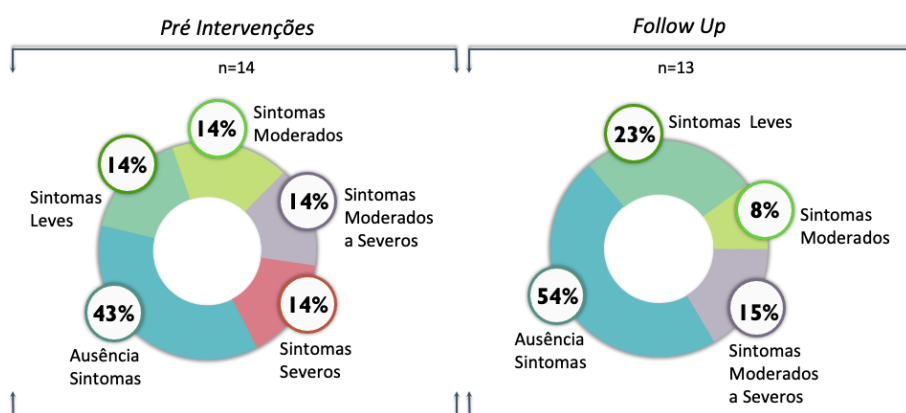
Gráfico n.º 5: GAD-7-Ansiedade (a)



Fonte: Elaboração própria

Relativamente à sintomatologia ansiogénica, pode observar-se uma melhoria significativa nas pontuações deste instrumento de avaliação, nomeadamente na ausência de sintomas que evoluiu de 21% para 54%, em oposição às restantes sintomatologias.

Gráfico n.º 6: Questionário de saúde do paciente PHQ-9-Depressão (a)

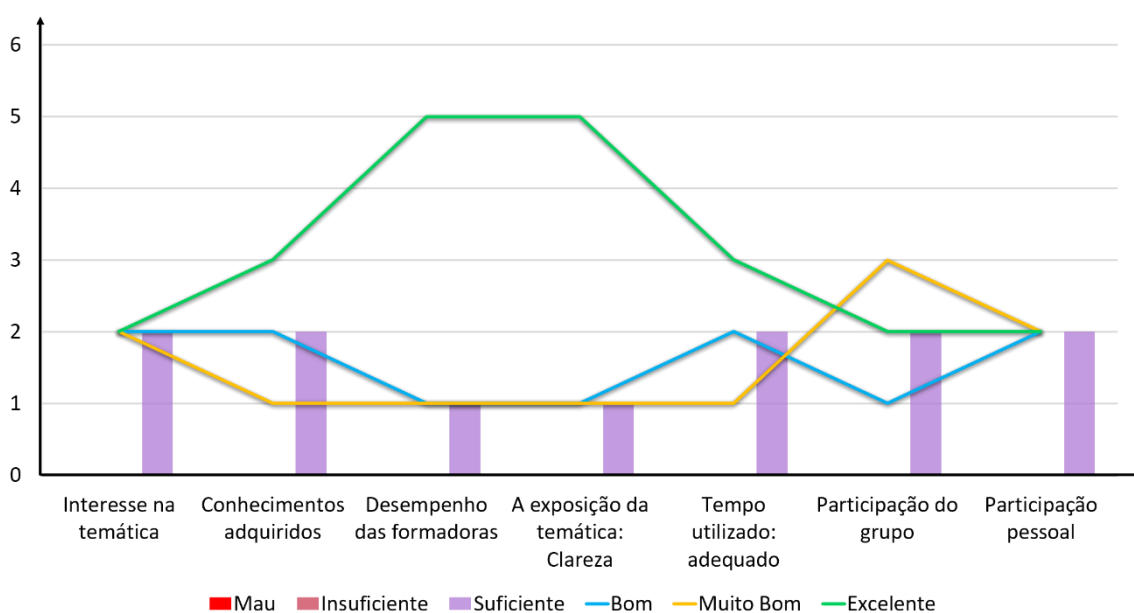


Fonte: Elaboração própria

Similarmente com o instrumento de avaliação anteriormente referido, denotou-se uma melhoria entre as pontuações iniciais e as finais. Em conformidade, enfatizamos a ocorrência do aumento da ausência de sintomas de 43% para 54%, assim como da sintomatologia leve de 14% para 23% e invariavelmente a redução da sintomatologia moderada de 14% para 8% e da ausência de sintomatologia severa.

O seminário também foi passível de uma avaliação pelos estudantes, como forma de avaliar a sua satisfação com a intervenção realizada. Remetendo, assim para o ponto 4.1 “**A satisfação do cliente**” dos enunciados que constam no anexo do Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho. Expostos no seguinte gráfico.

Gráfico n.º 7: Avaliação do seminário, pelos (as) estudantes



Fonte: Elaboração própria através do *software* Excel

Tal como plasmado no gráfico n.º 7, destaca-se a avaliação dos estudantes tendencialmente no excelente, em especial no interesse na temática, nos conhecimentos adquiridos, no desempenho das formadoras, clareza da exposição e tempo utilizado. Verifica-se uma alteração na tendência avaliativa, nos itens participação do grupo e pessoal, nas quais se denota a aproximação do excelente para o muito bom, bom e suficiente.

Inicialmente e em conformidade com **ponto 1 (F1)** que consta no descrito no anexo I do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, senti receio de não conseguir conjugar os conteúdos teóricos com as dinâmicas a realizar com os (as) estudantes. Com o decorrer do seminário senti-me menos tensa e mais descontraída. No final houve uma aluna que me procurou para a auxiliar na realização de um plano de segurança em virtude da sua ideação suicida. Através da avaliação diagnóstica de enfermagem, constatei o diagnóstico de risco de suicídio (Simões et al., 2020), pelo que através de uma intervenção breve, elaborámos o plano solicitado. A estudante referiu que já era seguida no gabinete de psicologia da universidade, incentivei-a continuar este acompanhamento. Fator que não justificou o acompanhamento de *follow up* preconizado neste tipo de intervenção. Demos assim, cumprimento ao **Ponto n.º 4 (F4)** do anexo I do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto.

Inicialmente, presumi que nenhum estudante me faria um pedido de ajuda, pela minha inexperiência na área. Com a abordagem desta aluna, senti-me feliz e incentivada a continuar. Posteriormente e na reflexão conjunta com a orientadora, validei a minha atuação.

4.3.3 – Eixo da Formação de Novos Elos

Trata-se de um eixo que contempla a formação de profissionais de saúde e/ou da comunidade no sentido de formar parceiros (elos) para desenvolvimento de projetos em prol da saúde mental comunitária. Neste sentido foram implementados dois projetos distintos, que pelas suas especificidades, serão abordados de acordo com os objetivos específicos de cada um deles, em consonância com as competências específicas dos EEESMP.

Projeto de intervenção educacional a uma turma de estudantes universitários (as)

Tendo em conta que o meio escolar pode constituir-se como um ambiente privilegiado para a ocorrência de comportamentos suicidários, por abrangerem uma faixa etária onde os mesmos ocorrem de uma forma frequente. Há que realizar intervenções que permitam identificá-los, minimizá-los e encaminhá-los para uma ajuda diferenciada e especializada (Brás & Santos, 2014).

Sequencialmente e de acordo, com o exposto no Glossário do Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho, que define psicoeducação como “(...) uma forma específica de educação. É destinada a ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa.”

Desta forma, foi coordenado e desenvolvido um programa de intervenção que contemplou a realização de cinco sessões no âmbito da literacia em saúde mental, que englobaram intervenções psicoeducativas, no sentido de fornecer “antecipadamente orientações aos clientes para promover a saúde mental (...). Promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais” (Ponto F4.1.1, F4.1.3. do disposto em F4.1 do anexo I do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

Assim, os objetivos para esta intervenção prenderam-se, não somente em prevenir os comportamentos suicidários, como também em sensibilizar e capacitar os (as) estudantes para a deteção e encaminhamento adequado de pessoas em risco de suicídio. Com conseqüente aptidão para serem porteiros sociais.

Foram também realizadas intervenções psicoterapêuticas a uma estudante que nos fez um pedido de ajuda, relacionado com a temática.

Assim sendo, com este projeto preconizou-se o desenvolvimento das competências específicas inerentes ao EEESMP expressos nos **Pontos 1 (F1), 2 (F2) e 4 (F4)** plasmados no anexo I do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto. Privilegiando “**A satisfação do cliente**”, “**A Promoção da Saúde**” e “**A redução do Estigma e a promoção da inclusão social**” difundidos nos pontos 4.1, 4,2 e 4.8, respetivamente, do anexo do Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho. Igualmente favorecer o cumprimento do **ponto nº3 (F3)**, nas intervenções realizadas individualmente, decorrentes de pedidos de ajuda específicos.

Os conteúdos abordados foram convergentes com o preconizado pela evidência científica, prática previsível pelo disposto no ponto D2 “**Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica**” descritos do anexo IV do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro.

Antes das intervenções, foram aplicadas às estudantes um questionário *online* cuja intenção era obter um diagnóstico sociodemográfico da turma, assim como apurar os conhecimentos e percepções sobre saúde mental e comportamentos suicidários. Concomitantemente, foram aplicados instrumentos de avaliação da sintomatologia ansiogénica (GAD-7), depressiva (PHQ-9) e risco de suicídio (*Mini International Neuropsychiatric Interview* versão portuguesa 5.0.0.).

As duas últimas partes do questionário foram replicadas no final das intervenções e cerca de 1 mês após a sua realização, para monitorização evolutiva dos (as) estudantes participantes. Foi um processo no qual garantimos os procedimentos éticos inerentes, nomeadamente a garantia do sigilo e confidencialidade. Foi somente solicitado a identificação de cada estudante, mediante a escolha de um número, uma cor e uma letra do nome à sua escolha, com o propósito de compararmos resultados individuais. Todavia as estudantes não eram obrigadas a responder ao questionário e nem todos (as) mantiveram a mesma tipologia de identificação.

100% Das estudantes autorizaram a divulgação dos dados, incluindo fotografias das sessões, para efeitos formativos.

Desta forma, foi dado cumprimento ao emanado no “**Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**” que constam no ponto A, do anexo I do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro.

No questionário inicial, participaram 25 estudantes. Todavia, apenas participaram 13 estudantes no questionário pós intervenções e 15 no *follow up*. No entanto, em média, as presenças em cada sessão foram de cerca de 15 a 20 estudantes.

Por conseguinte, a moda de idades dos (as) estudantes foi de 19 anos, com a média situada nos 23,32 anos. Apesar das estudantes serem todas do sexo feminino, uma delas classificou-se (apenas no primeiro questionário) como sexo masculino. 88% Das estudantes eram solteiras, 8% casadas e 1 viúva. 84% Viviam em zona urbana e 16% em meio rural. Consequentemente, 56% das estudantes coabitava com os pais e 60% dependiam financeiramente deles. Concomitantemente, 20% usufruía de bolsa académica.

Sobre as questões do foro académico, 68% das alunas afirmaram que frequentavam o curso desejado, embora 16% consideraram que o curso não correspondia às suas expetativas. Sobre o seu desempenho escolar, 12% situavam-se no muito bom, 64% no bom, 20% no suficiente e 4% no insuficiente.

Sequencialmente, uma estudante revelou ter uma doença física incapacitante ou terminal e 36% afirmaram ter tido uma perda recente marcante. Analogamente, 37,5% garantiram já ter consultado um profissional de saúde por questões relacionadas com ansiedade, *stress*, depressão e perturbação do sono. Em conformidade, uma estudante revelou tomar diariamente antidepressivos e 40% das estudantes tinham história familiar de doença mental. Uma delas revelou que lhe tinha sido diagnosticado Autismo e que era seguida em consultas de psiquiatria uma a duas vezes por ano.

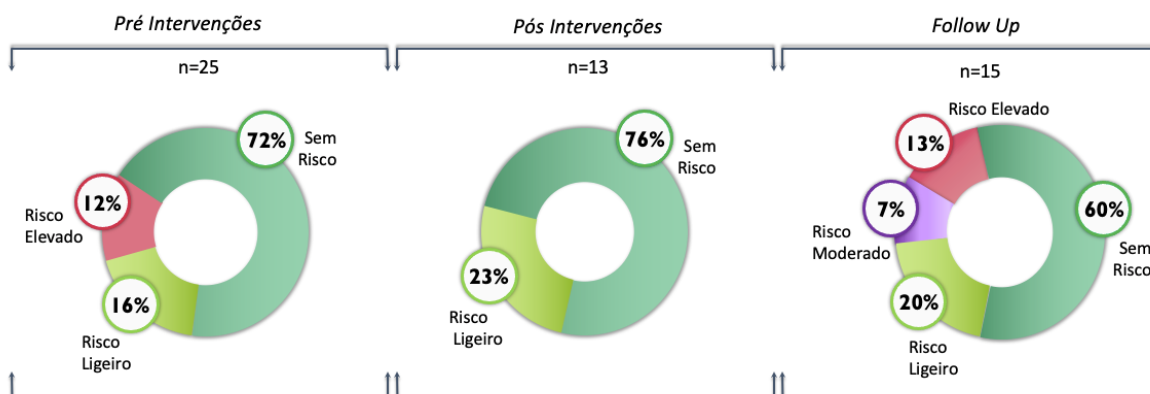
Em média, 88%, entendia que saúde mental é estar de bem consigo mesmo, 96% considerou que qualquer “Ser” humano pode desenvolver uma doença mental e 96% consideram que a adolescência seria o período mais crítico para o seu desenvolvimento. Esta tendência estatística, foi convergente nos questionários subsequentes.

54,2% Das estudantes, manifestaram dúvidas em relação ao que deveriam fazer para manterem a sua saúde mental. Concomitantemente já precisaram de ajuda, por se encontrarem em sofrimento mental e não souberam a quem pedir. No entanto, realçaram que poderiam ajudar alguém que se encontre nesse processo. 96% Das estudantes, não considera fraco quem solicite ajuda para resolver problemas da mente. Todavia, é-lhes difícil falar das suas emoções, até porque não percebem como as sentem e de que forma devem atuar. Contudo, se não estivessem a sentir-se bem mentalmente, procurariam ajuda junto de um profissional ligado à Saúde Mental e Psiquiátrica.

Sobre questões relacionadas com os mitos e verdades associadas aos comportamentos suicidários, no questionário pré intervenção, a maioria das opiniões foi convergente com o preconizado pela evidência científica, à exceção das afirmações “*falar de suicídio não incentiva as pessoas a cometê-lo*” e “*a restrição dos métodos de suicídio é uma forma de prevenção do suicídio*”. Nos questionários pós intervenções, todas as opiniões estiveram em consonância com a evidência científica. Todavia nos questionários *Follow up*, os seus juízos voltaram a ser semelhantes aos obtidos no primeiro questionário.

Seguidamente expomos graficamente os resultados da aplicação destes instrumentos de avaliação, aplicados nos questionários *online* às estudantes na pré intervenção, pós intervenção e *follow up*.

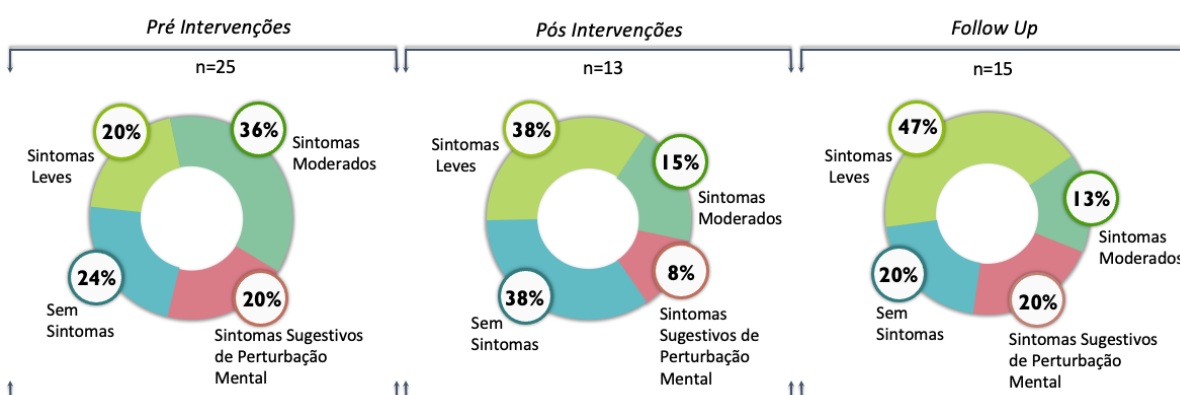
Gráfico n.º 8: Mini International Neuropsychiatric Interview versão portuguesa 5.0.0. (b)



Fonte: Elaboração própria

Destacamos que a maior parte das estudantes apresenta ausência de risco de suicídio em todas as fases de aplicação, especialmente pós intervenção, no qual não se apuraram estudantes com risco elevado de suicídio. No *follow up*, verificamos que houve uma redução na percentagem de estudantes sem risco de suicídio em detrimento do surgimento de estudantes com risco moderado e elevado de suicídio. Acontecimento que pode estar associado ao facto das alunas se encontrarem em época de exames. Por outro lado, pode ser indicativo da necessidade de manter o acompanhamento das estudantes. Todavia, em todas as fases, a maioria das estudantes não apresentou risco de suicídio.

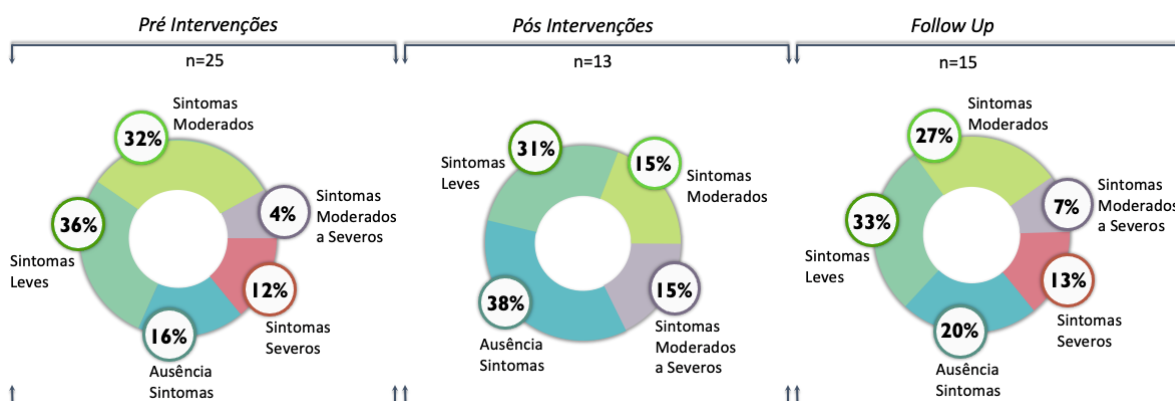
Gráfico n.º 9: GAD-7-Ansiedade (b)



Fonte: Elaboração Própria

No que à sintomatologia ansiogénica concerne, salientamos os resultados obtidos no pós intervenção, no qual é perceptível um aumento da percentagem das estudantes assintomáticas e com sintomatologia ligeira, em detrimento da sintomatologia moderada e/ou sugestiva de perturbação mental. Nos resultados obtidos no seguimento de *follow up*, destaca-se 47% das estudantes com sintomatologia ligeira e a tendência para a redução da sintomatologia moderada de 36% inicial para 15% pós intervenção e 13% no *follow up*.

Gráfico n.º 10: Questionário de saúde do paciente PHQ-9-Depressão (b)



Fonte: Elaboração Própria

Relativamente à sintomatologia depressiva, no primeiro gráfico é perceptível que a maioria das estudantes apresenta sintomatologia ligeira ou moderada. Todavia, no gráfico pós intervenção, a maioria situa-se na ausência de sintomas ou na sintomatologia leve, enfatizamos a inexistência de estudantes com sintomatologia severa. No gráfico referente ao *Follow up*, verifica-se uma tendência semelhante ao explanado na pré intervenção, contudo com mais estudantes com ausência de sintomatologia depressiva que no inicial.

Os resultados obtidos imediatamente após as sessões foram positivos e reveladores da eficácia das intervenções no imediato. Os resultados obtidos no *follow up*, podem ser indicativos da necessidade de uma continuidade destas intervenções.

Ao nos confrontarmos com os resultados obtidos, experimentamos dois tipos de emoções diferentes. Primeiramente de satisfação, pelos bons resultados plasmados nos gráficos de pós intervenção. Todavia, sentimos preocupação com os gráficos resultantes do *follow up*, em especial no gráfico do risco de suicídio. Por este motivo, tentamos perceber através das identificações escolhidas pelas estudantes, a possibilidade de deteção de associação nalgumas respostas.

Por conseguinte, foi-nos possível apurar, uma aluna, que somente participou no primeiro e no último questionário, sendo que a mesma apresentou um agravamento das pontuações em todos os instrumentos de avaliação, aplicados no *follow up*. Trata-se de uma estudante, solteira, que coabita com os pais em meio urbano.

Considerou frequentar o curso desejado, sendo que o mesmo corresponde às suas expectativas. Auto classifica o seu desempenho académico como bom. Igualmente, considera ter um bom relacionamento quer com os colegas, como com os profissionais docentes e não docentes.

Concomitantemente, afirma hábitos tabágicos desde os últimos 3 anos (10 a 15 cigarros por dia), alcoólicos ao fim de semana e consumos esporádicos de canábis. Igualmente, afirmou ter sofrido uma perda marcante recente.

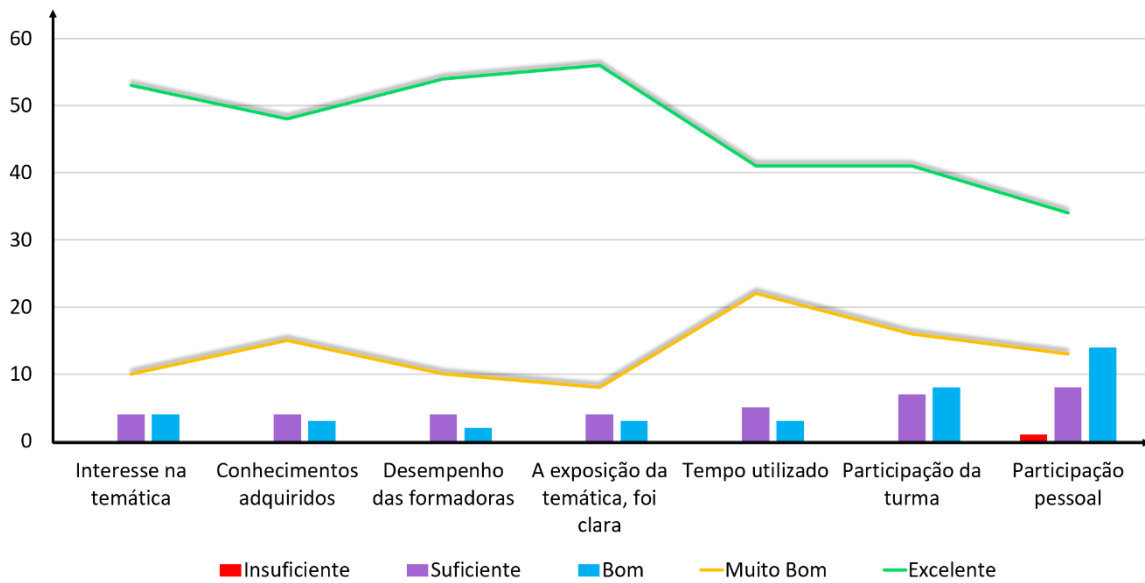
Acrescentou ter antecedentes familiares de doença mental por parte da mãe, avó, tios e primos. Inclusive, já consultou um profissional de saúde por sintomatologia ansiogénica e depressiva embora negue tomar medicação. Neste ínterim, informou que nunca consultou um profissional da área da saúde mental e psiquiátrica por ter medo.

Revelou não ter uma crença religiosa que a impeça de fazer mal a si própria, assim como antecedentes familiares de suicídio. Concluimos que esta estudante para além das pontuações apuradas mediante a aplicação dos instrumentos de avaliação psicométricos, tem fatores de risco acrescidos, motivo pelo qual deveria ser alvo de uma intervenção individualizada. Contudo, a estudante em causa não fez um pedido de ajuda explícito nem se identificou.

Este facto levou-nos a questionar o anonimato do procedimento. Contudo, não seria legal nem ético o seu incumprimento e ilicitude. Enfatizamos que em todas as sessões, as estudantes foram encorajadas a procurar ajuda. Poderiam fazê-lo por nosso intermédio, pelo médico de família, pelo serviço de urgência em caso de crise ou diretamente no gabinete de psicologia daquela universidade.

Tendo em conta o ponto 4.1 “**A satisfação do cliente**” dos enunciados que constam no anexo do Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho, todas as sessões de intervenção psicoeducativas, foram sujeitas a avaliações pelas estudantes, expressados, globalmente no gráfico seguinte.

Gráfico n.º 11: Avaliação global, pelas estudantes, das sessões Psicoeducativas



Fonte: Elaboração própria através do *software* Excel

Pode, portanto, verificar-se que a tendência das avaliações das sessões em todos os itens foi o excelente. Em cada sessão as estudantes também podiam fazer um comentário livre. Seguidamente apresentamos alguns desses comentários como forma complementar de avaliação das sessões.

- *“Adoro a temática e o vosso trabalho, continuem.”*
- *“Estou a adorar, é um tema muito necessário de ser falado.”*
- *“Continuem com o trabalho maravilhoso que fazem.”*
- *“As formadoras são um espetáculo.”*
- *“Obrigada!! Mais uma sessão incrível.”*
- *“Adoro as formações! Participarei em mais se continuarem.”*
- *“Simplesmente espero pelas vossas sessões sempre que saio delas, tem sido muito importante escutar o que dizem e apreender com vocês. A verdade é que não estou a passar por um bom bocado e sinceramente não sei bem o que se passa, mas com vocês tudo se torna mais leve aqui dentro de mim.”*
- *“Eu adorei as sessões, foi incrível! Não só pelo tema em si, mas também pelas enfermeiras e como elas explicaram tudo e fizeram ver o correto! Adorei e sem dúvida quero que voltem e façam mais sessões assim!”*
- *“Assim que surgirem novas oportunidades, adorava repetir estas sessões!”*

- *“Gostei muito de todas as sessões, espero que continuem com o bom trabalho que fazem e que continuem a salvar vidas. Vou-me lembrar sempre de vocês.”*
- *“Adorei estes momentos de partilha, aprendi muito e até gostava que estas sessões continuassem porque ainda há muito que aprender. Este conhecimento pode fazer a diferença entre a vida e a morte. Parabéns às enfermeiras (...), vocês são um espetáculo. Um bem-haja.”*
- *“Por favor venham ter com a minha turma mais vezes.”*

Indubitavelmente, as avaliações e comentários das sessões alicerçaram o nosso sentir, na perspetiva de que esta seria uma das formas de prevenção de comportamentos suicidários, de sensibilização para a temática, de capacitar as estudantes para a identificação de risco de suicídio, encaminhamento e finalmente para a redução do estigma em saúde mental e suicídio, em conformidade com o ponto 4.8 **“A redução do Estigma e a promoção da inclusão social”** emanados no anexo do Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho.

Ainda sobre as intervenções a esta turma, impõem-se uma reflexão pessoal enquadrada no **ponto 1 (F1)** disposto no anexo do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto.

Na segunda sessão, planeámos uma dinâmica de grupo com as alunas que consistia em pedir-lhes que refletissem sobre as emoções associadas a uma situação da sua vida que tivesse sido particularmente difícil. Posteriormente, deveriam encher um balão de forma proporcional a esses sentimentos. Seguidamente teriam de escrever as emoções sentidas no balão e de forma voluntária partilhá-las com o grupo. O dinamizador, neste caso eu, deveria explorar as partilhas de uma forma empática, com respeito e autenticidade. Durante a dinâmica senti que não estava a ser autêntica. Invariavelmente, senti-me frustrada e com a sensação de ter falhado em grande parte da intenção da dinâmica. Pese embora, todas as estudantes terem participado e das suas avaliações terem sido excelentes. O final da dinâmica pressupõe que as alunas rebentassem o balão, como simbologia de que podemos substituir emoções desagradáveis por outras agradáveis.

No final da sessão e na reflexão conjunta com a orientadora, confessei como me sentia e como estava vulnerável, chegando a dizer-lhe que talvez estivesse na especialidade de enfermagem errada. Não percebia o motivo de não ter sido capaz de ir mais além e sentia-me culpada com esse facto. Consequentemente, a minha orientadora concordou que não tivesse explorado adequadamente a dinâmica, contudo, não concordou, com o facto de eu pensar que não seria capaz de desenvolver as competências inerentes e necessárias à minha futura área de especialização. Complementou, que ambas sabíamos que eu tinha dentro de mim a capacidade para consegui-lo. Finalizou, com a afirmação de que

“crescer também dói”. Fiquei a refletir sobre essa afirmação durante algumas horas e dias. Como poderia ultrapassar esta vulnerabilidade? Será que estaria disposta?

Dois dias depois, percebi que teria de fazer a dinâmica a mim própria. Em casa, no meu quarto, fechei os olhos e revisei aquele dia, aquela sala, as estudantes e a dinâmica. Voltei a sentir tudo, tantas emoções difíceis associadas aquele momento. Enchi o balão, escrevi as emoções, li-as em voz alta e rebentei o balão. Esta última etapa foi tão libertadora e reveladora, que percebi imediatamente o que as estudantes sentiram, no que eu tinha falhado e como poderia melhorar.

Sim, crescer dói, por isso é tão importante permitirmo-nos sentir e estarmos disponíveis para evoluir. Este acontecimento foi impactante e fundamental para o desenvolvimento das competências específicas inerentes ao enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica.

Salientamos, ainda, que a estudante “E” no final da terceira sessão nos fez um pedido de ajuda, relacionado com ideação suicida. Face ao exposto, foi agendada uma entrevista terapêutica na qual, elaborámos o genograma familiar e ecomapa. Através da avaliação diagnóstica de enfermagem foi possível estabelecer os diagnósticos de enfermagem: autoimagem comprometida (Sampaio & Sequeira, 2020), autocontrolo da ansiedade comprometido (Sampaio et al., 2020) e risco de tentativa de suicídio (Simões et al., 2020).

Foram planeadas mais duas entrevistas terapêuticas, através da TCC foi possível estabelecer metas e tarefas com crescente nível de complexidade. Igualmente, foi elaborado um plano de segurança e feita análise reflexiva a três momentos felizes da estudante (com recurso a fotografias), que possibilitaram usar a esperança, com base na felicidade passada, para projeção futura.

No final das intervenções, “E” referiu sentir menos ansiedade tal como uma diminuição dos pensamentos sobre o suicídio. Factos que foram comprovados pelas pontuações obtidas nos instrumentos de avaliação psicométricos aplicados (GAD-7 e *Mini International Neuropsychiatric Interview* versão portuguesa 5.0.0.). “E” aceitou seguimento no departamento de psicologia da sua universidade. Esta intervenção permitiu-me o desenvolvimento das competências específicas inerentes aos **Pontos n.º 3 (F3) e n.º 4 (F4)**, que constam no anexo I do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto. Com ênfase nas intervenções psicoterapêuticas.

Formação para profissionais de Saúde da ARS

“O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e

agente ativo no campo da investigação” (ponto D2 do anexo IV do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro). Em conformidade com este eixo de intervenção, foi implementado um programa formativo de 7 horas aos profissionais da Administração Regional de Saúde (ARS) da zona do país que abrange a UCC. Assim sendo, o objetivo principal desta intervenção, foi capacitar estes profissionais de saúde para a avaliação e encaminhamento adequado de pessoas em risco de suicídio. Tendo, ainda permitido detetar o risco de suicídio e prevenção dos comportamentos suicidários aos próprios profissionais presentes nesta ação formativa.

Os conteúdos abordados foram convergentes com o preconizado pela evidência científica, prática previsível pelo disposto no ponto D2 **“Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”** descritos no anexo IV do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro.

Antes das intervenções, foi aplicado aos formandos um questionário cuja intenção era o de apurar os conhecimentos e perceções sobre saúde mental e comportamentos suicidários. Similarmente, foram aplicados instrumentos de avaliação sobre sintomatologia ansiogénica (GAD-7), depressiva (PHQ-9) e risco de suicídio (*Mini International Neuropsychiatric Interview* versão portuguesa 5.0.0.). No final da formação foi aplicado um questionário com a avaliação da mesma, que contemplava a validação dos conhecimentos sobre saúde mental e o suicídio. Um mês após a formação, foram enviados questionários *online* com os instrumentos de avaliação, aplicados inicialmente.

Participaram vinte e um profissionais de saúde (apenas um do sexo masculino), entre médicos, enfermeiros, EEESMP, psicólogos, assistentes sociais e uma arte terapeuta. Cujas idades foram os 52 e 60 anos, com a média situada nos 48,48 anos. 35% Dos formandos detinham grau de mestre e 30% eram pós-graduados.

94,7% dos profissionais de saúde consideraram que saúde mental é estar de bem consigo mesmo. Similarmente, 100% entenderam que qualquer “ser” humano pode desenvolver uma doença mental e 67% deles acreditam que o período mais crítico para o seu desenvolvimento é a adolescência, em oposição a 20% que consideravam que essa fase seria mais propícia na infância e 13% durante a vida adulta.

Em consonância e com a opinião que detêm sobre saúde mental, destacamos as 4 respostas divergentes:

- “O álcool ajuda as pessoas a esquecerem os seus problemas”
- “As drogas ajudam as pessoas a esquecerem os problemas”
- “Homens e mulheres não sentem as emoções da mesma forma e intensidade”
- “Quem é fraco mentalmente tem mais probabilidade de desenvolver uma doença mental”

Verificou-se o mesmo padrão no questionário de pós formação, embora com menor expressão estatística.

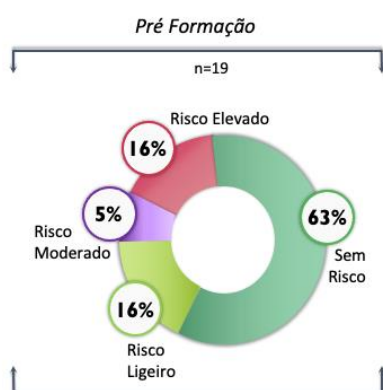
Realçamos que estes formandos consideram saber o que fazer para manter a sua saúde mental, por conseguinte, se estiverem em sofrimento mental, a maioria saberia a quem recorrer. Igualmente, consideraram poder ajudar alguém que estivesse em sofrimento mental. Sobre as suas emoções, a maioria afirmou ser-lhes fácil falar sobre as mesmas, percebê-las e atuarem em conformidade com as mesmas.

Alguns destes profissionais, mencionaram que em caso de necessitarem de consultar um profissional na área da saúde mental e psiquiátrica, primeiramente optavam por um psicólogo (42,9%), seguindo-se de um psiquiatra (33%) e de um EEESMP (19%).

Sobre os mitos e verdades associados ao suicídio, a maioria das respostas estava em consonância com a evidência científica à exceção da afirmação “A restrição dos métodos de suicídio é uma forma de prevenção do suicídio”. Opção que não se manteve no questionário final, no qual todas as opiniões estiveram em conformidade com a evidência científica e com maior expressão estatística que inicialmente.

Seguidamente, apresentamos os gráficos dos resultados da aplicação dos instrumentos de avaliação psicométrica, aplicados nos questionários iniciais. O facto de apenas 5 profissionais de saúde terem aceite preencher o questionário final, inviabilizou a realização de uma avaliação comparativa. Podemos, contudo, realçar termos apurado apenas um profissional com pontuações convergentes com a sintomatologia leve de ansiedade.

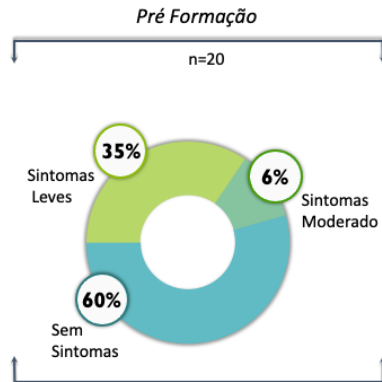
Gráfico n.º 12: Mini International Neuropsychiatric Interview versão portuguesa 5.0.0. (c)



Fonte: Elaboração própria

Neste gráfico, evidencia-se que 63% dos profissionais de saúde têm ausência de risco de suicídio, em oposição a 16% que possuem risco elevado de suicídio

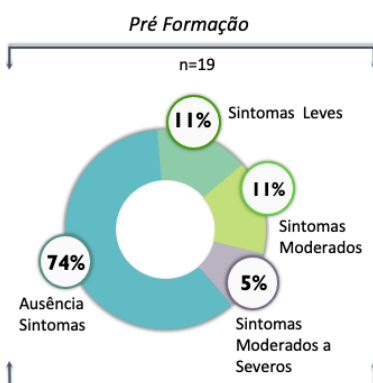
Gráfico n.º 13: GAD-7-Ansiedade (c)



Fonte: Elaboração própria

De forma similar, 60% dos formandos não apresenta sintomatologia ansiogénica evidenciando-se a ausência de profissionais de saúde com sintomatologia ansiogénica sugestiva de perturbação mental.

Gráfico n.º 14: Questionário de saúde do paciente PHQ-9-Depressão (c)

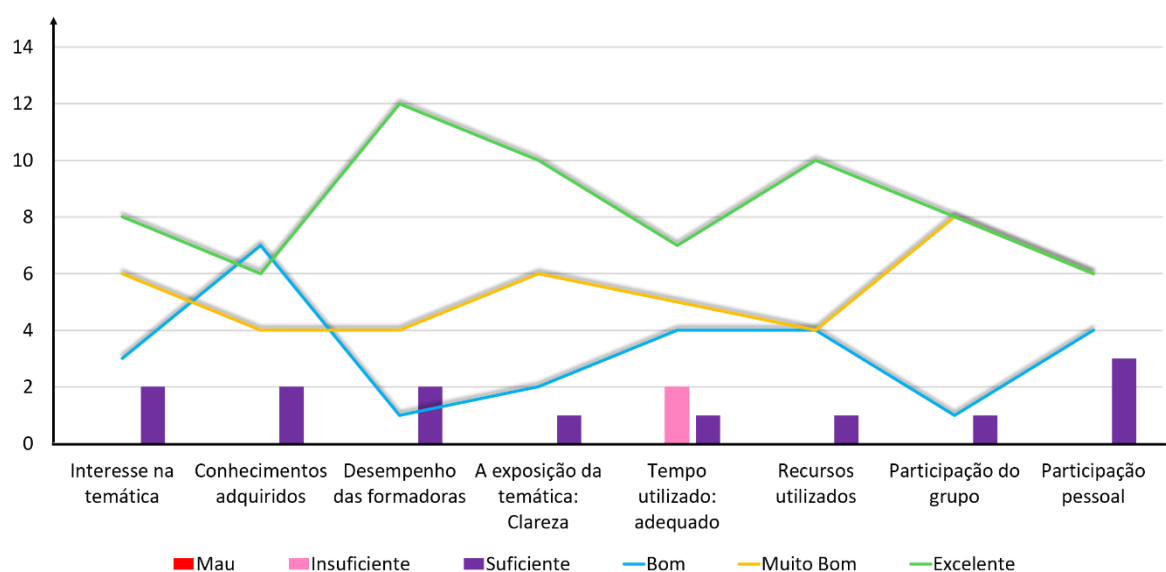


Fonte: Elaboração própria

No que ao instrumento de avaliação da sintomatologia depressiva concerne, pode destacar-se que a maioria (74%) dos profissionais de saúde apresenta ausência de sintomas, apenas 5% menciona sintomas moderados a severos, não existindo formandos com sintomatologia severa.

À semelhança das outras intervenções e em convergência com “**A satisfação do cliente**” prevista no ponto 4.1, do Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho, esta formação também foi alvo da avaliação dos formandos. Seguidamente apresentamos o gráfico referente.

Gráfico n.º 15: Avaliação da formação da ARS, pelos profissionais de saúde



Fonte: Elaboração própria através do *software* Excel

A tendência global da avaliação foi no excelente, à exceção da participação de grupo e pessoal onde existiu um empate entre a avaliação de excelente e o muito bom. Complementamos a avaliação global dos profissionais de saúde com alguns comentários por eles realizados:

- “Haver mais formações sobre o tema da Saúde Mental”
- “Tema muito pertinente, Parabéns”
- “Parabéns pela excelente iniciativa e formação, é necessário chegar aos serviços”
- “São fantásticas”
- “Excelente”

- *“Penso que formações destas deveriam fazer-se mais vezes durante o ano para que mais profissionais tivessem oportunidade de participarem. Grata”*
- *“Parabéns por nos terem trazido esta temática e terem abordado de uma forma tão humana e cientificamente correta. Muito obrigada”*
- *“Faltou aprender abordagens ao utente em risco – como aborda-lo. Obrigada”*
- *“Os conteúdos carecem de maior espaço temporal”*

Importa, ainda mencionar, que na parte final da formação, os (as) formandos (as) foram divididos (as) em 5 grupos, cada grupo tinha acesso a uma narrativa, na qual, deveriam analisar e aplicar o instrumento de avaliação psicométrica *Mini International Neuropsychiatric Interview* versão portuguesa 5.0.0. Resolvemos ainda incluir índice de risco de suicídio Iris.

O índice de risco de suicídio Iris, é um instrumento psicométrico concebido para a avaliação do risco de suicídio na população portuguesa, sem comportamento suicidário recente, apenas com verbalização de ideação suicida. Igualmente, inclui a avaliação da ideação suicida assim como a inclusão de fatores de risco/protetores, sem que a mesma, à semelhança de outros instrumentos de avaliação, dispense a sua validação clínica. Foi especialmente criado, para utilização em cuidados de saúde primários (Alte da Veiga et al., 2014). Os profissionais de saúde presentes nesta formação, na sua maioria, verbalizaram preferência na utilização do índice de IRIS, uma vez que contempla fatores de risco e sociodemográficos. Todavia, consideraram-no um instrumento de avaliação psicométrica de difícil autoaplicação (em questionários online).

Indubitavelmente e de acordo com o emanado no **ponto 1 (F1)**, do anexo I do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, refleti sobre esta formação. Tratou-se de um momento interessante e de crescimento. Primeiramente, porque senti-me aceite pelos formandos e posteriormente por perceber a minha evolução enquanto futura EEESMP. Expliquei as temáticas de uma forma simples e clara, conseguindo envolver os participantes nas dinâmicas propostas.

Não percebemos o motivo de só cinco profissionais de saúde terem respondido ao questionário de *follow up*. Podendo inferir-se a falta de interesse, subcarga no trabalho ou simplesmente porque não quiseram fazê-lo. Aceitar qualquer possibilidade representou respeitá-los e aceitar as suas decisões, sem que daí resulte qualquer sentimento de frustração ou insatisfação.

A frase “Crescer dói”, foi o incremento para a minha evolução. De facto, somos o resultado do trabalho autorreflexivo que permite a evolução no sentido da diferenciação.

4.3.4 – Eixo Projetos e Relatórios

Trata-se de um eixo transversal a todos os outros, uma vez que só através da investigação, é possível a evolução nas outras áreas de intervenção do projeto, dando cumprimento ao ponto D2 “**Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica**” que consta no disposto no anexo IV do ponto D2 do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro.

Tivemos a oportunidade de participar numa reunião com o professor coordenador de um agrupamento de escolas que incluíam o primeiro e segundo ciclo. Nesta reunião foi enfatizado a importância da promoção da saúde mental desde o primeiro ciclo. Foi proposto à minha orientadora, a planificação e realização de um programa de intervenção que englobasse “(...) a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental” (ponto n.º 2 do anexo I do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto), com início no primeiro ciclo e conseqüente acompanhamento transversal a todos os ciclos daquele agrupamento. Foi pertinente e gratificante perceber a perspetiva sobre a saúde mental do professor responsável, resultante deste tipo de intervenções, nos anos anteriores.

Existiu também uma reunião noutra agrupamento de escolas, onde eu estive presente assim como, a minha enfermeira orientadora, a enfermeira responsável pela saúde escolar, a diretora da escola e duas responsáveis da associação de pais. Estas últimas, solicitaram a reunião, no sentido da implementação de um programa de intervenção no âmbito da “(...) a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental” (ponto n.º 2 do anexo I do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto), cujo objetivo fosse prevenir o *Bullying* nos (as) alunos (as) e capacitar os profissionais docentes, não docentes e pais, para a identificação das situações potenciadoras de *bullying* e da sua prevenção, salvaguardados nos pontos 4.3 “**A prevenção de complicações**”, e 4.8 “**A redução do Estigma e a promoção da inclusão social**” do anexo do Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho. Semelhantemente e em conformidade com o disposto no ponto 2 (F2) aludidos no anexo I do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto.

Ajudei e colaborei na elaboração de projetos relacionados com estes pressupostos, inclusive manifestei disponibilidade de integrá-los, mesmo que decorressem fora do âmbito de estágio. Igualmente, contribuí na realização do relatório das atividades do ano transato, da sua avaliação e da disseminação dos dados, em conformidade com o ponto B “**Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**”, expresso no anexo II do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro.

4.4- Apresentação do livro “Vida Sem Vida”

Na terceira sessão das intervenções com as estudantes universitárias (abordadas no subcapítulo 4.3.3 – formação de novos elos), uma das alunas partilhou connosco que o pai teria escrito um livro que retrata a história (ficção) de um homem, que estava a passar por uma depressão. Num determinado dia, um dia muito mau, teria chegado à conclusão que seria melhor terminar com a sua própria vida. De repente, acordou de um pesadelo e percebeu que talvez houvesse solução para os seus problemas. Posteriormente, disse-nos que tinha partilhado com o pai algumas das nossas dinâmicas em sala de aula e, que o pai queria convidar-nos para realizarmos dinâmicas similares na apresentação do livro (consultar o seguinte Link: [Vida Sem Vida por Armando Luz - YouTube](#)).

Recebemos o convite com alegria e satisfação, sobretudo porque resultou da intervenção com este grupo de alunas, tendo esta tido reflexo nas suas vidas.

Aceitámos o convite após a leitura do livro. De facto, este encontra-se em conformidade com o descrito cientificamente, em caso de distímia e comportamentos suicidários.

O objetivo da nossa participação nesta atividade foi promover a saúde mental e essencialmente reduzir o estigma associado à saúde mental e ao suicídio.

Neste sentido, preparámos algumas intervenções de acordo com o solicitado. Utilizámos algumas frases do livro relacionadas com a sintomatologia depressiva e a sua evolução num contexto de sofrimento mental insuportável, que pode culminar no suicídio. Fizemos uma dinâmica sobre o facto de a cada 40 segundos morrer uma pessoa no mundo vítima de suicídio, que incluiu a desconstrução das 24 horas em segundos. Quantas pessoas morreriam num dia, em virtude desta causa? E quantas vidas pouparíamos se em vez de 40 fossem 80 segundos?

Em convergência com o disposto no **ponto 1 (F1)** salvaguardado no anexo I do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto. Pessoalmente, não senti vaidade pelo convite efetuado, apenas me senti útil e feliz, por ver que as intervenções realizadas, foram valorizadas e reconhecidas. Foi ainda mais especial, porque podemos partilhar, com a população que assistia presencialmente e através da internet, a importância da vida, da saúde mental e da prevenção do suicídio, dando seguimento ao preconizado no ponto 4.8 “**A redução do Estigma e a promoção da inclusão social**” que consta no anexo do Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho.

É de realçar que quando nos mobilizamos como instrumento terapêutico, com verdade, autenticidade e empatia, é possível estabelecer “relações de confiança e parceria” (Preâmbulo do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto), que determinam um aumento do “insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução” (Preâmbulo do Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto).

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante o exposto ao longo do trabalho, a morte é representativa da finitude da vida, sendo por isso absoluta e irreversível. Quando ocorre com recurso ao suicídio, significa que uma pessoa decidiu, de forma deliberada, terminar com a sua existência. Muitas vezes devido a um sofrimento mental que se tornou insuportável, outros por factos sociais, políticos, biológicos ou patológicos.

O suicídio tornou-se um grave problema de saúde pública e mental, devido à sua complexidade explicativa e dimensão, que tem expressão ao nível mundial. Uma realidade transversal a todas as idades, sexos, raças, condições sociais e quadrantes políticos.

Em conformidade com a evidência científica, por ano existirão cerca de 1 milhão de mortes por esta causa, parecendo consensual que a cada 40 segundos morre uma pessoa vítima de suicídio e a estas se associam 20 ou mais tentativas.

Cerca de 90% das pessoas vítimas de suicídio, tem presente uma psicopatologia, na sua maioria a depressão. O que quer dizer que o suicídio pode ser considerado uma morte prematura suscetível de ser prevenida.

Desta forma, torna-se imperativo, que os vários países ao nível mundial unam esforços, no sentido da sua prevenção, com incidência na deteção de risco e encaminhamento adequado das pessoas a quem seja reconhecido risco de suicídio.

Como é consabido, uma grande maioria das pessoas com ideação suicida procuram o seu médico de família ou os SU, antes de concretizarem o ato, muitas vezes com pedidos de ajuda explícitos e quase sempre implícitos. Associados ao estigma relacionado com a doença mental e o suicídio. Estes factos, demonstram que os profissionais de saúde poderão estar numa situação privilegiada, para uma atuação concertada e direcionada no que diz respeito à prevenção de mortes por este flagelo.

Este trabalho teve por base estes pressupostos e foi elaborado através da metodologia de processo, alicerçado nos referenciais teóricos de enfermagem: “O Ser Humano Unitário” e a “Relação Enfermeiro-Doente”. Tal como na aplicação dos instrumentos de avaliação psicométrica GAD-7, PHQ-9, *Mini International Neuropsychiatric Interview* 5.0.0 e no índice de risco de suicídio Iris, sempre que indicado. Similarmente, estas metodologias permitiram realizar a avaliação dos resultados.

Os estágios foram realizados num serviço de internamento e respetivo SU, para doentes adultos do foro psiquiátrico com doença aguda. Assim como numa UCC, onde se prestam cuidados a doentes do foro mental com doença leve e na comunidade onde a mesma se insere.

Sobre o primeiro estágio, foram abordadas algumas histórias de doentes a quem prestámos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental, centrados e em convergência com as suas opções, escolhas e decisões, inclusivos às famílias e com envolvimento da comunidade onde os mesmos se inseriam. Inquestionavelmente, favoreceram o estabelecimento de uma aliança e relação terapêutica. Fizemos menção a histórias clínicas de dois doentes, que foram elaboradas em consonância com a metodologia norteadora dos estágios.

As intervenções descritas no estágio final, estiveram em conformidade com um projeto implementado naquele serviço, no âmbito da saúde mental. Igualmente, destacamos algumas entrevistas terapêuticas e intervenções no âmbito comunitário, que incluíram a realização de um seminário a uma turma universitária; cinco sessões educacionais a outra turma universitária e uma formação de 7 horas aos profissionais de saúde da ARS. As intervenções foram preparadas em conformidade com o emanado pela evidência científica. Concomitantemente solicitámos aos participantes o preenchimento de questionários antes das sessões, após as sessões e um a dois meses após a realização destas sessões, por forma a fazer-se um diagnóstico sociodemográfico e de conhecimentos sobre a temática. Procedeu-se, ainda, à avaliação das intervenções no imediato e no *follow-up*. Sendo notória uma melhoria espelhada nos conhecimentos testados, sobre a temática e nas pontuações dos instrumentos de avaliação psicométricos utilizados, logo após as intervenções. Em oposição aos resultados no *follow up*, que foram mais convergentes com os resultados iniciais.

Pareceu-nos certo que estas intervenções obtiveram bons resultados no imediato e por isso, deveriam ser mantidas ou repetidas com maior frequência, garantido uma continuidade ao processo. Seguramente, com a obtenção de ganhos em saúde mental.

Consideramos ter prevenido comportamentos suicidários nos doentes abrangidos pelas nossas intervenções, de forma individual ou grupal. Igualmente, tornou-se evidente a capacitação das estudantes, abrangidas pelas sessões que englobaram intervenções psicoeducativas, para a identificação e promoção do primeiro pedido de ajuda em pessoas com risco de suicídio.

Os profissionais de saúde podem assumir uma posição privilegiada, na deteção precoce e encaminhamento adequado e diferenciado de pessoas em risco de suicídio. Consideramos ter

sensibilizado e capacitados os profissionais de saúde da ARS, que participaram na formação administrada, para este intento.

Perante o explanado ao longo do trabalho, consideramos ter cumprido todas as competências comuns e específicas inerentes à atribuição do título de EEESMP. Com realce no autoconhecimento e desenvolvimento pessoal.

Neste ínterim, seria pertinente uma analogia ao filme do “Último Samurai”, cujo protagonista é o ator Tom Cruise, que interpreta o papel de Algren, um ex-soldado americano que se encontrava num processo de alcoolismo. Este recebe um convite do exército japonês, para combater os samurais. Tratava-se de um grupo de guerreiros com forte integração social, que se suicidavam por altruísmo e honra.

Algren é tornado refém dos samurais. Situação complexa, mas que ele transformou em aprendizagem. A personagem vai integrar um grupo socialmente coeso, com valores e princípios vinculados, que contrastam com a sua forma solitária de conceber e viver a vida. Consequentemente, ele aprende a autoconhecer-se, através do desenvolvimento pessoal adquirido, tornando-se num homem diferente.

Quando comecei o meu percurso neste mestrado de enfermagem para a área de especialização de saúde mental e psiquiátrica, descobri que tinha uma mielite crónica cervical. A primeira questão que se impôs era a da minha continuidade no curso. Tal como Algren, aceitei o desafio. Foi como que ir para uma aldeia de samurais, longe da minha área de conforto, aprender quem sou. Acreditei que as doenças não nos definem nem podem determinar o nosso percurso e escolhas. As adversidades podem, por si só, constituir-se como oportunidades de crescimento e ressignificação. Decidi ser feliz independentemente de estar doente ou não. Hoje sei que a minha opção foi a melhor, pese embora o percurso tenha sido difícil, consegui e isso também me faz sorrir e acreditar que sou capaz!

A especialidade ajudou-me a olhar para dentro de mim, a esvaziar-me dos meus pré-conceitos, a aceitar quem sou, para assim aceitar quem os outros são. Só assim foi possível desenvolver intervenções de enfermagem especializadas de forma planeada e intencional.

Todos os momentos bons e/ou menos bons, foram essenciais para o meu desenvolvimento pessoal enquanto pessoa e profissional. Foi uma competência transversal a todos os momentos da especialidade, quer na teoria como na prática.

Algren foi preso pelos samurais, mas conseguiu ser aceite como amigo, influenciando o último samurai e a sua comunidade com a forma como se desenvolveu pessoalmente. Se Algren fosse um

EEESMP cujo objetivo fosse a prevenção do comportamento suicidário, num grupo que se suicida por questões associadas à honra, poderia optar por intervenções psicoeducativas grupais.

Tal como Algren, eu integrei-me em serviços com equipas formadas, conseguindo influenciar e mobilizá-las para a realização de práticas de enfermagem ancoradas em referenciais teóricos e com orientação para os resultados. No estágio final, esta função foi particularmente difícil, uma vez que tive de “entrar” numa relação terapêutica já previamente estabelecida, com fortes vínculos emocionais alicerçados numa relação terapêutica firme. E tal como o personagem do filme em apreço, consegui conquistar o meu lugar nessas relações.

No final do filme, o último samurai comete o *seppuku* (suicídio por honra, impregnado em normas e rituais, específicos deste grupo), Algren estava com ele e não o conseguiu evitar. Percebi que nem sempre conseguimos obter bons resultados, mas temos de tentar, de estar presentes, escutar com empatia e autenticidade. Ficamos contentes com os resultados dos questionários pós intervenções, queríamos que os de *follow up* também tivesse mantido essa tendência. Todavia percebemos que apenas são indicativos de uma continuidade neste processo interventivo especializado.

Igualmente a morte do último samurai por suicídio, ressoou naquele grupo, provavelmente sentiram a sua falta, talvez alguns se tenham questionado sobre as suas crenças e valores. Os familiares e amigos das pessoas que se suicidam, podem experienciar sentimentos de angústia, tristeza, falta de esperança e incorrerem em risco de suicídio. Por conseguinte, trata-se um grupo de pessoas que deve ser alvo de intervenções especializadas de saúde mental e psiquiátrica, no sentido da prevenção de comportamentos suicidários e promotores de esperança.

Tornei-me uma pessoa mais reflexiva, o que favoreceu a transformação do pensamento crítico em raciocínio clínico.

Considero ter provado o cumprimento dos pressupostos para a aquisição do grau de mestre em EEESMP, na medida em que demostrei os conhecimentos e a capacidade para me mobilizar como instrumento terapêutico na persecução da resolução de problemas em contextos que não me eram familiares e/ou conhecidos, integrando as equipas multidisciplinares com as quais convivi em contexto de estágio.

Fui capaz de aplicar e integrar os conhecimentos adquiridos, em situações simples e/ou mais complexas, através de processos reflexivos e sustentados pela evidência científica. Assim como por tomadas de decisão assentes em valores jurídicos, como a ética social e responsabilidade profissional.

Particpei na elaboração de projetos, relatórios e na disseminação dos mesmos, de caráter institucional, com conclusões e juízos que permitiram a fundamentação para futuras intervenções.

Pelo exposto ao longo deste relatório, assim como pela avaliação positiva a todas as unidades curriculares deste mestrado, considero que me deve ser atribuído o grau de mestre.

Por conseguinte, considero ter cumprido e atingido todos objetivos propostos inicialmente.

5.1 – Dificuldades sentidas

A maior dificuldade prendeu-se com a própria temática e com o estigma a ela associado. Tivemos uma reunião com um docente da universidade, que inicialmente se mostrou disponível para sessões psicoeducacionais na área da saúde mental, todavia, quando lhe foi apresentada a temática, ficou pálido, suado... parecia que estava um elefante na sala que só ele é que não o queria ver. Confesso que nessa altura, tive muitas dúvidas se conseguiríamos desenvolver algum projeto consentâneo com a temática e da forma que inicialmente tínhamos planeado.

Igualmente, fizemos uma proposta de intervenção aos bombeiros desta região do país. A reunião correu muito bem, tendo ficado definido que o senhor comandante iria elaborar uma proposta com datas para as sessões, cujo propósito seria a prevenção de comportamentos suicidários na equipa da corporação e essencialmente capacitá-los para porteiros sociais. No entanto, essa proposta nunca surgiu.

Outra grande dificuldade sentida, relaciona-se com o tempo. Invariavelmente, a conclusão deste mestrado pressupõe a realização de estágios. Contudo, também trabalhamos nos nossos locais de trabalho, o que implicou um aumento do número de horas de trabalho semanal. Foi muito cansativo, desgastante e às vezes desmotivante.

5.2 – Perspetivas futuras

Desde logo, a minha intenção com esta especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, foi integrar um serviço que me permitisse continuar a desenvolver as competências adquiridas. Esse será o meu primeiro intento.

Similarmente, participar em atividades e intervenções no âmbito da saúde mental, na sua promoção, na prevenção e recuperação da doença mental, tal como na sua reabilitação psicossocial. Neste sentido já participei:

- Nas comemorações do 68º aniversário da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, onde apresentei a comunicação “A Vida a Cada 40 Segundos – A prevenção de comportamentos suicidários” no painel integração dos estudantes na investigação.
- Como formadora, num seminário sobre “Comportamentos Suicidários” na Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Silves.
- Participei no XIX simpósio da sociedade de suicidologia;
 - Workshop “Avaliação e Gestão do Risco de Suicídio”;
 - Workshop “Grupos de Apoio ao Luto por Suicídio”;
 - Coautora na comunicação livre “A tua vida importa!”;
 - Palestrante na comunicação livre “A Vida a Cada 40 segundos: a prevenção de comportamentos suicidários”.

Tenho ainda a intenção de participar num curso sobre suicídio e comportamentos autolesivos, que elevem o meu conhecimento e me diferencie, mais ainda, nesta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adamy, E. K., Zocche, D. A. D. A., & Almeida, M. D. A. (2019). Contribuição do processo de enfermagem para construção identitária dos profissionais de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190143>
- Alte da Veiga, F., Andrade, J., Garrido, P., Neves, S., Craveiro, A., Santos, J. C., ... & Madeira, N. (2014). IRIS: um novo índice de avaliação do risco de suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 35, (2), pp. 65-72. [file:///C:/Users/aldas/Downloads/2014_IRIS-umnovondicedeavaliaodoriscodesuicidio%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/aldas/Downloads/2014_IRIS-umnovondicedeavaliaodoriscodesuicidio%20(1).pdf)
- Amaral A. C. (2010). *Prescrições de Enfermagem em saúde Mental*. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Amaral A. C., Almeida E. & Sousa L. (2020). Intervenção Psicoeducativa. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (coord.) *Enfermagem em Saúde Mental: diagnósticos e intervenções* (pp. 174-176). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Andrade J. & Seabra D. (2014). Idoso e comportamento suicidário. In Saraiva C. B., Peixoto B. & Sampaio D. (Coord.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos, Dos Conceitos à Prática Clínica*. (pp. 263-270). LIDEL, editor.
- Azenha, S. & Peixoto B., (2014 a). Suicídio, cultura e religião. In Saraiva C. B., Peixoto B. & Sampaio D. (Coord.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos, Dos Conceitos à Prática Clínica*. (pp. 3-13). LIDEL, editor.
- Azenha, S. & Peixoto B., (2014 b). Introdução à psicopatologia na ideação suicida. In Saraiva C. B., Peixoto B. & Sampaio D. (Coord.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos, Dos Conceitos à Prática Clínica*. (pp. 299-306). LIDEL, editor.
- Bártolo, A., Monteiro, S., & Pereira, A. (2017). Factor structure and construct validity of the Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) among Portuguese college students. *Cadernos de saúde publica*, 33(9), e00212716. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00212716>
- Boggs, J. M., Beck, A., Ritzwoller, D. P., Battaglia, C., Anderson, H. D., & Lindrooth, R. C. (2020). A Quasi-Experimental Analysis of Lethal Means Assessment and Risk for Subsequent Suicide Attempts and Deaths. *JGIM: Journal of General Internal Medicine*, 35(6), 1709–1714. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05641-4>
- Brás M. & Santos J. C., (2014). Prevenção do suicídio em meio escolar. In Saraiva C. B., Peixoto B. & Sampaio D. (Coord.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos, Dos Conceitos à Prática Clínica*. (pp. 485-492). LIDEL, editor.
- Butcher H. K. & Malinski V. M. (2015). Martha E. Rogers's Science of Unitary Human Beings. In Smith M.C. & Parker M. E. (coord.) *Nursing Theories and Nursing Practice* (pp. 237-261). F.A. Davis Company. Fourth Edition.

- Byrd-Bredbenner, C., Eck, K., & Quick, V. (2021). GAD-7, GAD-2, and GAD-mini: Psychometric properties and norms of university students in the United States. *General hospital psychiatry*, 69, 61–66. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2021.01.002>
- Campos, R. C., Holden, R. R., Spínola, J., Marques, D., & Santos, S. (2020). Exposure to Suicide in the Family: Suicidal Ideation and Unmet Interpersonal Needs in Young Adults Who Have Lost a Family Member by Suicide. *The Journal of nervous and mental disease*, 208(3), 201–207. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001106>
- Carvalho, A. C., Parra A., Sampaio F. & Sequeira C. (2020). Comportamento Agressivo in Sequeira C. & Sampaio F. (coord). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 147-148). Lidel – Edições Técnicas, Lda
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta – Soc. Port. De Material Didático, Lda. 1 volume.
- Cheng, Y., Zhao, W. W., Chen, S. Y., & Zhang, Y. H. (2021). Research on Psychache in Suicidal Population: A Bibliometric and Visual Analysis of Papers Published During 1994-2020. *Frontiers in psychiatry*, 12, 727663. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.727663>
- Coentre, R., & Góis, C. (2018). Suicidal ideation in medical students: recent insights. *Advances in medical education and practice*, 9, 873–880. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S162626>
- Coppens, E., Van Audenhove, C., Gusmão, R., Purebl, G., Székely, A., Maxwell, M., Koburger, N., Arensman, E., & Hegerl, U. (2018). Effectiveness of General Practitioner training to improve suicide awareness and knowledge and skills towards depression. *Journal of affective disorders*, 227, 17–23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.039>
- da Silva J. T.; Garrido P. & Saraiva C. B. (2014). Suicídio e comportamentos autolesivos. In Saraiva C. B. & Cerejeira J. (Coord.), *Psiquiatria Fundamental*. (pp. 455-471). LIDEL-Edições Técnicas, Lda.
- da Silva, A., Henriques, M. R., Rothes, I. A., Zortea, T., Santos, J. C., & Cuijpers, P. (2021). Effects of psychosocial interventions among people cared for in emergency departments after a suicide attempt: a systematic review protocol. *Systematic reviews*, 10(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01609-5>
- da Silva, A. G., Malloy-Diniz, L. F., Garcia, M. S., Figueiredo, C., Figueiredo, R. N., Diaz, A. P., & Palha, A. P. (2018). Cognition As a Therapeutic Target in the Suicidal Patient Approach. *Frontiers in psychiatry*, 9, 31. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00031>
- da Silva Ramôa, A. F. A., Soares, C., Castanheira, J., Sequeira, J., Fernandes, N., & Azenha, S. (2017). Comportamentos suicidários: caracterização e discussão de fatores de vulnerabilidade. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33(5), 321-32. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v33i5.12260>
- Decreto-Lei n.º 74/2006. Diário da República série I-A n.º 60/2006. Lei do regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. [Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março | DRE](#)

- Dias, C., Valentim, O., Seabra, P., & Nogueira, M. J. (2020). Intervenções promotoras de esperança em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica-uma scoping review. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing/Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0253>
- Direção Geral Da Saúde [DGS] (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio-2013/2017-Portugal. [Plano Nacional de Prevenção do Suicídio \(observatoriodocuidado.org\)](http://observatoriodocuidado.org)
- Duarte, T. A., Paulino, S., Almeida, C., Gomes, H. S., Santos, N., & Gouveia-Pereira, M. (2020). Self-harm as a predisposition for suicide attempts: A study of adolescents' deliberate self-harm, suicidal ideation, and suicide attempts. *Psychiatry research*, 287, 112553. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112553>
- Durkheim (2011). *O suicídio: estudo sociológico*. 9.ª edição. Editorial Presença, LDA.
- Estatísticas sobre Portugal e Europa [PORDATA] (2022, agosto, 7). Fundação Francisco Manuel dos Santos. [PORDATA - Óbitos de residentes em Portugal por algumas causas de morte](http://www.pordata.gov.pt)
- European Observatory on Health Systems and Policies [OCDE] (2019). Portugal: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. 1-24. <https://www.oecdilibrary.org/docserver/85ed94fcen.pdf?expires=1637694905&id=id&accname=guest&checksum=64A0FAE7880B4EEEE451405AD03124B0>
- Fawcett, J. (2005). Middle range nursing theories are necessary for the advancement of the discipline. *Aquichan*, 5 (1), 32-43. <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v5n1/v5n1a04.pdf>
- Fernandes, J. e Vareta, D. (2019). *Enfermagem Avançada*. Papa-Letras.
- Frade, M. (2020). *Citações e Referências Bibliográficas (APAstyle, 7th ed.)*. [APA 7 \(ips.pt\)](http://www.ips.pt)
- França, C. C., Rebelo, A. R., Saraiva, C., Norinho, D., & Fonte, A. (2019). Caracterização dos Comportamentos Suicidas entre 2014-2016 no Alto Minho e sua Relação com os Cuidados. [pdf-with-cover-page-v2.pdf \(d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net\)](http://www.cloudfront.net)
- Gifuni, A. J., Perret, L. C., Lacourse, E., Geoffroy, M.-C., Mbekou, V., Jollant, F., & Renaud, J. (2021). Decision-making and cognitive control in adolescent suicidal behaviors: a qualitative systematic review of the literature. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(12), 1839–1855. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01550-3>
- Gomboc, V., Krohne, N., Lavrič, M., Podlogar, T., Poštuvan, V., Zadavec Šedivy, N., & De Leo, D. (2022). Emotional and Social Loneliness as Predictors of Suicidal Ideation in Different Age Groups. *Community Mental Health Journal*, 58(2), 311–320. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00823-8>
- Gonçalves, P., Sequeira, C., & E Silva, M. (2019). Content analysis of nursing diagnoses in mental health records in Portugal. *International nursing review*, 66(2), 199–208. <https://doi.org/10.1111/inr.12493>

- Gouveia-Pereira, M., Duarte, E., Gomes, H. S., da Silva, C. T., & Santos, N. (2022). Exploring the suicidal continuum: Deliberate self-harm diversity and severity as predictors of suicidal ideation and suicide attempts. *Psychiatry research*, 309, 114400. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114400>
- Gunter M. E. (2004). Martha E. Rogers: Seres Humanos Unitários. In Toney A. M. & Alligood M. R. (coord.) *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (pp. 253- 277). Lusociência – Edições e técnicas e científicas, LDA.
- 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>
- International Council of Nurses [ICN] (2022, maio, 21). Global health Data Exchange (GHDx). [ICNP Browser | ICN - International Council of Nurses](#)
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2023, abril, 6). Portal oficial – Instituto oficial de estatística. [Portal do INE](#)
- Jopling, E., LeMoult, J., Kerns, C. M., Nugent, S., & Eslami, A. (2022). Potential lethality of suicide attempts in youth. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 919-927. <https://www.doi.org/10.1007/s00787-021-01724-7>
- Kérouac, S. (1994). *La pensée infirmière:(conceptions et stratégies)*. Maloine.
- Lamela, D., Soreira, C., Matos, P., & Morais, A. (2020). Systematic review of the factor structure and measurement invariance of the patient health questionnaire-9 (PHQ-9) and validation of the Portuguese version in community settings. *Journal of affective disorders*, 276, 220–233. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.066>
- Löhr, K., Weinhardt, M., & Sieber, S. (2020). The “World Café” as a participatory method for collecting qualitative data. *International journal of qualitative methods*, 19, 1609406920916976. <https://doi.org/10.1177/1609406920916976>
- Lopes M. J. (2006). *A Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica: Proposta de uma Teoria de Médio Alcance*. FORMASAU – Formação e Saúde, LDA
- Lun, K. W., Chan, C. K., Ip, P. K., Ma, S. Y., Tsai, W. W., Wong, C. S., Wong, C. H., Wong, T. W., & Yan, D. (2018). Depression and anxiety among university students in Hong Kong. *Hong Kong medical journal = Xianggang yi xue za zhi*, 24(5), 466–472. <https://doi.org/10.12809/hkmj176915>
- Malinski, V. M. (2018). The Importance of a Nursing Theoretical Framework for Nursing Practice: Rogers’ Science of Unitary Human Beings and Barrett’s Theory of Knowing Participation in Change as Exemplars. *Cultura del Cuidado Enfermería*, 15(2), 6-13. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1099844>
- Martínez-Vázquez, S., Martínez-Galiano, J. M., Peinado-Molina, R. A., Gutiérrez-Sánchez, B., & Hernández-Martínez, A. (2022). Validation of General Anxiety Disorder (GAD-7) questionnaire in Spanish nursing students. *PeerJ*, 10, e14296. <https://doi.org/10.7717/peerj.14296>

- McGoldrick, M., & Gerson, R. (2000). *Genogramas en la evolucion familiar*. Editorial Gedisa. 3.ª Edição.
- Meleis A. I. (1997). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. Lippincott- Raven Publishers. 3.ª Ed.
- Mirkovic, B., Cohen, D., Garny de la Rivière, S., Pellerin, H., Guilé, J.-M., Consoli, A., & Gerardin, P. (2020). Repeating a suicide attempt during adolescence: risk and protective factors 12 months after hospitalization. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(12), 1729–1740. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01491-x>
- Morgado, T., Loureiro, L., & Rebelo Botelho, M. A. (2020). Intervenção psicoeducacional “ProLiSMental” para adolescentes em contexto escolar: Validade de conteúdo através de e-Delphi modificado. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (24), 43-50. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0280>
- Mullins, N., Bigdeli, T. B., Børghlum, A. D., Coleman, J., Demontis, D., Mehta, D., Power, R. A., Ripke, S., Stahl, E. A., Starnawska, A., Anjorin, A., M.R.C. Psych, Corvin, A., Sanders, A. R., Forstner, A. J., Reif, A., Koller, A. C., Świątkowska, B., Baune, B. T., Müller-Myhsok, B., ... Lewis, C. M. (2019). GWAS of Suicide Attempt in Psychiatric Disorders and Association With Major Depression Polygenic Risk Scores. *The American journal of psychiatry*, 176(8), 651–660. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.18080957>
- Mullins, N., Kang, J., Campos, A. I., Coleman, J., Edwards, A. C., Galfalvy, H., Levey, D. F., Lori, A., Shabalin, A., Starnawska, A., Su, M. H., Watson, H. J., Adams, M., Awasthi, S., Gandal, M., Hafferty, J. D., Hishimoto, A., Kim, M., Okazaki, S., Otsuka, I., ... Ruderfer, D. M. (2022). Dissecting the Shared Genetic Architecture of Suicide Attempt, Psychiatric Disorders, and Known Risk Factors. *Biological psychiatry*, 91(3), 313–327. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2021.05.029>
- Neves E. L. (2014). Modelos psicológicos. In Saraiva C. B., Peixoto B. & Sampaio D. (Coord.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos, Dos Conceitos à Prática Clínica*. (pp. 69-76). LIDEL, editor.
- Nunes L. (2017). *Para Uma Epistemologia de Enfermagem*. LUSODIDACTA – Sociedade Portuguesa de Material Didático, LDA.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2012). *Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária*. Trabalho desenvolvido por iniciativa da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MCEESMP) – Mandato 2012-2015. [GOBP - PrevSintDepressiva.pdf \(rcaap.pt\)](http://www.ordemenfermeiros.pt/GOBP-PrevSintDepressiva.pdf)
- OE (2018). *Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Mesa de Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Lisboa. [Ppadrão Documentação - Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica - Auscultação - VF | PDF | Enfermagem | Família \(scribd.com\)](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22977/guiabp_cuidenfesprecuppessdoencamentamentalgrave_ordenerm_ok.pdf)
- OE (2021). *Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave*. Trabalho desenvolvido por iniciativa da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MCEESMP) – Mandato 2016-2019. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22977/guiabp_cuidenfesprecuppessdoencamentamentalgrave_ordenerm_ok.pdf

- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2006). Prevenção do suicídio, um recurso para conselheiros. <https://www.nbccf.org/Assets/SuicideBrochure/Portuguese.pdf>
- Park, S. P., & Seo, J. G. (2018). Aggression and its association with suicidality in migraine patients: a case-control study. *The journal of headache and pain*, 19(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s10194-018-0903-x>
- Peixoto, S., Sampaio, F. & Sequeira C. (2020). Autocontrolo in Sequeira C. & Sampaio F. (coord). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 123-124). Lidel – Edições Técnicas, Lda
- Peixoto B. Saraiva C. B. & Santos J.C. (2014). Estudo e Formação em Suicidologia. In Saraiva C. B., Peixoto B. & Sampaio D. (Coord.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos, Dos Conceitos à Prática Clínica*. (pp. 531 - 539). LIDEL, editor
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. LUSOCIÊNCIA – Edições técnicas e Científicas, Lda.
- Phillips, J. (2016). Roger's Science of Unitary Human Beings: Beyond the Frontier of Science. *Nursing Science Quarterly*, 29(1) 38-46. <https://doi.org/10.1177/0894318415615112>
- Pinho, L. G. D., Correia, T., Lopes, M. J., Fonseca, C., Marques, M. D. C., Sampaio, F., & do Arco, H. R. (2021). Patient-centered care for people with depression and anxiety: an integrative review protocol. *Journal of Personalized Medicine*, 11(5), 411. <https://doi.org/10.3390/jpm11050411>
- Quartilho, M., (2014). Contextos sociais e interpessoais. In Saraiva C. B., Peixoto B. & Sampaio D. (Coord.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos, Dos Conceitos à Prática Clínica*. (pp. 15-31). LIDEL, editor.
- Regulamento n.º 356/2015. Diário da República 2.ª Série N.º 122 de 25 de junho de 2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. <https://files.dre.pt/2s/2015/06/122000000/1703417041.pdf>
- Regulamento n.º 1515/2018. Diário da República 2.ª Série N.º 151 de 7 de agosto de 2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. <https://files.dre.pt/2s/2018/08/151000000/2142721430.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019. Diário da República 2.ª Série N.º 26 de 6 de fevereiro de 2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. D. S., Tronchin, D. M. R., & Forte, E. C. N. (2018). Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0174>
- Richl-Sisca J. (1992). Enfermería: una ciencia de seres Humanos unitarios Marta E. Rogers. In Richl-Sisca J. (coord). *Modelos Conceptuales de Enfermería*. Ediciones Doyma, S.A., 3.ª Ed.

- Sampaio, D. (2000). *Tudo o Que Temos Cá Dentro. Caminho*. 6.ª Edição
- Sampaio F., Gonçalves P. & Sequeira C. (2020). Ansiedade e Autocontrolo da Ansiedade in Sequeira C. & Sampaio F. (coord). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 128-130). Lidel – Edições Técnicas, Lda
- Sampaio F. & Sequeira C. (2020). Autoimagem, autoestima e Imagem corporal in Sequeira C. & Sampaio F. (coord). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 116-118). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Santos N. & Neves E. L. (2014). Adolescência e comportamentos suicidários. In Saraiva C. B., Peixoto B. & Sampaio D. (Coord.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos, Dos Conceitos à Prática Clínica*. (pp. 225-240). LIDEL, editor.
- Santos S. & Tavares S. (2014). Sobreviventes. In Saraiva C. B., Peixoto B. & Sampaio D. (Coord.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos, Dos Conceitos à Prática Clínica*. (pp. 445-453). LIDEL, editor.
- Santurtún, A., Almendra, R., Silva, G. L., Fdez-Arroyabe, P., Santurtún, M., & Santana, P. (2020). Suicide and apparent temperature in the two capitals cities in the iberian peninsula. *Social science & medicine* (1982), 265, 113411. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113411>
- Saraiva, C. B., & Gil, N. P. (2014). Conceitos e limites em suicidologia. In Saraiva C. B., Peixoto B. & Sampaio D. (Cord.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos, Dos Conceitos à Prática Clínica*. (pp. 41-54). LIDEL, editor.
- Sequeira C. & Sampaio F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. Lidel – Edições Técnicas, Lda
- Serviço Nacional de Saúde [SNS] (2020). *PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: MANUAL PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE*. Campanha Nacional de Prevenção do Suicídio. <https://prevenir-suicidio.pt/>
- Silva M., Araújo O., Sousa L., Sampaio F. & Sequeira C. (2020). Cognição in Sequeira C. & Sampaio F. (coord). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 125-127). Lidel – Edições Técnicas, Lda
- Silveira E. & Fonte A. (2014). Adulto e comportamentos suicidários. In Saraiva C. B., Peixoto B. & Sampaio D. (Coord.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos, Dos Conceitos à Prática Clínica*. (pp. 241-261). LIDEL, editor.
- Simões R., Dos Santos, J., & Martinho, M. (2021). Adolescents with suicidal behaviours: A qualitative study about the assessment of Inpatient Service and Transition to Community. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 28(4), 622–631. <https://doi.org/10.1111/jpm.12707>
- Simões R., Erse M. P., Façanha, J., Santos, J. C., (2014). Enfermagem em suicidologia. In Saraiva C. B., Peixoto B. & Sampaio D. (Eds.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos, Dos Conceitos à Prática Clínica*. (pp. 193-202). LIDEL, editor.

- Simões R., Santos J. C., Gonçalves A. & Sequeira C. (2020). Comportamento Autodestrutivo in Sequeira C. & Sampaio F. (coord). *Enfermagem em Saúde: Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 141-146). Lidel – Edições Técnicas, Lda
- Slesnick, N., Zhang, J., & Walsh, L. (2021). Youth Experiencing Homelessness with Suicidal Ideation: Understanding Risk Associated with Peer and Family Social Networks. *Community Mental Health Journal*, 57(1), 128–135. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00622-7>
- Sousa, L., Sequeira C., Ferré, C. & Sampaio F. (2020). Familiar Cuidador in Sequeira C. & Sampaio F. (coord). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp. 162-166). Lidel – Edições Técnicas, Lda
- Sousa, T. V., Viveiros, V., Chai, M. V., Vicente, F. L., Jesus, G., Carnot, M. J., Gordo, A. C., & Ferreira, P. L. (2015). Reliability and validity of the Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale. *Health and quality of life outcomes*, 13, 50. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0244-2>
- Taron, M., Nunes, C., & Maia, T. (2020). Suicide and suicide attempts in adults: exploring suicide risk 24 months after a psychiatric emergency room visit. *Revista brasileira de psiquiatria (São Paulo, Brazil : 1999)*, 42(4), 367–371. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0583>
- Testoni, I., Francescon, E., De Leo, D., Santini, A., & Zamperini, A. (2019). Forgiveness and Blame Among Suicide Survivors: A Qualitative Analysis on Reports of 4-Year Self-Help-Group Meetings. *Community Mental Health Journal*, 55(2), 360–368. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0291-3>
- Van Lierop, M. E. A., Meijers, J. M. M., van Rossum, E., Rutten, J. E. R., Thoma-Lürken, T., & Zwakhalen, S. M. G. (2022). How to establish workplace learning in long-term care: results from a World Café dialogue. *BMC nursing*, 21(1), 241. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00999-8>
- World Health Organization [WHO] (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization. [9789241564779_jpn.pdf \(who.int\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779_jpn.pdf)
- World Health Organization [WHO] (2021). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. Geneva. [viewcontent.cgi \(fiu.edu\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779_jpn.pdf).
- Wright, L. M., & Leahey, M (2011). *Enfermeiras e Famílias – Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. (5.ª edição). São Paulo: Roca.
- Younas, A & Quennell, S. (2019). Usefulness of nursing theory-guided practice: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33:540-555. <https://doi.org/10.1111/scs.12670>