IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde

Luís Filipe Pina Godinho

O USO DAS NARRATIVAS DE VIDA NO CUIDAR DA PESSOA COM IDEAÇÃO SUICIDA NO CONTEXTO DO ACONSELHAMENTO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

Relatório do Trabalho de Projeto apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, realizada sob a orientação científica do Mestre Lino Ramos

SETÚBAL

Junho 2013

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

O USO DAS NARRATIVAS DE VIDA NO CUIDAR DA PESSOA COM IDEAÇÃO SUICIDA NO CONTEXTO DO ACONSELHAMENTO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

SUBSÍDIOS PARA A FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM DE SAUDE MENTAL DE ÂMBITO PSICOTERAPÊUTICO

DISCENTE: Luís Filipe Pina Godinho

DOCENTES: Lino Ramos e Joaquim Lopes

SETÚBAL

Junho, 2013

- ✓ *Agradeço à Ana pela compreensão e paciência, às minhas filhas Catarina e Filipa pela ausência, pois apesar de estar perto estive longe;*
- ✓ *Agradeço aos professores Lino Ramos e Joaquim Lopes pela orientação do trabalho;*
- ✓ *Agradeço aos meus colegas de trabalho pela paciência em ouvir palestras calorosas e improvisadas sobre a temática;*
- ✓ *Agradeço à professora Maria Laura pela correção ortográfica final do trabalho.*

(...)
Quando alguém se zanga connosco,
O pássaro da alma recolhe-se dentro de si
Tristonho e silencioso.
E quando alguém nos abraça, o pássaro da alma
Que mora no fundo, bem lá no fundo do nosso corpo,
Começa a crescer a crescer,
(...)
E como tudo o que sentimos tem uma gaveta,
O pássaro da alma tem imensas gavetas.
A gaveta da alegria e a gaveta da tristeza.
A gaveta da inveja e a gaveta da esperança.
A gaveta da desilusão e a gaveta do desespero.
A gaveta da paciência e a gaveta do desassossego.
E mais a gaveta do ódio, a gaveta da cólera e a gaveta do mimo.
A gaveta da preguiça e a gaveta do vazio.
E a gaveta dos segredos mais escondidos,
(...)
Agora já compreendemos que cada homem é diferente do seu semelhante
Por causa do pássaro da alma que tem dentro de si.
O pássaro que em certas manhãs abre a gaveta de alegria,
E a alegria jorra dela para dentro do corpo
E o dono dele fica feliz.
(...)
E o mais importante - é escutar logo o pássaro. (...)
Ele quer falar-nos dos sentimentos que estão encerrados nas gavetas
Dentro de nós.

Há quem o ouça muitas vezes,
Há quem o ouça raras vezes,
E há quem o ouça
Uma única vez na vida.

Por isso vale a pena
Talvez tarde pela noite, quando o silêncio nos rodeia,
Escutar o pássaro da alma que mora dentro de nós,
No fundo, lá bem no fundo do corpo."

Michal Snunit (O pássaro da alma)

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Total de óbitos e óbitos por suicídio, Portugal 1902-2000 28

Gráfico 2 - Distribuição percentual dos meios de suicídio utilizados por sexo (1990-2000) 29

Gráfico 3 - Óbitos por lesões autoprovocadas 2005-2011 30

Índice de Quadros

Quadro 1 - Mitos e Realidades do Suicídio 27

Quadro 2 - Variáveis Particulares de Risco de Suicídio 31

Quadro 3 - Relação entre o Processo de Enfermagem e o Processo de Aconselhamento 84

RESUMO

O suicídio é um dos maiores problemas de saúde pública que enfrentamos nos dias de hoje. É um problema não só individual, mas também social, que se agrava em períodos de crise social, económica e financeira. A inexistência de programas de prevenção do suicídio, em Portugal, acentua a carência de apoio à pessoa com ideação/intenção suicida. Por isso, verifica-se um aumento do número de suicídios em Portugal, principalmente desde 2004.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica é um profissional competente para atuar no que diz respeito à intervenção com a pessoa que apresenta ideação/intenção suicida. Esta intervenção está descrita ao nível das suas competências específicas. A intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental pode programar um processo de aconselhamento em enfermagem.

O aconselhamento destina-se, essencialmente, a capacitar a pessoa de recursos para resolver, de forma saudável, os problemas que encontra na sua vida, já que devido a problemas vários e a processos de sofrimento, a pessoa tem dificuldade em gerir esses problemas.

Um dos métodos passíveis de utilizar no aconselhamento são as narrativas de vida. Este método facilita o encontro da pessoa com ela própria e permite o crescimento da pessoa, mas também do próprio enfermeiro.

Este trabalho de projeto sugere uma possível abordagem a utilizar num processo de aconselhamento com a pessoa com ideação/intenção suicida, apoiada no método das narrativas de vida. São também abordadas as competências específicas que o enfermeiro especialista em saúde mental mobiliza ao utilizar este método, quer a nível do autoconhecimento do profissional, quer a nível das intervenções de âmbito psicoterapêutico.

Palavras-Chave: Aconselhamento, Narrativas de Vida, Intervenções do âmbito Psicoterapêutico

ABSTRACT

Suicide is one of the biggest problems in public health that we face nowadays. It is a problem not only individual, but also social, which worsens during periods of social crisis, economics and financial. The lack of suicide prevention programs, in Portugal, highlights the lack of support to people with ideation/suicidal intention. Therefore, there is an increase number of suicides in Portugal, mostly since 2004.

The specialist nurse in mental health and psychiatric is a competent professional to act in what concerns to intervention with the person who presents ideation/suicidal intention. This intervention is described at the level of their specific competencies. The intervention of the specialist nurse in mental health can program a counseling process in nursing.

The counseling is intended, essentially, to empower the person with resources to resolve, in a healthy way, the problems that find in their life, since due to several problems and processes of suffering, the person has difficulty in manage that problems.

One of the methods that may be used in counseling are the life narratives. This method facilitates the encounter of the person itself and allows the growth of the person, but also of the own nurse.

This project work suggests a possible approach to be used in a process of counseling with the person with ideation/suicidal intention, supported on the method of the life narratives. There are also approached the specific competencies that the specialist nurse in mental health mobilizes using this method, either at the level of professional selfknowledge, either at the level of interventions in the psychotherapeutic context.

Keywords: Counseling, Life Narratives, Interventions in the Psychotherapeutic context.

Índice

INTRODUÇÃO 10
1 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL 17
1.1 - O SUICÍDIO 17
1.2 – O SUICÍDIO AO LONGO DOS TEMPOS 19
1.3 – TEORIAS SOBRE SUICÍDIO 23
1.4 – A SOCIEDADE EUROPEIA E O SUICÍDIO 25
1.5 – DADOS DO SUICÍDIO EM PORTUGAL 28
1.6 – RISCO DE SUICÍDIO 30
1.7 – SINAIS DE ALERTA 32
1.8 – PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A PESSOA COM IDEAÇÃO SUICIDA 33
1.9 – CUIDAR DA PESSOA COM IDEAÇÃO E COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS 36
2 - ENQUADRAMENTO DISCIPLINAR E PROFISSIONAL 40
2.1 – PARADIGMA DA INTEGRAÇÃO 40
2.1.1 – Escola da Interação 42
2.1.2 – Teoria das Relações Interpessoais - Hildegard Peplau 43
2.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL 47
2.2.1 – Competência 1 53
2.2.2 – Competência 2 56
2.2.3 – Competência 3 58
2.2.4 – Competência 4 60
3 – PARA UMA FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL DE AMBITO PSICOTERAPÊUTICO – DIALOGO INTERDISCIPLINAR 63
3.1 – O ACONSELHAMENTO 64
3.1.1 – O Aconselhamento segundo Carl Rogers 68
3.1.2 – Fases do processo de aconselhamento segundo Patterson e Eisenberg 75
3.1.3 – O Aconselhamento em Enfermagem na Teoria de Hildegard Peplau 83
3.1.4 – Aspetos éticos e deontológicos do Aconselhamento em Enfermagem 100
3.2 – AS NARRATIVAS DE VIDA 104
3.3 – O USO DAS NARRATIVAS DE VIDA NO CUIDAR COM A PESSOA COM IDEAÇÃO/INTENÇÃO SUICIDA NO CONTEXTO DO ACONSELHAMENTO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL 106

4 – COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA 114
5 – CONCLUSÃO 124
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 127
APÊNDICES 140
APÊNDICE I 141
(artigo científico) 141

INTRODUÇÃO

A temática deste trabalho centra-se nas competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental, em particular na competência nº 4, "âmbito psicoterapêutico". Uma vez definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) as referidas competências, é agora tempo de proceder à sua compreensão disciplinar.

Uma vez que Ceitil (2007) define competências como "modalidades estruturadas de ação, requeridas, exercidas e validadas num determinado contexto" (41) este trabalho, apesar de abordar as diversas competências especificas, tem como objetivo contribuir para a definição da competência nº 4 do enfermeiro especialista em saúde mental, situando-se na esfera das necessidades da pessoa com ideação/comportamento suicida.

O comportamento suicida, que é uma das áreas deficitárias de intervenção na comunidade. Durkheim (2007) define o suicídio como "todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir esse resultado" (23).

No entanto, este conceito implica a morte da pessoa, excluindo aquelas que tentam o suicídio sem o conseguirem, ou aquelas que pensam constantemente em morrer mas nunca o concretizam. Por isso, a avaliação da intenção de morrer é fundamental nesta área, sendo um fator preponderante na distinção entre tentativas de suicídio e para-suicídio, estando, de facto, a referir-se à intencionalidade como característica voluntária, consciente, deliberada e premeditada de um ato, que pressupõe uma escolha livre e possível.

Relativamente à expressão tentativa de suicídio, esta é equívoca, pois inclui, em si, os fenómenos do suicídio frustrado e para-suicídio. Para a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) o para-suicídio é um "ato não fatal, na sequência de um comportamento invulgar, protagonizado por um individuo sem a intervenção de outrem". Durkheim (2007) define também tentativa de suicídio como, "um ato assim definido mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado" (23). Diekstra (1993) propõe o uso do termo para-suicídio para um ato não fatal, pelo qual o indivíduo empreende deliberadamente um comportamento não habitual que, sem intervenção de outro, causará lesões autoinfligidas; ou ingere deliberadamente uma substância em quantidade superior à prescrita, ou à dosagem geralmente admitida e que tem como objetivo conseguir, por via das consequências físicas, reais ou supostas, as mudanças

que o sujeito deseja. Embora sendo fenómenos semelhantes, apresentam uma natureza diferente.

Já a ideação suicida pode ser considerada, segundo Borges (2005) como o primeiro passo para o suicídio correspondendo aos pensamentos, ideias, planeamento e desejo de se matar, não devendo, por isso, ser menosprezada, uma vez que estes pensamentos recorrentes de procurar a própria morte são um fator de risco suicida, embora muitas pessoas, que apresentam ideação suicida ou ideias de morte, não cheguem a fazer nenhuma tentativa.

Segundo a (OMS) Organização Mundial de Saúde (2006), o comportamento suicida é um grave problema de saúde pública em todos os países. A Organização Mundial de Saúde refere que, por ano, morrem cerca de 1 milhão de pessoas por suicídio, sendo uma causa mais comum de morte que os acidentes de viação. Mas esta é apenas a ponta do iceberg.

A OMS (2001) indica ainda que, pelo menos dez vezes mais do que esse número, existe, por ano, um comportamento suicida, que chama a atenção dos profissionais de saúde, e, com base em pesquisas na comunidade, é provável que um número semelhante, que não procura ajuda profissional, arrisque também a sua vida de alguma forma. Além desta mortalidade e morbilidade óbvia, também tem sido estimado que, para cada pessoa que se suicida ou tenta o suicídio, pelo menos seis pessoas são afetadas diretamente, mais precisamente a família.

Os profissionais de saúde têm um papel preponderante na deteção precoce e acompanhamento desses casos. Santos (2007) refere que "a importância da assistência junto do suicida e família, no sentido de identificação dos riscos, da prevenção, da repetição e consequentemente do suicídio" (192). No que diz respeito ao foco dominante da avaliação de enfermagem e intervenção, segundo Santos (2007) "deve ser a reciprocidade entre saúde, doença, indivíduo e enfermeiro" (88).

Santos (2007) determina que essa intervenção deve ser na perspectiva de uma "aproximação à resolução de problemas abordando os benefícios da negociação ao invés da confrontação, do consenso ao invés do conflito" (88).

Este trabalho de projeto tenta ser um subsídio para a fundamentação das intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental de enfermagem de saúde mental no âmbito psicoterapêutico, uma vez que, faz uma proposta de abordagem à pessoa com intenção ou ideação suicida numa perspetiva de apoio e ajuda na resolução dos problemas que esta apresenta.

Esta intervenção de âmbito psicoterapêutico é apresentada sob uma perspetiva do aconselhamento em enfermagem à pessoa que apresenta ideação/intenção suicida. Patterson e Eisenberg (1988) referem que o processo de aconselhamento permite "capacitar o cliente a dominar situações da vida, a engajar-se em atividade que produza crescimento e a tomar decisões eficazes" (1).

O enfermeiro incide a sua preocupação em abordar a pessoa como um todo e não como a soma das suas partes, valorizando toda a sua experiência e história de vida, partindo da compreensão que o próprio doente faz de si próprio. Rogers (1989), indica que, "o indivíduo possui dentro de si vastos recursos de autocompreensão e para a modificação dos seus autoconceitos, das suas atitudes e do seu comportamento autónomo, ou seja, o indivíduo possui em si mesmo, uma capacidade de autorregulação" (16). Ao fazê-lo o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica (EESMP) está a promover o *empowerment* sendo que este é um processo de aquisição de competências por parte da pessoa, promovendo um acréscimo do seu poder e controlo sobre as suas vidas, como refere a OE (2009) *empowerment* é

> "um processo de aquisição de conhecimentos e competências por parte das pessoas, que promove um acréscimo de poder e controlo, explicitado através da participação e tomada de decisão na área da saúde. Trata-se, pois, de reconhecer os indivíduos como sujeitos ativos no seu processo de saúde, admitindo que os mesmos são detentores de capacidades que lhes permitem exercer a sua autonomia. De salientar que, mais do que reconhecer a autonomia do outro, se pretende capacitar a pessoa para a tomada de decisão sobre o seu processo de saúde".

Não nos podemos esquecer que estamos no âmbito do cuidar. Segundo Nunes (2002), cuidar é um ato humano intencional, de uma pessoa para a outra. Collière (1989) refere que "o cuidar foi e será sempre o fundamento dos cuidados de enfermagem" (29).

O aconselhamento pode ser desenvolvido por outras profissões que não a psicologia, tais como a medicina ou mesmo a enfermagem. Para isso acontecer de forma efetiva, o enfermeiro, como refere Peplau (1990) assume entre outros um papel orientador, de pessoa de recurso e de conselheiro o que, para Patterson (1988) permite "auxiliar o cliente a usar um processo de pensamento racional em momentos de confusão e conflito" (5). A enfermagem situa-se no acesso à qualidade da relação que se

estabelece entre o enfermeiro e a pessoa. E é na maneira de ser e de fazer que se situa a Aliança Terapêutica, que é a base do processo de aconselhamento

Ao iniciar um processo de aconselhamento, o enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica (EESMP), deverá fazê-lo numa perspetiva de parceria com a pessoa. George (2000) define a prática de enfermagem como "uma inter-relação sujeito-sujeito, uma presença de amor e de verdade em relação ao outro para promover a saúde e a qualidade de vida" (278).

Josso (2007) indica que as narrativas de vida são "uma mediação do conhecimento de si em sua existencialidade, que oferece à reflexão de seu autor oportunidades de tomada de consciência sobre diferentes registros de expressão e de representações de si" (419). As narrativas de vida são construídas exatamente para dar sentido à experiência e organizá-la. A narrativa é utilizada sempre que alguma coisa não vai como deveria na vida de uma pessoa e sempre que esta necessite de dar um novo significado às suas experiências. Esta narrativa ajuda a pessoa a reencontrar-se e a analisar a sua vida de modo a operar transformações positivas. Neves (2011) refere que com a narrativa de vida, é formulada uma sequência de perguntas que exercem um efeito libertador na pessoa. É produzida, assim, uma re-narração das suas histórias e assume uma visão externa do seu problema, impedindo-a de se identificar como um problema, ao mesmo tempo em que a motiva a mudar. Por isto, a narrativa de vida pode ser utilizada como método terapêutico em saúde mental, em geral, e com a pessoa com ideação/intenção suicida, em particular

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010), o EESMP implementa intervenções psicoterapêuticas individuais, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições, com o objetivo de aumentar o *insight*, e permitindo elaborar novas razões para o problema, permitindo à pessoa recuperar a sua saúde mental e facilitando a pessoa a fazer escolhas adaptativas que lhe permitam a recuperação da saúde mental. Acima de tudo que a pessoa com ideação/intenção suicida desenvolva estratégias de coping eficaz, sendo que, coping é, segundo Neeb (2000) "o modo como cada individuo se adapta psicológica, física e comportamentalmente, a um fator de stresse. Isto é, a capacidade que cada um desenvolve para lidar conscientemente com os problemas e com o stresse" (103), sendo que a mesma autora refere que coping eficaz "são aquelas que se identificam especificamente por proporcionarem à pessoa escolhas saudáveis. (104). Pretende-se que a pessoa melhore o seu autoconceito, sendo

que Vaz-Serra (2001) citando Gecas (1982), refere que o autoconceito é o "conceito que um individuo faz de si mesmo como um ser físico, social e espiritual ou moral" (12)

Acima de tudo, com esta intervenção pretende-se que a pessoa inicie um processo de *recovery* (recuperação) sendo este definido por Duarte (2007) como "um processo complexo e dinâmico que envolve componentes individuais e é influenciado pelas características e oportunidades dos contextos e pela qualidade das relações e interações entre indivíduos e os contextos envolventes".

Apesar do EESMP ser detentor de uma especialidade na área da saúde mental, não lhe confere só por si a denominação de perito, embora seja de extrema importância que o EESMP se torne um perito na área do aconselhamento à pessoa com ideação/intenção suicida uma vez que conseguirá de forma mais efetiva corresponder à espectativa da pessoa que procura ajuda. Segundo Benner (2001), um enfermeiro perito, é aquele que passa "muito tempo a pensar na evolução de um doente" e antecipa "problemas que podem surgir, e o que faria para os resolver" (127). Benner (2001) refere também que o enfermeiro perito "trabalha com um olho no futuro" (128). Esta é, precisamente, a preocupação desta relatório; delinear a pensar no futuro e na evolução da pessoa com ideação/intenção suicida. Ainda segundo Benner (2001) diz ainda que estes enfermeiros "são capazes de separar os problemas, estabelecer rapidamente as prioridades", "sabem agir face a situações imprevisíveis" e "têm confiança na sua própria capacidade" (138).

Por tudo isto, o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica é um profissional habilitado e competente para utilizar o processo de aconselhamento em enfermagem, utilizando a técnica da abordagem das narrativas de vida no processo terapêutico da pessoa com ideação/intenção suicida.

Este relatório tem como objetivo geral:

- Relatar um trabalho de projeto que articula o aconselhamento em enfermagem de saúde mental com o método das narrativas de vida com a pessoa que apresenta ideação/intenção suicida.

Como objetivos específicos, pretendemos:

1) Abordar o fenómeno do suicídio, sob o ponto de vista individual e social;

2) Apresentar os cuidados em enfermagem especializados em saúde mental com a pessoa com comportamentos suicidários;
3) Refletir sobre o aconselhamento como intervenção de âmbito psicoterapêutico e as narrativas de vida como método passível de utilizar nesse processo;
4) Enquadrar o processo de aconselhamento em enfermagem com a pessoa com ideação/intenção suicida, sob o ponto de vista da profissão de enfermagem;
5) Analisar as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica para programar um plano terapêutico com a pessoa com ideação/intenção suicida com base no processo de aconselhamento.

Este relatório está dividido em 4 partes. Na primeira parte, é apresentado o enquadramento conceptual em que é abordada a temática do suicídio, as diversas definições e conceitos, a história do suicídio e de como foi encarado ao longo dos tempos e as suas teorias, onde são abordados algumas das suas verdades e mitos. É abordado o suicídio em Portugal, tendo dado ênfase à sua evolução nos últimos tempos, apresentando-se também a prevenção e o tratamento da pessoa com ideação suicida e de como o enfermeiro pode atuar no seu processo de cuidar.

Na segunda parte, é apresentado o enquadramento disciplinar e profissional deste relatório. Este trabalho é enquadrado no que diz respeito à sua posição epistemológica e ontológica. É apresentada a escola de pensamento em enfermagem que foi a base para a elaboração da intervenção proposta, assim como a Teria de enfermagem que a tem por base.

Nesta segunda parte são abordadas as diversas competências especificas do EESMP dando enfase à competência n.º 4.

Na terceira parte deste relatório, é feita a fundamentação das intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental de âmbito psicoterapêutico, onde se pretende articular o aconselhamento, e as narrativas de vida com as intervenções especializadas de âmbito psicoterapêutico. São utilizados diversos autores, que são por si referências na área do aconselhamento, assim como é apresentada mais detalhadamente a teoria das relações interpessoais em contexto de aconselhamento, utilizando o método das narrativas de vida. Por último, são apresentadas as questões

éticas e deontológicas que o EESMP enfrenta quando efetua um aconselhamento em enfermagem

Na quarta parte deste trabalho, são enumeradas as competências de mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, dando enfase ao seu papel de supervisão.

1 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O estudo do suicídio e dos comportamentos suicidários têm sido focados e estudados com mais intensidade nos últimos anos, uma vez que segundo a OMS (2001) ocorre cada vez com mais frequência, o que faz com que seja um dos maiores problemas de saúde pública.

O comportamento suicida é uma das grandes preocupações das diversas áreas das ciências sociais e humanas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) indica que o suicídio foi responsável por cerca de 2% das mortes no mundo, o que perfaz cerca de 1 milhão de mortes, o que, por paradoxal que pareça, é superior ao número de mortes causadas por guerras e ao número de mortes por homicídio.

Os comportamentos suicidários têm sido abordados ao longo do tempo, nas mais diferentes perspetivas: filosófica, sociológica, psicológica e religiosa. Mas a busca constante e multifacetada de interpretações, respostas e soluções, continua a manter o suicídio como o mais misterioso ato do ser humano (Saraiva, 2006), embora desde sempre o homem tenha refletido sobre a vida e a morte, sendo esta última considerada, simultaneamente, como um princípio e um fim, pois coloca o homem perante o facto de que a sua vida tem um limite temporal e, paradoxalmente, as ações humanas não teriam sentido se assim não fosse. Assim, esta mortalidade e mutabilidade do ser humano, associadas às contínuas mudanças e transformações da natureza, constituem o centro da reflexão filosófica, liberdade e autonomia do homem perante a morte. Hillman (2009) considera o suicídio como problema mais alarmante da vida. O suicídio está intimamente ligado ao conceito de morte, de finitude de términus.

1.1 - O SUICÍDIO

Existem várias definições de suicídio remetendo todas elas remetendo para o objetivo final do fim da vida. A OMS (2001) define suicídio como um ato deliberado realizado por um indivíduo que sabe, ou espera que este lhe seja fatal. Também outros autores, dos quais destaco, Vaz-Serra (1971), consideram o suicídio como um ato habitualmente consciente de pôr termo à vida pelas suas próprias mãos. Neeb (2000) define suicídio como, “o ato de propositadamente uma pessoa pôr termo à vida” (296). Emerge assim o ato e a consequência desse ato. Segundo a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE) 1.0 (2006), a palavra suicídio refere-se ao

“comportamento autodestrutivo com as características específicas: Execução de atividades suicida que levam à própria morte” (47).

Para Stengel (1964), tentativa de suicídio é um ato que é realizado de forma intencional com o objetivo de autodestruição, mas não fatal. Subentende-se, então, que um indivíduo que usou um método não letal, mas convencido da sua letalidade, fez uma tentativa de suicídio (Carvalho & Carvalho, 1994). Para a CIPE 1.0, (2006), tentativa de suicídio é um “comportamento autodestrutivo com as características específicas: ingestão autoiniciada de uma dose letal de droga, associada a adição às drogas, a consumo habitual de drogas” (47).

A gravidade da tentativa do suicídio relaciona-se com a *"potencialidade autodestrutiva"* do método utilizado e com a probabilidade da intervenção de terceiros. Quando a morte é conseguida, diz-se que a pessoa conseguiu o seu intento e o ato é, muitas vezes denominado como uma tentativa de suicídio que resultou. Se, pelo contrário, sobrevive, diz-se o seu intento falhou e o ato denomina-se tentativa suicida falhada. A morte é o único objetivo e, portanto, o único critério de êxito. O insucesso pode resultar de variadas causas, como por exemplo, o facto de a intenção não ser suficientemente forte, o ato ser praticado sem uma intenção firme de pôr termo à vida, um desconhecimento das limitações do método utilizado ou uma falta de compreensão e decisão em consequência de uma doença mental (Stengel, 1980).

Kreitman (1969), citado por Saraiva (1997), consideram a noção de para-suicídio como um comportamento patológico, referindo-se a qualquer ato cometido deliberadamente e que mimetiza um gesto suicidário, mas que não conduz à morte, tida como aniquilação consciente e determinada, mas sendo antes um jogo comunicacional e transacional de expectativas de mudança ou manipulação das esferas familiares ou sociais.

Pode então afirmar-se que, o que distingue o para-suicídio do suicídio é a intenção do ato, uma vez que, no para-suicídio podem existir múltiplas intenções, incluindo a intenção suicida, como refere Carvalho et al (1994). Esta intencionalidade não é fácil de provar, sendo, em muitos casos, impossível de descobrir se houve ou não intenção suicida, pois a intenção de morte nem sempre surge de uma forma consciente. Mas, para um ato ser considerado suicídio, é indispensável existir propósito de morte. Relativamente a estes conceitos, pode dizer-se que o que os distingue é a intenção de letalidade.

Em todas estas vertentes, é realçada a problemática dos comportamentos autodestrutivos. Cruz (2007) referem que, "os comportamentos autodestrutivos são considerados de uma forma muito geral, como uma estratégia desadaptativa para lidar com as dificuldades e constituem uma forma de comunicação dessas mesmas dificuldades" (11). Estes comportamentos autodestrutivos manifestam-se, principalmente ou pelo comportamento suicida (por meio de pensamentos, tentativa e pelo suicídio consumado) ou pela perpetração de atos violentos provocados contra a própria pessoa, como é o caso das automutilações.

1.2 – O SUICÍDIO AO LONGO DOS TEMPOS

Segundo Santos (2007), citando Leon (1989), o suicídio constitui um fenómeno no limite do comportamento humano, questionando os princípios culturais. Saraiva (1997) refere que, depois do sexo, talvez a morte seja o último tabu do séc. XX, considerando que o suicídio é um ato universal, presente em todas as culturas e épocas. Bento e Bacelar (1992) dizem ainda que a atitude da sociedade, perante este ato, tem sido controversa, já que é condicionada por valores morais, religiosos, populares e intelectuais.

A reflexão sobre os problemas morais e humanitários, implícitos no processo de *"deixar de ser",* leva-nos à estrutura do pensamento filosófico, sobre o significado da vida e da morte. Não poderemos, portanto, orientar-nos, hoje, em torno da função que desempenha a liberdade e a autonomia perante a morte, se não repensarmos toda a sabedoria que vem do conhecimento histórico.

Assim, ao iniciar qualquer reflexão sobre o suicídio, é importante refletirmos sobre alguns marcos históricos e filosóficos em relação à morte voluntária, desde a antiguidade Grega até aos nossos dias. No Mito de Sísifo – ensaio sobre o absurdo, Camus (1942), escreve que só há um problema filosófico verdadeiramente sério: o suicídio. Julgar se a vida merece ou não ser vivida, é responder a uma questão fundamental da filosofia e o questionar sobre a morte é, pois, um imperativo de um homem desperto.

Desde a escola do Estoicismo (400 a.C.) que o suicídio era compreendido essencialmente em três circunstâncias: *" sacrifício"* pela pátria, fuga ao ato imoral ou ilegal, coercivamente imposto, e doença crónica e/ou mental (Saraiva, 2006).

Minois (1998) descreve a admiração de Plínio por cartas de velhos doentes que decidiram morrer dignamente.

O pensamento Grego, por sua vez, coloca a questão do suicídio filosófico, ao reconhecer o valor supremo do indivíduo, cuja liberdade está no poder de decidir, por si, a própria vida e a sua morte, ou seja, contempla o princípio do direito à autodeterminação. Aos seus olhos, a vida não merece ser conservada se não for um bem, isto é, se não estiver conforme a razão, a dignidade humana. Existem, na Grécia antiga, segundo Minois (1998), inúmeros "suicídios heroicos e de elevados pensamentos filosóficos que justificam esse ato" (60).

Nos empiristas, a sabedoria aconselhava o homem a suicidar-se com doçuras se a vida fosse insuportável; os estoicos, por sua vez, consideravam que a razão podia mostrar que o suicídio era a forma mais digna para manter a harmonia com a ordem das coisas, que podia ser a solução quando alguém se via impedido de seguir a linha de conduta que tinha traçado para si próprio. Relativamente ao pensamento grego, não pode deixar-se de referir dois pensadores que marcaram o pensamento ocidental: Platão e Aristóteles. Contrariamente a outras correntes, eles consideravam o homem, acima de tudo, como um ser social, inserido numa comunidade.

Para Platão, existiam apenas três exceções nas quais o suicídio não era condenável: a condenação por ordem da cidade, a doença dolorosa e incurável e um destino miserável, embora Minois (1998), refira que Platão sugere a recusa à sepultura pública para aquele que se matou a si próprio.

Aristóteles, por seu lado defendia não existir nenhuma exceção que justificasse o suicídio, pelo que atentar contra a própria vida constituía uma desonra pessoal e também um delito contra a cidade, ideia igualmente reiterada por Minois (1998).

Roma foi, de todas as civilizações ocidentais, a mais favorável ao suicídio. No entanto, também não se mostrava unânime e foram apresentadas algumas variações conforme as épocas, as categorias sociais e os meios políticos. No mundo romano, duas categorias sociais estavam impedidas de praticar o suicídio, por razões de interesse económico e patriótico: os escravos e os soldados. Mas, para os homens livres, não existia nenhuma interdição legal ao suicídio. Não considerando a vida como um dom dos deuses nem um direito do homem, um romano livre podia suicidar-se de acordo com a sua vontade. Por exemplo, Cícero indica que o suicídio em si não é bom nem é mau, mas sim uma atitude intermédia, dependendo dos motivos.

De uma forma geral, tanto para os gregos como para os romanos, o suicídio era encarado como um ato de vontade. Há que referir que os moralistas cristãos estavam muito de acordo com a corrente neo-platónica, pela qual é refinada a visão de que o homem não tem o direito de trocar o elemento divino (alma) para fora do corpo material, uma vez que apenas Deus comanda a vida e a morte.

Uma das posições mais importantes sobre a Igreja aparece-nos referenciada por Santo Agostinho (354-430), no seu livro *A Cidade de Deus,* que considera que a misericórdia de Deus é infinita para aqueles que a querem aceitar, mas os que a rejeitam cometem o terrível pecado do desespero. Santo Agostinho considera a morte pelo próprio como pecado mortal. Minois (1998) citando Santo Agostinho, refere que "ninguém tem o direito de espontaneamente se entregar à morte sob pretexto de escapar aos tormentos passageiros, sob pena de mergulhar nos tormentos eternos" acrescentando ainda que, " ninguém tem o direito de se matar por faltas passadas" *(39).* Com ele, perde-se o conceito tradicional de suicídio por vergonha e surge o de suicídio como expressão de culpa.

A Igreja recorre à condenação absoluta do suicídio e ao argumento de que o ato suicida viola o 5.º mandamento bíblico, que ordena o princípio de "não matarás". Assim sendo, o suicídio era entendido como um atentado contra Deus, aquele que criou o homem. A vida do indivíduo deixa de ser um património da comunidade para ser um dom divino e matar-se equivale a um sacrilégio. Para os católicos, o suicídio, continuou a ser um ato diabólico.

O suicídio é concebido como um ato que contraria o instinto de autoconservação. A existência de pessoas que põem fim à vida, ao longo dos tempos e em todas as sociedades, parece ser uma prova irrefutável de que o suicídio não é um ato contrário à inclinação natural, uma vez que a natureza própria do homem nos distingue dos restantes animais e é, precisamente, a razão que nos indica o que está mal e o que está bem. Assim, dotado de toda a consciência, o homem pode pôr em prática o desejo natural de morrer. No entanto, e com o peso da Igreja na Idade Média, este é condenado. Minois (1998) descreve que a Igreja recusa o enterro eclesiástico ao suicida, com o arrastamento do corpo se for homem e, se for mulher, o corpo seria queimado.

Com o renascimento, abandonaram as explicações sobrenaturais e demoníacas da loucura e o suicídio começou a ser encarado como resultado de uma doença. Há mesmo quem lhe atribuía causas como a propensão para a melancolia, em regiões insulares, ou condições geográficas e climáticas desfavoráveis. A melancolia é encarada

como um processo psicológico e Fernel (1607), citado por Minois (1998), define o humor melancólico como um "suco espesso em consistência, frio e seco no seu temperamento" (125).

É no século XVII que o termo *"matar-se a si mesmo"* dá lugar à palavra suicídio, pois em latim *suicidium* deriva da composição de dois termos: *sui* = de si mesmo e *caedes* = crime (Minois, 1998).

A partir do século XVIII, o pensamento dominante é o de que pôr termo à vida constitui um ato de coragem, uma virtude moral. Prolongar a vida é o comportamento de uma alma escrava.

Na idade contemporânea, começa a sentir-se a necessidade de estudar as causas do suicídio através da medicina, da psiquiatria, da sociologia e da política. Já no século XIX, reconhece-se o suicídio como um facto pertencente à sociedade, que deve ser abordado sem preconceitos, sendo, sem dúvida, um ato trágico; no entanto, precisa de ser compreendido sem ser condenado à partida. O indivíduo que comete suicídio é considerado louco, Minois (1998) referindo-se à forma como o suicídio é encarado no século XIX, diz este que" é um mal, mental, moral, físico e social" e acrescenta que o suicídio é "fraqueza, cobardia, loucura, perversão", "exceto a manifestação de uma liberdade humana" (396).

No início do séc. XX, Durkheim divide o suicídio em três categorias: egoísta, altruísta e anómico. Também em 1930, Habwachs citado por Minois (1998), indica que a solidão é a génese do suicídio, e que "o sentimento de uma solidão definitiva e sem recurso é a única causa de suicídio" (397). Surgem também as opiniões de Freud, nas quais o suicídio é interpretado como o dirigir da agressividade contra o próprio. O suicídio assume assim um papel de desejo do indivíduo, associado à angústia e a fatores psíquicos associados. Saraiva (2010) citando Baecheler (1975) refere que o homem se suicida por razões ao mesmo tempo genéticas e psicológicas.

No século XX, o mundo cristão adota uma atitude mais flexível relativamente ao suicídio. Em 1995, o Papa João Paulo II reformula a oposição ao suicídio, classificando-o como *"um crime contra a vida"*. Conclui-se assim que a reprovação está presente, tanto no séc. XX como anteriormente.

1.3 – TEORIAS SOBRE SUICÍDIO

No final do século XIX, com o aparecimento de novas ideias e uma incessante procura de explicações científicas para os fenómenos incompreendidos, associados à polémica acerca da legitimidade do suicídio, relacionada com aspetos moralistas da época, a distinção entre o direito à vida e o direito sobre a vida, é fomentado o aparecimento dos primeiros estudos sobre o fenómeno dos comportamentos suicidários Existem algumas teorias explicativas do suicídio: Teorias Biológicas, Teorias Psicodinâmicas, Teorias Sociológicas, Teorias Cognitivas, Teorias Comunicacionais e Teorias Integrais.

As teorias biológicas sugerem um fator genético associado ao suicídio. Saraiva (1999) refere um estudo de Mittterauer (1990), concluiu pela alta probabilidade de um fator genético suicida. Saraiva (1997) faz referência a um estudo de Roy (1991), em que este comparara as suas investigações com as de outros autores, e conclui, no final, que o efeito genético não deverá ser considerado de uma forma determinante, atendendo a fatores como a ocorrência de suicídio em gémeos, já que, em ambos, é rara uma patologia psiquiátrica associada ao suicídio. Questiona-se, por isso, se não haverá outro fator genético independente para o suicídio, talvez relacionado com a impulsividade.

Foi dado também um passo importante, na área da bioquímica, em relação ao suicídio. Kaplan (2007) salienta que uma deficiência de serotonina, medida como uma diminuição do metabolismo de ácido – 5 hidroxidolacético (5-HIAA), foi descoberta num grupo de pessoas deprimidas que tentaram o suicídio e baixos níveis de noro-epinefrina, ou serotonina, conduzem à depressão que pode levar o indivíduo ao suicídio. A primeira teoria psicodinâmica importante sobre o suicídio veio de Sigmund Freud. Segundo Kaplan (2007), Freud (1917) afirmou a sua crença de que o suicídio representava uma agressão voltada contra um objeto de amor. Assim, a meta da pessoa suicida não era apenas a autodestruição, mas também a destruição de outra pessoa, um objeto perdido com que se identificou. O suicídio pode ser uma expressão de agressão contra o objeto interiorizado e não de agressão contra o "eu". Freud duvidava da existência de um suicídio sem o desejo reprimido de matar outra pessoa. Menninger (1933), citado por Saraiva (1997), refere que todo o suicídio encerra três desejos: o desejo de matar (agressão baseada no instinto de morte), de ser morto (resposta do superego à necessidade de punição por culpabilidade) e o desejo de morrer (regressão ao útero materno). Kaplan (2007) descreve que, nas teorias recentes, os estudiosos do

suicídio têm dúvidas sobre a existência de uma psicodinâmica ou estrutura de personalidade específicas que estejam associadas ao suicídio.

Nas teorias sociológicas, a primeira contribuição importante para o estudo das influências sociais e culturais sobre o suicídio surge no século XIX, com a publicação em 1897, de Le Suicide, de Durkeim, conforme refere Kaplan (2007). O autor diz que o suicídio é consequência da miséria moral que ataca a sociedade e está associado às relações e vínculos do indivíduo dentro do seu grupo. Para a sociologia, as causas de morte parecem estar fora do indivíduo e não dentro dele.

Durkeim abre caminho para as teorias sociológicas sobre o suicídio e descreve ainda três tipos básicos de suicídio: egoísta, altruísta e anómico. O egoísta resulta da individualização excessiva ou baixo grau de integração social. Como refere Alvarez (2002), "ocorre quando o indivíduo não está devidamente integrado na sociedade, ficando, em vez disso, entregue a si próprio" (107). O altruísta resulta da insuficiente individualização e alto grau de integração social. Alvarez (2002) classifica o suicídio altruísta quando " um indivíduo está de tal forma imerso no grupo que os seus objetivos e a sua identidade se confundem com o coletivo" (107). O anómico resulta de um desequilíbrio ou rutura entre o indivíduo e a sociedade. Alvarez (2002), refere que o suicídio anómico "resulta do facto de um homem ver a sua posição social alterar-se de forma tão inesperada que se mostra incapaz de lidar com a sua nova situação" (117). Alguns autores referem quatro tipos de suicídio. Para além dos referenciados, acrescentam o fatalista, que é resultante de um excesso de regulamentação, em que o indivíduo vê o seu futuro comprometido e este surge como uma solução para um estado de controlo insuportável. O suicídio egoísta e anómico continuam atuais no mundo ocidental e a perspetiva sociológica permanece importante e, mais ainda, merecem uma atenção cuidada em alturas de crise social.

Nas teorias cognitivas Saraiva (2006) refere um estudo de Minkoff, Bergman e Beck (1973) em que existe no suicídio "um marcador cognitivo de expetativas negativas em relação ao futuro" (90), existindo assim um sentimento de desesperança. Este sentimento de desesperança, segundo Saraiva (2006) traduz um "pessimismo generalizado em relação ao futuro, equivalente em conceitos e atitudes" (91).

Saraiva (1999) introduz ainda o conceito de desespero aprendido de Seligman (1995) em que indica que " baixa motivação para controlar determinadas situações" (45).

As teorias comunicacionais postulam segundo Santos (2007), que os sintomas são um meio de comunicação no sistema familiar e não expressão de um conflito interno. Saraiva (2006) refere que os comportamentos suicidários podem ser lidos como uma forma de comunicação.

As teorias integrais segundo Saraiva (2006) são "a conjunção de múltiplos fatores na génese dos comportamentos suicidários" (110). É, pois, um fenómeno multidimensional. Gradiz (1990) faz referência a Sheneidman (1968), que afirma que não existe uma razão psicológica única para explicar o comportamento humano e que existe para cada suicídio, uma relação mútua entre os fatores sociais e psicológicos. Saraiva (1997) salienta o trabalho de Blumental e Kupfer (1986), estes autores referem cinco vertentes relativas aos comportamentos suicidários: fatores biológicos, doença psiquiátrica, história familiar e genética, acontecimentos de vida, doença médica crónica e traços de personalidade.

1.4 – A SOCIEDADE EUROPEIA E O SUICÍDIO

A posição da sociedade europeia acerca do suicídio tem-se modificado ao longo do tempo. E, como adverte Prats (1987), citado por Sampaio (1991), não há nenhuma sociedade ou micro cultura, qualquer que seja o período histórico considerado, onde não exista o suicídio, embora gerido em cada uma delas de forma diferenciada, conforme a sua mentalidade e ideologia específicas sobre a vida e o seu valor social e simbólico, sobre a morte e o significado do após a morte.

As representações sociais emergentes evidenciam o modo como as pessoas constroem explicações para os acontecimentos, as quais se baseiam não só nas crenças e nas experiências dos seus grupos de pertença, como também determinam comportamentos. A representação social é um "corpus" organizado de conhecimentos e uma atividade psíquica, através da qual os homens tornam compreensível a realidade física e social e se inserem num grupo ou em ligações quotidianas de trocas. O que significa que as representações determinam o campo das comunicações possíveis, dos valores e das ideias presentes nas visões compartilhadas por grupos.

Nesta perspetiva, as representações sociais são sempre complexas e sempre dependentes de sistemas de crenças ancorados em valores, tradições, imagens do mundo e da existência e, como refere Ordaz (2006) citando Moscovici (2003), "elas são, sobretudo, o objeto de um permanente trabalho social, no e através do discurso, de tal

modo que cada novo fenómeno pode ser reincorporado dentro de modelos explicativos e justificativos que são familiares e consequentemente aceitáveis" (51). Por conseguinte, a representação social estabelece uma relação entre um objeto (social, ideal ou material) e um sujeito (individual ou coletivo) e é sempre a representação de qualquer coisa e de alguém.

Facilmente se compreende, porque é que o suicídio é um exemplo muito claro de interação entre fatores individuais e fatores sociais/culturais.

São referenciadas algumas das representações mais significativas do suicídio:

- ✓ Quem quer suicidar-se, não avisa.
- ✓ Um suicida quer realmente morrer.
- ✓ O suicídio é um ato cobarde, ou corajoso.
- ✓ O indivíduo que pensa em suicídio está deprimido.
- ✓ Os suicidas são doentes mentais.
- ✓ Os suicidas têm uma personalidade fraca.

É de extrema importância desmistificar estes mitos, não só como pessoas, mas também como profissionais, pois o contexto hospitalar é um local onde determinadas representações acerca do suicídio são produzidas, reproduzidas e transmitidas, orientando, dessa forma, as comunicações e as ações desses profissionais. Considero pertinente compilar num quadro, os principais mitos e realidades acerca do suicídio. (Diekstra, 1993; Hallstrom, 2000; Neeb,2000; Saraiva, 1999, 2006; OMS, 2006; Santos, 2007; Kaplan, 2007)

Quadro 1 – Mitos e Realidades do Suicídio

MITOS	REALIDADES
As pessoas que falam do suicídio não se suicidam.	Em cada 10 pessoas que se suicidam 8 expressaram as suas intenções.
A pessoa que se suicida está plenamente convencida que deseja morrer.	As pessoas que se suicidam estão, na maior parte das vezes, indecisas entre viver e morrer, jogam com a morte, deixando aos outros a tarefa de as salvar.
A pessoa que é suicida continua a sê-lo toda a vida.	A pessoa só é suicida durante um período de tempo limitado.
O restabelecimento, após uma tentativa de suicídio, significa que o risco de suicídio terminou.	Muitos suicídios são cometidos nos 3 meses após o restabelecimento, quando a pessoa já tem energia para pôr em pratica os seus intentos.
O suicídio é mais frequente entre os ricos.	O suicídio afeta todas as classes sociais.
O suicídio é hereditário ou mais frequente em determinadas famílias.	O suicídio é um padrão individual, mas há doenças geneticamente condicionadas que são mais suscetíveis ao suicídio.
Todos os suicidas são pessoas mentais.	As pessoas extremamente infelizes podem suicidar-se sem sofrer de doença mental.
A religião é um travão contra o suicídio.	Na religião católica, que considera o suicídio um pecado, o índice de suicídio é menor do que nos judeus que têm uma atitude mais permissiva.
Não se deve falar do suicídio à pessoa, porque podemos induzi-lo.	A ideação suicida não é fortuita, resulta de processos psicológicos internos profundos e não é induzida por se falar de suicídio.
Só o Psiquiatra é que deve estar preparado para lidar com o suicida.	A maioria dos suicidas são vistos por outros médicos, por isso todos os técnicos de saúde devem estar preparados para detetar estas situações e enviá-las aos Psiquiatras.
As pessoas com doenças graves ou terminais não se suicidam.	As doenças físicas graves, a dor crónica intensa e as doenças terminais induzem frequentemente o suicídio.
O suicídio é mais frequente nas mulheres.	As mulheres fazem 3 vezes mais tentativas, mas os homens suicidam-se 3 vezes mais.
A pessoa com gestos suicidas está só a chamar a atenção e não tem risco de suicídio.	As pessoas com comportamento suicidário têm alto risco de suicídio, mesmo fazendo gestos apelativos.

Ao analisarmos o quadro percebemos as diversas discrepâncias existentes entre os mitos que a sociedade tem sobre o suicídio e a própria realidade. Percebe-se o

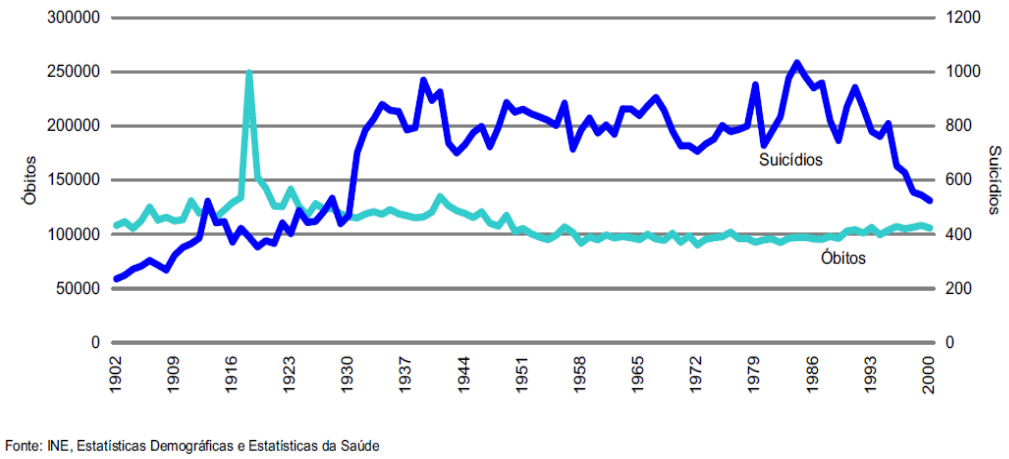
desconhecimento que a população tem sobre o fenómeno e de como por vezes o silêncio é uma das estratégias utilizadas pela sociedade para enfrentar o problema. Por outro lado existe ainda um estigma relevante no que diz respeito à pessoa com doença mental. Todos estes mitos diminuem ou impedem a capacidade de uma sociedade prevenir convenientemente o suicídio de forma eficaz.

1.5 – DADOS DO SUICÍDIO EM PORTUGAL

Os suicídios são fenómenos de cariz individual, sendo que as causas são fundamentalmente sociais. As causas sociais que favorecem o suicídio criam também predisposições psicológicas no indivíduo, porque estes, vivendo em sociedade, estão mais sensíveis à sua influência e, consequentemente, mais vulneráveis. As causas sociais dos suicídios variam de sociedade para sociedade, de grupo para grupo e de religião para religião.

Portugal é um país que sofreu uma grande evolução neste último século. Destaca-se as melhorias no que diz respeito a condições económicas, saúde e condições de vida dos seus cidadãos. O país sofreu alterações profundas nos seus regimes políticos, saiu de uma Monarquia, passou por uma primeira Republica, passou por uma Ditadura e chegou à implementação definitiva, até aos dias de hoje, de uma Democracia. Apesar de todos estes regimes e da melhoria das condições de vida, tem-se assistido a um aumento do número de suicídios em Portugal, embora este fenómeno só tenha ultrapassado as mil ocorrências registadas em 1986.

Gráfico 1 – Total de óbitos e óbitos por suicídio, Portugal 1902-2000[1]

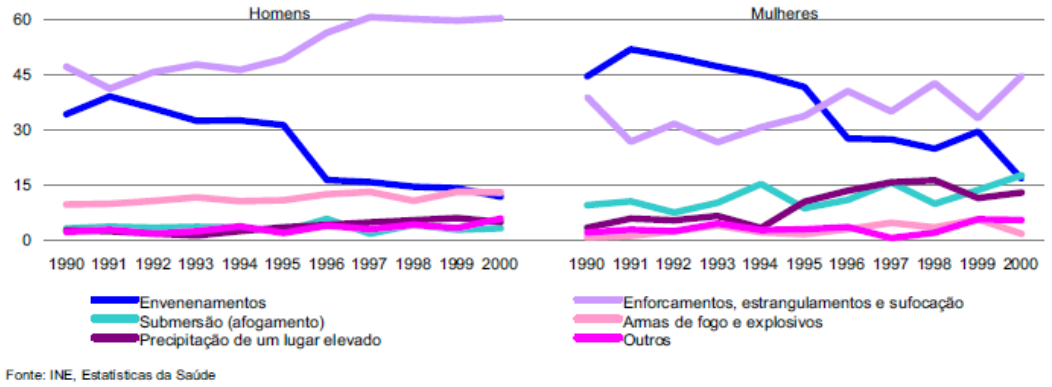


[1] Revista de estudos demográficos (2002:81)

Segundo o gráfico 1, em 1902, existiram em Portugal cerca de 200 suicídios, subindo esse número para cerca de 500, em 1914. Em 1930, houve uma acentuada subida para cerca de 900 suicídios, sendo o valor máximo atingido em 1937. Por outro lado, destaca-se que houve também uma maior cobertura das ocorrências resultantes da publicação da portaria n.º 6983, de 15 de dezembro de 1930. Há a destacar uma ligeira diminuição do número absoluto de suicídios em 1918. Destaca-se ainda que, desde 1990 o número de suicídios tem diminuído, tendo atingido cerca de 500 suicídios em 2000.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2002), os pontos máximos de suicídios verificaram-se nos anos 80, entre 1983 e 1985, atingindo o valor máximo em 1984 (1 033 suicídios) e em 1939 (969 suicídios). Estes valores estão associados à conjuntura de crise económica e social desses anos, correspondendo o primeiro período a uma crise económica vivida em Portugal, fortemente marcada por elevadas taxas de desemprego e inflação, e o ano de 1939, marca o início da Segunda Guerra Mundial. Por sua vez, os valores mínimos pertencem aos primeiros anos da série.

Gráfico 2 – Distribuição percentual dos meios de suicídio utilizados por sexo (1990-2000)[2]

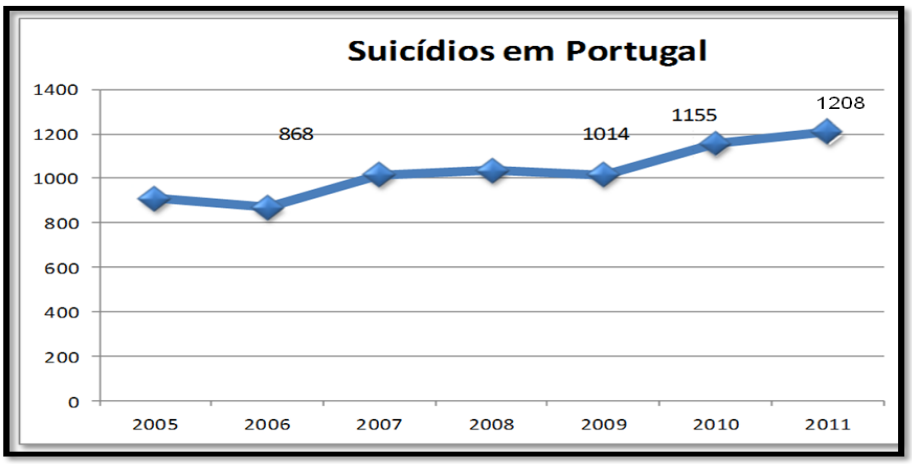


Quanto ao meio utilizado para cometer suicídio, este gráfico, segundo Campos (2002), num artigo com a chancela do INE, mostra que, a utilização de *"armas de fogo e explosivos"* tem constituído, cada vez mais, uma maior opção, sobretudo por parte dos homens. O recurso à *"submersão (afogamento) "*, como meio de concretização do suicídio, tem sido preferido pelas mulheres. Outro meio igualmente violento, como a *"precipitação de um lugar elevado"*, apresenta igualmente uma tendência crescente, no

[2] Revista de estudos demográficos (2002:90)

período em análise, com valores sempre superiores nas mulheres, atingindo o seu valor máximo em 1998. O recurso a utilização de instrumentos cortantes e perfurantes não tem sido tão significativo.

Gráfico 3 - Óbitos por lesões autoprovocadas 2005-2011



Fonte: Instituto Nacional de Estatística e Instituto de Medicina Legal

No intervalo de tempo entre 2001 e 2004, não foram disponibilizados dados oficiais no que diz respeito ao número de suicídios em Portugal. Foi possível obter estes dados a partir de 2005 e percebe-se que a curva descendente foi invertida, havendo cerca de mais 400 suicídios mais do que em 2000. O gráfico 3 expõe um aumento significativo de suicídios em 2007, com o número absoluto superior a 1000; esse valor foi sempre superior em 2008 e 2009. Em 2010 e 2011 o valor absoluto atingiu o valor de 1208 suicídios em Portugal.

1.6 – RISCO DE SUICÍDIO

Embora a conduta suicida possua um amplo espectro de incidência, parece haver uma diferença no perfil das pessoas que tentam suicídio e daqueles que realmente concretizam o ato.

Kaplan (2007) definiu as variáveis particulares que figuram no quadro seguinte.

Quadro 2 - Variáveis Particulares de Risco de Suicídio[3]

Variável	Alto Risco	Baixo Risco
DEMOGRÁFICA		
Idade	> 45 Anos	<45 Anos
Sexo	Masculino	Feminino
Situação conjugal	Divorciado/viúvo	Casado
Emprego	Desempregado	Empregado
Relações interpessoais	Conflituosas	Estáveis
Estrutura familiar	Caótica/conflituosa	Estável
SAÚDE		
Física	Doença crónica	Boa
	Hipocôndria	Sente-se bem
	Excesso de medicamentos	Pouco uso
Mental	Depressão grave	Depressão leve
	Psicose	Neurose
	Transtorno personalidade	Personalidade normal
	Abuso de álcool/drogas	Bebe socialmente
ATIVIDADE SUICIDA		
Ideação suicida	Frequente/intensa	Pouco frequente/leve
	Prolongada	Transitória
Tentativas de suicídio	Múltiplas	Primeira
	Planeada	Impulsiva
	Desejo de morrer	Desejo de mudar
	Autoacusação	Raiva
	Método letal	Método não-letal
RECURSOS		
	Poucas aquisições	Muitas aquisições
Pessoais	Insight pobre	Bom *insight*
	Afeto pobre e descontrolado	Afeto adequado
Sociais	Isolamento	Bom envolvimento/integração
	Família pouco envolvida	Família envolvida

Ao analisar o quadro verifica-se que o risco de suicídio no que diz respeito aos aspetos demográficos, aumenta com a idade, é mais alto no sexo masculino,

[3] (Roy, A. *Psychiatric emergencies.* 1989; extraído de Kaplan et al., 1997) e (http://www.ccs.ufsc.br/psiquiatria/981-13.html)

predominantemente em pessoas que perderam alguns dos seus vínculos familiares, ou laborais. O risco de suicídio diminui consideravelmente se a pessoa possuir relações interpessoais e uma estrutura familiar estável.

No que concerne aos aspetos relativos à saúde a pessoa com doença crónica, que faça excesso de medicação, que possua uma doença psiquiátrica grave, ou tenha consumos excessivos de álcool ou drogas tem mais risco de se suicidar que o que seja saudável e não consuma drogas.

No que diz respeito à atividade suicida, a pessoa que tenha ideação suicida, principalmente prolongada que tenha múltiplas tentativas e que o planeie tem mais risco de o concretizar do que a pessoa que poucas vezes tenha pensado ou que deseje mudar de vida.

No que aos recursos que pessoa possui, considera-se de alto risco a pessoa com um *insight* pobre ou que se isole e que a família esteja pouco envolvida com a pessoa, em contraponto com uma família que se envolva, e que a pessoa tenha um afeto adequado e um bom *insight*.

1.7 – SINAIS DE ALERTA

Os sinais e sintomas surgem quando estamos perante uma situação em que existe uma pessoa com ideação suicida. Tendo em conta Neeb (2000), podemos dizer que, numa pessoa em risco de cometer o suicídio, normalmente, ocorrem grandes mudanças de humor que são perfeitamente visíveis. Quando esta alteração ocorre, é sinal de que a pessoa tomou a decisão pessoal e que a dor que está a ser experimentada terminará em breve, para essa pessoa. Para alguns, a tentativa de suicídio, resultando numa morte, pode ser a única situação em que tenham alguma vez sentido que podiam controlar as suas vidas. Alguns não pensam nas pessoas amigas e familiares que ficam, uma vez que a sua dor suplanta a dos outros.

Seguindo o raciocínio do mesmo autor, podemos dizer que as pessoas com esta perturbação começam a oferecer bens pessoais, numa tentativa de libertação, e definem quem receberá os bens/artigos. Normalmente, estas pessoas, para justificarem este ato, dizem simplesmente que chegou a altura de limpar parte da casa, ou então, que já não precisam de determinado artigo e que gostariam de dar a alguém de referência, existe assim uma forma de a pessoa se despedir dos outros ou insinuar que não estará presente no futuro. A pessoa começa a falar acerca da morte e do suicídio ou mostra-se

preocupada em querer aprender sobre estas matérias. Quando este tipo de curiosidade se torna numa preocupação e num pensamento único para a pessoa, significa que ele está com ideação suicida. Normalmente, estas pessoas tendem a ter dificuldades em adormecer, ou então, acordam muito cedo de manhã.

Segundo Santos (2006) existem ainda alguns sinais de alarme que podem identificar uma possível tentativa de suicídio. Entre eles destaca-se tentativas de suicídio prévias, abuso de álcool ou de drogas, um aumento da tristeza e de isolamento social, comportamentos impulsivos ou agressivos, chegando a pessoa a ter problemas com as autoridades.

Existem na vida da pessoa, alguns momentos que aumentam o risco de suicídio, segundo a Santos (2006), quando a pessoa entra em conflito com os pais ou companheiro (a), chegando a haver o fim de um namoro ou mesmo um divórcio, principalmente se o mesmo for litigioso.

Estes sinais deverão ser sempre valorizados por parte da família e dos profissionais de saúde, para o planeamento de uma intervenção adequada de todas as pessoas envolvidas.

1.8 – PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A PESSOA COM IDEAÇÃO SUICIDA

A ideia de que *"quem fala não faz"* não é verdadeira, no que diz respeito às tentativas de suicídio. É errado não valorizar as tentativas de suicídio, que pareçam ter sido feitas apenas para atrair a atenção do universo sociofamiliar, devendo estas ser interpretadas como um pedido de ajuda. Esta premissa é apoiada por Taylor (1992) que afirma que uma pessoa, que descreve a sua vida como algo sem significado, que sugere não viver durante muito mais tempo ou que se automutila, é considerada sob risco de cometer suicídio.

Existem ainda algumas divergências na utilidade do internamento na pessoa que tenta o suicídio, principalmente quando falamos do para-suicida. Landame (1981) e Sampaio (1985), citados por Saraiva (2006), referem que existe o risco de regressão, o que não é benéfico para o tratamento. Já Chabrol (1984) e Klerman (1986), também citados por Saraiva (2006), defendem o internamento curto para tirar partido de um maior envolvimento familiar.

Neste internamento, preconiza-se uma abordagem ao método de resolução de problemas, som sessões terapêuticas de uma hora, em dias alternados, onde se deverá,

como refere Saraiva (2006), “identificar, especificar e hierarquizar problemas; estabelecer soluções alternativas; definir objetivos a atingir” (216).

Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista em saúde mental, dada a sua formação, tem um papel importante neste percurso. É fundamental que o enfermeiro programe as entrevistas de forma a permitir uma compreensão do comportamento, permitindo à pessoa exprimir as suas emoções. O enfermeiro deve, como indica Santos (2007), avaliar “elementos críticos, que incluem avaliação da intenção suicida; evolução do risco de suicídio, risco de autoagressão para o indivíduo e para os outros, estado mental, necessidade de tratamento psiquiátrico e necessidade de contenção física” (71).

Segundo Mendes (1975), a prevenção é o melhor tratamento, pelo que foram criados vários Centros SOS - Voz Amiga, com o intuito de ajudar e intervir junto da pessoa com comportamentos suicidários. Segundo o mesmo autor, a prevenção do suicídio deve englobar quatro aspetos fundamentais:

1. Uma tarefa educativa global, no sentido de um melhor esclarecimento da comunidade face ao problema do suicídio, evitando a estigmatização das pessoas em risco e mobilizando recursos disponíveis;
2. A identificação correta de grupos de risco, com medidas eficazes de tratamento para idosos, depressivos, alcoólicos e jovens adolescentes (relativamente à compreensão da importância dos comportamentos autodestrutivos);
3. O estudo prévio dos fatores precipitantes do comportamento suicida, através de um estudo epidemiológico correto da área que se quer estudar;
4. A reorganização dos serviços de saúde mental das áreas mais afetadas, sobretudo através de serviços de atendimento de fácil acesso.

A prevenção do suicídio consiste num conjunto de intervenções que devem ser executadas, para uma atempada deteção na comunidade, para o encaminhamento para especialistas e para a gestão do comportamento suicida, estes são passos importantes na prevenção do suicídio.

A OMS (2006) considera que o nível primário de prevenção do suicídio diz respeito a pessoas que ainda não mostram sinais de tendência suicida, ou em que os transtornos são ainda muito limitados. A prevenção deve focar-se no apoio e melhoria do funcionamento em contextos interpessoais e sociais, bem como em diminuir significativamente as condições de risco emocionais, físicas e económicas. Os programas comunitários que se concentram na saúde mental positiva também são úteis para prevenção do suicídio.

A prevenção passa, muitas vezes, pela prática do aconselhamento profissional. Segundo a OMS (2006), o aconselhamento profissional é definido como a aplicação de princípios de saúde mental, psicológicos, ou de desenvolvimento humano, através de estratégias cognitivas, afetivas, comportamentais ou de intervenção sistémica, já que, ao usarem estas estratégias, os profissionais estão a lidar "com questões de bem-estar, de crescimento pessoal e de desenvolvimento da carreira, assim como com a patologia da saúde mental" (1).

Perante um ato suicida é fundamental uma rápida intervenção. A pessoa deve ser levada para um hospital, onde será avaliada por uma equipa multidisciplinar. Com isto, pretende-se atuar e reverter esse estado clínico e, também, compreender o que levou a pessoa a ter comportamentos autodestrutivos. Após a avaliação da pessoa, o tratamento pode ser efetuado em meio hospitalar ou em ambulatório. Quando a pessoa é internada efetua-se um plano, onde se verificam quais os apoios sociais a que a pessoa tem acesso e quais as possibilidades desta voltar a cometer o mesmo ato. Durante o internamento, há que ter em atenção que a pessoa não deve permanecer sozinha nem junto a objetos que a possam levar a novo comportamento de risco.

Quando o tratamento é em ambulatório, é efetuado um contrato entre os profissionais e a pessoa, onde esta concorda em não fazer mal a si, nem a outros por um determinado tempo estipulado. Nestas situações, o contrato é sempre acompanhado por diversas visitas, que a pessoa terá de fazer ao hospital. A família é sempre englobada nesta forma de tratamento, de forma a ajudar o familiar a cumprir o contrato.

O tratamento, realizado em internamento ou em ambulatório, efetua-se com auxílio de antidepressivos. As pessoas devem ser acompanhadas de perto durante várias semanas após o início da medicação, uma vez que o seu efeito não é imediato e a pessoa pode sentir a necessidade de realizar, novamente, o ato suicida.

As perturbações de humor, igualmente, designadas de perturbações do afeto, são alterações referidas pelos indivíduos como alterações extremas no humor e no afeto. Segundo Kaplan (2007) "As pessoas normais experimentam uma ampla faixa de humores e têm um repertório igualmente variado de expressões afetivas; elas sentem-se no controle mais ou menos de seus humores e afetos. Os transtornos do humor constituem um grupo de condições clínicas caracterizadas pela perda deste senso de controlo e uma experiência subjetiva de grande sofrimento." (493)

Uma pessoa com perturbações do humor o humor deprimido tem um maior potencial para adotar comportamentos autodestrutivos. Esta situação corresponde, sem

dúvida, a um dos problemas mais sérios com que o enfermeiro se pode deparar, constituindo-se como um desafio à relação de ajuda a estabelecer entre enfermeiro e cliente. Os métodos ou técnicas a adotar perante a pessoa com ideação suicida variam, dependendo da situação do indivíduo. No entanto, é fundamental que cada enfermeiro esteja familiarizado com alguns princípios básicos relativos ao tratamento destas pessoas (Taylor, 1992):

Um ambiente, que ajude a pessoa a suportar a dor emocional, beneficiará o tratamento das tendências autodestrutivas;

Se possível, deve ser destacado um enfermeiro experiente na área da saúde mental e psiquiátrica, que permaneça, constantemente, com a pessoa. Esta solução, corresponde a uma alternativa à retirada de todos os objetos potencialmente perigosos, da proximidade da pessoa. A tentativa de remover quaisquer equipamentos com os quais a pessoa se possa ferir não é uma solução praticável, pois qualquer utensílio do processo de vida diário pode ser usado com intuito destrutivo;

O enfermeiro deve compreender esforços no sentido de integrar a pessoa em atividades ocupacionais, sociais e recreativas, valorizando-a como um ser humano digno e útil. O foco da atenção e supervisão do enfermeiro deve-se centrar sempre nos sentimentos da pessoa, no sentido de a ajudar a lidar com as suas emoções. A privação da pessoa da sua liberdade de deambular pode aumentar as suas tendências suicidas, convencendo-a de que praticou um crime imperdoável e que está a ser punida. Se a pessoa sente que o enfermeiro e a restante equipa de saúde se interessam verdadeiramente por ela, que lhe permitem falar das suas preocupações e que a sua necessidade de reconhecimento e apoio emocional são atendidas, a incidência de novas tentativas de autodestruição diminui drasticamente.

Por outro lado, o enfermeiro deve incidir a sua atuação também na família da pessoa, pois é importante o seu envolvimento, uma vez que se consegue uma maior maximização das forças familiares, como forma de transportar a pessoa e a própria família para fora da crise.

1.9 – CUIDAR DA PESSOA COM IDEAÇÃO E COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS

O enfermeiro deve estabelecer uma relação de empatia, para perceber verdadeiramente o lugar da pessoa, a forma como ela vê o mundo. Assim, a empatia exige que o enfermeiro se centre totalmente na pessoa, com o fim de identificar e de

compreender bem o conteúdo das suas mensagens. As manifestações físicas podem constituir um método de comunicar o desejo de cometer o suicídio, daí ser importante que o enfermeiro escute as queixas físicas da pessoa.

O suicídio é um ato de comunicação, que pode ser evitado comunicando com a pessoa, de forma a romper o isolamento em que esta está envolvida. Assim, a relação de ajuda, estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa, é fundamental para romper este isolamento no sentido de:

a) Ajudar a melhorar a capacidade de comunicação;
b) Proporcionar condições para que a pessoa possa crescer no plano pessoal;
c) Fazê-la viver experiências positivas e gratificantes ao nível emocional;
d) Aumentar a sua autoestima e levá-la a desenvolver atitudes positivas face à situação em que está envolvida;
e) Ajudar a encontrar um sentido de vida, ressaltando a esperança, o seu valor como pessoa e a sua importância na família;
f) Ajudar a tomar decisões, no sentido de a orientar posteriormente.

O enfermeiro pode não saber quando é que existe um potencial suicida, especialmente numa primeira vez, pelo que é importante pôr em prática capacidades de observação e de comunicação, para reconhecer os sinais indicadores de risco.

Embora o potencial suicida apresente sinais de estar a pensar cometer o ato, o enfermeiro precisa de entender que a ausência de indícios não elimina a possibilidade de este vir a cometê-lo. Se houver qualquer suspeita de ideias suicidas, é melhor correr o risco de confrontá-las com a própria pessoa do que ignorar o facto eminente. O enfermeiro deve também implementar intervenções, no sentido de promover a vida da pessoa. Para tal, ao ser responsável pela pessoa deve:

a) Manter-se atento, vigiando-o frequentemente.
b) Zelar pela segurança da pessoa, mantendo afastados objetos potencialmente perigosos (facas, tesouras, vidro, lâminas de barbear, cintos, limas de unhas e linhas), assim como evitar ambientes ou situações propícias que lhe permitam pôr termo à vida.
c) Assegurar-se de que os medicamentos são efetivamente ingeridos, pois o possível suicida pode recorrer a diversas maneiras como forma de justificar a sua toma e, assim, pode guardar os medicamentos até ter um número suficiente para se suicidar.

d) Manter uma atitude não crítica, não julgadora e desenvolver uma escuta atenta e paciente sobre os motivos que levam a pessoa a cogitar o suicídio (a escuta do outro é fundamental, é uma forma de dar oportunidade de materializar a palavra) e salientar a esperança na possibilidade de melhoria pela psicoterapia ou pela medicação antidepressiva.

O enfermeiro, ao adotar uma escuta ativa durante o diálogo com a pessoa, pode ajudar a resolver os problemas que a atormentam e talvez prevenir através da palavra. A palavra, em algumas situações, só por si, não cura, mas pode ser uma ajuda fundamental (tudo depende de quem a usa, da palavra usada e de como é usada).

Almeida (1997) aponta para a necessidade do enfermeiro avaliar a pessoa, evitando os preconceitos/estereótipos existentes, nomeadamente os de que os suicidas não devem ser levados a sério, que é mau falar dos pensamentos suicidas e de morte, que só os psicóticos se suicidam, que se falam em suicidar não se matam, que uma boa casa e dinheiro previnem o suicídio, que são pessoas manipuladoras.

O enfermeiro deve ajudar na expressão da perceção da situação, baseando-se na pessoa que está em risco. Almeida (1997) diz que se deve tentar envolver a família e/ou amigos nesta intervenção, de forma a escutar, reformular o sentimento, compreendendo a dor e a necessidade de a verbalizar, através de recordações agradáveis.

Uma entrevista inicial tem uma importância vital, pois, como refere Saraiva (1999), os primeiros minutos de estabelecimento do contacto, são determinantes para a relação empática e para o sucesso ou não das interações terapêuticas. Esta entrevista visa a compreensão do comportamento, permitindo à pessoa exprimir emoções.

Hawton (2000) refere que, independentemente dos técnicos envolvidos no atendimento à pessoa, estes deverão ter uma experiência razoável e aptidões na interação junto dos indivíduos com distúrbios emocionais e psiquiátricos, além de um bom treino na avaliação e tratamento. Além da formação e treino, o ideal é que a supervisão e o acompanhamento sejam feitos por uma equipa multidisciplinar.

O enfermeiro deve indicar os principais problemas, recolher a história relevante, categorizar o indivíduo de acordo com a sua situação, identificar prioridades e indicar a área de intervenção e acompanhamento, iniciando o diagnóstico e a primeira ajuda ou primeiras medidas terapêuticas:

a) Expressão de emoções - Este é um objetivo permanente da intervenção junto do indivíduo (evitando perguntas que contenham juízos de valor ou impliquem críticas não apropriadas).

b) Entrevista - Ultrapassada a primeira fase de intervenção (visando a eliminação do fármaco/tóxico ou outros cuidados), deve-se continuar a incentivar a expressão das emoções, agora através de uma entrevista mais sistematizada, num ambiente mais protegido e com maior privacidade, procurando encontrar algumas repostas, nomeadamente:

- ✓ Que explicações para o para-suicídio (razões e objetivos)?
- ✓ Qual o grau de intenção suicida (existe risco imediato de suicídio)?
- ✓ Que tipo de problemas presentes nas pessoas?
- ✓ A pessoa tem algum problema psíquico?
- ✓ Que tipo de ajuda será mais apropriada para a pessoa e se ela pretende essa ajuda.

A intervenção deverá incidir no *coping* e autoconceito e estabelecendo uma compreensão empática com a família, que tem necessidades de informação sobre o comportamento suicida (fatores causais, fatores de risco e protetores), de como lidar com a pessoa (ceder ou não a exigências, quais os limites, etc.), de como lidar com a comunidade (combater o estigma) e de como lidar com os técnicos de saúde. A compreensão empática é definida por Chalifour (2008) citando Gordon (1964) como "o processo pelo qual uma pessoa é capaz, sob um modo imaginário, de se colocar no papel e na situação de uma outra pessoa a fim de aprender os sentimentos, as perspectiva, as atitudes e as tendências próprias ao outro, numa dada situação" (198).

2 - ENQUADRAMENTO DISCIPLINAR E PROFISSIONAL

Ao abordar um fenómeno como o suicídio, deparamo-nos com alguma facilidade com a pergunta o que somos nós? Qual a finalidade da própria vida? Quais são as motivações de um indivíduo em terminar com a sua própria vida? E, a não menos importante questão, que tipos de abordagem terapêutica poderemos ter com alguém que quer pôr termo à sua própria vida.

Todas estas questões não têm necessariamente de ter uma resposta concreta e objetiva, pois iriamo-nos deparar com um sem número de possíveis respostas e de possíveis novas perguntas, para as quais voltaríamos a ter inúmeras respostas. Mas, quando nos propomos a dissertar sobre uma temática desta complexidade, cabe-nos a responsabilidade de refletir com a profundidade exigida sobre a última questão. Como pode um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica ajudar a pessoa que quer pôr termo à própria vida?

Em primeiro lugar, será necessário o próprio enfermeiro posicionar-se decisivamente no que diz respeito aos aspetos da sua profissão. A vinculação a uma escola de pensamento e a uma teoria são decisivos para que a sua atuação tenha uma identidade para que possa consequentemente ter sucesso. Neste capítulo, é sugerido um posicionamento na profissão e uma teoria que é a base de toda a intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica no aconselhamento da pessoa com ideação/intenção suicida.

2.1 – PARADIGMA DA INTEGRAÇÃO

Um paradigma segundo Alligood (2004), "é uma expressão usada para mostrar o esquema ou abordagens prevalecentes numa disciplina" (8), como refere Lopes (1999) citando Kuhn (1972) o conceito de paradigma é "entendido como um conjunto organizado de crenças, valores, de leis e de princípios, de metodologias e respetivas formas de aplicação, para o qua as disciplinas deveriam convergir" (33). Kérouac et al. (1994) refere que existem três paradigmas e denomina-os de Paradigma da Categorização, Paradigma da Integração e paradigma da transformação.

Estes paradigmas segundo Lopes (1999) são localizados cronologicamente, referindo que "esta localização tem a ver com a predominância das ideias e valores inerentes a esse paradigma numa determinada época" (34). Abordamos o paradigma da

integração, uma vez que este influenciou a orientação da enfermagem para a pessoa e influenciou de forma mais concreta toda a realização deste relatório.

Este paradigma surge nos Estados Unidos após a 2ª Guerra Mundial em que foram detetadas enormes carências num elevado número de pessoas e verificou-se um grande desenvolvimento em diversas áreas das ciências, destaca-se na psicologia o aparecimento da terapia centrada na pessoa desenvolvida por Carl Rogers (1951) e as teorias de Maslow (1943, 1954) sobre a motivação (Lopes, 1999)

Segundo Kérouac (1994) todas as ciências punham em evidência a importância da pessoa no seio da sociedade. Neste paradigma, os fenómenos perspetivam-se como multidimensionais e os acontecimentos como contextuais (Lopes, 1999).

Neste contexto, os cuidados de enfermagem passaram a ter como objetivo a manutenção da saúde da pessoa em todas as suas dimensões, o enfermeiro segundo Lopes (1999) "era responsável pela avaliação das necessidades de ajuda à pessoa, tendo em conta a perceção e a sua globalidade. Desta avaliação resultava um diagnóstico que deveria ser validado com a pessoa" (40). Emerge, assim, o conceito de agir com a pessoa com o objetivo de responder às suas necessidades (Lopes, 1999). Segundo Meleis (1991) citada por Kérouac (1994) o enfermeiro tem como foco da sua atenção a situação presente e utiliza os princípios da relação de ajuda. Segundo Kérouac (1994), o enfermeiro passa a ser um conselheiro que ajuda a pessoa a escolher os comportamentos de saúde que se melhor se adaptam a um funcionamento pessoal e interpessoal mais harmonioso. Considera-se que a pessoa é formada pela soma de todas as partes que estão interligadas, refiro-me às suas componentes biológicas, sociológicas, culturais e espirituais (Kérouac; 1994). Nesta perspetiva, segundo Kérouac (1994), a pessoa pode influenciar os fatores preponderantes da sua saúde. Ela procura as melhoras condições possíveis para ter um estado de saúde ótimo.

Com este paradigma, saúde e doença passaram a ser encarados de forma diferente, uma vez que passaram a ser entendidas como duas entidades distintas que coexistem e que estão em interação dinâmica (Lopes, 1999). Kérouac (1994) refere que a saúde é um ideal a atingir influenciado pelo contexto em que a pessoa vive.

Por outro lado, entende-se que o ambiente é formado por diversos contextos onde a pessoa está inserida (Lopes; 1999). Kérouac (1994) indica que as interações entre o ambiente e a pessoa fazem-se sob a forma de estímulos positivos, negativos e de reações de adaptação.

A maioria das conceções da disciplina de enfermagem foram criadas a partir da orientação para as pessoas. Neste paradigma, foram elaborados modelos concetuais, dada a necessidade de clarificar a prática de cuidados, e para a investigação em enfermagem (Kérouac, 1994).

Neste paradigma desenvolve-se a investigação disciplina de enfermagem, com o objetivo da melhoria dos cuidados prestados e com a necessidade de desenvolver uma base de conhecimentos em ciências de Enfermagem. Segundo Lopes (1999) houve uma utilização de quadros teóricos de outras áreas do conhecimento, entre as quais, a Psicologia, destaco a utilização de Freud e Rogers.

2.1.1 – Escola da Interação

Segundo Lopes (1994) a escola da Interação, tem origem nos Estados Unidos da América no fim da década de 50 início da década de 60. Tendo vido colmatar o crescente aumento de atenção para as necessidades relacionais e de intimidade das pessoas.

A escola da interação, segundo Lopes (1994) foi influenciada por teorias, tais como a terapia centrada na pessoa, de Rogers (1974), a teoria sistémica de Bertalanffy (Moigne, 1977), a fenomenologia e o existencialismo. São varias as teóricas que se incluem na escola de interação destaco assim Peplau (1990), I. King (1968) e Paterson e Zderad (1988).

Segundo Diniz (2009) a escola de pensamento da interação concebe a Enfermagem como um processo interativo humano e focaliza o desenvolvimento das relações entre a pessoa e o enfermeiro, devendo este último promover um ambiente de ajuda entre ambos. Aborda assim o cuidar como uma relação interpessoal possibilitando uma interação entre a pessoa que cuida e a que é cuidada. Tem como objetivo dar resposta aos problemas que se apresentam no binómio saúde/doença. A pessoa que é cuidada é entendida como um ser individual, único, diferente de todos os outros, influenciado pelo meio ambiente, pela cultura e pelas experiencias da pessoa, sendo que a pessoa tem a capacidade de fazer as próprias escolhas.

Lopes (1994), define saúde como “um ponto de vista dinâmico, como a capacidade de ajustamento aos stressores do ambiente interno e externo e pela utilização ótima das recursos, com o objetivo de a pessoa aprofundar o seu máximo de vida” (51). Lopes (1994) refere ainda que o ambiente “é constituído pelo conjunto de pessoas

significativas com o qual cada um de nós interage" (51). Já, os cuidados de enfermagem Segundo Lopes (1994) " são entendidos como um processo interativo entre uma pessoa que tem a necessidade de ajuda e uma outra capaz de lha oferecer" (54)

O enfermeiro tem esse papel de ajudar o outro, embora como refere Lopes (1994) "precisa de clarificar os seus próprios valores" (54), ainda mais numa área onde a morte do outro e a vontade do outro em morrer, é o foco a trabalhar.

2.1.2 – Teoria das Relações Interpessoais - Hildegard Peplau

Tomey e Alligood (2004) referem que Peplau "usou o conhecimento retirado da ciência comportamental e daquilo que pode apelidar-se de modelo psicológico para elaborar a sua teoria de relações interpessoais" (425). George (2000) de acordo com Peplau, admite que, " a enfermagem é terapêutica por ser uma arte curativa, auxiliando o indivíduo enfermo ou necessitado de atendimento de saúde" (46).

Segundo Pearson e Vaughan (1992), o modelo de Peplau utiliza a teoria do desenvolvimento como principal tema de organização, considerando que cabe ao enfermeiro ajudar a pessoa a desenvolver-se, a crescer e a automizar-se. Desta forma, Peplau apresenta a enfermagem como um processo interpessoal de interações terapêuticas entre o enfermeiro e a pessoa, cuja finalidade é a de esclarecer os seus problemas, estabelecer metas mutuamente aceitáveis e resolver esses problemas. Howk (2004) refere que "o seu trabalho permitiu aos enfermeiros ensinar as pessoas de quem cuidam a explorarem os seus sentimentos ajudando-os a lidar com os mesmos" (425). Peplau propõe assim um modelo de enfermagem psicodinâmica, capaz de compreender o comportamento de uns para ajudar outros a identificar as dificuldades sentidas.

Peplau considera, a enfermagem como um processo interpessoal, uma vez que privilegia a interação entre dois ou mais indivíduos, como uma meta comum, funcionando esta meta comum como um incentivo para o desenrolar do processo terapêutico, no qual se verifica um respeito mútuo entre o enfermeiro e o doente, resultando este processo numa aprendizagem e crescimento, como consequência da interação entre ambos.

Para George (2000), "cada indivíduo pode ser visto como uma estrutura biológica, psicológica, espiritual e sociológica que não irá reagir da mesma forma que outro indivíduo" (46). Todas as diferenças têm de ser consideradas durante o processo interpessoal. Citando Peplau, este autor considera " a enfermagem como uma força

amadurecedora e um instrumento educativo" (46), uma vez que Peplau acredita que a enfermagem é uma experiência que promove a aprendizagem tanto do doente como de todos os indivíduos envolvidos no processo interpessoal.

A sua teoria, considerada uma teoria de médio alcance. É centrada na interação entre o enfermeiro e a pessoa. Na teoria de Peplau, a pessoa é considerada como o foco de atenção por parte da enfermagem, tendo o enfermeiro o dever de agir para a pessoa, com o objetivo de produzir mudanças que influenciem de forma positiva a sua vida. As metas a serem atingidas, deverão ser estabelecidas pelo enfermeiro e pela pessoa, dado que, se não coincidirem, as ações estão condenadas ao fracasso desde o início. Na Teoria das Relações Interpessoais, há uma preocupação em colocar o enfermeiro ao mesmo nível da pessoa para se conseguir uma relação de ajuda. A teoria de Peplau postula que a enfermagem é útil, tanto para o enfermeiro como para a pessoa, uma vez que ambos crescem com a experiência e com a aprendizagem.

George (2000) indica que, no modelo de Peplau, o enfermeiro assume diferentes papéis profissionais, durante as diversas fases:

a) Professor – aquele que partilha conhecimento a respeito de uma necessidade ou interesse;
b) Recurso – aquele que oferece informações específicas e necessárias, que auxiliam na compreensão de um problema ou situação nova;
c) Conselheiro – aquele que, através da utilização de determinadas habilidades e atitudes, auxilia outra pessoa no reconhecimento, aceitação e solução de problemas que interferem na sua capacidade de viver feliz;
d) Líder – aquele que executa o processo, que providencia cuidados físicos, exibindo habilidades físicas;
e) Substituto – aquele que assume o lugar do outro.

Peplau divide o processo interpessoal em quatro fases sequenciais, que são:

1. Orientação;
2. Identificação;
3. Exploração;
4. Resolução.

Segundo George (2000), "cada uma destas fases sequenciais sobrepõe-se, interrelaciona-se e varia em duração à medida que o processo evolui para uma solução" (46).

2.1.2.1 - Fase de Orientação

A orientação é a fase inicial do processo interpessoal de Peplau, sendo, nesta fase, que a pessoa e o enfermeiro encontram-se como estranhos. George (2000), citando Peplau, refere que, nesta fase inicial, "o paciente e/ou família tem uma necessidade percebida" (47), sendo, por isso, que procura assistência profissional. Na fase de orientação, a pessoa sente que as suas necessidades não estão satisfeitas e procura ajuda. Após o pedido de ajuda, o enfermeiro intervém, auxiliando-a a reconhecer o problema, a compreende-lo definindo qual o tipo de ajuda necessária. Nesta fase, segundo George (2000) é, "da maior importância que a enfermeira trabalhe em colaboração com o paciente e a família na análise da situação, de forma que juntos possam reconhecer, esclarecer e definir o problema existente" (47). É, precisamente, nesta fase, que se estabelece um vínculo entre o enfermeiro e a pessoa, que continua a ser fortalecido ao longo do tempo, enquanto as preocupações vão sendo identificadas. É também, na fase da orientação, que a pessoa e o enfermeiro, através da comunicação e em conjunto, tomam uma decisão sobre o tipo de assistência profissional de que a pessoa necessita.

George (2000:47) indica que "a fase de orientação é diretamente afetada pelas atitudes do paciente e da enfermeira sobre dar ou receber ajuda de uma pessoa" (47), acrescentando que " a enfermagem é um processo interpessoal e tanto o paciente, quanto a enfermeira têm partes igualmente importantes na interação terapêutica" (47).

2.1.2.2 – Fase de Identificação

Na fase de Identificação, segundo George (2000), *"o paciente responde selectivamente, às pessoas que podem preencher as suas necessidades" (48).* O mesmo autor, citando Peplau, identifica três etapas, no que respeita à resposta do doente ao enfermeiro:

1. O doente participa com o enfermeiro e é independente dele;
2. O doente é autónomo e independente do enfermeiro;
3. O doente é passivo e dependente do enfermeiro.

George (2000) refere que, “durante a fase de identificação tanto o paciente como a enfermeira devem esclarecer as suas próprias perceções e expetativas, sendo estas influenciadas pelas experiências anteriores” (48). A pessoa identifica quem o pode ajudar e estabelece-se a relação terapêutica. O enfermeiro ajudá-la-á a explorar os seus sentimentos, a fortalecer os aspetos positivos e a satisfazer as suas necessidades

2.1.2.3 – Fase de Exploração

George (2000) indica que, passada a fase de identificação, “o paciente inicia a fase de exploração, na qual tira vantagens de todos os serviços disponíveis” (49). Acrescenta ainda que à medida que “o paciente evolui na fase de identificação, começa a ter a sensação que aquele problema lhe pertence e que consegue lidar com ele” (48). Segundo este autor, “estas modificações proporcionam a diminuição de sentimentos de desamparo e de falta de esperança, proporcionando uma atitude otimista da qual deriva uma força interna” (48). Mas, muitas vezes, o enfermeiro pode ter de lidar com doentes que oscilam entre a dependência e a independência, devendo, de acordo com George (2000), “abordar o comportamento específico que é apresentado, em vez de tentar manipular os problemas compostos da inconsciência” (50) e “proporcionar uma atmosfera de aceitação e de apoio, em que a pessoa se possa tornar autoconsciente, começando a utilizar os seus pontos fortes para minimizar as suas fragilidades” (50). A pessoa é capaz de atingir objetivos recém-propostos, retirando dessa relação os aspetos que a ajudarão a determinar e atingir novos objetivos Na fase de exploração, o enfermeiro usa, como refere George (2000), “instrumentos de comunicação como esclarecimento, a escuta, a aceitação, o ensino, a interpretação” (50).

Nesta fase, segundo George (2000), o enfermeiro deverá preocupar-se, em, “encorajar o paciente a reconhecer e explorar os seus sentimentos, pensamentos, emoções e comportamentos, proporcionando uma atmosfera sem críticas e um clima emocional terapêutico” (49).

Através da autodeterminação, a pessoa desenvolve, de modo progressivo, a responsabilidade por si mesmo, a crença nas suas capacidades e a adaptação dirigida à autocompetência e à independência.

2.4.1.4 – Fase de Resolução

A resolução é a última fase do processo interpessoal e, de acordo com George (2000), "as necessidades do paciente já se encontram satisfeitas, tendo este facto resultado de um trabalho conjunto do paciente e da enfermeira. Agora ambos necessitam de pôr termo ao relacionamento terapêutico e dissolver os laços existentes entre ambos" (50). A pessoa é capaz de projetar novos objetivos, libertando-se progressivamente da identificação com o enfermeiro

É também na resolução que a ansiedade e a tensão aumentam, tanto em relação ao enfermeiro como à pessoa, pois, se não houver um término bem sucedido nesta fase, pode-se pôr em causa todo o processo e influenciar negativamente as conquistas da pessoa.

2.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

O Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, que regulamenta o exercício profissional dos enfermeiros, citado pela Ordem dos enfermeiros (2003), refere que:

> A enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (19).

Segundo a OE (2010), "os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível" (1).

A OE (2010) define que:

> Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. (2)

No que diz respeito ao EESMP, a OE (2010) indica que este:

> 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 (1).

A enfermagem de saúde mental, segundo a OE (2010),

> 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 (1).

Uma das questões que se pode pôr ao ler este relatório é saber se os EESMP têm competências para executar um aconselhamento com a pessoa com ideação/intenção suicida. Por isso, é importante definir primeiro o que são competências.

Ceitil refere que competências são "comportamentos específicos que as pessoas evidenciam, com uma certa constância e regularidade, no exercício das suas diferentes atividades profissionais" (41).

Ceitil (2007) indica ainda que competências devem ser identificadas, segundo quatro perspetivas:

1) As competências como atribuições;
2) As competências como qualificações;
3) As competências como traços ou características pessoais;
4) As competências como comportamento ou ações.

As competências como atribuições "são consideradas como prerrogativas que determinadas pessoas podem (ou devem) usar e que são inerentes ao exercício de determinados cargos, funções ou responsabilidades, sendo, por isso, não contingenciais, nem às características pessoais, nem aos desempenhos dos seus respetivos detentores" (Ceitil, 2007,25). Assim sendo, o autor indica que as competências são um elemento externo à pessoa, sendo que são elementos formais, quer a pessoa faça uso delas ou não.

As competências como qualificações, são "um conjunto de saberes ou de domínios de execução técnica que as pessoas poderão adquirir, seja por via do sistema formal de ensino, seja por via da formação profissional, seja ainda, (…), por outras modalidades de aprendizagem ao longo da vida" (Ceitil, 2007, 25). Neste caso, a pessoa está qualificada para determinada função, caso tenha formação para o efeito.

As competências como traços ou características pessoais significam, constituem, uma característica intrínseca à pessoa, pois são "uma parte profunda e estruturada da

personalidade da pessoa e que pode predizer o comportamento dessa pessoa numa ampla variedade de situações ou atividades profissionais" (Ceitil, 2007, 31).

Finalmente, o autor, acima citado, indica que as competências, como comportamentos ou ações, só podem ser analisadas e só fazem sentido em contexto de ação, uma vez que, mesmo que a pessoa possua um conjunto de traços ou características pessoais, que possam ser preditoras de um bom desempenho, esse bom desempenho pode não ocorrer.

Ceitil (2007) divide as competências em transversais e específicas, sendo que as competências transversais são as mais universalmente requeridas e aplicam-se em contextos mais amplos e diversificados.

As competências específicas são aquelas que são requeridas para atividades ou contextos mais restritos, sendo associadas a domínios técnicos e instrumentais.

A pessoa com ideação/intenção suicida mostra, na verdade, bastante sofrimento e apresenta respostas desadaptadas e desajustadas na resolução dos problemas da sua vida. Segundo a OE (2010), o EESMP, ao abordar a pessoa tem a competência de desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, no tratamento e reabilitação psicossocial.

O EESMP, ao estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa com ideação/intenção suicida, utiliza-se a si próprio como recurso terapêutico, pois serve-se da sua experiência de vida pessoal e profissional. Ao fazê-lo, o enfermeiro estabelece uma relação de confiança com a pessoa, criando uma aliança terapêutica, que a ajudará a considerar o suicídio como uma não opção, ajudando a pessoa a adequar as respostas face aos problemas que enfrenta, ajudando-a a promover e recuperar a sua qualidade de vida (OE, 2010).

O EESMP é um profissional proficiente uma vez que, segundo Nunes (2010), "percebe e compreende situações como partes de um todo; toma decisões baseadas em compreensão mais holística e aprende com a experiência, o que esperar em certas situações e como modificar os seus planos de ação" (4). Também Benner (2001) refere que o enfermeiro aprende pela experiência, conhecendo quais os acontecimentos típicos que acontecem numa determinada situação e como se pode reconhecer que o que era previsto não se vai concretizar" (56). Analisando este pensamento, o EESMP enquadra-se neste estado, uma vez que, novamente referenciando Benner (2001), falando ainda dos enfermeiros proficientes, estes "aprendem melhor quando se utilizam os estudos de caso, que põem à prova e requerem capacidade de aprender uma situação"(56). Benner

(2001) indica que o enfermeiro proficiente "apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados, e as suas ações são guiadas por máximas" (54). Há que notar que a perceção é aqui uma palavra-chave, como diz Benner (2001), pois "a perspetiva não é muito bem pensada mas apresenta-se por si mesma, porque é fundada sobre uma experiência e os acontecimentos recentes" (55).

No entanto, apesar de proficiente, é desejável que o EESMP aspire a ser perito. Benner (2001) designa como perito aquele que passa "muito tempo a pensar na evolução de um doente" (127) e antecipa "problemas que podem surgir e o que faria 'para os resolver'" (127). Benner (2001) refere também que o enfermeiro perito é aquele que "trabalha com um olho no futuro" (128), sabendo que pretende, precisamente, pensar no futuro e na evolução da pessoa. Benner (2001) diz ainda que estes enfermeiros, "são capazes de separar os problemas, estabelecer rapidamente as prioridades", "sabem agir face a situações imprevisíveis" e "têm confiança na sua própria capacidade" (138). No entanto, pode-se pôr a questão, quando é que o EESMP passa a ser perito? Nunes (2010) indica que o enfermeiro para ser perito "no domínio científico, ligado a um aprofundamento da conceção de ciência e a perspectiva epistémica; configura-se a exigência de grau (doutoramento) " (5), o que requer do EESMP habilitações académicas adicionais.

Nunes (2010) refere que, para o enfermeiro ser perito, também tem que ter intervenções no domínio técnico e prático, no domínio clínico, na prestação direta de cuidados, na gestão, na assessoria, na investigação, na formação e no ensino. Estas áreas não estão dependentes de mais formação profissional ou de mais formação académica do que aquelas que o EESMP já não possua; no entanto, o seu desenvolvimento remete para a vontade do próprio profissional em intervir e para as oportunidades com que o mesmo se depara e que o podem valorizar.

O EESMP, segundo a OE (2010), necessita de possuir competências gerais ou transversais, como refere Ceitil (2007), e específicas.

As competências gerais são comuns a todos os enfermeiros especialistas, nas diversas áreas de atuação. São quatro os domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

1 — As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:

a) Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;

b) Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

2 — As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

a) Desempenha um papel dinamizador, no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais, na área da governação clínica;

b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

c) Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

3 — As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:

a) Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;

b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados.

4 — As competências do domínio das aprendizagens profissionais são as seguintes:

a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

b) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Ao cuidar, com a pessoa com ideação/intenção suicida, o EESMP mobiliza-as não só na relação que estabelece com a pessoa, mas também no desenvolvimento e/ou dinamização de projetos de intervenção, que podem ser implementados nos locais de trabalho.

No entanto, o EESMP também detém competências específicas da sua área de especialidade e, dada a sua especificidade, convém debruçarmo-nos um pouco mais sobre cada uma delas e qual a sua implicação, na intervenção com a pessoa com ideação/intenção suicida. As competências específicas são as seguintes:

1) Deter um elevado conhecimento de si, enquanto pessoa e enfermeiro, mercê das vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal;
2) Assistir a pessoa, ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade, na otimização da saúde mental;
3) Ajudar 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;
4) Prestar cuidados, de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicoeducacional, à pessoa, ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e

dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitária, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Neste relatório, é proposto a implementação de um processo terapêutico que promova a reabilitação da pessoa que apresenta ideação/intenção suicida, sendo que Fazenda (2008) indica que:

> O processo de reabilitação da perturbação mental implica duas vertentes, uma individual e outra social, visto que incide por um lado na recuperação e aprendizagem de competências pessoais e relacionais, por outro na criação de suportes sociais adequados aos níveis de autonomia ou dependência dos doentes (91).

Também Monteiro (2002) refere que:

> O modelo de reabilitação psicossocial integra-se num programa onde o terapeuta de referência incentiva o doente a identificar os comportamentos e aptidões necessárias para mudar, ou adquirir, para atingir os seus objetivos. Segundo este modelo será o doente, com ajuda do seu terapeuta de referência, que vai delinear o seu próprio projeto de vida, permitindo-lhe ser ele o sujeito da mudança (43).

Toda esta dinâmica requer do EESMP a mobilização de todas as competências, sendo que, na abordagem à pessoa com ideação/intenção suicida, estas adquirem especial relevo.

Segundo Abreu (2001), o enfermeiro:

> No decurso da sua experiência, forma-se no confronto com o contexto e com os outros, confronto este que só se traduz em mudança na medida em que se confronta permanentemente consigo próprio, filtrando, transformando e enriquecendo o seu património cognitivo e efetivo (105).

Atendendo a que o EESMP, segundo Sequeira (2006), deve ter a capacidade de desenvolver uma visão holística no seu cuidar, é essencial que este desenvolva competências na área da relação interpessoal, da comunicação e da relação de ajuda. Sob este paradigma do cuidar, o EESMP torna-se uma referência e uma mais-valia, para a pessoa, o que vai ao encontro do que refere Sequeira (2006), segundo o qual*:*

> Mais do que o seu saber e saber-fazer (conhecimentos técnicos e científicos), o enfermeiro deve também desenvolver o seu saber-ser e saber-estar, tanto com ele mesmo como na relação com a pessoa, pois estes factos constituem, na sua essência, os alicerces da relação terapêutica, indispensável à prática do cuidar em Saúde Mental e Psiquiatria (15).

2.2.1 – Competência 1

A competência específica 1, segundo a OE (2010), refere que o EESMP detém um elevado conhecimento de si, enquanto pessoa e enfermeiro, mercê das vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal.

A OE (2010) descreve que:

> A capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas, é central para a prática de enfermagem de saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, socioterapêutico, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados (4).

O EESMP demonstra consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e as diversas intervenções que programa com a pessoa. A consciência de si remete-nos mais uma vez para o conceito humanista da enfermagem, que procura realçar os valores e proporcionar as condições necessárias para a realização humana, compartilhando a intimidade enfermeiro-pessoa e valorizando o aqui e agora, como refere a OE (2010). As emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais podem interferir na relação terapêutica com a pessoa.

A valorização do envolvimento do aqui e agora exige do EESMP um envolvimento existencial, isto é, uma presença ativa com a pessoa que é alvo dos cuidados. Este envolvimento é não só pessoal como também profissional. Existencialmente falando, como referem Paterson e Zderad (2008), o homem é fruto das suas escolhas. Isto não significa que um homem possa ser qualquer coisa que ele escolha. Naturalmente, cada indivíduo é único, tendo os seus próprios potenciais e limitações. Quando a pessoa afirma que é o resultado das suas escolhas, quer dizer que é esta pessoa no aqui e agora, porque, na sua vida passada, escolheu uns caminhos em

detrimento de outros. Ora, o enfermeiro também é o resultado das suas escolhas, ao longo da sua vida, é o resultado do seu próprio caminho, assentando num desenvolvimento pessoal. Rogers (1976), citado por Rispail (2002), refere que o conceito do desenvolvimento pessoal é "a capacidade do ser humano tomar consciência da sua experiência, avaliá-la, verificá-la, corrigi-la, que exprime a sua tendência inerente ao desenvolvimento para a maturidade, ou seja, para a autonomia e a responsabilidade" (2). O desenvolvimento pessoal assume desta forma um desejo profundo do indivíduo em se conhecer melhor, evoluir, ultrapassar alguns bloqueios com o objetivo de comunicar melhor, mantendo as relações pessoais e profissionais satisfatórias (Rispail, 2002).

O EESMP, como cuidador e conselheiro, melhora a compreensão que tem de si próprio, das suas crenças, dos seus receios e dos seus hábitos ao tomar consciência de si, para adquirir, na sua ação, congruência e confiança na relação com a pessoa com ideação/intenção suicida, assumindo assim o papel de um conselheiro consciente numa aliança terapêutica.

Uma aliança terapêutica consegue-se após uma intensa experiência de trabalho, dado que existem sentimentos e atitudes envolvidas, tais como atitudes de transferência e contratransferência, que estão presentes em todo o processo de aconselhamento. A transferência é uma experiência de complementaridade na relação terapêutica. É um fenómeno de vinculação, em que a maneira de ser de alguém o chama a ocupar um lugar complementar numa certa dinâmica e que influencia a qualidade da relação. Por outras palavras, a transferência é um conjunto de sentimentos que a pessoa dirige ao enfermeiro, é o processo pelo qual são trazidos, para o relacionamento atual entre a pessoa e o enfermeiro, sentimentos e conflitos originários de relacionamentos com pessoas importantes no início da vida. Patterson e Eisenberg (1988) referem que "o fenómeno da transferência ocorre na maioria dos casos de relutância inicial do cliente" (140) e também que "a transferência é a projeção das atitudes não resolvidas do cliente - passadas ou presentes – para com figuras de autoridade e objetos de afeto, em figuras de autoridade recentemente identificadas; no caso, o conselheiro" (140). A pessoa sente crença no poder do profissional, o que lhe permite sentir-se segura numa situação de perigo. Dentro do que é razoável, a transferência positiva, embora envolva expectativas irrealistas, constitui um dos ingredientes do relacionamento enfermeiro/pessoa que tem, em grande parte, um efeito benéfico na terapia.

Por outro lado, a contratransferência designa os movimentos afetivos do enfermeiro como reação aos da pessoa e em relação à sua própria vivência. A contratransferência, à primeira vista, pode dar a impressão de ser simplesmente um sentimento contraposto aos afetos da transferência. A contratransferência pode também ser positiva ou negativa e depende de inúmeros fatores, advindos tanto do cliente (idade, sexo, situação social, apresentação e comportamento), como do próprio profissional (estado de cansaço, irritação, situação conjugal, social e de trabalho). Como nos diz Patterson (1988), "o conselheiro pode experimentar reações de contratransferência em relação ao cliente, que provocam a sua tendência a responder de modo autoritário (pais controladores) ou que desenvolvem dependência (pais solícitos)" (142). O sentimento de contratransferência, em vez de auxiliar, pode ter uma interferência negativa, deformando o raciocínio do enfermeiro sobre o caso. É positivo, quando essa reação emocional serve de guia para a compreensão do caso, na sua totalidade psicossomática. Segundo Leitão (2003), "a transferência e a contratransferência são elementos que constituem uma unidade, um processo de trabalho que deve ser levado a cabo em conjunto" (176). Há então a vontade de uma compreensão de si e do outro. Também Patterson (1988) refere que as "reações de contratransferência baseiam-se nos sentimentos não resolvidos do processo de educação que, como na transferência, são na maior parte inconscientes" (142). Assim, o EESMP, segundo a OE (2010), "gere os fenómenos de transferência e contratransferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica" (4). Ao ter consciência de todos estes processos, o EESMP mantém o contexto e limites da relação profissional, para preservar a integridade do processo terapêutico, conforme preconiza a OE (2010).

Como último critério de avaliação, desta primeira competência específica do enfermeiro de saúde mental e psiquiátrica, a OE (2010) considera que este "monitoriza as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando o dar conta de si integrativo, para melhorar a relação terapêutica" (4). O EESMP, quando se coloca num determinado lugar e tenta perceber como nele se enquadra, usa os sentidos. Tenta perceber como se aproxima e distância de outras pessoas e objetos. Está também atento a como essas pessoas o observam e como interage com essa observação. Tenta perceber que ruídos o excitam e o acalmam. Um dos erros, frequentemente cometido, é pensar que qualquer enfermeiro está apto a usar estes sentidos, apenas porque os possui. A complexidade da comunicação de uma relação terapêutica obriga a explorar as diversas vertentes do uso destas habilidades. É

necessário e desejável que a pessoa se revele e se confronte, examinando-se de numa perspetiva mais ampla, destacando-se, assim, a atitude do EESMP.

A atitude é, essencialmente, um modo de proceder que possibilita ao enfermeiro ser eficaz na aliança terapêutica, que tem por base o processo de aconselhamento. Ao investir na comunicação, na disponibilidade de tempo e energia, na utilização das suas capacidades intelectuais e afetivas, está a contribuir para uma intervenção adequada, em função das necessidades manifestadas pela pessoa.

Acima de tudo, uma aliança terapêutica eficaz exige, segundo Chalifour (2008), uma capacidade de abertura e de conhecimento de si e de reconhecimento da forma como estes processos são expressados, negados, deturpados ou recusados no profissional e na pessoa. Esta competência vai de encontro das habilidades, capacidades e competências dos conselheiros, definidos por Paterson e Eisenberg (1988), já descritos no relatório.

O processo do autoconhecimento implica partilha e comunicação, porque o ser humano não é um sistema fechado e, como tal, para diferenciar o que nos é próprio do que não é, é necessário não só conhecermo-nos, mas também reconhecermo-nos nos outros. Este reconhecimento, através dos outros, faz com que o autoconhecimento não beneficie apenas o indivíduo que o cultiva, mas também os que lhe estão próximos, porque ao conhecermo-nos podemos com maior facilidade ajudar os outros a conhecerem-se.

2.2.2 – Competência 2

A competência específica 2, apontada ao EESMP, refere que este assiste, a pessoa, ao longo da vida, família e comunidade, na otimização da saúde mental. Esta competência é descrita, segundo a OE (2010), através da recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado da pessoa e avaliação dos sistemas relevantes, avaliando a repercussão para a saúde mental da interface entre o indivíduo, família, grupos, comunidade, entre outros.

Como unidade de competência s OE (2010) refere que o EESMP executa uma avaliação das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, avaliando a repercussão para a saúde mental da interface a pessoa, a sua família e todos os sistemas que a rodeiam, assim como executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história da saúde mental da pessoa. A OE (2010) refere ainda que o EESMP

avalia os fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental, executa também uma avaliação das capacidades internas da pessoa e os recursos externos para manter e recuperar a sua saúde mental, avaliando o impacto que esse problema tem na qualidade de vida da pessoa com enfase na funcionalidade e autonomia.

Ao partilhar com o EESMP a sua história de vida, a pessoa com ideação/tentativa de suicídio está também a partilhar a história de quem o rodeia, as relações com quem o rodeia. Este momento é também importante para o enfermeiro identificar os possíveis recursos na família e de como estes são importantes para a pessoa.

Permite a execução de uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e da saúde mental da pessoa e avaliar o impacto que o problema da saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar, promovendo a sua autonomia. O EESMP, ao promover o *insight*, está também a promover o *empowerment* a iniciar e facilitar um processo de *recovery*. Ao fazê-lo, o ESMP privilegia as estratégias de desenvolvimento participativo, promovendo o bem-estar e a saúde mental da pessoa.

O EESMP trabalha com a pessoa as questões do autoconceito. Melo (2008) refere que o autoconceito positivo ajuda a pessoa a ter uma perceção positiva de si própria, a perceber o mundo de forma menos ameaçadora, a adotar estratégias de *coping* mais adequadas e a sentir-se bem, consigo e com os outros. De facto, Rogers (1985), refere que "a minha capacidade de criar relações que facilitem o crescimento do outro como uma pessoa independente mede-se pelo desenvolvimento que eu próprio atingi" (59). Melo (2007), por sua vez, acrescenta que o autoconceito tem uma importante influência no lidar com situações de stresse e com as dificuldades da vida.

O autoconceito do indivíduo é influenciado pela comunidade onde vive, mas é essencialmente uma decisão pessoal. Trabalhar com a pessoa a sua autoestima é também trabalhar o autoconceito, uma vez que esta é um dos constituintes mais importantes do autoconceito, em que o indivíduo faz julgamentos de si próprio, associando à sua identidade os sentimentos valorativos do "bom" e do "mau". Longo (2005) refere que "o conhecimento pessoal se (re)constrói e se renova continuamente, em função da capacidade para processar e relacionar a informação que já se detém com a informação que, no nosso quotidiano, sistematicamente nos é disponibilizada" (62)

Para que o EESMP possa compreender os problemas e as emoções da pessoa, acima de tudo, necessitam de se compreender a si próprio, pois as suas respostas emocionais afetam as relações interpessoais (Costa, 2003).

Cabe também ao EESMP, dando resposta a esta competência a coordenação, implementação, e desenvolvimento de projetos de promoção da saúde mental que promovam essencialmente o "empowerment" da pessoa e grupos.

2.2.3 – Competência 3

A competência, que se destina à ajuda da pessoa, ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade, a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias, é descrita segundo a OE (2010) como a sistematização, análise de dados, determinação do diagnóstico de saúde mental e identificação dos resultados esperados, recorrendo à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica. Esta metodologia requer que o EESMP desenvolva esta competência, uma vez que identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família/cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental e no âmbito do suicídio. Percebe-se que esta metodologia se insere numa perspectiva de gestão de caso, no que diz respeito à intervenção junto da pessoa. O EESMP, num processo de aconselhamento da pessoa com ideação/intenção suicida, com vista à recuperação, deve estabelecer:

> Uma relação terapêutica e um clima de recuperação e à promoção da saúde: suscitando a esperança nos doentes", "ajudando o doente a exteriorizar-se expressando as suas emoções", "este tipo de relação solícita os recursos internos e externos da pessoa e torna-a mais forte, trazendo-lhe esperança e fazendo-a ter confiança nela e nos outros" (Benner, 2001, 234).

O enfermeiro assume um papel de reconciliador. Segundo Townsend (2011), "o indivíduo tanto contribui para o stresse na família como responde a ele" (135). Logo, um enfermeiro, que desempenhe funções com famílias de pessoas com comportamentos suicidas, deve, segundo Townsend (2011), "facilitar a mudança na estrutura familiar" (136), para uma melhor adaptação. Para isso, o enfermeiro tem um papel de integrador da família, devendo-se unir à família para que possa haver reestruturação. É necessário também haver uma avaliação da estrutura familiar, uma vez que a família da pessoa é, também ela, uma família problemática. Nesta avaliação, analisam-se, como afirma Townsend (2011), "os padrões transicionais, a flexibilidade e o potencial de mudanças do sistema, limites e estágio de desenvolvimento da família e o papel do paciente identificado no sistema" (136). O passo seguinte do enfermeiro será ajudar a reestruturar a família, estabelecendo uma aliança terapêutica, "tornando-se parte" dessa

mesma família, podendo trabalhar o sistema e facilitar as circunstâncias para permitir mudanças estruturais. Segundo Taylor (1992), é também papel do enfermeiro

> Ajudar na resolução de conflitos patológicos e ansiedade; dar condições de o paciente lutar contra forças destrutivas, tanto dentro de si mesmo quanto dentro da família; fortalecer a família contra perturbações críticas e influenciar a identidade familiar e seus valores próprios, no sentido de formar um ambiente saudável (409).

A finalidade da intervenção em grupo, para os familiares e cuidadores, é a de ajudar os membros a lidarem com acontecimentos desgastantes da vida e ajudá-los a crescer e a evoluir, de forma a lidarem, o melhor possível, com a situação do seu familiar.

O grupo apoia o cuidador a lidar e a assumir a difícil tarefa de *"cuidar"* de um familiar com ideação/intenção suicida. Esta tarefa cria stresse e traz sobrecarga, o que pode diminuir as reservas do cuidador em se adaptar efetivamente à sua situação. O grupo de apoio pode ajudar o familiar a ultrapassar as consequências negativas da situação e a estabelecer novas vias para uma melhor e mais positiva adaptação à situação.

Os membros do grupo estão eles próprios em situações semelhantes, o que nem sempre é compreendido por quem está de fora. Eles partilham experiências entre si, trocam conhecimentos úteis e experiências de vida, que os ajudam a ultrapassar a sobrecarga de cuidar. Estes interesses comuns aproximam mais os membros do grupo e promovem a confiança e a abertura.

Os familiares/cuidadores beneficiam da participação no grupo de apoio, da seguinte forma:

a) O grupo fornece um ambiente protetor, onde os membros encontram aceitação e apoio, por outros que partilham preocupações semelhantes. Podem tentar novas vias de lidar com as situações e desenvolver diferentes estratégias de resolução de problemas;
b) O grupo oferece novos contactos sociais e apoio social, ajuda os cuidadores a ultrapassar, muitas vezes, o isolamento e a vergonha inerente à situação;
c) Obtém-se um alívio emocional, ao verificar que há partilha com os pares e que os outros passam por problemas e dificuldades semelhantes. Aprendem uns com os outros a encontrar apoio para a resolução dos seus problemas;

d) Os participantes podem decidir, de forma independente, qual o nível de envolvimento do grupo. Podem participar à sua própria medida.

Zagonel (1999) refere que o enfermeiro pode atuar nos períodos antecipatórios, na preparação para a mudança de papéis, na prevenção dos efeitos negativos sobre o indivíduo. O enfermeiro avalia, planeia e implementa estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica nos eventos de transição, com o objetivo de restabelecer a conexão e instabilidade geradas. Uma das formas de se desenvolver intervenções de enfermagem, diante dos processos transicionais, é a utilização das teorias de enfermagem que podem ser reafirmadas em termos de transição, sendo que, como refere Zagonel (1999), a transição pode aparecer em todos os momentos da vida.

Assim sendo, estes momentos necessitam de ser enfrentados, através de comportamentos que possibilitem o cuidado particular a cada situação vivenciada. É realmente importante ter estes aspetos em conta, uma vez que as famílias confrontadas com a temática do suicídio dificilmente conseguem, sem ajuda, ultrapassar eficazmente esta fase.

2.2.4 – Competência 4

Segundo a OE, a competência específica 4 do EESMP, refere que este "presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional 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" (6). Ainda no descritivo desta competência, a OE (2010) indica que:

> A implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados, de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, mobiliza cuidados de âmbito psicoterapêutico (6).

Estas intervenções têm como objetivo, segundo a OE (2010), ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório. Esta competência envolve as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias, através de atividades, tais como: ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar e supervisionar. O EESMP deve coordenar, desenvolver e implementar programas de psicoeducação e de treino de competências em saúde mental.

O objetivo do profissional é assistir a pessoa na realização de escolhas que a vão orientar nos seus problemas de vida presentes, para que possa começar a traçar um percurso para a sua vida. Segundo Barker et al (2005), a vida é uma viagem num oceano de experiências, onde todo o desenvolvimento humano, tanto na doença como na saúde, envolve descobertas. Em alguns pontos críticos dessa viagem, a pessoa experiencia tempestades (crise), noutras alturas o navio da vida pode começar a afundar-se (colapso). A pessoa pode necessitar de ser guiada até a um porto seguro para recuperar do trauma (reabilitação) e, quando o navio da vida estiver mais equilibrado e a pessoa tiver as ferramentas necessárias, pode seguir novamente com o seu objetivo e retomar o curso da sua vida (*recovery*). Quando o salvamento é completo (tratamento psiquiátrico), após um intervalo necessário para o desenvolvimento do *recovery*, o principal foco incide sobre o tipo de ajuda necessária para a pessoa retomar o seu percurso de vida e regressar à comunidade com uma vida com significado (cuidados de saúde mental).

Certo é que a pessoa, tal como o enfermeiro, encararão este processo psicoterapêutico com a máxima seriedade, o que requer, por parte da pessoa, a adesão ao tratamento.

O EESMP pretende promover o conhecimento da pessoa com ideação/intenção suicida, mas também a sua própria compreensão, gerindo com a pessoa os problemas relacionados com a sua vida, de forma a diminuir o risco de suicídio.

Todo o processo de cuidar com a pessoa requer que o EESMP demonstre habilidade e sensibilidade em abordar assuntos sensíveis que, com certeza, irão emergir da narrativa da pessoa, tais como abuso de substâncias, violência, sexualidade, comportamentos de risco e autodestrutivos e problemas familiares.

Ao desenvolver intervenções de âmbito psicoterapêutico, o EESMP deve adequar a sua intervenção às necessidades da pessoa. Apesar do que foi descrito neste relatório, nem todas as intervenções são adequadas para todas as pessoas, pelo que o EESMP deverá recorrer a outras estratégias, para além das descritas, sendo que o objetivo da intervenção de âmbito psicoterapêutico será aumentar o *insight*, o *empowerment*, e consequentemente o *recovery*.

O EESMP e a pessoa, ao optarem, estão a criar, nesta perspetiva, um momento em que se pretende que a pessoa se sinta motivada a resolver os seus problemas e a não enveredar por comportamentos autodestrutivos. O EESMP poderá reforçar com a pessoa que o seu ato de atentado contra a própria vida não define a pessoa, o que a

define são, as histórias que esta conta sobre ela. O relato é mais significativo quando é enquadrado na linguagem da própria pessoa, ilustrado por uma linguagem metafórica extraída da história da pessoa e do contexto social e cultural do seu quotidiano (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Desta forma, o EESMP motiva a pessoa na procura de comportamentos saudáveis. Esta motivação deve ser vista como o grau de compromisso com o tratamento, devendo ser encarada a probabilidade de certos comportamentos ocorrerem. Neste sentido, a visão de motivação torna-se mais prática e otimista, não se tratando de encará-la ou como um traço de personalidade ou mesmo como um momento interno. Assim, a motivação pode ser definida como a probabilidade de uma pessoa se envolver, continuar e aderir a uma estratégia específica de mudança.

Ao ajudar a pessoa a realizar uma apreciação mais profunda da natureza dos seus problemas e de como estes a afetam emocionalmente e espiritualmente, nós podemos ajudar a pessoa a compreender melhor o significado do sofrimento humano que a pessoa está a experienciar.

Ao analisar as competências específicas do enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica, verifica-se a abrangência das suas intervenções de âmbito psicoterapêutico. Compreende-se assim que o enfermeiro está habilitado para desenvolver, nos próprios serviços, intervenções de âmbito psicoterapêutico à pessoa com ideação/intenção suicida. Isto porque, para além das competências do enfermeiro, este detém também os recursos necessários, quer internos quer instrumentais, para adequar a sua intervenção corretamente, no sentido de ajudar a pessoa a superar os momentos difíceis, que a levam a pensar que o suicídio é a única solução para os seus problemas.

O próximo capítulo será todo ele dedicado a delinear uma intervenção especializada em enfermagem de saúde mental de âmbito psicoterapêutico com a pessoa com ideação/intenção suicida, utilizando o método das narrativas de vida em contexto de aconselhamento em enfermagem. Pretende assim o próximo capítulo, dar resposta à compreensão da competência n.º4, de forma a ampliar a compreensão do descritivo desta competência.

3 – PARA UMA FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL DE AMBITO PSICOTERAPÊUTICO – DIALOGO INTERDISCIPLINAR

O trabalho do EESMP centra-se também na reabilitação da pessoa com doença mental, sento que a reabilitação psicossocial inclui a reinserção da pessoa nas atividades diárias, no mundo do trabalho e nos espaços comunitários. Este desafio é assumido quotidianamente nas atividades desenvolvidas, sendo que as intervenções de âmbito psicoterapêutico são utilizadas para otimizar essa reabilitação. As intervenções de âmbito psicoterapêutico são utilizadas no âmbito da inserção social, no acompanhamento da pessoa com doença mental nas diversas dimensões do cuidar, no trabalho de acompanhamento de grupos, enquanto espaços terapêuticos e de socialização. Estas intervenções podem ser educativas ou de informação, reflexão, suporte e treino em que o espaço terapêutico possibilita à pessoa a tomada de consciência como ser individual e social.

A enfermagem em geral, e a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em particular dialoga com outras disciplinas do conhecimento para benefício do foco do cuidado dos enfermeiros. A noção de interdisciplinaridade está intrínseca no cuidar da pessoa com doença mental. Rocha (2000) indica que a "interdisciplinaridade implicaria uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas cujas relações seriam definidas a partir de um nível hierárquico superior ocupado por uma delas. Exigiria identificação de um problema comum, levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e uma plataforma de trabalho conjunto".

Assim sendo, consideramos que a utilização de outras disciplinas do conhecimento são indispensáveis para cuidar da pessoa com ideação/intenção suicida, justificando-me com Rocha (2000) referindo que, "o conhecimento capaz de fundamentar o cuidado de enfermagem deve ser construído na intersecção entre a Filosofia, que responde à grande questão existencial do homem, a Ciência e Tecnologia, tendo a lógica formal como responsável pela correção normativa, e a Ética, isto é, numa abordagem epistemológica efetivamente comprometida com a emancipação humana".

O início deste capítulo com a utilização da Psicologia utilizando Carl Rogers, Patterson e Eisenberg, sendo abordada de seguida a teoria interpessoal de Peplau para fundamentação do aconselhamento em enfermagem como intervenção de âmbito

psicoterapêutico. Finalmente, são apresentadas as narrativas de vida como método de âmbito psicoterapêutico mobilizável no contexto do processo de aconselhamento.

3.1 – O ACONSELHAMENTO

May (2009) refere, antes de mais, que o aconselhamento a seres humanos depende da capacidade de compreender os próprios seres humanos de forma efetiva, de perceber o que é realmente um ser humano. Percebe-se que o ser humano é muito mais que o seu corpo e a sua posição social, as suas habilitações académicas e o que faz profissionalmente.

Acima de tudo, percebe-se que é necessário acreditar na liberdade da pessoa para a podermos aconselhar eficazmente. Atendendo a que a liberdade é, por si, um dos pressupostos de crescimento, May (2009) refere que "quanto mais saudável mentalmente a pessoa se tornar, tanto mais será ela capaz de moldar criativamente os materiais da vida e, por conseguinte, mais senhora será de seu potencial de liberdade" (21).

O aconselhamento é um processo que ajuda as pessoas a aprender sobre si mesmas, o seu ambiente e as formas de lidar com os seus papéis e relacionamentos. É um processo interativo em que se estabelece uma relação de ajuda quando uma pessoa se encontra fragilizada, por uma situação de vida particularmente difícil. O indivíduo devido a essa fragilidade não consegue encontrar recursos para enfrentá-la ou para modificar o seu comportamento. Patterson (1988) indica, como objetivo do processo de aconselhamento, "captar o cliente a dominar situações da vida, a engajar-se em atividade que produza crescimento e a tomar decisões eficazes" (1). No entanto, o facto de não encontrar os recursos necessários, não significa que não disponha dos mesmos ou que não seja capaz de os produzir, apenas não se encontra no momento mais adequado, embora Patterson (1988) refira que "o controle do cliente sobre o seu próprio destino aumenta à medida que ele passa a ter maior compreensão das relações entre o eu e o ambiente" (1).

Esta perspetiva dá ênfase ao poder pessoal, à capacidade da pessoa resolver os seus próprios problemas ou, pelo menos, ter a capacidade e os recursos para os resolver. Tal, como refere Patterson (1988), o aconselhamento é uma experiência que visa ajudar a pessoa a planear, tomar decisões, lidar com a pressão da vida e crescer, a fim de adquirir uma *"autoconfiança positiva"*. Patterson (1988:) insiste que o aconselhamento

“é um processo interativo, caracterizado por uma relação única entre conselheiro e o cliente, que leva este último a mudanças em uma ou mais das seguintes áreas: comportamento; construtos pessoais; capacidade para ser, conhecimento e habilidade para a tomada decisão” (20).

Assim, pode dizer-se que o aconselhamento é uma abordagem onde as pessoas são incentivadas a resolver ou a reajustar os seus problemas, com o apoio de um profissional de saúde. Como nos diz Patterson (1988), “o foco do aconselhamento passou a ser ajudar as pessoas a clarificarem os seus próprios objetivos e a construírem planos de ação de acordo com os mesmos” (19). Trata-se assim de uma ferramenta psicológica que ajuda as pessoas doentes, ou simplesmente com problemas, a compreenderem melhor esse problema e procurar soluções para os mesmos. A partir das necessidades da pessoa, deve-se estabelecer metas diversificadas, sendo que a principal é a de facilitar à pessoa a obtenção de um maior autoconhecimento e autorrealização como pessoa. Patterson (1988), por sua vez, refere que “um objetivo comum do aconselhamento é que o cliente melhore o seu próprio autoconceito e passe a julgar-se uma pessoa mais competente, amável ou merecedora” (21), o que contribui para a capacidade do cliente em tomar decisões importantes, nunca esquecendo que, apesar de tudo, a pessoa é responsável pela sua vida e o conselheiro deve assumir o papel de facilitador do crescimento pessoal.

O aconselhamento, segundo Patterson (1988), baseia-se em sete preceitos fundamentais, para que a ajuda à pessoa seja efetiva e para compreender esse processo de ajuda:

1.º Preceito – Compreensão

Neste preceito, pretende-se que o conselheiro compreenda o comportamento humano, o que Borges e Filho (2004) designam como “compreender as preocupações, as ações, perceções, emoções e motivações” (20). Além disso, o conselheiro, segundo Patterson (1988), deve fazer o diagnóstico e o levantamento de hipóteses, assim como descrever padrões significativos do comportamento ou da experiência efetiva.

2.º Preceito – Mudança na pessoa

Segundo Borges e Filho (2004), qualquer teoria de aconselhamento, independentemente da abordagem teórica lhe está subjacente, tem como objetivo algum tipo de mudança no sentido do crescimento pessoal. Entende-se que este crescimento induz uma mudança na própria pessoa, quer pessoal quer interpessoal. Como nos diz

Patterson (1988), “ o papel do orientador é auxiliar o cliente a usar um processo de pensamento racional em momentos de confusão e conflito” (5).

3.º Preceito – A qualidade da relação

Segundo Patterson (1988), “a qualidade da relação de ajuda é importante para propiciar um clima para o crescimento” (6),embora essa relação só se concretize com a qualidade pretendida, se o profissional partilhar também o seu próprio Eu e a sua experiência. Ao utilizar essa experiência, o conselheiro permite que o outro conheça também o seu vivido, o que mais eficazmente permitirá que ele não levante barreiras nesse relacionamento. Borges e Filho (2004) estabelecem os elementos fundamentais de uma relação de ajuda de qualidade, salientando “o respeito enquanto pessoa com direitos, a empatia, expressa através da tentativa de compreensão do mundo do cliente como se fosse o seu próprio, coerência ou autenticidade, autorrevelação” (20).

4.º Preceito – Um processo sequencial

Patterson (1988) revela que, “ o aconselhamento tem um começo, um meio e um fim” (6). No princípio, o conselheiro e a pessoa discutem as preocupações desta última, tentando o conselheiro tenta perceber concretamente o pedido de ajuda da pessoa. Ao mesmo tempo, o conselheiro tenta perceber o mundo da pessoa, como ela se vê, como vê os outros e como vê o mundo que a rodeia. Esta perceção permite que o conselheiro reflita sobre a pessoa e a possa levar, como referem Borges e Filho (2004), “à autoconsciência, ou seja, à compreensão de si próprio e das condições da sua vida” (21). Nesta fase, a pessoa torna explícitos os acontecimentos vivenciados, que antes estavam implícitos. Na fase final do aconselhamento, pretende-se que o profissional e a pessoa trabalhem juntos, para que possam alcançar os objetivos desejados.

5.º Preceito – Autorrevelação e autoconfrontação

É fundamental, como refere Patterson (1988) que o cliente forneça informações pessoais ao orientador, devendo este profissional tentar compreender o seu mundo. Assume-se assim que a comunicação verbal é o principal instrumento do aconselhamento; no entanto, o profissional também se apercebe muito do mundo da pessoa através da comunicação não-verbal. Para Patterson (1988) revela que, “ o indivíduo revela os seus pensamentos e sentimentos a um conselheiro percetivo, através do que diz, da emoção com que diz, e pelo que escolhe ocultar” (7).

A autoconfrontação pela pessoa consiste no processo de examinar-se sob uma perspetiva mais ampla, desenvolvendo a pessoa novas perceções sobre o Eu (Patterson, 1988).

6.º Preceito – Uma intensa experiência de trabalho

Embora o possa parecer, é importante salientar que o aconselhamento não é o mesmo do que uma simples conversa. Enquanto, numa conversa os dois interlocutores trocam informações, ideias ou experiências, de uma forma mais ou menos relaxada, em que facilmente trocam de assunto, o aconselhamento é um diálogo caracterizado por um grau de intensidade muito mais elevado do que uma conversa, em que a partilha de experiências e de sentimentos é intensa. No final, os envolvidos no aconselhamento terminam bastante esgotados e mesmo depois, devem refletir sobre a experiencia vivenciada nesse espaço. Como referem Borges e Filho (2004) se, para o profissional, "o escutar ativamente, o clarificar e o participar de toda a experiência afetiva a ponto de ser tocado pelas emoções do cliente, sem perder-se nelas, são atividades que requerem uma energia intensa" (21), para a pessoa envolvida, refletir sobre os seus próprios sentimentos, revivendo, por vezes, experiências desagradáveis, em que existe conflito, incerteza, exige também um elevado grau de concentração, como provavelmente nunca tinha experienciado anteriormente.

7.º Preceito – Conduta ética

Ao formular o pedido de ajuda, a pessoa está a depositar, no profissional uma confiança nas suas capacidades e competências. O profissional deverá respeitar o direito da pessoa à privacidade e, concomitantemente respeitar o direito que a pessoa tem de fazer as suas escolhas livremente. O profissional deve, então, estabelecer uma relação de ajuda que ative a iniciativa e responsabilidade do sujeito, permitindo-lhe explorar a sua situação e os seus problemas e oferecendo-lhe alternativas para a situação conflituosa.

Paterson e Eisenberg (1988) enumeraram algumas habilidades, capacidades e competências que os conselheiros, para serem eficientes, deveriam possuir. Assim sendo, os conselheiros eficientes devem:

1. Ser hábeis em levar à extroversão;
2. Inspirar sentimentos de segurança, credibilidade e de confiança nas pessoas que ajudam;
3. Ser capazes de introversão e extroversão;
4. Transmitir interesse e respeito pelas pessoas que procuram ajuda;
5. Gostar de si, respeitar-se e não usar as pessoas, que estão a tentar ajudar, para satisfazer as suas próprias necessidades;

6. Ter conhecimentos específicos em alguma área que será de especial valor para a pessoa a ser ajudada;
7. Procurar compreender o comportamento das pessoas a quem tentam ajudar, sem impor julgamentos de valor;
8. Ser capazes de pensar em termos de sistemas;
9. Ser contemporâneos e ter uma visão global dos acontecimentos humanos;
10. Ser capazes de identificar padrões de comportamento contraproducentes e procurar ajudar as pessoas a substituí-los por padrões mais gratificantes;
11. Conseguir ajudar o outro a olhar para si mesmo e a responder, não defensivamente, à pergunta *"Quem sou eu?"*.

3.1.1 – O Aconselhamento segundo Carl Rogers

A resposta que se obtém, quando se questiona uma pessoa que tenta o suicídio, acerca das suas motivações, é *"porque é a única solução"*. No entanto, e segundo Kierkegaard, citado por Cobra (2001), o homem tem diante de si várias opções possíveis, é livre, não se conformando a um pré-determinismo lógico ao qual estão submetidos todos os factos e também as ações humanas, embora, a liberdade gera no homem angústia que pode levá-lo, de várias formas, ao desespero. Então, cada decisão é um risco, o que deixa a pessoa mergulhada na incerteza, pressionada por uma decisão que se torna angustiante. Estamos perante uma corrente humanista.

Vietta (1995)[4] define Humanismo, como sendo "toda e qualquer reflexão que reconheça o valor e a dignidade do homem, fazendo do mesmo a medida de todas as coisas e considerando na natureza humana seus limites, interesses e potencialidades. O Humanismo tem sido a grande tentativa do homem de compreender-se e de fazer-se compreendido. Designa uma conceção do mundo e da existência, que tem o homem como centro".

Ribeiro (1999) refere que humanismo significa, o "resgate do humano, do positivo, da beleza, da força, da espontaneidade perdida, da criatividade que gera infinitas possibilidades de caminhos diferentes" (25). No caminho da reconstrução da identidade perdida ou confusa, procuramos no ser humano o que ele tem de bom, de positivo, de inteiro, de potencialmente transformador, aquilo que o cliente sente de melhor à sua disposição.

[4] http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691995000100004

A finalidade das intervenções do âmbito psicoterapêutico é que a pessoa possa conviver na plenitude com o que faz, com o que pensa, com o que sente e com o que diz. Assim sendo, temos que pensar naturalmente num processo que envolva, estas dimensões humanas básicas. Ribeiro (1999) diz ainda que, pensar, sentir, agir e falar, utilizados na sua plenitude é usar o poder humano de forma radical, profunda e sem qualquer tipo de ambiguidades. Há uma necessidade de mudar, reencontrando a aceção original de cada uma dessas dimensões.

Nesta perspetiva, pretende-se que as intervenções de âmbito psicoterapêutico permitam o *"sair da coisa em si"* e ir ao encontro do *"em si"* das coisas, sendo que deveremos sair do sintoma e encontrar o processo. Pretende-se que a pessoa olhe para dentro de si e se perceba de uma forma positiva. É importante fazer a pessoa perceber que não chega analisar somente as causas da desgraça, mas também ensiná-la a conviver eficazmente com sentimentos de esperança e de transformação.

Percebe-se assim que a pessoa humana não é abstrata mas sim real e concreta, capaz de se responsabilizar por si e de se relacionar de forma construtiva no mundo e com o mundo que a rodeia. Estamos, por isso, no domínio do aqui e agora consciente.

Kierkegaard no sec. XIX indica que o homem é singular e, apenas ele, tem a consciência da sua singularidade. Logo, o homem é a categoria central da existência e esta deverá ser vivida. Existe assim uma noção de pessoa central, sendo que está presente, na sua essência, a perspetiva e a busca do tornar-se pessoa, sendo que foi Rogers o precursor desta teoria. Kramer no prefácio do livro de Rogers (2009) Tornar-se Pessoa localiza a sua herança cultural na filosofia existencial, referenciando diversas vezes Kierkegaard, do qual empresta a frase "ser o eu que verdadeiramente se é", a qual responde à pergunta "qual é a meta da vida". A teoria de Rogers dá uma grande importância às experiências da pessoa, aos seus sentimentos e valor e a tudo o que pode ser entendido como a vida interior.

O movimento humanista surge em defesa dos valores integrais do homem, como um incentivo à autorrealização e ao desenvolvimento do potencial humano. Rafael (2000), citando Gobbi e Missel (1998), aponta algumas características do movimento humanista, nomeadamente:

a) Ênfase à totalidade do ser humano;
b) Visão positiva do ser humano, em termos de potencialidades, baseada em conceitos tais como a tendência à autorrealização e a liberdade;
c) Ênfase nos aspetos conscientes do ser humano;

d) Ênfase na subjetividade humana;
e) Ênfase nas características mais elevadas do homem, interessando-se por questões como a criatividade, crescimento, a afetividade, a autonomia, etc.
f) Apresentação do conceito de *Self*.

Rogers (2009), afirma que "cada pessoa é uma ilha, no sentido muito concreto do termo; a pessoa só pode construir uma ponte para comunicar com outras ilhas se primeiramente se dispôs a ser ela mesma e se lhe é permitido ser ela mesma" (44). A teoria rogeriana da personalidade baseia-se em que todo o organismo teria tendência a desenvolver as suas potencialidades de forma positiva, uma vez que todo o ser humano tem um potencial natural de crescimento pessoal, que lhe é inerente, e que se desenvolverá a partir do momento em que lhe sejam proporcionadas as condições psicológicas adequadas. Assim, Rogers destaca de forma particular o papel dos sentimentos e da experiência como fator de crescimento, defendendo que estes são o caminho para a integração e desenvolvimento pleno do ser humano.

Moreira (2007), ao citar Rogers (1983) refere que, "o indivíduo possui dentro de si vastos recursos para a autocompreensão, para a modificação dos seus autoconceitos, das suas atitudes e do seu comportamento autónomo" (44). Qualquer pessoa possui dentro de si as capacidades para adquirir comportamentos de saúde, para conseguir um crescimento e poder lidar, de forma adaptativa, com situações menos favoráveis. A adaptação e a capacidade para lidar com os acontecimentos, tem por base um modelo ambiental que sublinha os aspetos psicológicos das capacidades adaptativas humanas. De acordo com esta teoria, o repertório flexível de recursos, de que o indivíduo dispõe, permite-lhe manter o equilíbrio face a um grande leque de condições ambientais, equilíbrio baseado no fenómeno, de habituação face a uma estimulação intensa e continuada. Pretende-se assim, segundo Rogers (2009), "provocar uma mudança construtiva na personalidade e comportamento de pessoas perturbadas ou mal adaptadas que procuram ajuda" (264). E porque estamos a abordar o fenómeno do suicídio, podemos dizer que a pessoa, que indica como solução única terminar com a sua própria vida, apresenta, na maioria das vezes, o seu processo de autonomia e processos adaptativos alterados.

Quando se analisa o fenómeno poderemos pensar num conceito de cura; no entanto, este termo pressupõe um conceito de doença inicial e o que Rogers (2009) nos propõe é um conceito de desordem ou comportamento adquirido.

Rafael (2000) indica que a conceção humanista da personalidade, defendida por Rogers, destaca o conceito de organismo, de campo experiencial e campo fenomenológico, de *Self* e o conceito de Autoestima.

3.1.1.1 - Conceito de Organismo

O conceito de organismo segundo Rogers refere-se a um sentido mais lato, dando ênfase não somente aos aspetos físicos, mas também aos aspetos psíquicos, sociais e culturais. A pessoa é assim, vista como um todo e não apenas como a soma de todas as partes. Este destaca inclusive, a totalidade das experiências vividas pelo indivíduo. Ao afirmar esta premissa, indica que não basta estudar os fenómenos isoladamente, pois estes induzem resultados diferentes, pelo menos se devem analisar os fenómenos no seu todo. Rogers (1974) indica que " o organismo reage a seu campo fenomenológico como um todo organizado e tem uma tendência de base: realizar, manter e realçar a experiência organísmica" (470). Rogers indica também que a tendência do organismo é pretender a autonomia, a maturidade e isto envolve uma autorrealização.

3.1.1.2. - Campo Experiencial

Rafael (2000) citando Rogers (1974) afirma que, todo o indivíduo existe num mundo de experiência, do qual é o centro e que está em permanente mudança, este mundo íntimo pode ser designado como campo fenomenal ou campo experiencial. Por campo experiencial entende-se o organismo como o lugar de toda a experiência vivida. Experienciar corresponde a um processo ativo e em constante mudança e, inclui todas as vivências do organismo. Para Rogers, poderemos ter acesso a todas as experiências vividas, poderemos simbolizar todas as experiências vividas desde que existam condições favoráveis que o permitam.

3.1.1.3 - Campo Fenomenológico

Rafael (2000), refere que a totalidade da experiência organísmica (campo experiencial) também pode também ser designada por campo fenomenológico, no sentido em que é considerada a realidade como subjetiva ou seja, dependente da forma como é percecionada ou vivenciada pelo sujeito. Assim, a realidade ou a totalidade da experiência constitui o campo fenomenológico ou campo percetivo.

Rogers (1974), citado por Rafael (2000)[5], indica que "o organismo reage ao campo percetivo tal como este é experimentado e apreendido. Este campo percetivo é, para o indivíduo, a realidade". Segundo o mesmo autor, cada pessoa reage à realidade conforme a captou; cada um reage à perceção dessa realidade. Retomando as conceções da psicologia humanista, o termo perceção é entendido como o significado que a pessoa dá a tudo aquilo que ocorre dentro e fora dela própria. Para conhecer a pessoa, é necessário e imprescindível indagar o que a pessoa pensa de si e qual o valor que atribui aos acontecimentos envolventes. Não se pretende interpretar o que a pessoa nos transmite, mas sim conhecer a pessoa, o que nos permitirá não só uma compreensão da pessoa, mas também entrar em sintonia com ela. Rogers denomina isto de compreensão empática, definindo-a como um processo no qual a pessoa se sente não só aceite, mas também compreendida, enquanto pessoa na sua globalidade. É assim um processo dinâmico que significa a capacidade de penetrar no universo percetivo do outro, sem julgamento, tomando consciência dos seus sentimentos e respeitando o seu ritmo de descoberta de si próprio.

3.1.1.4 - Conceito de Self

O conceito de *Self* é definido por Rogers (1974) como um "padrão conceptual estruturado fluido mas consistente das características do *"Eu"* ou do *"Mim"*, que são admissíveis à consciência, juntamente com os valores ligados a estes conceitos" (55). A partir disto, o *Self* é visto como o critério determinante da *"repressão"* ou consciência das experiências e como exercendo um efeito regulador sobre o comportamento.

O *Self* faz parte da experiência organísmica e não é uma entidade estável, constituindo-se à medida que a pessoa vai adquirindo a *"noção de eu"*. O *Self* é um todo, organizado num processo constante de construção. Indica que, é portanto um processo fluido, um contínuo processo de reconhecimento de si. É exatamente nesta mudança constante, que Rogers fundamenta a sua teoria de que as pessoas são capazes de crescimento pessoal. O *Self* é a visão que uma pessoa tem de si própria, baseada em experiências passadas, estimulações presentes e expectativas futuras. (Rafael, 2006)

Rafael (2006)[6] indica que o estado de congruência implica que a pessoa se sinta livre, aceitando-se como é, com a experiência real dos seus sentimentos e das suas reações. A mesma autora refere que estado de incongruência ou desacordo interno,

[5] http://www.rogeriana.com/graca/rasocial.htm
[6] http://www.rogeriana.com/graca/tesemst/tesem01.htm

“verifica-se ao nível da simbolização da experiência. Quando a experiência real se encontra em oposição à imagem que o indivíduo tem de si mesmo, a simbolização da experiência do indivíduo irá corresponder a uma distorção da experiência real, distorção essa permite que permitirá ao indivíduo não entrar em conflito com a imagem que tem de si mesmo, ou seja, não entrar em contradição com a sua autoimagem”.

Rafael (2006) indica que o estado de desacordo interno ou incongruência se refere ao estado de desacordo entre a experiência, sua simbolização e os sentimentos despertados por esta. Representa-se igualmente como a diferença sentida pela pessoa entre o que ela é e o que gostaria de ser. Esta noção remete-nos para o conceito de Autoestima.

3.1.1.5 - Autoestima

Rogers dedicou uma especial atenção a duas necessidades: a consideração positiva e autoestima. Segundo Rafael (2006) ambas são apreendidas pela criança ao longo do seu crescimento. A criança descobre que o afeto que lhe demonstram é fonte de satisfação para ela, aprendendo, desta forma, a experimentar uma necessidade de afeição. A autoestima “estabelece-se em virtude de o bebé receber uma consideração positiva dos outros. Nas diversas pesquisas realizadas por Rogers, foi constatada a forte influência exercida pelas avaliações de figuras parentais, ou outras figuras significativas, nos comportamentos do indivíduo, podendo provocar grande discrepância do *Self* ideal com o *Self* real e consequente fracasso proporcional na adaptação, devido à distorção da imagem do eu”. (Rafael, 2006)

De acordo com Rogers (1954), citado por Rafael (2006) a discrepância entre a *“posição”* em que uma pessoa coloca determinada característica descritiva de si e a posição em que a coloca quando pensa nessa característica em função do que considera como desejável para si próprio, dá uma indicação da sua autoestima. Para o mesmo autor, isto indicará não só a maneira como o indivíduo se perceciona a si próprio em relação a determinado aspeto, mas igualmente a importância que ele tem para si. A discrepância entre a imagem de si e o conceito desejado, em todo um conjunto de características definíveis do indivíduo, dará um índice de autoestima ou refletirá uma *“auto insatisfação”* que por sua vez, gerará a motivação para procurar ajuda.

Rogers considera que todo o ser humano tem a capacidade de autodirecionar-se ou crescer, a qual o autor designa por *“tendência atualizante”*. Esta atua, no sentido da

conservação e enriquecimento do *Self* facultando a consonância entre a experiência vivida e a sua simbolização. Sempre que esta consonância não se verifique, a pessoa entra em estado de incongruência, ou seja, gera-se um desequilíbrio, o que implica o início de um comportamento desadaptado, entrando em estados de ansiedade, angústia e depressão, os quais, por sua vez, implicam na construção da sua personalidade e do seu desenvolvimento. (Rafael, 2006)

Na perspetiva da teoria de Rogers, o papel do profissional não tem como objetivo fornecer soluções ou mesmo estratégias pré-definidas para a resolução de problemas, mas, sim, atuar para que a pessoa entenda melhor a situação em que se encontra e se compreenda melhor a si mesma. Entramos assim numa perspetiva de relação de ajuda centrada na pessoa, que permite que a pessoa que pede ajuda encontre a melhor solução, o melhor caminho, a melhor estratégia, o melhor de si para ultrapassar as dificuldades. Existe, assim, um processo de autodescoberta para que a pessoa encontre os seus próprios recursos e descubra as suas próprias potencialidades, promovendo-se deste modo uma maior confiança em si próprio e uma maior autonomia nas suas decisões. Em consonância, a pessoa, ao ter esta maior consciência de si, acaba também por perceber, com maior clareza, quais as suas limitações, o que facilitará uma resposta mais eficaz na superação do problema no futuro.

Existe, assim da parte do profissional um papel não diretivo, mas de profundo respeito, pois, como refere Rogers (2009), o terapeuta deve "adotar interiormente em relação ao seu paciente uma atitude de profundo respeito, de aceitação total do paciente tal como ele é e de confiança nas suas potencialidades para resolver os seus próprios problemas" (102). Assim sendo, não cabe ao profissional dirigir ou dar conselhos à pessoa, mas deixar a pessoa encontrar o caminho que, no momento, for o mais adequado para si.

Existe assim uma abordagem à pessoa como ser uno e responsável pela sua vida. Numa perspetiva rogeriana, o papel do profissional é possibilitar que a pessoa encontre a sua direção, o que requer deste a responsabilidade de ter presente uma série de atitudes relacionais, que facilitem um clima de confiança, e permitam essa autodescoberta.

Nunes (2002) refere que, numa relação de ajuda, " há um estilo pessoal que se constrói, relacionado com a reflexão sobre o vivido e a vontade de adequar os comportamentos e atitudes" (1). Rogers descreve as atitudes relacionais e destaca a *"aceitação positiva incondicional"* a qual acontece sem juízo de valores ou críticas. Deve-se perceber os sentimentos da pessoa, mas sem os julgar, e deixar a pessoa evoluir

no processo de descoberta de si. Reforça, por isso, a importância da compreensão empática, já que a pessoa se sentirá não só somente aceite, mas, mais do que isso, compreendida enquanto pessoa. A congruência pretende indicar o estado de coerência interna e de autenticidade de uma pessoa, a qual se traduz na sua capacidade de aceitar os sentimentos, as atitudes, as experiências do outro e de comunicá-los. Acerca disto (Rogers, 1985) afirma que, "quanto mais o terapeuta souber ouvir e aceitar o que se passa em si mesmo, quanto mais souber ser a complexidade dos seus sentimentos, sem receios, maior será o seu grau de congruência" (63).

O profissional necessita de algumas qualidades, capacidades e competências, sendo que Rogers (2009) preconiza que "a autoconsciência e a presença humana do terapeuta são mais importantes, que o treino técnico do mesmo", referindo ainda que "a aceitação, a empatia e a consideração positiva constituem condições necessárias e suficientes para o crescimento humano, sendo que assim estas devem estar na relação entre a pessoa e a pessoa que cuida" (12).

3.1.2 – Fases do processo de aconselhamento segundo Patterson e Eisenberg

Patterson e Eisenberg (1988), no seu processo de aconselhamento, estratificaram o processo em fases. Estas fases, segundo eles, não obedecem a uma única corrente filosófica ou metodológica. Referem que sentiram necessidade de uma abordagem humanística, na primeira fase do processo, tendo como referência Carl Rogers. Na segunda fase, a sua influência é predominantemente dos conceitos psicanalistas, com o pretexto do conselheiro compreender as motivações da pessoa. Na terceira fase, que se centra no planeamento da ação, a sua influência é predominantemente cognitivo-comportamental, dado que, segundo os autores, a pessoa necessita de ajuda na tomada de decisão e no reforço da ação positiva.

O processo de aconselhamento, segundo estes, assenta essencialmente em quatro fases distintas: descoberta inicial, exploração em profundidade, preparação para a ação e término.

Apesar de bem delineadas e de, aparentemente, cada uma depender da anterior, os autores referem que não é possível estabelecer objetivos sem que a pessoa tenha clarificado as suas preocupações. Estes autores referem ainda que estas fases podem ser flexíveis, pois diversos aspetos podem estar a ser alvo de intervenção e não se encontrarem todos eles na mesma fase do processo.

3.1.2.1 - Descoberta Inicial

Como a denominação da fase indica, no início do aconselhamento, o orientador e a pessoa não se conhecem bem, pelo que será necessário esta descoberta inicial. Esta fase só se iniciará após o pedido de ajuda por parte da pessoa, pelo que o conselheiro deverá iniciar o processo somente quando a pessoa estiver preparada.

Na descoberta inicial, os dois participantes deverão estar em sintonia com os objetivos da pessoa, sendo que é esta que necessita de ajuda, embora existam, por parte do conselheiro, alguns modos de bloquear a comunicação no aconselhamento, como, por exemplo, a tentativa de dar aulas, de dar conselhos, contar histórias e o questionamento excessivo. Este tipo de atitudes pode, desde logo, comprometer o processo, uma vez que a pessoa, normalmente, pode sentir-se, inicialmente, renitente ao aconselhamento ou ansiosa por se sentir exposta. O conselheiro deverá interiorizar que, nesta fase, cabe à pessoa falar sobre o que a preocupa e cabe ao conselheiro saber ouvir, embora ativamente. O conselheiro deverá estar aberto à experiência vivida pela pessoa, devendo estar reunidas as condições interiores para a fase de descoberta, ou seja, o conselheiro deve " sentir o mundo do seu cliente como se fosse o seu próprio, sem nunca perder a condição "como se". (Patterson & Eisenberg 1988:44). Estes autores reforçam ainda a ideia de que o "objetivo primário da descoberta inicial é trabalhar para o desenvolvimento de uma relação caracterizada por uma comunicação confiável, sincera, aberta, e por um trabalho que envolva introversão e esclarecimento" (53).

As condições interiores necessárias para estimular a descoberta inicial, são um trabalho do conselheiro para a pessoa que está a ser ajudada. Para tal, este deverá ser dotado de algumas competências:

a) Empatia

A empatia indica um forte e profundo sentimento de *"sentir dentro"*. É um estado de identificação de personalidades, que facilita a compreensão do outro. Segundo May (2009), "é impossível compreender o outro individuo se não for possível, ao mesmo tempo, identificar-se com ele" (69). Esta também é a expectativa da pessoa, ser compreendida. E é sobre esta expectativa que se constrói toda a relação. Chalifour (2008) indica que, "para responder a esta expetativa o interveniente deve introduzir-se no mundo afetivo do cliente e tentar compreender o seu ponto de vista, a compreensão afetiva e cognitiva que ele possui" (198). Rogers (2009) revela que, "me enriquece abrir

canais através dos quais os outros possam comunicar os seus sentimentos, a sua particular perceção do mundo" e acrescenta que procura "reduzir as barreiras entre os outros e mim, para que eles possam, se for esse o seu desejo, revelar-se mais profundamente" (42).

Paterson e Eisenberg (1988) identificaram dois tipos de empatia: primária e avançada, sendo que " a empatia primária é o processo de tomar contacto com os temas que são evidentes aos dois participantes" e " a empatia avançada é o processo de ajudar o cliente a explorar temas, problemas e emoções novos à sua consciência, sendo que a empatia pode ser vista como a compreensão dos construtos pessoais proeminentes de um indivíduo" (45). A empatia avançada leva a pessoa a compreender melhor as suas perceções e consequentemente, a explorar o seu significado e importância, incluindo também a avaliação das temáticas que a pessoa está pronta a aprofundar.

Consideram-se construtos pessoais, o conjunto de elementos cognitivos que a pessoa usa para processar a informação e dar significado a factos da sua vida, possibilitando ordenar o seu mundo. São estes construtos que dão sentido à vida.

A empatia cria-se a partir do diálogo e não se cinge somente ao que é dito, mas também ao não dito, como, por exemplo, a expressão corporal, as pausas, as hesitações e o olhar. Por isso, o conselheiro deverá estar atento ao diálogo verbal, mas também ao não-verbal. O conselheiro deverá estar atento ao processo de comunicação pois este é algo complexo, sendo que as dificuldades aumentam consoante a diversidade cultural, social, religiosa e afetiva de cada um. Os conselheiros devem estar também despertos para alguns aspetos, nomeadamente, entender que a comunicação só é verdadeira quando interagem com o meio e o destinatário. Através da comunicação aprendemos e ensinamos, ao mesmo tempo que se quebra a solidão, dá-se resposta às necessidades de ordem intelectual, afetiva, moral e social.

b) Consideração positiva

Patterson e Eisenberg evidenciam que o interesse do conselheiro pode aumentar o entusiasmo do cliente pelo trabalho e pelo crescimento. Segundo os autores (1988), "o interesse é expresso pelo entusiasmo que uma pessoa exprime por estar em presença de outra e pela quantidade de tempo e energia que está disposta a dedicar ao bem-estar da outra" (47). Já Rogers (2009) questionava-se se seria capaz de ter uma atitude positiva para com o outro. Esta questão é fulcral, no processo de aconselhamento, ao nível da relação de ajuda que se estabelece com a pessoa. A consideração positiva implica respeito, sendo que é uma atitude que se expressa no comportamento e, como referem

Borges e Filho (2004), “abre caminho para a manifestação de um comportamento aberto, e que tem como objetivo conduzir o cliente ao crescimento, à autonomia” (120). Induz-se assim que a consideração positiva provoca mudança, tanto ao nível de comportamentos imaturos como na energia para viver de forma mais efetiva.

A consideração positiva é incondicional, uma vez que não depende do comportamento da pessoa, mas sim da atitude do conselheiro, pois este aceita-o tal como ele é, sem fazer juízo de valores e sem julgar o vivido.

c) Congruência e Autenticidade

Rogers (2009) referindo-se à congruência e à autenticidade questiona-se se poderá conseguir ser de uma maneira que possa ser apreendida pelo outro, como merecedora de confiança, como segura ou consistente no sentido mais profundo do termo, e se poderá ser suficientemente expressivo para que a pessoa que ele é possa comunicar sem ambiguidades. O próprio autor responde a estas questões (2009:76) dizendo que se poder,“ estar afetivamente consciente dos [seus] próprios sentimentos e aceitá-los, é grande a probabilidade de poder vir a formar uma relação de ajuda com uma outra pessoa”, acrescentando ainda que “aceitar ser o que [é], neste sentido, e tornar possível que outra pessoa o veja”. A autenticidade é assim vista como a característica da transparência, da veracidade e da honestidade. Patterson e Eisenberg (1988) falam numa “disposição para compartilhar o próprio eu interior e apresentar pensamentos e sentimentos ao cliente, de modo a não manipulá-lo ou controlá-lo” (49). Quer a congruência, quer a autenticidade, muitas vezes utilizadas como sinónimos, revelam, por parte do conselheiro, um alto nível de autoconhecimento, autoaceitação e autoconfiança e uma atitude moral relevante.

Atitudes não autênticas e congruentes de tentar parecer o que não se é, de estar na relação terapêutica somente com intuito de aprovação da pessoa, são prejudiciais e portanto, é importante que a autenticidade que o conselheiro expressa seja congruente com a sua experiência interna.

O conselheiro deve então ser verdadeiro na relação e verdadeiro consigo próprio. Ao fazê-lo, a pessoa beneficia com isso, sente-se em confiança, respeitada pelo conselheiro e tenderá a ser também ela autêntica. No entanto, autenticidade não significa, como explica Chalifour (2008), que o conselheiro comunique tudo o que vive, sem discernimento. Deve partilhar a sua experiência e o seu vivido, de acordo com a sua perceção das necessidades ou das capacidades da pessoa, devendo evitar assim o impulso, o juízo sobre outras pessoas ou acontecimentos, o que pode também

desorientar a pessoa e colocar o foco noutro assunto não relevante no processo terapêutico.

d) Concreção

Sabendo que o objetivo do aconselhamento é ajudar a pessoa a ultrapassar uma fase de confusão, para um estado de maior clareza sobre os problemas com que se depara, é necessário que o conselheiro e a pessoa comuniquem de uma forma clara. À medida que os conselheiros forem concretos em relação aos problemas explorados, aos sentimentos e comportamentos que afetam a pessoa, permitem também que estes se sintam responsáveis pelos seus sentimentos, pensamentos e ações.

3.1.2.2 – Exploração em Profundidade

Nesta fase do processo de aconselhamento, um dos objetivos é que a pessoa passe a ter *insight*. Pretende-se que a pessoa tome consciência de si e do seu vivido e cresça como pessoa. Este *insight*, segundo Patterson e Eisenberg (1988), "desenvolve-se através do processo de exploração de temas, padrões, preocupações e problemas significativos" (55). É assim fomentada uma mudança positiva através dessa tomada de consciência. Ao longo desta fase, a pessoa explora as temáticas e o conselheiro apresenta um *feedback*, sobre o que é dito; assim a pessoa é confrontada com as suas convicções, emoções e experiências, tornando-se desta forma mais clara para ela. Não podemos excluir que, nesta fase, a pessoa é confrontada com alguns momentos de tensão, que devem ser geridos pelos dois intervenientes, para que esta experiência se torne enriquecedora. Patterson e Eisenberg (1988) referem que o, "*feedback* pode ser entendido como informação sobre efeitos das ações ou declarações de uma pessoa" (56), sendo que é mais fácil ser-se aceite quando o conselheiro o efetua de forma serena, quer na forma como o diz, quer no que diz.

Destaca-se que o *feedback* ajuda a pessoa a crescer e a aprender sobre si, motivando que o seu comportamento seja mais efetivo e salutar que no passado. No entanto, o cliente pode revelar um comportamento ambivalente no que diz respeito ao *feedback* já que, por um lado, deseja-o, mas, por outro lado, teme-o, entrando assim em conflito. A pessoa tende a dar mais crédito ao conselheiro, quando este passou por uma experiência similar à que está a ser explorada no aconselhamento.

Percebe-se assim que esta fase é um confronto consigo próprio, sendo dominada pelas emoções, que se apresentam como, uma via para a autoconsciência e para o

autoconhecimento. Estas emoções conduzem a uma compreensão mais clara e objetiva do mundo e do comportamento da pessoa (Patterson & Eisenberg, 1988).

O que se pretende na realidade, é que a pessoa desenvolva uma compreensão ou esclareça as suas próprias compreensões sobre as relações entre os acontecimentos vividos, sendo que o conselheiro o ajuda a descobrir modos de adquirir um maior controlo de si e do meio que o rodeia. Esta fase é caracterizada por uma abertura mais profunda à pessoa e é, nesta fase, que a empatia avançada é determinante, dada a profundidade da exploração dos temas.

Patterson e Eisenberg (1988) apresentam elementos do mundo objetivo da pessoa, acessíveis ao contacto da empatia avançada e a explorar nesta segunda fase do aconselhamento:

1) É importante tornar clara a perceção sobre si e sobre os outros, quando existe um conflito interpessoal;
2) Pressuposto sobre acontecimentos importantes da vida, pois estes ajudam a pessoa a evidenciá-los, a reconsiderar a sua validade e a examinar se o seu comportamento está a ser influenciado por eles;
3) Desejos pessoais importantes não satisfeitos desencadeiam emoções de ansiedade e, quando são do domínio interpessoal, implicam afeição, reconhecimento, intimidade, companheirismo, poder e vingança;
4) Confusão e conflito, que são vividos por todas as pessoas que pedem ajuda ao conselheiro, por meio do processo de aconselhamento. Estes conflitos são essencialmente interiores;
5) Pensamentos sobre o futuro, principalmente quando estes incluem imagens sobre o desejável. Por vezes, associado a momentos de angústia e depressão, o futuro assume-se como sombrio, desanimador e sombrio. O papel do conselheiro deve centrar-se em ajudar a superar a ansiedade, a depressão e a desesperança, fomentando a luta efetiva contra a tensão e a crise;
6) Relação entre acontecimentos é um trabalho a efetuar, pois há que estabelecer conexões entre as experiências internas e as ações exteriores, condições de estímulo a um comportamento pessoal.

Nesta fase, existem algumas técnicas de comunicação e estratégias relacionais que, entre outras, são importantes para o conselheiro utilizar, tais como a imediação, a confrontação e a interpretação.

A imediação, segundo Patterson e Eisenberg (1988), "pode ser entendida como uma fala que descreve para o cliente alguma perceção ou experiência interior atual que o conselheiro está tendo no relacionamento" (65), sendo que pode estimular o crescimento a diversos níveis, promovendo a observação interior por parte da pessoa. Os autores advertem que esta técnica requer do conselheiro uma grande quantidade de energia pessoal e pode originar no cliente, coragem e força.

Segundo Patterson e Eisenberg (1988), a confrontação por sua vez é, "um procedimento que focaliza diretamente a atenção do cliente sobre algum aspeto do seu comportamento que, se for alterado, levará à atuação mais efetiva" (68). Apesar de controverso, uma vez que mal usada ou usada abusivamente pode ser prejudicial, é, no entanto um meio para o conselheiro oferecer um feedback que permita o crescimento da pessoa. Chalifour (1988) enquadra as temáticas onde pode ser usada a confrontação, em momentos de contradições, de fugas, de subterfúgios, de desculpas ou de incoerências.

A interpretação pode ser definida como um ato de dar sentido ou importância a um acontecimento ou como uma explicação dada sobre as razões de um acontecimento. Freud (1954), citado por Patterson e Eisenberg (1988) define interpretação como "uma parte central da experiência de ajuda; tornando-se por base lógica que padrões contraproducentes têm significado simbólico" (75). Já Rogers (1967) e Perls (1969) definem que interpretar é um processo extremamente intelectualizado que distancia da experiência atual e, assim, bloqueia a consciência e o crescimento.

Destaca-se ainda a clarificação de Chalifour (2008) que entende que esta tem como objetivo ajudar à compreensão de um acontecimento, de uma experiência, de um sentimento ou emoção, tanto da pessoa que é ajudada como do conselheiro.

3.1.2.3 – Preparação para a Ação

Com o término da fase de exploração em profundidade, dá-se início à terceira fase de exploração para a ação. Com efeito, até aqui, não emergiu qualquer modo de ação, somente foram explorados problemas, sentimentos, experiências, emoções, crenças e valores. Esta fase caracteriza-se por, após a identificação do problema e da sua exploração, escolher um modo de ação que possa aliviar as preocupações da pessoa. Passa, assim, a haver necessidade de uma tomada de decisão e esta, para ser objetiva, necessita que a pessoa seja portadora de todas as opções possíveis, trabalho este a ser efetuado pela pessoa e pelo conselheiro. Os dois intervenientes deverão levantar

hipóteses sobre prováveis escolhas e possíveis cenários e as suas possíveis consequências na vida da pessoa. Patterson e Eisenberg (1988) indicam que " a qualidade de uma decisão depende da satisfação que a sua implementação traz ao cliente" (92). Normalmente, nas fases anteriores, foram abordados diversos problemas e agora, em conjunto, devem decidir qual o problema prioritário a ser intervencionado.

Todo o processo de mudança não é fácil, pois está associado a dúvidas, medos, indecisões, inseguranças para o que é desconhecido e, por isso, o conselheiro deverá também introduzir, como temática a explorar, os receios que a pessoa tem para os poder diminuir e não comprometer esta fase e o decurso de todo o processo. Patterson e Eisenberg (1988) referem que " no processo de apoio-para-ação, o conselheiro ajuda o cliente a aumentar ao máximo a consciência e a previsão de resultados positivos, a minimizar o medo de resultados negativos, e a exercitar habilidades concretas para implementar um modo de ação" (95).

Os intervenientes poderão elaborar um quadro, onde serão descritas as possíveis ações, onde poderão constar os pontos fracos e os pontos fortes e as consequências desejáveis. A partir da análise desse quadro, iniciar as ações delineadas. Após a realização da ação, a pessoa e o conselheiro deverão avaliar os resultados da sua implementação, assim como a satisfação dos resultados por parte da pessoa.

Poderíamos acreditar que todo este processo é linear e apresenta sempre resultados positivos; no entanto, as coisas não são assim tão previsíveis. Por vezes, as ações delineadas não têm o resultado esperado, quer por erro de avaliação, quer por insuficiente preparação do conselheiro ou da pessoa, quer por ineficácia da estratégia implementada ou, simplesmente, porque o resultado esperado não foi o pretendido. Nestes casos, o processo deverá ser repetido, de forma a conseguir que a pessoa se sinta preparada e satisfeita com os resultados, a não ser que a pessoa não o deseje. No entanto, o que emerge desta fase é que a pessoa consiga eficazmente mobilizar recursos para realizar os seus objetivos (Patterson & Eisenberg, 1988).

3.1.2.4 - Término

Finalmente, o conselheiro e a pessoa chegaram ao fim do aconselhamento. È desejável que a pessoa tenha operado mudanças no que diz respeito a enfrentar os problemas, que foram alvo do processo. É tempo de terminar o aconselhamento, quando a pessoa tiver alcançado o que esperava. O finalizar do aconselhamento é uma decisão

do conselheiro e da pessoa e, por si mesmo, é motivo de exploração (Patterson & Eisenberg, 1988). Importa que o conselheiro e a pessoa identifiquem, juntos, sinais de mudanças positivas no comportamento da pessoa, sendo que estas, quando identificadas pela pessoa também são compatíveis com a observação do conselheiro. Os sinais evidentes, segundo os autores, passam pela capacidade de lidar melhor com a tensão, pela sensação de alívio e pelo aumento de energia.

Segundo Patterson e Eisenberg (1988), "não convém ao conselheiro adiar o término do aconselhamento a fim de continuar tendo as suas necessidades satisfeitas, pois estará bloqueando o aumento da autoconfiança do cliente ao invés de estimulá-lo" (104). O facto de adiar o aconselhamento faz com que a pessoa não seja percebida como digna de confiança, o que promoverá a baixa autoestima e limitará o *empowerment* da pessoa.

No entanto, pode existir a situação da pessoa não estar a fazer progressos. Nesse caso, o conselheiro deverá dar por terminado o aconselhamento e, se possível, encaminhar para outro profissional. O conselheiro tem de ter a noção de que, como referem Patterson e Eisenberg (1988), "um término eficaz proporciona um encerramento positivo para a experiência e encoraja o cliente a continuar usando a sua nova aprendizagem" (107).

3.1.3 – O Aconselhamento em Enfermagem na Teoria de Hildegard Peplau

Ao EESMP poderá pôr-se a questão sobre o tipo de intervenção de âmbito psicoterapêutico a adotar com a pessoa com ideação/intenção suicida. Não há propriamente uma resposta certa e muito menos definitiva, embora o EESMP seja um profissional com diversos recursos e com experiência a cuidar de problemáticas de suicídio. No entanto, cada caso é um caso e cada pessoa é uma pessoa e, como ser único, é necessariamente diferente. Ao escolher o aconselhamento em enfermagem, o EESMP deverá vincular-se a uma teoria de enfermagem.

Existem muitas semelhanças entre o processo de enfermagem e o processo de aconselhamento, quer na relação quer nas etapas. Relativamente a este assunto, Lopes (2010) defende que:

> em termos relacionais, ambos dão início à ajuda a partir das necessidades e desejos do beneficiário, ambos focam a atenção em problemas e mudanças contemporâneos do *"aqui-e agora"*, ambos mobilizam habilidades justaponíveis

do técnico ajudador, ambos procuram a autonomia e a liberdade existencial do cliente e, ao longo do processo, ambos apresentam potenciais de aprendizagem e mudança tanto do cliente como de quem proporciona a ajuda. Ou seja, as características relacionais dos cuidados de enfermagem e do aconselhamento parecem apresentar, no *"diálogo"* que emerge do estudo, continuidades fundamentais", (…) "no que se refere à relação que articula o processo de enfermagem com o processo de aconselhamento, verifica-se uma coincidência das etapas de um com as fases do outro, sendo que o segundo explicita o valor da relação quer como veículo da ajuda, quer como «ajuda-em si», dando a conhecer uma conexão que articula o saber processual do método de resolução de problemas mais frequentemente utilizado pelos enfermeiros (processo de enfermagem), com o «estar-com-o-Outro» (73).

Quadro 3 – Relação entre o Processo de Enfermagem e o Processo de Aconselhamento

QUADRO 4 – Relação entre o Processo de Enfermagem e o Processo de Aconselhamento

PROCESSO DE ENFERMAGEM		PROCESSO DE ACONSELHAMENTO	
Etapas	**Actividades**	**Actividades**	**Fases**
Identificação	Recolhe e analisa dados	Tem como objectivo estabelecer um ambiente propício ao aconselhamento e ao desenvolvimento de uma relação de confiança. Nesta fase é importante estar atento para compreender temas e problemas significativos que vão necessitar de exploração mais profunda, bem como avaliar o nível de prontidão do cliente para evoluir para a fase seguinte.	**Descoberta Inicial**
Diagnóstico	Determina necessidades em cuidados de enfermagem		
Planeamento	Estabelece prioridades de cuidados; Formula objectivos dos cuidados	Consiste em ajudar o cliente, combinando empatia em alto grau, *feed-back*, imediação, confrontação, interpretação, dramatização ou outras intervenções estruturadas, a desenvolver novas compreensões sobre os problemas que estiveram na origem do pedido de ajuda. Os objectivos para a mudança são estabelecidos nesta etapa, começando a ser examinado o poder pessoal para mudar.	**Exploração em Profundidade**
Implementação (e avaliação intermédia)	Valida o plano de cuidados; Desenvolve os cuidados; Documenta os cuidados e os efeitos dos cuidados; Reavalia as necessidades em cuidados de enfermagem	Genericamente refere-se à co-construção dos processos de decisão e à discussão das consequências previsíveis. Posteriormente é apoiada a experimentação da mudança em níveis de ansiedade suportados pelo cliente, avaliando em conjunto a eficácia da mesma, bem como de novas concepções da realidade. São encorajados os sucessos e suportados os insucessos. A nova informação é sintetizada e reintegrada na percepção do cliente sobre o seu problema.	**Preparação para a Acção**
Avaliação final	Avalia e compara as necessidades em cuidados de enfermagem	Procede a um balanço de todo o processo de ajuda. Encoraja o cliente a usar a sua nova experiência e a gerir sentimentos ligados à separação. O técnico-aconselhador passa a fazer parte dos recursos disponíveis para serem mobilizados em situações de crise futuras, pelo cliente.	***Terminus***
Adaptado a partir de: Atkinson *et al.* – Fundamentos de Enfermagem. Introdução ao Processo de Enfermagem. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. 1989. ISBN 85-226-0328-6.		*Adaptado a partir de*: Stefflre & Grant, 1976; Scheeffer, 1981, 1983; Patterson & Eisenberg, 1988; Rogers, 2000; Amaral, 2002; May, 2004; Borges *et al.*, 2004.	

Lopes, J. (2010) – O aconselhamento como cuidado de enfermagem numa equipa de tratamento – artigo de investigação. *Revista toxicodependências*/edição IDT/volume 16/numero 1 p. 74

Ao analisar este quadro, pode inferir-se que as fases de Peplau têm relação com as fases de Patterson e Eisenberg.

Além da nossa identificação enquanto enfermeiro com a teoria interpessoal de Hildegard Peplau, outra das razões que levou à escolha, para o desenvolvimento deste trabalho, foi por se encontrar similaridade entre a teoria de Peplau e o processo de aconselhamento descrito por Patterson.

A sua teoria é centrada na interação entre o enfermeiro e a pessoa. O enfermeiro ajuda a pessoa a crescer e a fazer opções responsáveis, ajudando-o a tornar-se pessoa, de

forma autêntica. Paula, et al (2004) indicam que, refletir sobre isto "configura a busca por um estar consciente, ou seja, a presença e a intersubjetividade, como atitudes existenciais e que partem de uma escolha do ser, considerando que o ser que cuida, as oferece ao outro" (429). Para o enfermeiro, isso implica uma responsabilidade para a condição de si mesmo.

Peplau divide o processo interpessoal em quatro fases sequenciais, que são: Orientação; Identificação; Exploração; Resolução.

Na fase de orientação são, na intervenção que está a ser delineada à pessoa com ideação/intenção suicida, utilizados os princípios da enfermagem humanística de Paterson e Zderad. Não se estranhe esta associação, pois apesar da teoria de Peplau não ter inspiração verdadeiramente humanista. A fase de descoberta inicial de Paterson & Eisenberg é segundo os autores de inspiração humanista e dado a relação entre o processo de enfermagem e o processo de aconselhamento, é importante dar enfase a essa relação e reforçar a filosofia humanista da fase de orientação. O Humanismo assenta no valor do ser humano de existir e na qualidade dessa existência. Dá relevo à natureza das pessoas, enquanto o existencialismo, filosofia seguida predominantemente por Peplau, defende que, segundo George (2000) "é uma abordagem filosófica para a compreensão da vida. Os indivíduos enfrentam possibilidades ao fazerem escolhas. Essas escolhas determinam a direção e o significado da vida" (242)

Na teoria da prática de enfermagem humanística, os seres humanos são entendidos sob o ponto de vista de uma estrutura existencial, dependendo das escolhas que efetuam. Zderad e Paterson indicam que a pessoa, apesar de ser um ser individual, relaciona-se com outras pessoas desde o início da sua existência, quer no tempo quer no espaço, manifestando assim uma relação de interdependência, assumindo assim a noção de coexistência. George (2000) indica que " os seres humanos caracterizam-se como sendo capazes, abertos a opções, possuidores de valores e como única manifestação do seu passado, presente e futuro" (243). É, pois, o relacionamento com todos os outros seres humanos que permite a socialização da pessoa e, ao mesmo tempo, apoderar-se e ter a noção da sua individualidade. Ora, num processo de busca de saúde, a pessoa necessita de tomar opções, com bases nas informações que detém, para assim tomar as suas decisões de forma consciente. Espera-se assim o envolvimento no cuidado de si e nas decisões presentes no processo.

As restantes fases serão de cariz mais humanista - existencialista. Pearson (1992) refere "o existencialismo humanista como a filosofia natural da enfermagem" (39) e realça o valor do ser humano, a unicidade do indivíduo, a qualidade de vida e a liberdade de escolha. Apresenta assim a ideia de que a pessoa possui a capacidade de escolher a gestão da sua saúde, responsabilizando-a por essa escolha. Emerge assim a crença da autonomia da pessoa, que valoriza a pessoa e a sua contribuição para os seus cuidados de saúde.

3.1. 3.1 - Fase de Orientação

Na fase da orientação, a pessoa e o enfermeiro, iniciam a relação, utilizando a comunicação como forma de conhecimento mútuo. Paterson e Zderad (1978) referem que, " para viver e conviver existencialmente com o outro é necessário conhece-lo no seu espaço vivido em dada temporalidade" (429). Paterson e Zderad (1988) citadas por George (2000) afirmam que "a enfermagem implica um tipo especial de encontro de pessoas. Ocorre em resposta a uma necessidade percebida relacionada com a qualidade saúde doença da condição humana, (…), não envolve um encontro meramente fortuito, mas um encontro no qual existem um chamado e uma resposta intencionais" (244). O enfermeiro fica comprometido na relação com a pessoa, sendo que existe também o compromisso dos atores se conhecerem mutuamente. Entre estes dois atores da aliança terapêutica existirá um diálogo profundo e genuíno, em que a partilha é fundamental, existe uma transação intersubjetiva. Este encontro, dar-se-á através de um encontro entre duas pessoas influenciadas por sentimentos iniciais antes deste encontro. O relacionamento entre eles deve ter como pressuposto uma abertura entre si de forma humana. Segundo George (2000) " a qualidade de ser aberto, recetivo, pronto e disponível para outra pessoa de maneira recíproca é a presença" (245). No diálogo, a pergunta e resposta são complexos sequenciais e simultâneos.

A expressão facial e o olhar do utente informam de imediato o enfermeiro sobre a sua disponibilidade afetiva e intelectual para proceder à entrevista (Phaneuf, 2005).

Os primeiros minutos, em qualquer entrevista, são extremamente importantes, pois são eles que determinam o clima restante do encontro. O enfermeiro deve adotar uma atitude aberta e calorosa, que predisponha o indivíduo a exprimir-se (Phaneuf, 2005). Existem outros aspetos também a ter em conta, tais como, não saltar imediatamente no vivido do sujeito, é necessário antes quebrar o *"gelo"*, utilizando, por exemplo, alguns

minutos para comunicar de forma calma com o indivíduo, deixá-lo exprimir-se sobre coisas banais, como o tempo (Phaneuf, 2005).

Este diálogo verbal e não-verbal pode ser efetuado em simultâneo, sendo que, como refere George (2000), os enfermeiros " são capazes de relacionarem-se, simultaneamente, com aspetos objetivos e subjetivos da situação vivida" (245).

Pretende-se que o enfermeiro esteja preparado, aberto à experiência. Pressupõe-se uma fase reflexiva de contemplação e de discussão. Esta fase implica ter uma visão pessoal do mundo que o rodeia e como refere George (2000), "aceitar a estrutura percetiva de outros" (246). Para isso, o enfermeiro deve estar consciente do próprio ponto de vista. É o momento em que o enfermeiro volta-se para si mesmo, num processo de interrogação e reflexão do próprio Eu.

É, nesta fase que as experiências pessoais do enfermeiro são valorizadas e importantes. Quanto mais variadas forem essas experiências, maior a possibilidade de conhecimentos. Esta fase enquadra-se assim no domínio do autoconhecimento de quem cuida, sendo que o enfermeiro entrará nesta relação com todo o seu trajeto de vida e com toda a sua experiência pessoal e profissional, com o intuito de a mobilizar.

É assim o momento de ver o mundo através dos olhos do outro, sendo que pressupõe o estar aberto à experiência do outro. O enfermeiro como ser que cuida deverá estar aberto à compreensão do outro, refletindo o que foi experienciado pela pessoa. O enfermeiro ao iniciar esta fase, não o deverá fazer com preconceitos relativamente ao outro, evitando rotular a pessoa e entrar em julgamento sobre o outro e sobre as suas vivências.

A pessoa que procura ajuda, busca assistência a partir da experiência de uma necessidade. Peplau (1990) refere que "a pessoa deve ser levada a compreender as suas dificuldades e as reais necessidades de ajuda" (17). O enfermeiro, ao iniciar esta fase, deve ter a noção de quais são necessidades da pessoa, deve orientá-la, respeitando-a; deve entender a magnitude do problema, conhecendo-a; deve conhecer o que a rodeia e estabelecer uma relação de parceria, entendendo-a. O enfermeiro deve então perceber todo o mundo da pessoa que está a procurar ajuda, porque esta entende que a única solução para os seus problemas é suicidar-se. Como refere Beck (1979), deve entrar neste mundo e vê-lo através das lentes da pessoa. Por outro lado, o EESMP consegue, nesta fase, ganhar tempo até que o perigo para o suicídio tenha sido atenuado. Por outro lado, cria um clima de confiança e respeito contínuo, de modo a que o outro se sinta aceite e compreendido, é o desafio que se coloca ao enfermeiro que pretende estabelecer

uma relação de confiança. Contudo, tal não será possível se não houver o necessário conhecimento e treino de um determinado número de atitudes e habilidades, que são essenciais para esta relação terapêutica.

Após receber o pedido de ajuda, não é suficiente ao enfermeiro saber por que razão a pessoa quer pôr termo à sua vida, uma vez que as razões para o fazer não são percebidas pela própria pessoa.

É importante referir que, apesar de ser um facilitador, descrever e estudar separadamente as atitudes para uma melhor compreensão, estas não se manifestam individualmente na relação de ajuda pois, segundo Chalifour (2008), numa situação concreta de cuidados, um enfermeiro não atua sobre um determinado aspeto, mas sim no seu todo, com a imensa riqueza de atitudes que o caracterizam e que o guiam no processo de relação. O enfermeiro entendendo os diversos dispositivos profissionais, aplica com habilidade e todo o discernimento para o interesse absoluto da pessoa que cuida.

O enfermeiro incentiva a pessoa a contar a sua história de vida, para que, juntos, enfermeiro e pessoa, percebam quais as verdadeiras razões subjacentes à sua ideação ou intenção. Durante este período, apesar de ser essencialmente, a pessoa a falar, o enfermeiro deverá ter uma atitude ativa de escuta, pois, nesta fase, a comunicação não-verbal é essencial.

No processo de comunicação, tendo em conta as barreiras que existem, atuamos no sentido de minimizá-las, atendendo à personalidade de quem emite a mensagem e de quem a recebe, à linguagem utilizada e ao contexto em que esta mensagem é emitida. Para um bom relacionamento, é fundamental saber escutar e ouvir, pois é o meio mais seguro para a compreensão, e ouvir significa também observar, escutar e compreender (Alves, 2003).

Assim, a comunicação é um aspeto importante na relação que se estabelece com a pessoa, não só a comunicação verbal como a não-verbal especialmente a linguagem corporal. O comportamento não-verbal pode completar e reforçar a mensagem dita ou pode, pelo contrário, torná-la menos credível e consistente. Este tipo de comportamento pode fazer a diferença, relativamente à forma como a pessoa se sente acompanhada e compreendida.

As mensagens verbais e não-verbais devem ser congruentes e, quando isso não acontece, devemos ter em linha de conta que as mensagens não-verbais, por serem mais genuínas, apresentam, habitualmente, um cariz mais forte. Sabendo que não podemos

prever tudo o que a pessoa pensa a nosso respeito, não nos podemos esquecer que todo o comportamento não-verbal será interpretado, correta ou incorretamente (Barbosa & Neto, 2006).

Focando a comunicação não-verbal, Barbosa e Neto (2006) consideram a existência de duas grandes áreas na comunicação não-verbal, entre as quais destacam a corporal (que engloba a expressão facial, contacto visual, postura e movimentos corporais e o contacto físico e o toque).

a) Expressão facial e o olhar

De acordo com Barbosa e Neto (2006), a expressão facial compõe-se a partir da combinação da posição das sobrancelhas, formato e posição dos olhos, das narinas e da boca. Sempre que possível, o conselheiro deve limitar as suas expressões faciais às mais positivas, como, por exemplo, as que dizem respeito a um sorriso genuíno. Quanto ao franzir das sobrancelhas, este poderá ser interpretado como sinal de preocupação, surpresa ou irritação. Uma inspiração forçada, tipo suspiro, pode revelar desinteresse e alheamento por parte dos profissionais. A expressão facial e o contacto visual são, considerados como os dois aspetos mais fortes da comunicação não-verbal.

Argile (1981) considera a face como sendo a parte mais expressiva do corpo. O bom ouvinte vale-se do rosto e de sinais de cabeça para comentar o que o orador diz. A sua importância é crucial já que pode transmitir poderosos indícios positivos ou negativos e serem mal interpretados.

O olhar é um dos primeiros canais de comunicação a ser utilizado na relação enfermeiro/pessoa. Antes de sentir a outra pessoa, olhamos para ela e tentamos perceber o que ela nos transmite. Frequentemente, estamos desatentos em relação ao significado dos olhares das pessoas que ajudamos. Quando estamos atentos, o olhar permite colher dados acerca do outro e da relação que ele quer estabelecer.

Davies (1995) citado por Alves (2003) refere que o olhar não é à partida um sinal mas sim um meio para receber sinais. O olhar é o primeiro sentido que, frequentemente, é utilizado para entrar em contacto e para manifestar e enriquecer a qualidade da relação. Olhar para a pessoa é fazê-la sentir que existe, constituindo um instrumento importante para receber dados e informar, de uma forma não-verbal, o que se sente ao contactar com ela, ou seja, recebe e transmite informação (Alves, 2003). O olhar é um meio de comunicação primordial e dinâmico, refletindo parte dos objetivos e intimidade das relações que estabelecemos com os outros. Através do olhar exprimimos os nossos sentimentos. O olhar do enfermeiro pode revelar, só por si, atenção ou

desinteresse. Na pessoa, por sua vez, pode significar inibição ou fuga. O simples desvio do olhar, usado em simultâneo com alguns gestos e expressões faciais pode alterar a sequência de uma conversação. O olhar pode ainda transmitir sentimentos, tais como desprezo, confiança, conforto, indiferença, cólera ou ternura.

Quando olhamos e somos olhados, devemos saber o que isso implica nas nossas emoções. Olhar é também seduzir e rejeitar. É importante ter também em conta que a utilização do olhar e do poder de observação, são condicionados pela educação e pela cultura. Segundo Chalifour (2008), o enfermeiro deve conhecer os pensamentos, as emoções, tabus ou fantasias associadas ao facto de olhar e ser olhado, para, desta forma, aumentar a eficácia deste modo de comunicação.

Para Barbosa e Neto (2006), este é um aspeto muito importante, já que a pessoa o associa frequentemente, a estar a receber atenção e a uma escuta interessada. Além disso, a honestidade e a sinceridade podem ser avaliadas através do olhar. Quanto maior for o contacto visual, maior será a honestidade, bem como a sinceridade. Quando se transmitem informações cujo impacto emocional pode ser grande, é importante que o conselheiro não desvie o olhar da pessoa, sob pena de não transmitir confiança, segurança e empatia. Uma altura crucial em que o olhar deve ser retirado é quando a pessoa, eventualmente, chora, pois, caso o olhar se mantenha, tal ação poderá ser interpretada como intrusiva e embaraçosa.

Um contacto visual adequado estabelece-se mais facilmente se o conselheiro e a pessoa se encontrarem ao mesmo nível, na medida em que evita a sensação de inferioridade e de desconforto.

Este é um dos aspetos mais importantes da comunicação não-verbal, na medida em que pode introduzir uma maior proximidade na interação, transmitindo à pessoa a ideia de que o conselheiro está com ela, partilhando a sua experiência, e muitas vezes partilhando o seu sofrimento.

b) Contacto físico e toque

Este é outro dos aspetos importantes da comunicação não-verbal, na medida em que pode introduzir uma maior proximidade na interação. Segundo Lazure (1994), o toque é a forma mais direta. O enfermeiro serve-se do tocar como meio de captar ou transmitir informações, devendo ter sempre em conta três tipos de toque: o toque físico, o afetivo e o terapêutico. Deve ter-se consciência do que se comunica pelo toque, pois este tanto pode servir de aproximação como de ameaça. O toque pode ser o único e

último modo de contacto, quando as palavras faltam, como na velhice e no aproximar da morte.

Em suma, a capacidade de receber e enviar mensagens não-verbais é essencial para o sucesso da interação com o idoso. Como sugere Argyle (1981), esta habilidade é tal como as outras, aprendida. Umas pessoas simplesmente têm mais capacidade que outras. Uma falta constante da capacidade de comunicação não-verbal resulta em inadaptações que podem ser remediadas com treino adequado a adquirir aptidões necessárias a uma boa comunicação. Chalifour (2008) indica mesmo que o toque serve não só para transmitir informação, mas também para receber informação.

O toque é a forma de contacto mais direta, através do qual são vividas muitas emoções. O enfermeiro utiliza esta forma de contato, em situações muito diversas, sendo um meio de comunicação poderoso, que pode bloquear, aumentar, desviar a emoção presente, podendo ou mesmo invadir a privacidade do outro.

A consciencialização de que o toque é uma forma de contacto íntima, que gera sentimentos e emoções por parte de quem toca e de quem é tocado, é importante para que o enfermeiro utilize esta habilidade de forma adequada. Pode promover o conforto e mesmo reforçar a comunicação verbal e não-verbal.

No entanto, o enfermeiro deve clarificar a sua experiência em relação ao *"ser tocado"*, para que, nas situações do cuidar, seja possível tocar a pessoa, transmitindo-lhe confiança, relaxamento, presença e atenção. O modo como o utente se deixa tocar e as suas reações nesse momento, são uma fonte de informação valiosa. Assim, a escolha de tocar ou não tocar, por parte do enfermeiro, é determinada pelo conhecimento que se tem do utente.

O toque, associado à distância, é uma das habilidades mais usadas e, frequentemente, de forma pouco consciente, por vezes sem critério. Toca-se muitas vezes de uma forma automática, sem refletir sobre a mensagem subjacente. Na nossa cultura, quando se assume o papel de doente, assume-se que se aceita ser tocado pelos técnicos. É uma habilidade que deve ser usada com algum critério, no contexto dos cuidados, pois pode ser sentida como invasiva e, deste modo, prejudicar seriamente aquele momento de relação.

c) Postura e movimentos corporais

De acordo com Barbosa e Neto (2006), uma postura adequada promove a continuidade da interação e qualquer mudança brusca e inesperada da postura tem um elevado potencial de perturbação da conversa. No entanto, uma inclinação ligeira do

tronco para a frente facilita a comunicação e transmite uma sensação de preocupação e de vontade genuína de ajudar. É ainda recomendável que se evite cruzar as pernas e os braços, pois pode transmitir uma sensação de barreira, de defesa e de desinteresse.

As relações são influenciadas pela distância a que as pessoas se encontram, pela postura adotada e pela duração da comunicação. De acordo com Chalifour (2008), podemos inferir que a distância indicada deve ser do domínio íntimo, que se situa até 45 cm. A distância, escolhida pelo enfermeiro e consentida pela pessoa, desempenha, um papel importante, na medida em que transmite à pessoa a sua disponibilidade e abertura para estar com ela, naquele momento em que estão a comunicar. As posturas adotadas pelo enfermeiro e pela pessoa, durante a comunicação, estão intimamente relacionadas com as distâncias utilizadas e têm impacto na qualidade da relação.

A forma como o enfermeiro utiliza o corpo é uma expressão do comportamento não-verbal que influencia a comunicação. As expressões faciais fazem parte desta expressão. Uma ligeira inclinação para a frente poderá transmitir prontidão em ouvir o utente. Os acenos com a cabeça poderão transmitir encorajamento. A expressão facial funciona como espelho de sentimentos.

Chalifour (2008) assinala que os intervenientes devem estar situados na mesma altura em relação ao plano visual e devem favorecer o tipo de contacto desejado. As posições têm que visar o conforto das duas pessoas, de modo a que não se instale o desconforto físico e a fadiga, que deturparão a qualidade de troca de informação e contribuirão para um fim prematuro do contacto.

d) O olhar

O olhar é um dos primeiros canais de comunicação a ser utilizado na relação enfermeiro/pessoa. Antes de sentir a outra pessoa olhamos para ela e tentamos perceber o que ela nos transmite. Frequentemente estamos desatentos em relação ao significado dos olhares das pessoas que ajudamos. Quando estamos atentos, o olhar permite colher dados acerca do outro e da relação que ele quer estabelecer.

O olhar é um meio de comunicação primordial e dinâmico, refletindo parte dos objetivos e intimidade das relações, que estabelecemos com os outros. Através do olhar exprimimos os nossos sentimentos. O olhar do enfermeiro pode revelar, só por si, atenção ou desinteresse. Na pessoa, por sua vez, pode significar inibição ou fuga. O simples desvio do olhar, usado em simultâneo com alguns gestos e expressões faciais pode alterar a sequência de uma conversação. O olhar pode ainda transmitir sentimentos, tais como desprezo, confiança, conforto, indiferença, cólera ou ternura.

Quando olhamos e somos olhados, devemos saber o que isso implica nas nossas emoções. Olhar é também seduzir e rejeitar. É importante ter também em conta que a utilização do olhar e do poder de observação, são condicionados pela educação e pela cultura. Segundo Chalifour (2008) o enfermeiro deve reconhecer os pensamentos, as emoções, tabus ou fantasias associadas ao facto de olhar e ser olhado e, deste modo, aumentar a eficácia deste modo de comunicação.

e) Odor e Paladar

O odor e o paladar, quando usados adequadamente, podem ajudar à aproximação e estabelecimento de uma relação de confiança com a pessoa. Podemos estimulá-la a exprimir as suas preferências em cheiros e paladares, proporcionando-lhe, sempre que possível, o acesso a estes. Para o enfermeiro, o sentido de olfato pode ser inibidor quando, por exemplo, o mau hálito do utente precipita o fim de um determinado momento da relação de ajuda.

f) Escuta

A capacidade de escuta não é um ato passivo e exige que se esteja atento a todos os aspetos da mensagem transmitida. A escuta é um processo ativo e voluntário em que a expressão facial, o tom de voz e os gestos exprimem mensagens que completam as transmitidas pelas palavras. Escutar exige a utilização da audição e a capacidade de compreensão intelectual e afetiva.

Segundo Chalifour (2008), quando o utente se dirige ao enfermeiro, ele espera, acima de tudo, ser escutado e compreendido, daí a importância do enfermeiro possuir qualidades que lhe permitam entender e compreender a mensagem. Assim, escutar consiste em captar a mensagem comunicada pelo utente, compreendendo o seu conteúdo afetivo e conceptual, e em manifestar a sua compreensão ao utente.

O conteúdo afetivo da mensagem é, normalmente, transmitido através da intensidade da voz, das hesitações, das palavras escolhidas, dos silêncios, das expressões faciais, da postura e dos gestos. A escuta é uma arte situada no coração do enfermeiro, que deve ser desenvolvida, porque constitui a base fundamental da relação de ajuda. Escutar, estar atento é estar com o outro. Se a disponibilidade do enfermeiro diminui e o impede de escutar o outro, este deve ser autêntico e reconhecê-lo perante ele.

g) Silêncio

Chalifour (2008) refere que o silêncio é uma das técnicas menos utilizadas e menos compreendida, uma vez que se instala em momentos de alguma

ansiedade/obsessão, com uma tendência natural para os preencher. Mas o silêncio deve ser, sobretudo, um momento de atenção para com o outro, pelo que ele comunica, manifestando-se, deste modo, que ele é digno de interesse.

O silêncio, por estranho que pareça, em associação com outras manifestações não-verbais, pode ser um dos meios de o encorajar a pessoa a prosseguir. Tais manifestações podem ser, por exemplo, um toque, de um simples aceno da cabeça, um aceno da mão ou uma expressão facial.

A forma como o enfermeiro vive o silêncio é determinante para a qualidade da relação. O enfermeiro pode utilizá-lo para permitir que o utente possa entrar em contacto consigo próprio. De um modo geral, o quebrar do silêncio deverá ser deixado para a pessoa, indicando-lhe assim, a responsabilidade em prosseguir é sua. Chalifour (2008) refere que o silêncio só deve ser interrompido quando, de facto, já não significar nada, nem para a pessoa nem para o enfermeiro. Só então deverá vir o convite para prosseguir, que advém da necessidade do enfermeiro manter contacto permanente com a pessoa. É frequente não haver interrupção do discurso da pessoa, contudo o enfermeiro deve ter sempre presente a necessidade de o encorajar a prosseguir. Simultaneamente, o enfermeiro deve-se assegurar de que a pessoa o está a compreender.

Em resumo, esta é a fase de acolhimento **e** para Chalifour (2008), o acolhimento é a principal estratégia relacional do enfermeiro, que consiste em colocar a sua atenção na pessoa e ao que esta vive, favorecendo a sua expressão. É utilizado para:

- ✓ Assegurar as condições necessárias à realização da entrevista;
- ✓ Estabelecer contacto;
- ✓ Manifestar interesse pela pessoa;
- ✓ Convidar a pessoa partilhar as suas necessidades, emoções, sentimentos e pensamentos;
- ✓ Convidar a pessoa a centrar-se em sim mesma;
- ✓ Tentar que a pessoa possua os instrumentos para resolver as suas dificuldades.

O acolhimento é fundamental para que o aconselhamento decorra conforme planeado, pois, se a pessoa não se sentir acolhida, corre sérios riscos de não atingir os objetivos pretendidos.

O suporte pode ser uma estratégia para o enfermeiro conseguir fazer progredir a relação, através de um apoio acordado entre o enfermeiro e a pessoa, principalmente quando esta vive momentos de desencorajamento. É utilizado com a intenção de manter a esperança, diminuir os receios, desenvolver a coragem do utente, quebrar a solidão,

motivar a pessoa a prosseguir os seus esforços, convidar o utente a correr riscos, ajudar a fazer a escolhas, a reencontrar os seus mecanismos de apoio e a confiança em si próprio e no tratamento.

Uma fase de orientação aprofundada, baseada na narrativa de vida, dará, ao enfermeiro e à pessoa, bases consolidadas para a relação e para o desenvolvimento do processo terapêutico. Após a narrativa, o enfermeiro e a pessoa podem concordar em utilizar o método autobiográfico como o passo seguinte do processo terapêutico, em que a pessoa escreverá a sua história de vida. Godinho (2009), introduziu uma variante ao solicitar que a pessoa, em processo de aconselhamento, desenhasse os momentos fundamentais da narrativa que apresentada ao enfermeiro.

Lopes (2010) refere que esta fase "tem como objetivo estabelecer um ambiente propício ao aconselhamento e ao desenvolvimento de uma relação de confiança. Nesta fase é, importante estar atento para compreender temas e problemas significativos que vão necessitar de exploração mais profunda, bem como avaliar o nível de prontidão do cliente para evoluir para a fase seguinte" (73).

3.1.3.2 – Fase de Identificação

O enfermeiro, nesta fase, sintetiza e interpreta a realidade vivida, requer uma análise crítica sobre os fenómenos e sobre a experiência, enquanto está imerso nela. Segundo George (2000) dever-se-á olhar o fenómeno como um todo e não de uma forma parcelar; " olhá-lo, considerá-lo, separá-lo, compará-lo, contratá-lo, relacioná-lo, interpretá-lo, denominá-lo e categorizá-lo" (246). Compete ao enfermeiro comparar e sintetizar as diversas realidades conhecidas, ficando com uma visão ampliada da realidade da pessoa. George (2000) citando Paterson e Zderad (1988), refere que tal "permite um diálogo entre as realidades e admite as diferenças" (247). Cabe ao enfermeiro usar não somente as suas experiências pessoais, mas também mobilizar todos os fundamentos teóricos adquiridos na prática clínica.

Nesta fase o EESMP e a pessoa estabelecem uma relação mais intensa, autêntica, congruente e verdadeira. Os dois atores do processo de aconselhamento confiam um no outro. Está passada a primeira fase em que são uns desconhecidos. O EESMP conhece o mundo da pessoa e o que a rodeia; conhece as suas relações pessoais e os seus vínculos; conhece as suas relações profissionais e as suas motivações.

O EESMP responde seletivamente às questões da pessoa, identificando os focos a trabalhar, pela pessoa, ou a explorar mais exaustivamente, em reuniões posteriores. Nesta altura, a pessoa cria expectativas sobre o que se segue e de como poderá ficar melhor.

Espera-se que, neste momento, a pessoa, tenha obtido um estado de mais tranquilidade, devido aos diversos desabafos e após as diversas orientações por parte do profissional. Peplau (1990) refere que, nesta fase, sentem-se mais fortes, menos impotentes, no que diz respeito ao seu estado, tendo a sensação de que as coisas estão a correr bem.

Estas pessoas, segundo Peplau (1990), são capazes de analisar muitos sentimentos, desde desamparo, dependência e tristeza. As pessoas revelam estes sentimentos quando se sentem seguros, identificando-se com a pessoa que cuida delas, neste caso o EESMP. Assim, a pessoa reage seletivamente ao profissional, procurando-o ou deixando que o profissional a procure. Há uma necessidade mútua de esclarecimento de perceções e expectativas.

A pessoa, nesta fase, sente-se tendencialmente mais capaz para analisar, de uma forma mais pertinente, as razões que a levaram a desejar o suicídio, sentindo-se, consequentemente, mais capaz de lidar com o problema, diminuindo os sentimentos de desespero e de insegurança. Aumenta, assim, a sua autoperceção.

Nesta fase, segundo Borges e Filho (2004), o enfermeiro encoraja a pessoa, para que esta perceba que é a responsável pela sua vida e que pode desenvolver uma nova consciência e perspetiva, que contribuam para o seu crescimento pessoal. Deverá também, revelar as suas primeiras impressões diagnósticas sobre as diversas dinâmicas e sobre os seus comportamentos, assim como traçar objetivos para o restante aconselhamento. Se a pessoa for livre de concordar ou discordar, dá a oportunidade desta se conhecer melhor e, ser implicada no processo terapêutico, aumentando o seu insight, o que enriquecerá todo o processo e, em última instância, a própria pessoa.

Em ambas as fases anteriores, EESMP pode introduzir a temática do suicídio, pois este é, na verdade, o problema mais urgente a resolver. Beck (1979) refere que muitos profissionais ainda acreditam no mito que não se deve questionar a pessoa sobre suicídio, pois isso pode estimular a pessoa a concretizar o ato. Segundo este autor, encorajar a pessoa a falar sobre as suas ideias suicidas ajuda o profissional a percecionar a pessoa de uma forma mais objetiva e a obter informações muito úteis, além de que exerce, na pessoa, uma sensação de alívio.

Durante esta fase, podem ser utilizadas as situações de vida que a pessoa relatou na sua narrativa, como, por exemplo, as situações adaptativas que enfrentou, valorizando-se as suas capacidades e, consequentemente, aumentando-se a sua autoestima. Ao fazê-lo, a pessoa percebe que já ultrapassou experiências que a podem ajudar a ultrapassar esta também. Acima de tudo, o EESMP pode ajudar a pessoa a trabalhar nas suas crenças centrais sobre si, sobre os outros e sobre o mundo, explorando ainda os seus sentimentos.

Para além, disso o EESMP monitoriza regularmente a intenção ou ideação suicida, utilizando por exemplo, a escala de ideação suicida de Pierce ou o questionário de intenção suicida. Portanto, nesta fase, serão explorados muito intensamente os motivos que a pessoa apresenta para se suicidar.

O EESMP, utiliza algumas técnicas para fazer progredir a relação. Embora, também deva utilizar outras, tais como:

1) **O suporte**

Através de um apoio acordado entre o EESMP e a pessoa, quando esta vive momentos de desencorajamento. É utilizado com a intenção de manter a esperança, diminuir os receios, desenvolver a coragem do utente, quebrar a solidão, motivar a pessoa a prosseguir nos seus esforços, convidar a pessoa a correr riscos, ajudar a fazer a escolhas, a reencontrar os seus mecanismos de apoio e a confiança em si próprio e no tratamento.

2) **A exploração**

Esta estratégia é utilizada a partir do que diz e faz a pessoa, ajudando-a a especificar o seu pensamento ou algum aspeto a que ela não tem acesso direto. Serve para o EESMP compreender, de forma clara, o pedido de ajuda que lhe foi efetuado, assim como as suas expectativas. É feita, sobretudo, através das questões colocadas pelo enfermeiro.

3) **A clarificação**

Tem por finalidade aumentar o nível de compreensão de quem ajuda e do ajudado, não se referindo somente às emoções e experiências específicas que vive o ajudado, mas também às que são vividas no decorrer da Relação de Ajuda. A clarificação ajuda o utente a tomar consciência dos seus sentimentos e emoções e a reconhecer o que está presente nele. Ao insistir na precisão da sua comunicação e na do utente, o enfermeiro ajuda-o a partilhar a sua experiência e o que sente (Chalifour, 2008).

O EESMP manifesta à pessoa interesse e preocupação em compreendê-la; demonstra-lhe que uma comunicação vaga não o satisfaz e não o ajuda a compreendê-la; ajuda-a a tomar consciência dos seus processos emocionais e a vivê-los de forma plena; ajuda-a a clarificar as suas emoções, permitindo-lhe tomar decisões sobre determinados aspetos da sua vida. O EESMP deve encorajar a pessoa a não utilizar generalizações, abstrações e termos imprecisos relativamente a uma situação problemática. Salienta-se que esta técnica não tem por finalidade satisfazer a curiosidade pessoal do profissional nem se trata de um interrogatório.

4) O imediatismo

Esta estratégia está muito ligada à noção de presente, pois é no presente que se desenvolve o aconselhamento, assim como é no presente que o imediatismo é utilizado. O EESMP vive intensamente o momento presente da relação com a pessoa e não hesita em reformular e clarificar as mensagens da pessoa que lhe são dirigidas, sejam elas verbais ou não verbais, diretas ou indiretas

Os intervenientes do aconselhamento devem dar extrema importância ao momento presente. Tendo em conta que, não se pode refazer o passado nem controlar o futuro, o único poder que detemos é sobre o presente, isto é, não se pode viver senão no presente.

5) A confrontação

A principal finalidade desta estratégia não é modificar o comportamento da pessoa, mas sim permitir-lhe tomar consciência das incongruências que existem nela e que o impedem o seu progresso e crescimento emocional. Se a pessoa conseguir reconhecer as suas incongruências, poderá explorar as manifestações e razões daquelas, apercebendo-se assim que possui todo o potencial necessário para fazer as suas escolhas.

Segundo Lopes (2010), esta fase "consiste em ajudar o cliente, combinando empatia em alto grau, *feedback*, imediação, confrontação" (73).

3.1.3.3 – Fase de Exploração

Até esta fase nenhuma ação concreta foi planeada. Segundo Peplau (1990), a fase de exploração representa o resultado de todas as anteriores e é uma extensão de si mesmo *(Self)* da pessoa, no futuro. Tem como objetivo, segundo Borges e Filho (2004), "promover uma ação que traga mudanças comportamentais desejadas" (175). É o

momento de encorajar a pessoa a selecionar os problemas a trabalhar, definindo qual o melhor meio de enfrentar os problemas e encontrar as soluções mais eficientes e satisfatórias.

Á medida que a pessoa evolui na fase de identificação, começa a ter a sensação que aquele problema lhe pertence e que consegue lidar com ele. Segundo este autor, "estas modificações proporcionam a diminuição de sentimentos de desamparo e de falta de esperança, proporcionando uma atitude otimista da qual deriva uma força interna" (48).

Borges e Filho (2004), alertam que esta fase pode ser curta ou mesmo nem existir, pois as fases anteriores diminuíram a tensão da pessoa e clarificaram a importância dos problemas e a forma como estes influenciavam a sua vida e contribuíram, inclusive, para uma diminuição da sua incapacidade em lidar com eles, tendo sido, à partida, minimizado o sentimento insuportável que encaminhava, inevitavelmente, a pessoa para o suicídio.

Nesta fase, a pessoa já poderá encontrar-se com outra capacidade de análise e de mudança. Segundo Beck (1979), muitas pessoas que tentam o suicídio, referem que fazem contacto com a morte no sentido de produzir alguma mudança interpessoal. Esperam que a tentativa de suicídio lhes traga uma melhoria das relações sociais e familiares, uma vez que dão a indicação que necessitam de ajuda. Portanto, o EESMP lida com estes aspetos manipulativos da pessoa.

Como intervenção, é importante ser planeada elaboração de uma lista com as razões que a pessoa apresenta para morrer e as razões que apresenta para viver, devendo-se planear discutir exaustivamente as razões e perceções da pessoa, pois como refere Beck (1979) a pessoa ao fazê-lo, a pessoa confronta-se a si própria com as razões para morrer já não aparecem como tão absolutas como anteriormente.

A pessoa pode pensar que a aproximação à família seria importante e que existem muitas coisas que necessita dizer no seio familiar ou no seio profissional. Uma das ações do EESMP, a desenvolver com a pessoa, será ensaiar essa conversa com a família de forma a permitir uma maior confiança na altura da conversa. Ao fazer isto o EESMP está a promover o *empowerment* da pessoa.

A tendência da pessoa será culpabilizar terceiros, sendo que o foco a trabalhar poderá ser o que a pessoa poderá mudar em si, para lidar com os outros, partindo do princípio que nada podemos fazer para mudar os outros, mas que podemos mudar a relação que temos com os outros.

Segundo Lopes (2010) esta fase:

> Refere-se à coconstrução dos processos de decisão e à discussão das consequências previsíveis. Posteriormente é apoiada a experimentação da mudança em níveis de ansiedade suportados pelo cliente, avaliando em conjunto a eficácia da mesma, bem como as novas conceções da realidade. São encorajados os sucessos e suportados os insucessos. A nova informação é sintetizada e reintegrada na perceção do cliente sobre o seu problema (74).

3.1.3.4 – Fase de Resolução

Esta fase indica que a pessoa já alcançou o que pretendia do aconselhamento, já desenvolveu, como refere Borges e Filho (2004) "uma perspetiva mais clara do EU" (174) e sente-se mais confiante, mais experiente, mais madura, mais autónoma. Nesta fase, a separação é inevitável, o que pode criar na pessoa, ansiedade e algum sentimento de angústia. Necessariamente, a pessoa interiorizou algumas mudanças positivas em si, que aprendeu com a experiencia vivida, que poderão ser postas em prática na separação e ser úteis para ultrapassar esta fase.

Espera-se que a pessoa já não tenha ideação/intenção suicida, sendo que se sente capaz de enfrentar os seus problemas de forma mais efetiva. Não é garantido que, em outras situações, não possa regredir, embora, no final do aconselhamento, a pessoa detenha muito mais recursos internos que antes do aconselhamento.

Lopes (2010) refere que:

> procede a um balanço de todo o processo de ajuda. Encoraja o cliente a usar a sua nova experiencia e a gerir sentimentos ligados à separação. O técnico - aconselhador passa a fazer parte dos recursos disponíveis para serem mobilizados em situações de futuras crises (73).

3.1.4 – Aspetos éticos e deontológicos do Aconselhamento em Enfermagem

A enfermagem deve pautar-se por princípios de responsabilidade profissional e de respeito pelos direitos humanos. O ESSMP rege-se por princípios éticos e deontológicos. Segundo Queirós (2001), a ética pode ser definida como o estudo dos "padrões bem estabelecidos do que é certo e errado e que prescrevem aquilo que os seres humanos devem ser" (23). Para Nunes, (2009) "a ética ocupa-se da realização

humana que está na nossa mão procurar e, de uma forma candente, nessa tarefa se joga o que há de bom na vida ao procurar uma vida boa”(6). A deontologia, para Neves (2004) é a reflexão sobre as regras convenientes e devidas no exercício de uma profissão. É a procura dos requisitos éticos ligados a uma atividade profissional. O EESMP deve ter uma consciência ética, sendo que esta deverá estar presente em todas as fases do processo de aconselhamento. A Enfermagem, assenta sob três pilares, Nunes (2002) refere, no que diz respeito ao que realiza em nome do ser humano (ética), em nome da profissão (deontologia) e em nome da sociedade (moral). Então, ao cuidar de uma pessoa, teremos necessidade de instrumentos e habilidades de géneros diferentes, como são os de ordem técnico-científica e os de ordem moral (8).

Ao abordar as temáticas de intervenção na área do suicídio, pensamos que deveremos invocar em primeiro lugar as leis universais. A Declaração Universal dos Direitos do Homem, artigo 2.º consagra que “todos os seres humanos podem invocar os direitos e as liberdades proclamados nessa Declaração, sem distinção alguma, nomeadamente de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação”.

Também a Constituição Portuguesa, sob este ponto, consagra no seu art.º 12.º que, “todos os cidadãos gozam dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição”. No art.º 13.º, que “todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a Lei.” E o art.º 26.º consagra “o direito à integridade pessoal, à identidade pessoal, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e à reputação, à imagem, à palavra, à reserva da intimidade da vida privada e familiar”. Também o CDE (código deontológico do enfermeiro) na sua alínea b) do n.º3 do art.º 78.º refere que o enfermeiro deve ter “o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes”.

Assim, consideramos que a pessoa com doença mental tem direito à proteção assistencial e não perde os direitos de cidadania; mantém, e devem ser-lhe especialmente reconhecidos, o direito à humanidade no tratamento, o direito à rigorosa e isenta avaliação clínica, o direito ao juiz e ao advogado, o direito à família, os direitos à não discriminação e de acesso aos melhores cuidados de saúde mentais disponíveis.

Nunes (2002) refere que a pessoa deve ser autónoma e livre, capaz de adquirir direitos e contrair deveres. A pessoa tem dignidade própria e deve ser considerada sempre como fim e nunca, simplesmente, como meio. A dignidade da pessoa humana é o núcleo essencial dos direitos fundamentais.

No CDE, art.º 78.º, ponto 3, alínea b), pode ler-se sobre o respeito pelos direitos humanos na relação com a pessoa. Este Código situa o vértice da excelência no relacionamento pessoa a pessoa. O CDE envolve todas as dimensões relacionais, mantidas ao longo da vida profissional, cabendo à Ordem dos Enfermeiros estabelecer os padrões de cuidados, cuja diferenciação e qualidade deverão constituir o mínimo aceitável para qualquer enfermeiro.

No seu art.º 81.º, referente aos valores humanos, o CDE refere que o enfermeiro, no seu exercício, observa os valores humanos pelos quais se rege quer o indivíduo quer os grupos em que este se integra e assume o dever de "abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida" (alínea e)).

No exercício profissional, grande parte dos deveres, enquanto enfermeiros, têm em conta a promoção, defesa e garantia dos direitos e deveres daqueles a quem prestamos cuidados, como refere o Regulamento Exercício Profissional em Enfermagem (REPE) no artigo 12.º do Decreto-Lei n.º161/96, de 4 de setembro. O enfermeiro, como refere REPE, art.º 8.º, ponto 1, aceita a responsabilidade e responde pelo seu modo de atuar, assim como pelas decisões profissionais que toma com base na sua capacidade de tomada de decisão. A tomada de decisão deve ser ponderada e fundamentada em conhecimentos científicos, assumindo sempre a responsabilidades das suas ações. O art.º 82.º na sua alínea a) do CDE refere que o enfermeiro deve "atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias".

No entanto, sendo o EESMP um profissional autónomo, deverá recorrer a outros profissionais sempre que considere necessário, caso sinta que a situação está para além da sua área de competência. ou como refere o Código Deontológico do enfermeiro (CDE) como se encontra definido no REPE, no Capitulo II, art.º 4.º, ponto 3,com o objetivo primordial da melhoria dos cuidados prestados. Estes critérios encontram-se no Código Deontológico dos enfermeiros (CDE), no art.º 83.º, alínea a) e art.º 91.º, nas alíneas a), b), c). alínea a) do art. 91º em que o enfermeiro assume que deve atuar "responsavelmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma". E a alínea b) do mesmo artigo refere que "o enfermeiro assume o dever de trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde". Durante as tomadas de decisão, deverá analisar as suas ações e ajustar o seu

comportamento sempre que necessário, tal com diz no CDE (código deontológico do enfermeiro), art.º 79.º, alínea a) e no REPE, art.º 11.º, ponto 1.

No acompanhamento da pessoa com ideação/intenção suicida, cabe ao enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica a análise consciente da pessoa, não fazendo, para isso, julgamentos de valor. Todo o enfermeiro, durante o exercício profissional, deve ter como valor fundamental, denominado de virtude institucional, o respeito. Segundo Gandara (1992), para se ser enfermeiro é fundamental ser-se pessoa; existe a necessidade de conhecer-se e aceitar-se, gostar de si próprio, ter sensibilidade para o outro e gostar de estar com o outro, sabendo ouvir. O enfermeiro deve possuir um equilíbrio entre as dimensões do ser, saber ser e saber fazer. Deve, por isso, reconhecer no outro a capacidade de reflexão e decisão de agir, pois, ao fazê-lo, está a considerá-lo como um ser possuidor de valores e crenças. Serrão (1998) diz que "o princípio do respeito pela autonomia individual refere-se ao direito de cada pessoa ao seu 'autogoverno'. Este princípio decorre da doutrina da dignidade humana e dos direitos humanos fundamentais" (15). Para Lazure (1994), o enfermeiro assiste a pessoa, orienta-a, e faculta-lhe cada uma das etapas do processo de resolução do problema. Não toma decisões por ela nem deve substitui-la em aspetos relativos à sua participação na ação.

Ao nível do aconselhamento, o significado da palavra "estar" inclui não só a presença física do enfermeiro junto da pessoa, mas também de todo o seu ser. O enfermeiro não se limita apenas a desempenhar um papel ou a executar uma tarefa, mas tenta ajudar a pessoa, estando com ela na resolução do problema. Quem cuida do outro, preocupa-se com a existência de um ambiente positivo, para que a pessoa possa encontrar as soluções de crescimento mais favoráveis para si. Segundo a OE (2003), "a relação entre quem cuida e quem é cuidado modula-se por princípios e valores – a dignidade humana é o verdadeiro pilar, a partir do qual decorrem os outros princípios e que tem que estar presente de forma inequívoca em todas as decisões e intervenções" (22).

Mas antes de iniciar um aconselhamento em enfermagem, a pessoa deverá ser informada do que vai decorrer, tal como refere a OE (2007) no que diz respeito ao consentimento informado em que a pessoa dá autorização "para que lhe sejam prestados os cuidados propostos, após lhe ter sido explicado e a pessoa ter compreendido o que se pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado". É assim assegurado o direito à autodeterminação.

O EESMP intervém na abrangência do respeito à pessoa, no dever de abster-se de fazer julgamentos, de emitir sentenças face à situação em causa e de impor critérios ou valores que são do próprio e não da pessoa, remetendo assim para este a responsabilidade da decisão.

Há que ter em conta o respeito pela intimidade, referido no art.º 86.º, que aborda os sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa; o enfermeiro assume o dever de "respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada". Privacidade e intimidade aparecem quase como sinónimos, sendo privado aquilo que diz respeito à pessoa e intimo aquilo que constitui a essência.

O respeito pelo princípio da autonomia ou liberdade é uma das prioridades do EESMP, que se insere no respeito pela legítima autonomia das pessoas, pelas suas escolhas e decisões, que se pretendem autónomas e livres, informando-as convenientemente, assegurando a correta compreensão da informação cedida e livre decisão. A OE (2003) refere que este princípio está "ligado à noção de respeito pelas pessoas e surge como princípio ético em cuidados de saúde" (23).

No aconselhamento à pessoa com ideação/intenção suicida, a autenticidade é um dos pilares da relação. A OE (2003) refere autenticidade como "a exigência de viver de acordo consigo mesmo e de acordo com os princípios que se assumem como seus" (25), tendo em vista o bem comum.

Tal com a autenticidade é um pilar, também a veracidade da relação é essencial e, ao pensar neste conceito, deverá ter-se em conta que, tal como refere a OE (2003), "dizer a verdade não é simplesmente comunicar a uma mensagem objetiva. Corresponde à realidade tal como é vivida pelo ser humano e manifesta-se, enquanto tal, na unidade do pensar, agir e ser" (26). Assim, o EESMP deverá assegurar-se de que a pessoa compreendeu o contrato terapêutico, garantir a confidencialidade do processo, sem deixar, no entanto, de garantir a continuidade dos cuidados de enfermagem.

3.2 – AS NARRATIVAS DE VIDA

Paulo Freire (1975) diferenciou a educação *"bancária"* da educação *"problematizadora"*. Na altura, segundo Freire, a educação baseava-se numa conceção *"bancária*", conceção esta que se baseia numa educação unilateral, onde o educador desempenha o papel preponderante.

Freire (1975) define e contextualiza a conceção problematizadora. Segundo ele, o educando rompe com os espartilhos (ou o deixam romper) e assume definitivamente um papel ativo na educação. A relação, educador/educando assume uma reciprocidade na transmissão do conhecimento. O educando e o educador definem conteúdos programáticos em conjunto e percorrem juntos os caminhos educativos. Assumem-se como investigadores, como criadores, como pessoas capazes de, em conjunto, produzir saberes. Freire (1975) afirma que a tarefa mais importante de uma pessoa que vem ao mundo é criar algo. Não há saber mais ou saber menos. Há saberes diferentes. Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão. E acrescenta que ninguém sabe tudo, assim como ninguém ignora tudo. O saber começa com a consciência do saber pouco (enquanto alguém atua). É sabendo que sabe pouco que uma pessoa se prepara para saber mais. O homem, como um ser histórico, inserido num permanente movimento de procura, faz e refaz constantemente o seu saber.

O processo de modificação cultural dos indivíduos, grupos ou povos que se adaptam a outras culturas ou delas retiram traços significativos. Processo por meio do qual um indivíduo absorve, desde a infância, a cultura da sociedade em que vive. A experiência torna-se algo importante, pois como refere Canário (1999), "a experiência de quem aprende torna-se o ponto de chegada dos processos de aprendizagem" (109).

A libertação só pode ser possível pela reflexão crítica dos oprimidos sobre as condições concretas de vida, sobre opressão e suas causas. É nesse percurso de reflexão e ação crítica que a pedagogia se fará, refará e se reelaborará. Nóvoa também se debruça sobre a problemática da formação e das histórias de vida, como método formativo. Este tipo de educação tem lugar ao longo de toda a vida, em todas as circunstâncias e situações. É adotado essencialmente em situações de trabalho.

Nos nossos dias, apareceu uma corrente de pensamento pedagoga, designada por Reflexão Epistemológica Contemporânea, que defende que a formação deve decorrer utilizando as histórias de vida ou métodos (auto) biográficos. Este tipo de formação valoriza a aprendizagem pelas histórias de vida dos intervenientes no processo educativo.

A valorização dos contextos de trabalho traduz-se numa *"descoberta"* do seu potencial formativo, com o reconhecimento das experiências vividas pelos intervenientes, que se encontram patentes numa trajetória profissional, com uma reflexão sobre as suas próprias vidas que, através de um processo auto formativo, se

podem transformar em aprendizagens. O indivíduo quando se (auto) forma inclui toda a sua vida, aproveitando as experiências pessoais e profissionais.

Na metáfora do retrovisor, quando conduzimos olhamos para a frente. Mas, por vezes, quando necessário, olhamos para o retrovisor para nos orientarmos, para olharmos para o caminho percorrido, para olharmos para um ou para outro obstáculo que enfrentámos. No entanto, depois, olhamos para a frente e continuamos o nosso caminho. Num processo de autoformação, é isso que o indivíduo tem de fazer, olhar para trás, refletir nas experiências vividas e utilizá-las para resolver problemas futuros. Esta aprendizagem só é possível se utilizarmos as nossas histórias de vida e as experiências formadoras nelas contidas.

A história de vida de cada indivíduo é um processo singular de (re) construção dos sujeitos. Parto deste entendimento para estabelecer uma análise da ação, considerando os aspetos profissionais e pessoais de cada indivíduo. O aspeto da vida de uma pessoa está intrinsecamente relacionado com a sua prática profissional.

Assim sendo, e partindo destas premissas, aquilo que fazemos contribui para aquilo que somos, o que somos revela-se no que fazemos (Couceiro, 1998). Uma vez que aquilo que somos é influenciado por toda a nossa experiência adquirida durante a nossa vida. Quando fazemos algo, mobilizamos todos os conhecimentos apreendidos até aí. Mas chega uma altura na vida em que sentimos a necessidade de refletir sobre a pessoa que fomos, olhando para a nossa vida de forma diferente. Essa necessidade reflete a vontade de colocar os acontecimentos de uma forma organizada temporalmente. As razões são diversas e todas elas válidas, pois essa reflexão traduz-se num crescimento pessoal. As narrativas de vida além de uma utilização em processos formativos, são também utilizadas em processos terapêuticos, uma vez que podem proporcionar um ponto de vista diferente na compreensão e na intervenção das problemáticas.

3.3 – O USO DAS NARRATIVAS DE VIDA NO CUIDAR COM A PESSOA COM IDEAÇÃO/INTENÇÃO SUICIDA NO CONTEXTO DO ACONSELHAMENTO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

Demétrio (2002) refere que, “ a paixão pelos aspetos do passado, que agora ganham realce, transforma-se em paixão pela vida futura” (10), sendo que o pensamento autobiográfico, que tem por base a narrativa de vida, está intrinsecamente ligado às

recordações da vida passada, pois como desvenda o autor, "àquilo que fomos e que fizemos, é uma presença que, a partir de um dado momento nos acompanha para o resto das nossas vidas" (10). As questões *"Quem sou eu?"* e *"Que espécie de pessoa tenho sido?"*, também emergem no pensamento autobiográfico.

As narrativas de vida aumentam a probabilidade de uma mudança psicológica. Gonçalves (1997) indica que Ricoeur (1984) considera que a ação humana tem subjacente uma estrutura pré-narrativa, sendo a narrativa um processo espontâneo de construção simbólica da experiência humana. A narrativa é um instrumento útil de análise do desenvolvimento humano, que construída ao longo do desenvolvimento, valida que um percurso vai-se construindo e reconstruindo ao longo da vida, e poderá representar o percurso da pessoa através do tempo.

Sarbin (1986) define a narrativa como: "A forma de organizar episódios, ações e relatos de ações, é uma realização que junta factos reais e de ficção onde o tempo e o espaço são incorporados" (9). Wigren (1994), por sua vez, aborda a narrativa como um modo em que as experiências quotidianas são processadas, permitindo a sua compreensão. O autor estabelece que a narrativa permite a criação de ligações entre o indivíduo e os outros que o rodeiam

Um dos pressupostos da abordagem narrativa é que, ao vivermos a nossa vida, a vivemos por meio de histórias. Todas as narrativas são construídas no tempo histórico, enquanto coordenada essencial da existência humana, sendo este o palco onde se desenrola a vida humana. Os humanos constroem a realidade e a sua experiência através de narrativas pessoais, dotadas de dinamismo e de significados. A narrativa envolve, portanto, um processo sequencial, com uma estrutura temporal e uma localização contextual, através do qual o indivíduo constrói, de modo flexível e diversificado, significações da existência.

Estas histórias não só organizam a experiência de quem as viveu, mas também restringem e dão sentido à existência do homem, determinando ainda quais os acontecimentos que são selecionados e, juntos às narrativas que são dominantes, e quais os que tomam uma perceção quase desapercebida que se esfuma na existência do homem. Percebe-se, então, que as histórias de vida, embora se assumam como pessoais e diferentes, umas das outras, não são criações exclusivas.

Todos nós somos coautores das narrativas que se constroem a partir da nossa vida e da nossa identidade. A construção destas narrativas pessoais é uma construção

efetuada a partir do intercâmbio social, quer no seio da família, quer no seio profissional ou no grupo de amigos.

Gonçalves (1997) refere que Mook (1992) indica que a atividade narrativa é assim uma parte integradora da experiência e da ação humana: as narrativas contam-se ao ser vividas e vivem-se ao ser contadas. Acrescenta ainda que as ações, fantasias, projetos, esperanças, fracassos e insucessos da vida, podem ser vividos como processos de contar histórias, a si mesmo e aos outros, de escutá-las, transportá-las para os quotidianos e de viver através delas. Independentemente da experiência da narração sobre a vida ou da vida sobre a narração, é óbvio que construímos as nossas existências sobre a base de uma estrutura narrativa.

Carneiro (1997) refere que os acontecimentos de vida são construídos através da linguagem e capturados pelas narrativas de vida, sendo que o que se conta e o que se oculta tem efeitos importantes na vida da pessoa. Ao contarmos a nossa vida, atribuímos significados aos acontecimentos e isso afeta a forma como nos construímos como pessoas, influenciando a forma como nos relacionamos com o contexto da nossa existência e também como percebermos a história dos outros e como nos comportamos com eles.

A narrativa de vida é uma excelente forma de apresentar a realidade, porque, nela, a pessoa apresenta tensões, roturas, contradições, sentimentos e emoções vividos. A narrativa pode inclusive ser abordada de forma científica para a compreensão das pessoas e das sociedades onde se inserem, dado que permite perceber a complexidade, a diversidade e a unicidade do ser humano.

Existem diversas razões que permitem afirmar que a narrativa aborda a realidade humana experienciada e vivida. A narrativa é uma forma de integrar pessoas, lugares e acontecimentos. É possível a compreensão do humano e do mundo através da história, porque esta proporciona uma forma de integração e compreensão da realidade física e social.

Cada vez que se conta uma história em contexto de vida, refletimos sobre a experiência da pessoa e produzimos outras alternativas para a experiência futura. A história de vida é uma forma de nos conhecermos, mas também uma forma de percebermos que orientação se está a dar à nossa vida.

Partindo da premissa de que as histórias de vida contam-se ao serem vividas e vivem-se ao serem contadas, as ações, as emoções, o sofrimento e as alegrias consideram-se como a narração da própria história, quando se escuta, interpreta ou se

vive através delas. Então, como refere Demétrio (2003), o pensamento autobiográfico, em contexto de narrativas de vida, é " uma forma de terapia; à medida que vamos *´revivendo´* e *´recontando´* as nossas vivências, vamo-nos sentindo melhor, é como uma libertação e de uma reunião com nós próprios" (11). O autor cita Proust, dizendo que, se "revelássemos os negativos da nossa vida – tomamo-la nas nossas mãos" (11).

Quando a pessoa percebe a necessidade de uma terapia, leva consigo a sua história, que nos remete aos seus problemas, que é organizada sob a forma de uma narrativa dominante, sob o ponto de vista da sua perspetiva e sem uma qualquer solução emergente.

O foco da terapia narrativa é a desconstrução dessas histórias dominantes, que serão observadas à luz dos seus contextos e das experiências vividas pela pessoa. A terapia narrativa facilita a construção de uma outra narrativa, desta vez renovada, em que o problema ou não se apresenta ou, então, assume um papel menos relevante.

Partindo do princípio que a pessoa não é propriamente o problema, mas que o problema é que é, na verdade, o problema, este deve ser analisado como sendo externo à pessoa e não como inerente a ela. Este deve ser assumido como uma espécie de exorcismo, em que a pessoa, ao exteriorizar a sua narrativa, acaba por desconstruir o discurso e atribuir outros culpados ao seu fracasso. A narrativa permite construir uma nova perceção do problema. Pretende-se, assim, que a narrativa de vida assuma um papel gerador de experiência para a pessoa que a narra e para a pessoa que a ouve, ao mesmo tempo que quem ouve conhece de uma forma mais intensa do que quem a conta. Demétrio (2003) refere que a narrativa de vida "não é apenas um voltar a viver, é um voltar a crescer, por si próprio e pelos outros" (15). Segundo Meira (2009), "a capacidade de autorreflexão e de autocompreensão, está dependente da capacidade de recuperação de episódios da nossa vida passada e, com base nos mesmos, organizar a nossa história de vida" (33).

A pessoa que conta a sua história é o protagonista da mesma, o que faz com que o conhecimento da experiência vivida venha de um processo interno, promovendo, desta forma, o crescimento da pessoa e tornando-se uma forma organizadora e promotora de mudanças efetivas. Demétrio (2003) diz que é um evocar e olhar com outros olhos, é repensar, é refletir, é recordar as ações e as escolhas que fizemos, é voltar a pôr no devido lugar as ações e decisões que tomámos. Demétrio (2003) refere ainda que se aprende "a partir da análise da própria história, aprendemos com nós próprios" (14) e acrescenta também que, "a verdadeira terapia, a verdadeira maneira de

recuperarmos, fazendo as pazes com as nossas memórias, tem início quando entra em cena, não o passado mas sim o presente" (14).

Quanto à intervenção por parte do profissional, o conselheiro deverá ouvir a pessoa respeitando os seus tempos narrativos, as suas pausas e as suas emoções, ao contá-la. A narrativa pode ser conceptualizada como uma estrutura evolutiva, que se vai transformando ao longo do tempo, permitindo que os conteúdos dessas narrativas pessoais se modifiquem. Os processos organizadores possibilitam que narrativas alternativas sejam contadas, sendo estas mais viáveis e funcionais. Meira (2009) por sua vez, refere que, "os processos de reconstrução narrativa estão inerentes a resolução de problemas de vida e resultam da capacidade de apropriação de novos significados a que a pessoa tem acesso em contexto, que indo ao encontro as suas necessidades e propósitos vão moldando a sua narrativa de vida, a perceção que tem de si própria, dos outros e do mundo" (60).

Outra das possíveis estratégias, em contexto terapêutico, é o desafio que o conselheiro pode dar à pessoa para esta escrever a sua vida. O elaborar uma autobiografia é, segundo Demétrio (2003), "procurar a paz, embora enfrentando a inquietude e a dor da recordação" (27) e, ao mesmo tempo, é como o fazer um pacto com o próprio, com os outros e também com a vida.

A nossa história pode-nos oferecer consolo para o sofrimento, mas também nos ajuda a trabalhar com a nossa realidade atual e como esta é moldada pelo nosso passado. É uma reconstrução ativa do que integra o passado, o presente e desenvolve o futuro. A escrita autobiográfica pode ser entendida como um diário, sem censura e sem filtragem, com perfeita liberdade de escrita, em que a pessoa desenvolve o seu pensamento e reflete sobre as suas emoções. Ao usar a autobiografia como complementaridade à narrativa de vida, o conselheiro e o cliente cimentam a sua relação e promove a reflexão da pessoa sobre a experiência vivida. A pessoa deve ser instruída em deixar-se ir, sem se preocupar com as dinâmicas de escrita, e produzir, simplesmente um pensamento livre. O processo autobiográfico, sendo visto como um monólogo, assume um papel libertador e com benefícios terapêuticos. Outra possibilidade é a criação de um registo autobiográfico, por intermédio de fotografias de acontecimentos ou pessoas significativas.

Demétrio (2003) indica que o trabalho autobiográfico dá uma nova dimensão do EU dominante e fá-lo descer à condição do EU necessário, que é considerado o EU contextualizador, o qual segundo Demétrio (2003), "prevalece sobre todos os outros,

nesta altura tão especial, na narrativa sincera ou na descrição de si próprio" (38), assumindo um papel do Eu mediador. Funciona ainda como um catalisador nos locais mais íntimos, mais escondidos e menos agradáveis também.

Ao utilizar este método, pretende-se o (re) encontro da pessoa com ela própria, valorizando os momentos significativos e felizes. É também considerada como uma emoção do pensamento, pois, ao fazer-se a autobiografia, analisam-se as próprias *"cicatrizes"* da vida e, ao mesmo tempo, refletem-se sobre elas, gerando-se, assim, um momento existencial, e alterando-se o próprio distanciamento desses acontecimentos e as próprias distâncias de si mesmo (Demétrio 2003).

A diferença, entre a narrativa oral e a narrativa escrita, é que a primeira assume-se como autoconfissão, desabafo, confidência, confinando-se a algo efémero no tempo, enquanto, a narrativa escrita, segundo Demétrio (2003), "é um conjunto de cicatrizes duradouras que, nos melhores casos, assume forma artística, compreensível para os outros de tal forma que lhes permite também identificarem-se" (33). O autor refere que a necessidade da revisitação à própria vida é um convite para uma necessidade de recomeçar a viver e a procurar. Note-se que o Eu contextualizador, quando fala de si aos outros, defende Demétrio (2003), "desempenha bem o seu papel quando consegue oferecer-se a si próprio um pouco de paz interior, de sossego" (38).

As narrativas de vida, quer orais quer escritas, são entendidas como renovadoras, reconciliadoras e apaziguadoras da pessoa com o próprio passado. A análise do próprio passado desempenha um papel terapêutico, mas só o será quando, segundo Demétrio (2003) quando, "pelo menos, uma promessa de futuro para a nossa mente e, enquanto múltiplo, dentro e fora de nós, uma fonte de recursos" (39).

Segundo Demétrio (2003) são cinco as condições para estarmos bem com a nossa história de vida:

1. **Dissolvências** - Para aderir a um processo autobiográfico deverá estar implícito o prazer de recordar a nossa história de vida, até porque a autobiografia mitiga o sofrimento e estimula a nossa mente, mas também provoca um afastamento mental e emocional, provocando um bem-estar;
2. **Convivências** - Comunicar com os outros é, sem dúvida, importante e desempenha um papel apaziguador. A ausência de quem nos oiça provoca frustrações, pelo que é importante falarmos de nós próprios, pois contribui para nos compreendamos e nos compreendam, já que é o nosso íntimo que se revela;

3. **Reconstruções** – A nossa mente não se contenta somente em recordar quando faz a autobiografia, embora o ato de contarmo-nos, nos mantenha unidos com nós próprios e, ao fazê-lo, criamos novas dimensões de nós próprios;
4. **Invenções** - Estimular a criatividade, mantendo a objetividade dos fatos, e estimular a escrita da história de vida contada. O imaginário autobiográfico estimula a escrita pessoal, já que desenvolvemos a capacidade de nos afastarmos de nós próprios e de nos analisarmos;
5. **Despersonalizações** – Ao escrever uma história autobiográfica, os limites da personalidade desaparecem como a neve ao sol. Todos temos intrinsecamente a capacidade de resolvermos os problemas dos outros e dificuldade em resolvermos os nossos, pelo que o método autobiográfico permite vermo-nos como se fossemos o outro; logo, adquirimos essa capacidade de resolver questões, que se fossem do domínio da nossa vida não o conseguiríamos.

Esta abordagem das narrativas de é na sua essência uma Terapia Narrativa que segundo Neves (2011) envolve modos de entender as histórias de vida das pessoas e modos de recuperar a autoria destas histórias, através da colaboração entre o conselheiro e as pessoas cujas vidas estejam a se discutidas. Trata-se de um modo de trabalhar que está interessado na história, em contextos mais amplos (familiares, sociais, políticos, culturais) que estejam afetando as vidas das pessoas.

Para Costa (2011), é uma prática que vai muito para além de um trabalho individual, sendo um trabalho que envolve a equipa multidisciplinar, valorizando o saber local, a cultura que se expressa através das histórias que contamos e que contam sobre nós. Morgan (2007) considera que a terapia narrativa tenta compreender as identidades das pessoas, os seus problemas e os respetivos efeitos nas suas vidas, procura formas singulares de conversar com as pessoas sobre as suas vidas e os problemas pelos quais ainda estão passando.

A partilha das narrativas de vida acontece durante todo o aconselhamento embora preferencialmente seja predominante durante a fase de orientação mas também da exploração em profundidade. No processo de aconselhamento e ao utilizar as narrativas de vida da pessoa com ideação/intenção suicida, o EESMP fornece, antecipadamente, as orientações à pessoa, sobre o que se pretende e obter a concordância desta sobre as atividades a desenvolver, esclarecendo que estas se destinam a promover a saúde mental e a diminuir o risco de suicídio.

Ao partilhar com o EESMP a sua história de vida, a pessoa com ideação/tentativa de suicídio está também a partilhar a história de quem o rodeia, as relações com quem o rodeia. Este momento é também importante para o enfermeiro identificar os possíveis recursos na família e de como estes são importantes para a pessoa.

Na história da pessoa reside no âmago de todo este processo. As pessoas são as histórias das suas vidas, uma vez que as pessoas são uma mistura de histórias, ou seja, aquelas que contamos sobre nós mesmos, na primeira pessoa, e as histórias que os outros contam sobre nós (Barker & Buchanan-Barker, 2005). A nossa história é a única e apenas a verdadeira, pois, só a pessoa a pode corroborar, sendo que, na prática de cuidados da saúde mental, com frequência, as pessoas sentem dificuldade em afirmar a sua história única, encontrando-se, muitas vezes, com registos escritos por outros, nomeadamente os profissionais (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Barker (2001) refere que as pessoas são as suas próprias narrativas, ninguém pode entender completamente a experiência do outro, podemos ouvir ecos da nossa própria experiência e acreditar que conhecemos e compreendemos o outro, mas é uma ilusão, uma vez que nós apenas podemos compreender a nossa própria experiência. Para ser totalmente compreendida, a doença mental tem de ser experienciada, logo a melhor maneira para quem não a experienciou é desenvolver empatia. Devemos tentar encaixar-nos tanto quanto conseguirmos ou nos atrevermos dentro da experiência da pessoa, que realmente tem o conhecimento da mesma (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

4 – COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Quanto às competências de mestre em saúde mental e psiquiátrica, no aconselhamento em enfermagem à pessoa com ideação/intenção suicida, atua, tal como o EESMP, na área clínica em, gestão, formação, investigação:

1. **Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.**

Além de realizar avaliações exaustivas do indivíduo, das famílias e das comunidades, em situações complexas, sintetiza e analisa criticamente os dados das avaliações para uma tomada de decisão segura; diagnostica e gere problemas e condições de saúde; prescreve intervenções de enfermagem geral e especializada; inicia e coordena a educação de indivíduos, famílias e comunidades para proteger e promover a sua saúde e prevenir doenças e avalia a prática para assegurar serviços de saúde profissionais, éticos, equitativos e de qualidade.

No curso de mestrado em enfermagem saúde mental em geral, e neste trabalho de relatório em particular, houve da nossa parte a preocupação contínua da avaliação, com a pessoa, do seu estado de saúde e do seu processo de doença na procura da sua saúde. Todavia, apesar de no próprio curso isso ter sido muito debatido, consideramos que este trabalho de projeto poderia olhar de uma forma mais preocupada para a questão da família, uma vez que esta é tendencialmente a facilitadora de uma recuperação mais eficaz.

Consideramos que, a extensão deste projeto às famílias é fulcral, uma vez que também elas necessitam de aconselhamento no que diz respeito à ideação/intenção suicida do seu familiar. Existe por parte da família, uma dificuldade em lidar com a situação, quer pela complexidade desta, quer pelo profundo desconhecimento do que fazer, quando estão perante um quadro de comportamentos suicidas do seu familiar.

O sistema familiar pode deixar de funcionar normalmente quando surge um acontecimento stressante, que pode originar dificuldades na tomada de decisões ou na resolução de problemas. De acordo com Phipps (1995:131), *"todos os familiares podem ser afetados, já que as rotinas se alteram, as responsabilidades dos membros da família mudam e passa a existir maior preocupação e inquietação"*.

Nada acontece isoladamente e qualquer coisa que afete um dos elementos da família, interfere com todos os outros, assim como qualquer alteração que se origine no interior ou exterior dos limites do sistema familiar causa impacto sobre todos os membros desse sistema.

Parece-nos evidente que as famílias, que têm no seu núcleo algum membro que possui uma doença mental, necessitam de ajuda para compreender esse membro e poder ajudar a superar a situação de crise. Concomitantemente, a família deve também ser apoiada no sentido de não se desestruturar devido à situação de doença do seu familiar.

Segundo o relatório da OMS (2001),

> as famílias desempenham papel chave na atenção dos doentes mentais. As responsabilidades estão a ser transferidas para as famílias. Estas podem ter impacto positivo ou negativo em função da sua compreensão, conhecimento, aptidões e capacidade de dar atenção às pessoas afetadas por transtornos mentais. Uma importante estratégia baseada na comunidade é ajudar as famílias a compreender as doenças, estimular a adesão à medicação, reconhecer os primeiros sinais de recorrência e assegurar a pronta resolução de crises. Isso resultará numa recuperação melhor e reduzirá a incapacidade social e pessoal. Enfermeiros que trabalhem em cuidados continuados e outros trabalhadores em saúde podem desempenhar importante função de apoio, assim como o podem fazer as redes de grupos de ajuda mútua para as famílias. (102)

Perante a alta dos serviços de internamento, da pessoa com ideação/intenção suicida, a família suporta um esforço imenso para cuidar desta pessoa, uma vez que, o receio que a família enfrenta, de que a pessoa possa vir a concretizar o ato é grande. Esta realidade é tanto mais difícil e mais dura de enfrentar, quanto maior for o desconhecimento da família sobre os cuidados e técnicas necessárias para cuidar da pessoa. Por outro lado, existe o medo de errar nessa assistência.

Assim, parece-nos evidente a necessidade das famílias de pessoas com comportamentos suicidários, necessitarem atenuar as alterações a que estão sujeitos, sendo a ajuda a estas famílias é fundamental para que as mesmas não entrem num processo de desagregação.

2. **Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimento e competência ao longo da vida e em complemento às adquiridas**

Identifica os seus próprios recursos pessoais, ajustando as necessidades de formação ao seu próprio projeto pessoal/profissional e valoriza a autoformação como componente essencial do desenvolvimento. Esta competência vai ao encontro da primeira competência de EESMP, uma vez que trabalha a área do autoconhecimento.

Durante a obtenção do título de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, esta competência foi bastante desenvolvida, no que diz respeito ao conhecimento de nós mesmos.

No Curso de mestrado, esta competência foi solidificada, uma vez que na realização deste trabalho de relatório, sentimos a necessidade de posicionarmo-nos no que diz respeito às questões do suicídio, ao que leva uma pessoa a tentar pôr fim à sua própria vida. Este auto conhecimento foi fundamental, dado o nosso posicionamento no que diz respeito à vida, assim como as convicções religiosas e espirituais.

Pensamos que, ao elaborar este projeto, houve um sentimento de reelaboração e integração de experiencias vividas proximamente, tal como refere Canário (1999). Alarcão (2001) a refere que globalidade da pessoa constrói-se na variedade integrada das experiências vividas e assimiladas que se encontram em permanente atitude de observação e reflexão que deve ser individual e dos outros também, para todos podermos crescer. Tal como nos diz Saint-Exupéry não podemos continuar estáticos num mundo que se transforma à nossa volta.

Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva

Nesta competência, o enfermeiro mestre em saúde mental e psiquiátrica aplica os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área do suicídio; conhece os conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com as ciências de Enfermagem e suas aplicações, nos diferentes campos de intervenção; serve como consultor para outros profissionais de saúde, quando apropriado; faz gestão de casos quando aplicável e trabalha em colaboração com a saúde pública, profissionais de saúde e outros líderes comunitários relevantes e/ou agências para melhorar a saúde global da comunidade.

Com a conclusão do Curso de Pós Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e adquirindo desde logo as competências gerais e específicas

correspondentes a esta categoria, tentámos desde logo pô-las em prática, uma vez que, mais precisamente na área do aconselhamento à pessoa com comportamentos suicidas, houve sempre por parte da equipa alguma indecisão na forma correta de atuação.

A divulgação da teoria de Hildegard Peplau foi importante uma vez que permite, um melhor planeamento das entrevistas e consequentemente um melhor planeamento dos cuidados de enfermagem. Consideramos que a implementação do projeto multidisciplinar de apoio e intervenção no suicídio (MAIS) alertou toda a equipa para a necessidade de intervenção, assim como para uma das formas de atuação.

Apesar de tudo, consideramos que o método das narrativas de vida, não foi totalmente assimilado, o que na nossa opinião diminui o conhecimento da pessoa em todas as suas dimensões. Remetemos, no entanto, o que temos desenvolvido para a competência 5.

3. **Age no desenvolvimento de tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos.**

Nesta competência, o enfermeiro mestre em saúde mental e psiquiátrica seleciona os meios e estratégias mais adequados à resolução de um determinado problema, de forma fundamentada e avalia os resultados em ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem e da perspetiva das repercussões, em sentido ético e deontológico.

Nunes (2011) refere que tomar decisão "consiste em escolher a melhor alternativa de acordo com critérios estabelecidos, com certa quantidade e qualidade de informação, com o propósito de atingir um objetivo específico ou um determinado resultado" (133). O mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiatria permitiu-nos que essa tomada de decisão fosse efetuada de forma mais consciente, fundamentada cientificamente, como refere Nunes (2011) a "razão deliberativa" dado que como salienta a autora "supõe decisões morais" (133).

Ao entrar no domínio do aconselhamento em enfermagem com a pessoa com ideação/intenção suicida consideramos que estas decisões morais acrescem a nossa responsabilidade perante a pessoa que efetua o pedido de ajuda, uma vez que os princípios éticos têm que obrigatoriamente ser considerados, como refere Nunes (2011), "os princípios primários: a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça" (135), sendo que consideramos os princípios derivados que Nunes (2011), denomina de "fidelidade, veracidade e confidencialidade". No nosso processo de formação durante

este curso, e no decorrer dos diversos aconselhamentos em enfermagem a pessoas com ideação/comportamentos suicidas, interiorizamos aplicámos e promovemos estes princípios, uma vez que são todos eles indispensáveis para o estabelecimento de uma relação terapêutica em todo o aconselhamento.

Consideramos que apesar desta capacidade deliberativa aprofundada durante o curso de mestrado, passou decisivamente, de uma capacidade de decidir os cuidados à pessoa, para uma capacidade de decidir os cuidados com a pessoa, o que torna esses mesmos cuidados mais complexos, mas que os torna melhor compreendidos por parte da pessoa, logo mais aceites, consequentemente mais eficazes.

4. **Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para a prática de enfermagem baseada na evidencia.**

Nesta competência, destaca-se a capacidade de análise e de conceber e implementar resultados de investigação e contributos da evidência para a resolução de problemas, com especial ênfase nos que emergem da área dos estudos especializados, considerando os aspetos sociais e éticos relevantes. Usa também capacidades de investigação apropriadas para melhorar e fazer evoluir a prática.

Durante o curso de pós-licenciatura e curso de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, pesquisámos diversos artigos científicos e trabalhos no domínio dos comportamentos suicidários, narrativas de vida, teorias de enfermagem e aconselhamento em enfermagem. Tivemos muita dificuldade em encontrar conhecimento produzido na área da enfermagem sobre estas temáticas. Todavia, utilizámos outras áreas do conhecimento para elaborar este relatório. Relembramos, que o trabalho de projeto efetuado durante o estágio no curso de pós-licenciatura foi decisivo para as bases que são traçadas neste relatório, dado que a proposta de intervenção apresentada neste relatório foi diversas vezes aplicada. Consideramos por isso, que a publicação de artigos sobre o nosso objeto de estudo, será um dos nossos objetivos no futuro. Por isso, desde já, apresentamos o apêndice I, como o primeiro contributo para cumprir esse objetivo.

5. **Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em saúde, em geral e em enfermagem, em particular**

Em todas estas competências emerge não só a sua capacidade clínica, de gestão e de colaboração com os decisores, no sentido de tornar eficazes as políticas adotadas nos cuidados à pessoa com ideação/intenção suicida, mas também a sua capacidade de supervisão clínica.

Como refere Fonseca (2006), o processo de formação em enfermagem tem vindo a ser pensado e repensado pelo lugar de destaque que assume nos contextos de mudança que se observam na sociedade, permitindo desenvolver, nos futuros profissionais competências de cuidar de pessoas ao longo do seu ciclo de vida, de forma contextualizada e individualizada, dando razão de ser à enfermagem e à sua prática.

A construção de uma identidade supervisiva enfatiza a importância do supervisor em enfermagem, não só pelo insubstituível contributo na formação da enfermagem, como na profunda influência na formação do supervisor, nomeadamente, no que se refere ao autoconhecimento.

É cada vez mais importante a prática da supervisão clínica, capacitando o enfermeiro supervisor de uma grande co-responsabilidade no processo de formação. Carvalhal (2003) valoriza que "o orientador da aprendizagem clínica é, por isso, uma entidade de reconhecida importância" (41). Por outro lado, o supervisionado, como cuidador, segundo Rispail (2002), "deve pois melhorar a compreensão que tem de si próprio, das suas crenças, dos seus hábitos, das suas aversões, dos seus receios, para tomar consciência dos seus mecanismos de projeção e de defesa, a fim de adquirir uma autenticidade e um certo nível de confiança que lhe permitirão melhorar a qualidade dos cuidados que presta" (2).

A supervisão clínica é, sem dúvida, um importante veículo promotor do desenvolvimento do supervisionado e do supervisor, contribuindo, deste modo, para o crescimento da profissão, embora a supervisão clínica e a sua implementação, se encontra ainda em expansão, independentemente de algumas tensões latentes que ainda persistem. (Rodrigues et al., 2007).

Garrido (2005) refere-se à supervisão clínica como um processo de colaboração que ajuda os profissionais a desenvolver competências pessoais e profissionais, conhecimentos e valores da humanidade, durante o seu percurso profissional.

De acordo com Fonseca (2006), a supervisão é um processo dinâmico, interativo e potenciador da aprendizagem experiencial, baseado numa relação de confiança e ajuda entre todos os intervenientes, onde cada um desempenha funções e estabelece estratégias que permitam atingir uma finalidade comum – o desenvolvimento pessoal e

profissional do supervisionado e, concomitantemente, dos supervisores, através do desenvolvimento de competências pessoais e profissionais. Corroborando estas palavras, Rorigues et al. (2007) afirma que, como processo de desenvolvimento pessoal e profissional, a supervisão deve desenvolver condições adequadas a uma aprendizagem cognitivamente estimulante e gratificante.

Franco (2000) refere-se ao conceito de supervisão como um processo em que uma pessoa mais experiente e bem informada presta ajuda a outros para alcançarem a plena maturidade no seu desenvolvimento humano, educacional e profissional.

Torna-se pertinente fazer uma referência ao papel do supervisor e suas competências adquiridas, como elemento fundamental neste processo supervisivo. O papel do supervisor clínico é constituído pela tríade de funções: professor, enfermeiro e pessoa (Carvalhal, 2003), ou seja, o complexo papel de orientador é constituído pelo papel de enfermeiro, de professor e, quando o indivíduo vive um papel particular, ele exprime a sua personalidade.

Garrido e Simões (2007) defendem quatro dimensões de competências essenciais no supervisor: cognitivas, comunicacionais, e técnicas. Dias (2004) explicita esta ideia ao referir que, para que os formandos confiram ao formador um papel primordial, é necessário que este revele competências a vários níveis técnicos, pedagógicos, sociais, relacionais e experienciais. Corroborando as mesmas palavras Simões, Alarcão e Costa (2008) consideram como perfil de supervisor clínico, ser-se detentor de conhecimento científico, técnico e relacional para se assumir a responsabilização pela formação tanto de estudantes como de colegas com inferior formação.

Abreu (2003) salienta, como competências do supervisor, a capacidade de contribuir para o desenvolvimento da profissão, tornando-a mais sólida e consistente, a abertura para a aprendizagem ao longo da vida, a motivação para a autoavaliação e a formulação de contributos para as ciências de enfermagem.

Fonseca (2006), numa perspectiva do supervisor como facilitador da aprendizagem, dimensiona as funções do supervisor em informar, questionar, sugerir, encorajar e avaliar. É também fundamental estimular o espírito de reflexão, autoconhecimento, inovação e colaboração.

Para além de modelo de mestria, o supervisor é também tutor, conselheiro, avaliador (Paulino, 2007). O papel do supervisor é imbuído de uma dimensão pessoal,

pois o seu estilo próprio e a sua maneira de estar no mundo têm grande influência na maneira como desempenha o seu papel (Carvalhal, 2003).

Hesbeen (2001) refere que ser formador não é tarefa simples, principalmente num domínio tão complexo, dado que, para além dos aspetos do conhecimento diverso e de domínio das técnicas, o formador é alguém que faz despertar para a riqueza, para a maravilha do outro, bem como para as "coisas da vida". Acrescenta-se ainda que, para ensinar a cuidar, é preciso ter bem presente este conceito e saber mobilizá-lo com confiança.

Rodrigues et al. (2007) indicam que os enfermeiros que passam a ser supervisores veem-se impelidos a adotar novas posturas perante si próprios, já que passam a ver-se como alguém com um novo papel e responsabilidades acrescidas na formação dos seus futuros pares, concluindo que "será pois um processo complexo marcado por interrogações constantes, aprendizagens por tentativa e erro" (146). Daqui se depreende a importância do autoconhecimento na componente supervisiva do enfermeiro.

Refletir sobre os processos de formação conducentes a aprendizagens e ao desenvolvimento de pessoas, faz realçar as redes de relações interpessoais que se entrelaçam nestes contextos. Silveira (2009) refere que "ser orientador implica ainda gostar de estar aberto ao outro, com espírito de ajuda, disponibilizar todo o seu tempo para o seu crescimento pessoal evocando a enfermagem do cuidar como uma entrega de nós próprios ao outro" (33).

Dias (2004) refere que a capacidade de relacionamento interpessoal deverá estar presente em todos os momentos, fundamentalmente em situações de formação em contexto profissional. Este autor enfatiza a formação como um processo de transformação individual, que envolve a dimensão do saber (conhecimento), do saber fazer (capacidades), do saber ser (atitudes e comportamentos) e do saber aprender (evolução de situações e permanente adaptação que estas exigem). Silveira (2009) indica que "é necessário acreditar sobretudo nas competências enquanto pessoa e desenvolvidas enquanto profissional, ir em frente com muita dedicação e sentido de ajuda" (35).

Pinto (2001) denota uma conceção de formador como impulsionador de uma construção pessoal, na autoformação, sendo que ninguém pode educar ninguém. O formador é facilitador da aprendizagem do formando (Leitão, 2001).

A supervisão e a relação supervisiva, encarada numa perspectiva do desenvolvimento e construtivista, conjugam o crescimento e desenvolvimento dos intervenientes numa perspectiva mais lata constituído pela cultura laboral onde se inserem (Fonseca, 2006). Por seu turno, Garrido (2005) comenta que a eficácia e a qualidade do relacionamento supervisivo são fatores determinantes no sucesso da supervisão clínica.

As situações de supervisão devem ser caracterizadas por uma relação interpessoal dinâmica, encorajante e facilitadora de um processo de desenvolvimento (Barroso, 2009). Este mesmo autor considera que se deve perspetivar o supervisionado como agente, mais do que objeto ou sujeito, da sua própria formação, promovendo o desenvolvimento de um conjunto de capacidades e atitudes, o pensamento crítico e reflexivo e atitudes humanas que conduzam à descoberta das próprias necessidades de aprendizagem. Carvalhal (2003) refere que o respeito pela individualidade e carácter único são fundamentais para que se estabeleça uma relação empática potenciadora de uma relação de ajuda. Esta perspectiva vai de encontro do pensamento Rogeriano (1985), que considera que, para além da relação empática, da simpatia, da aceitação incondicional e do respeito, é também exigível do orientador que atue com autenticidade, que seja igual a si próprio.

Longo (2005) sublinha que a relação supervisiva constitui uma relação pedagógica, onde supervisor e estudante aceitam-se como seres independentes, com diferentes pontos de vista, numa interação recíproca, numa relação aberta, verdadeira, autêntica, empática, que se desenrola numa atmosfera de disponibilidade.

Para influenciar o supervisionado, o supervisor, segundo Carvalhal (2003), deve encontrar adesão e aceitação temporária na relação. Para se prolongar, deve provocar entusiasmo de pesquisa autónoma e fazer nascer um pensamento crítico e reflexivo.

Segundo Leitão (2001) "uma das exigências fundamentais para que as relações interpessoais se tornem progressivamente mais ricas, positivas e maduras é a necessidade de compreensão de si próprio e dos outros" (53). A pessoa conhece-se tanto melhor quanto maiores forem as suas capacidades de estabelecer relações interpessoais construtivas e responsáveis com os outros.

Abreu (2003) entende que os sistemas de tutoria poderão desempenhar um papel fundamental no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros. Rodrigues et al. (2007) referem que os enfermeiros, quando assumem a supervisão clínica, passam a ser reconhecidos como detentores de um saber próprio, válido, valioso, construído por si

e investidor de um papel ativo na supervisão. Rispail (2002) refere que “sem valores não pode haver moral, ética, regras de ação. Eles são o reflexo das nossas conceções pessoais do verdadeiro, do belo, do bem” (23).

Efetivamente, os valores estão intrinsecamente ligados ao autoconhecimento. A identificação dos valores é fundamental, na medida em que estes influenciam as tomadas de decisão e dão significado à própria vida (Basto, 1993). Os valores dos enfermeiros referem-se, segundo a mesma autora, às crenças que têm, como grupo, sobre o que vale a pena fazer para bem dos utentes e dos próprios enfermeiros.

O enfermeiro deve estar desperto para as suas reações e sentimentos pessoais, desenvolvendo capacidades de relacionamento interpessoal, de forma a poder estabelecer uma relação de ajuda (Melo, 2005). No contexto de supervisão, inicia-se um processo de maturação individual que, ao ser trabalhado em contexto reflexivo, pode conduzir a um desenvolvimento de competências de questionamento da sua prática, no sentido em que também, enquanto enfermeiro, deverá questionar diariamente a sua intervenção e ter flexibilidade e humildade para reconhecer oportunidades de melhoria e crescimento (Bernardino, 2007).

As pessoas respondem ao meio e às coisas em função da forma como entendem e interpretam esse meio; as experiências interpessoais anteriores desenvolvem o autoconhecimento, não de uma forma direta e cumulativa, mas em função das significações que cada um dá a essas experiências.

O autoconhecimento permite, como refere Sobreira (2004), aprender a conhecer fatores subjetivos internos, como as aversões, as crenças, juízos de valor, mecanismos defensivos, sentimentos e emoções. O enfermeiro é uma pessoa com sentimentos e emoções. Como referem os autores, durante muitos anos, foi definido que o enfermeiro devia esconder as emoções e evitar envolver-se emocionalmente com a pessoa. Conhecer as próprias emoções e analisar a experiência emocional é um trabalho de autoconhecimento, tal como refere Rispail (2002), “interrogar-se sobre a representação de si mesmo é uma primeira caminhada indispensável para quem deseja comunicar melhor, negociar ou posicionar-se de forma mais adequada na relação com o outro” (7).

5 – CONCLUSÃO

Ao terminar este relatório e ao ter chegado a este patamar, acreditamos ter atingido todos os objetivos que nos propusemos no início deste relatório. Inicialmente, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

Abordar e aprofundar o fenómeno do suicídio, sob o ponto de vista individual e social; analisar os riscos dos comportamentos suicidas, enumerando os seus sinais de alerta, abordando a sua prevenção e tratamento; apresentar os cuidados em enfermagem com a pessoa com comportamentos suicidários. Foi abordado o fenómeno do suicídio, como este foi visto, pelas diversas sociedades, ao longo da História, assim como foi abordado, de uma forma geral, o papel do enfermeiro na prevenção do suicídio. Toda a primeira parte deste trabalho procurou dar resposta a estes objetivos.

Na segunda parte deste relatório, propusemo-nos enquadrar uma intervenção de âmbito psicoterapêutico em particular, no que diz respeito a disciplina e à profissão. Posicionámo-nos enquanto enfermeiros no paradigma, na escola de pensamento e na teoria. Apresentámos as diversas competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, com principal incidência na competência n.º4.

Na terceira parte deste relatório foram abordadas a visão humanística de Rogers e, o processo de aconselhamento de Patterson e Eisenberg e na Enfermagem, a teoria da enfermagem Hildegard Peplau. Para dar resposta à competência n.º 4, que foi sugerido o método das narrativas de vida em contexto de aconselhamento como intervenção de âmbito psicoterapêutico para a pessoa com ideação/intenção suicida. Nesta parte do relatório, foram também analisados os aspetos éticos e deontológicos envolvidos no processo de aconselhamento em enfermagem.

Na quarta parte, apresentámos e analisámos o desenvolvimento em nós das competências de mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e o seu papel na supervisão clínica.

As intervenções, abordadas neste relatório, foram delineadas para que a pessoa tenha consciência de si e se desenvolva pessoalmente, numa perspetiva de crescimento pessoal, e que desenvolva também processos autónomos, uma vez que a doença mental compromete a autonomia. Compete aos profissionais de saúde respeitar e incentivar essa autonomia. Uma pessoa autónoma é capaz de decidir sobre os seus objetivos pessoais e agir na direção dessa decisão, de forma consciente e eficaz.

Por tudo isto, pensamos ter atingido todos os objetivos traçados, quer nas intervenções, enquanto EESMP, quer na elaboração deste relatório, quer na justificação e enquadramento das competências do EESMP, num processo de aconselhamento à pessoa com ideação/intenção suicida.

Assim sendo, penso ter atingido o objetivo geral deste relatório que é:

- Relatar um trabalho de projeto que articula o aconselhamento em enfermagem de saúde mental com o método das narrativas de vida com a pessoa que apresenta ideação/intenção suicida.

Algumas pessoas que desenvolvem perturbações psicológicas por pequeno stresse ambiental, enquanto outros permanecem bem, apesar da exposição a fatores de stresse múltiplos e graves.

Numa área como a saúde mental, em que é estritamente necessário considerar a pessoa em todo o seu ser e em que a complexidade dos processos mentais está em primeiro plano, apenas o reconhecimento da pessoa como um ser único, trabalhando as pontes que fazem a ligação com o que envolve, permitirá um atendimento à pessoa em todas as suas vertentes.

Todos os enfermeiros têm a responsabilidade e a competência de cuidar da pessoa com ideação/intenção suicida, sendo o seu papel, na admissão, vigilância, monitorização e ajuda a dar, a resposta às suas necessidades. No que diz respeito a estar envolvido num processo de aconselhamento em enfermagem, parece-nos que os EESMP são competentes para o fazer, uma vez que possuem a maturidade e detêm as habilidades de comunicação necessárias para que o princípio da beneficência seja atingido, para que o aconselhamento produza resultados positivos.

É importante o acompanhamento/supervisão por parte do mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica ou por um EESMP. Destacamos a importância de todos os enfermeiros terem a possibilidade de atualizarem os seus conhecimentos na área do aconselhamento, quer a nível da formação em serviço, quer, preferencialmente, em formações académicas e profissionais específicas na área.

Também se conclui a importância da formação em aconselhamento, com a pessoa com ideação/intenção suicida, ser mais aprofundada na formação dos EESMP, dado que existe ainda, por parte de alguns profissionais, o receio em abordar a temática do suicídio e, consequentemente, a pessoa que quer pôr termo à sua vida.

Deverão ser criados, nas instituições, projetos de prevenção do suicídio, para que, as instituições de saúde intervenham na comunidade, quer com a pessoa quer com

as respetivas famílias, dado que os profissionais de saúde têm um papel preponderante na deteção precoce e acompanhamento desses casos.

Apesar deste relatório se ter apoiado na teoria interpessoal de Hildegard Peplau, penso que, no futuro, poderá ser estudada a aplicação do *Tidal Model*. A cada passo que dávamos, na elaboração deste relatório identificava a similitude com o *Tidal Model*, uma vez que este modelo representa uma alternativa significativa às correntes teóricas em saúde mental, uma vez que enfatiza como é que as pessoas, que sofrem de problemas relacionados com a saúde mental podem retirar benefícios quando assumem um papel ativo no seu próprio tratamento (Barker & Buchanan-Barker, 2005). O *Tidal Model* enaltece as virtudes do cuidar, estabelecendo as condições necessárias para a promoção do crescimento e desenvolvimento.

A necessidade de refletir está sempre presente na pessoa que quer viver em evolução e dinamismo com o mundo que habita. Por isso, a nossa necessidade de refletir passa pela necessidade de evoluir, de nos apercebermos dos erros, medos e das interligações que se efetuam entre a vida profissional e pessoal. Independentemente das nossas vidas, profissional e a pessoal, serem realidades paralelas, elas estão associadas, pois uma condiciona a outra, chegando mesmo a formar uma linha única.

Admitimos que amadurecemos os conhecimentos que possuímos, enquanto EESMP, na implementação deste processo terapêutico, que nos ajudou a esclarecer o posicionamento perante a temática e a conhecer melhor a pessoa que, face aos seus problemas e face à sua vida, entende que o suicídio é a única solução para os mesmos. Permitiu conhecermo-nos melhor, enquanto pessoa e profissional, e aprender a controlar alguns dos sentimentos, que poderiam contaminar a relação terapêutica.

Há quem diga que trabalhar, em Psiquiatria, não é apenas trabalhar em Psiquiatria, mas sim um contínuo turbilhão de sentimentos que se libertam dentro de nós, em que algumas pessoas conseguem canalizá-los e compreendê-los, outras não. Sentimos que este confronto nos ajudou a dar um grande passo na vida e a desenvolver capacidades. No entanto, parafraseando a canção “o caminho faz-se entre o alvo e a seta” e sentimos que ainda temos caminho a percorrer, no que envolve ao aprofundamento de competências, para ser um perito na área da saúde mental e psiquiátrica em geral, e no aconselhamento em enfermagem com a pessoa com ideação/intenção suicida em particular, para ajudar a pessoa a abrir as suas gavetas que o pássaro da alma guarda.

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2001). *Identidade, formação e trabalho*. Coimbra: Formasau

Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: Que parecerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau cadernos sinais vitais nº1.

Alarcão, M. (2002). *(Des) Equilíbrios familiares - uma visão sistémica*. 2ª Edição. Coimbra: Editora Quarteto

Albuquerque, C.; Oliveira, C. (2002) – Características psicológicas associadas à saúde: a importância do autoconceito. *Revista Millenium*, 26. p. 1-11. Disponível em: www.ipv.pt/millenium/Millenium26/26_22.htm

Alvarez, A. (2002). *O deus selvagem – Um estudo sobre o suicídio*. 1ª Edição. Lisboa: Editora Presença

Alves, A. (2003). A importância da comunicação no cuidar idoso. Disponível em http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10508/4/5933_TM_01_P.pdf.

Almeida, M. (1997). Sociedade em desenvolvimento geradora de crise. Importância da prevenção em saúde mental. *Revista Sinais Vitais*

American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Texto Revisto - DSM-IV-TR (4ª Edição.). Lisboa: Climepsi Editores

Argyle, M. (1981). *The psychology of interpersonal behaviour*. Harmondsworth: Penguin

Avanci, R., Pedrão, L., & Junior, M. (2005). Tentativa de suicídio na adolescência; consideração sobre a dificuldade de realização diagnostica e a abordagem profissional de enfermagem. *Revista electrónica de saúde mental, álcool e drogas, V.1 nº1,* Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S180669762005000100007&script=sci_arttext

Barata, O. (1991). *Introdução às ciências sociais*. Lisboa: Bertrand Editora

Barbosa, A., & Neto, I. (2006). *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa

Barker P (2001) The Tidal Model: Developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*

Barker P.; Buchanan-Barker P. (2008) The Tidal Commitments: extending the value base of mental health recovery *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*

Barker, P; Buchanan-Barker P (2005) *The Tidal Model: A Guide for Mental Health Professionals*. London and New York, Brunner-Routledge

Barker,P.; Buchanan-Barker, P. (2010) The tidal model of mental health recovery and reclamation: application in acute care settings. Issues Ment Health Nurs. University of Dundee, Scotland, United Kingdom

Barroso, I. (2009). *O ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem – estudo sobre as experiências de aprendizagem, situações e factores geradores de stress nos estudantes* – dissertação para a obtenção do grau de mestre em ciências de Enfermagem. Disponível em: http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10126/20159/2/dissertacao_IsabelBarroso.pdf

Basto, M. (1993). Valores profissionais: opções a fazer. *Enfermagem em foco*

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática divina de Enfermagem.* Coimbra: Quarteto editora

Bento, A., & Bacelar, F. (1992). O suicídio nos concelhos de Montijo e Alcochete. *Revista de Psiquiatria, Vol. 5, n.º 2*, números das páginas onde está o artigo. Lisboa: Hospital Júlio de Matos

Bernardino, D. (2007). A supervisão e relações supervisivas a importância na construção da identidade do enfermeiro. *Sinais vitais*, 72. p.5-9.

Bessa, P., Saraiva, C., & Sampaio, D. (2006). *Comportamentos suicidários em Portugal.* (1ª Edição). Coimbra: Sociedade portuguesa de Suicidologia

Boff, L. (1999). *Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra.* Petrópolis: Vozes.

Borges, C., & Filho, H. (2004). *Usos, abusos e dependências – Aconselhamento*. Lisboa: Climepsi Editores

Borges, V., et al.(2005). Levantamento dos casos de suicídio em cidades das regiões Norte e Nordeste do Rio Grande do Sul. *Revista Perspectiva, Vol. 19, n.º 107*, 33-34. Erechim

Bouchard, G. (s.d.) *O suicídio na adolescência*. Castro, M. (Trad.). Disponível em http://www.psychomedia.qr.ca/dart7.htm

Campos, M., & Leite, S. (2002) Suicídio em Portugal nos anos 90. *Revista de estudos demográficos*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística

Canário, R. (1999). *Educação de adultos. Um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa

Caplan, G. (1980). *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar Editores

Carneiro, C. & Bindé, P. (1997). A Psicologia ecológica e o estudo dos acontecimentos da vida diária. *Estudos de Psicologia, 2(2),* 277-285. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/epsic/v2n2/a10v02n2.pdf

Carvalhal, R. (2003). Parcerias na formação: papel dos orientadores clínicos perspectiva dos actores. Loures: Lusociência.

Carvalho, A., et al. (1994). Cuidar uma reflexão. *Servir, Vol. 42, n.º 5 (Setembro/Outubro),* Lisboa: Associação católica de enfermeiros e profissionais de saúde

Ceitil, M. (2007). Gestão e desenvolvimento de competências. Lisboa: Edições silabo

Chalifour, J. (2008). *A Intervenção terapêutica. Estratégias de intervenção.* Vol. 1. Loures: Lusodidata.

Chalifour, J. (2009). *A Intervenção terapêutica. Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda.* Vol. 2. Loures: Lusodidata.

Cobra, R. - *Existencialismo.* Disponivel em: www.cobra.pages.nom.br, Internet, Brasília, 2001.www.geocities.com/cobra_pages"

Colière, M. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.* 3ª Edição. Lidel – edições técnicas e sindicato dos enfermeiros portugueses

Couceiro, M. (1998). Autoformação e transformação das práticas profissionais dos professores. Revista de Educação. Vol. 7 – n.º 2

Cordo, M. (2003). *Reabilitação de pessoas com doença mental*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores

Costa, A. (2003). O cuidar no hospital. *Nursing,* 176. p.19-21

Costa, S. (2011). *Mais estranho que a ficção?* Disponível em: http://www.familia.med.br/textos.php

Cruz, D., et al. (2007). Comportamentos auto-destrutivos na adolescência: Experiência de avaliação clínica por uma equipa hospitalar. *Saúde Mental, Vol. IX, n.º 4, Julho/Agosto,* 10-23

Demétrio, D. (2003). *Era uma vez…A minha vida! A autobiografia como método terapêutico*. Loures: Lusociência

Dias, J. (2004). *Formadores: Que desempenho?* Loures: Lusociência

Diekstra, R. (1993). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*

Diogo, P. (2004). *A vida emocional do enfermeiro na sua prática: uma hipótese explicativa do processo emotivo* – vivencial do enfermeiro em situações de cuidados.

Duarte, T (2007). Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. Analise Psicológica.
Disponível em: http//www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v25n1/v25n1a10.pdf

Durkeim, E. (2007). *O suicídio. Estudo sociológico*. Barcarena: Editorial Presença

Forgas, J. (1985). *Interpersonal behavior: The psycology of social interaction*. Sydney: Pergamon Press

Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: Saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania.* Lisboa: Climepsi Editores

Félix, R. ; Magalhães, H. ; Garcia, C. (2006). Supervisão Pedagógica de alunos em ensino clínico de Enfermagem. *Nursing*
.
Ferreira, M. (2004). Formar melhor para um melhor cuidar. *Revista Millenium*

Fonseca, M. (2006). *Supervisão em ensinos clínicos de enfermagem perspectiva do docente*. Coimbra: Formasau.

Franco, J. (2000). Orientação dos alunos em ensino clínico de enfermagem: problemáticas específicas e perspectivas de actuação. *Revista Investigação em Enfermagem*

Freire, P. (1975). *Pedagogia do oprimido.* 2.ª Edição. Porto: Afrontamento

Gameiro, J. (1992). *Voando sobre a psiquiatria. Análise epistemológica da psiquiatria contemporânea*. Porto: Edições Afrontamento

Gândara, M. (1992). Os modelos teóricos e a crise de identidade da enfermagem portuguesa. *Servir, (maio/junho)*. Lisboa: Associação católica de enfermeiros e profissionais de saúde

Garrido, A. (2005). Supervisão clínica em enfermagem. *Revista de investigação em Enfermagem*, 12. P. 27-34.

Garrido, A.; Simões, J. (2007). Supervisão de alunos em ensino clínico uma reflexão. *Nursing* , 218. P. 7-11.

George, et al. (2000). *Teorias de Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas

Godinho, L, & Godinho, A. (2006). Os fantasmas formadores: histórias de vida como método formativo. *Servir, Vol. 54, n.º 5 (setembro/outubro)*. Lisboa: Associação católica de enfermeiros e profissionais de saúde

Godinho, L (2009). Processo de aconselhamento – Um caso. *Revista Portuguesa de enfermagem de Saúde Mental, n.º 1, junho*. Porto: Sociedade portuguesa de enfermagem de saúde mental.

Godinho, L, & Caldeira, A. (2011). Estou no fundo: Uma experiência de aconselhamento. Informação em saúde mental. *Atas do III congresso da sociedade portuguesa de saúde mental*. Porto: Sociedade portuguesa de enfermagem de saúde mental.

Gomes, E. (2001). *Cuidar: a percepção do enfermeiro recém formado*. Dissertação de Mestrado em comunicação em saúde apresentada à Universidade Aberta. Lisboa: Universidade Aberta

Gonçalves, C. (1997). A influência da família no desenvolvimento vocacional de adolescentes e jovens.
Disponível em http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/14603/2/23921.pdf

Gonçalves, O. (2006). *Terapias cognitivas - Teorias e práticas*. 5ª Edição. Porto: Edições Afrontamento

Gradiz, C. (1990). Contributo para o estudo de um suicídio consumado. Uma metodologia e alguns resultados. Anais Portugueses de Saúde Mental, Ano 6, volume 6. Lisboa: Sociedade Portuguesa para o Estudo da Saúde Mental

Hawton, K. (2000). *General hospital management of suicide attemps*. The international handboock of suicide and attemped suicide. John wiley & sons, Lda

Hallstrom, C., & Mcclure, N. (2000). *Ansiedade e depressão - Perguntas e respostas*.1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.

Hillman, J. (1993). *Suicídio e alma*. Petropólis: Editora Vozes

Hockenberry, M. (2006). *Fundamentos de enfermagem pediátrica wong*. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta

Howk, C. (2004). Hildegard Peplau – Enfermagem psicodinâmica.

Tomey, A., & Alligood, M. *Teóricas de Enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem*. 5ª Edição. Loures: Lusociência

Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência

INE - Dados cedidos sobre suicídio em Portugal 2005-2009

International Council of Nurses (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP) - Versão 1*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros

Jesuíno, J. (1994). *O que é a psicologia*. Lisboa: Difusão Cultural

Josso, M.C. (2007). A transformação de si a partir da narração de histórias de vida. Educação Porto Alegre/RS, ano XXX, n. 3 (63), p. 413-438, set./dez. Disponível em: http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/viewFile/2741/2088

Jungerman, F., & Laranjeira, R. (2001). *Entrevista motivacional.* Disponível em http://br.monografias.com/trabalhos/entrevista-motivacional-bases-teoricas-praticas/entrevista-motivacional-bases-teoricas-praticas2.shtml

Kaplan, H. e Sadock, B. (2007). *Compêndio de psiquiatria.* 7ª Edição. Porto Alegre: Artes Medicas Edições

La Rosa, J. (2003). *Psicologia e Educação: O significado do aprender*. Porto Alegre: Edipucrs

Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda – Abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidata

Leitão, L. (2003). Contratransferência: Uma revisão na literatura do conceito. *Análise Psicológica, 2 (XXI)*
Disponível em http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v21n2/v21n2a04.pdf

Leitão, M. (2001). *Avaliação de uma experiência de inovação pedagógica em enfermagem –o método tutorial na orientação em ensino clínico.* Dissertação apresentada a concurso para a categoria do pessoal docente. Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto.

Levisky, D. (1997). *Adolescência e violência – Consequências da realidade brasileira.* Porto Alegre: Artes Médicas

Leyens, J. (1985). *Teorias da personalidade na dinâmica social: abordagem psicossocial das teorias implícitas da personalidade*. Lisboa: Verbo

Longo, J. (2005). Supervisão Clínica em enfermagem - contributo para o estudo das necessidades de formação dos supervisores de ensino clínico. Dissertação de Mestrado em ciências de educação área de especialização em pedagogia do ensino superior.

Lopes, J. (2010). O aconselhamento como cuidado de enfermagem numa equipa de tratamento – Artigo de investigação. *Revista toxicodependências, Vol. 16, n.º 1*, 74. Edição IDT. Disponível em:
www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2010/1/Text6Vol16_n1E.pdf

Luís, H. (2000). *Um estar...um cuidar. Servir, Vol. 48, n.º 5, (setembro/outubro)*, Lisboa: Associação católica de enfermeiros e profissionais de saúde

Manual ofthe american psychological association (2010). Washington: American Psychological Association

Marcelli, D. (2005). *Adolescência e Psicopatologia*. 1.ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores

Marin-Leon, L. (2003). *Mortes por suicídio, diferenças de género e nível socioeconómico*. *Revista de saúde pública, 37(3),* 357-63. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n3/15865.pdf

May, R. (2009). *A Arte do aconselhamento psicológico*. 17ª Edição. Petrópolis: Editora Vozes

Meira, L. (2009) – mudança narrativa: estudo sobre processos de inovação pessoal na resolução de problemas de vida. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia. Disponível em http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/10472

Meleis, A. (1997). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 3ª Edição. New York: Lippincott Williams & Wilkins

Melo, R. (2005). Auto-conceito e desenvolvimento de competências relacionais de ajuda - estudo com estudantes de enfermagem. Revista Referência. II série, 1. p. 23-30.

Melo, R. (2008). Auto-conceito: implicações no desenvolvimento de estratégias de coping. *Nursing*, 230. p. 11-15.

Mendes, J. (1975). Bases para a prevenção do suicídio em Portugal. Jornal *O Médico*, Vol. LXXIV, 273-277.

Minois, G. (1998). *História do suicídio.* Editorial Teorema

Moniz, J. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa*. Loures: Lusociência

Monteiro, Maria (2002). Dar suporte ao projecto de vida dos doentes do hospital de dia após a alta. (Projeto de Intervenção). Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende e Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian de Lisboa

Mook, B. (1992). Intersubjectividad y estructura narrativa en la terapia familiar. *Revista de Psicoterapia, 10-11*, 13-22

Morais, L (1999). *Apoio familiar ao idoso*. Lisboa: Geriatria.

Morato, H. (2007). Aconselhamento psicológico centrado na pessoa – novos desafios. *Casa do Psicólogo.* São Paulo: livraria e editora Lda

Moreira, V. (2007). De carl rogers a merlau-ponty: a pessoa mundana em psicoterapia. Local: Annablume. Editora: Comunicação

Morgan, A**.** (2007) *O que é terapia narrativa? Uma introdução de fácil leitura*. Porto Alegre: Centro de Estudos e Práticas Narrativas

Murphy, G. (1990). A responsabilidade do médico para o suicídio. Erros de omissão. *Ann Intern Med*; 82 (3):305-9

Nascimento, E., & Trentini, M. (2004). O cuidado de enfermagem na unidade de terapia (UTI): Teoria humanística de Paterson e Zderad. *Revista Latino-Americana, Vol. 12, n.º 2 (março/abril)*, doi.org/10.1590/S0104-11692004000200015

Navalhas, J. (2000). *Qual o local privilegiado para a prestação de cuidados a pessoas terminais? Uma perspectiva global*. Coimbra: Formasau

Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociência

Neves, M.; Pacheco, S. (2004). *Para uma Ética da Enfermagem*. Coimbra**:** Gradiva de Coimbra

Neves, S. (2011). *Terapia Narrativa: o lado quase literário da psicoterapia sistémica de casal.* Centro de Estudos da Família e do Casal. Disponível em: http://www.cefacbahia.org.br/pag_internas/publicacoes/pdf/historico/tcc_sd101211.pdf

Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de Casos*. Ordem dos Enfermeiros

Nunes, L. (2002). Cinco estrelas: Acerca das competências morais no exercício de enfermagem. *Nursing, n.º 171, novembro*, Disponível em http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/cincoestrelas.pdf

Nunes, L. (2009) – *Ética: Raízes e Florescências em Todos os Caminhos*. Loures: Lusociência.

Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em Enfermagem. Uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em Enfermagem. *Revista Percursos* nº 17. Julho- Setembro

Organização Mundial de Saúde (2001). Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS

Organização Mundial de Saúde (2006). *Prevenção do suicídio. Um recurso para conselheiros.* Departamento de saúde mental e de abuso de substâncias. Genebra: OMS

Organização Mundial de Saúde (2006). *Trabalhando juntos pela saúde*. (Relatório mundial de saúde). Disponível em http://www.who.int/whr/2006/06_overview_pr.pdf

Ordaz, O. (2006). *Para a reflexão sobre o cuidar da doença mental e as histórias de vida*. Loures: Lusociência

Ordem dos Enfermeiros (1998). *Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=168

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código deontológico do enfermeiro. Anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Os enfermeiros e…O empowerment em saúde. Responsabilidade e Saúde: entre o direito e o dever*. Disponivel em: http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acores/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeirosEOEmpowermentemSaude.aspx

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Paterson, J., & Zderad, L. (2008). *Humanistic nursing. Being and becoming*. (e-book). Disponível em http://www.paterson-zderad-humanistic-nursing.com/

Patterson, L., & Eisenberg, S. (1988). *O processo de aconselhamento*. São Paulo: Martins Fontes

Paula, C., et al. (2004). O cuidado como encontro vivido e dialogado na teoria de enfermagem humanística de Paterson e Zderad. *Acta Paul, Enf., Vol. 17, n.º 4, out/dez*

Paulino, M. (2007). Vivências e percepções do estágio nos estudantes de enfermagem. *Revista de investigação em Enfermagem*

Pearson, A., & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa: ACEPS

Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinamica*. Barcelona: Salvat

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista na relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência

Phips, W., et al. (1995). *Enfermagem médico-cirúrgica: Conceitos e prática clínica*. Vol. 1. 2ª Edição. Lisboa: Lusodidactica

Pinto, M. (1991). *A promoção da família como expressão da sua defesa e do seu desenvolvimento: A caminho dos direitos da família. Servir, Vol. 39, n.º 5, setembro/outubro*, Lisboa: Grafilarte

Pinto, C. (2001). Colaborar com a escola In: Mestrinho, G. (2001). *Formação em enfermagem docentes investigam*. Associação Portuguesa de Enfermagem

Plano nacional de saúde mental. *Diário da República n.º 47, 1.ª série*, de 08/03/06, 1395-1409

Queirós, A. (1999). *Empatia e respeito: Dimensões centrais na relação de ajuda*. Coimbra: Quarteto Editora

Queirós, A. (2001) – *Ética e Enfermagem.* Coimbra: Quarteto editora.

Rafael, M. (2000). A relação de ajuda e a ação social: Uma abordagem rogeriana. Instituto de Psicologia aplicada. Disponível em http://www.rogeriana.com/graca/rasocial.htm

Ramos, S. (2000). *Suicídio e tempestades magnéticas - que relação?* Coimbra: Quarteto editora

Ribeiro, J. (2007). *Introdução à psicologia da saúde*. 2ª Edição. Coimbra: Quarteto editora

Ribeiro, J. (1999). *Gestalt-terapia de curta duração.* São Paulo: Summus

Rispail, D. (2002). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar*. Loures: Lusociência

Rocha, S. (2000). Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.8 no.6 Ribeirão Preto Dec. 2000 http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692000000600014

Rodrigues, M.; Pereira, A.; Ferreira C. (2006). Da aprendizagem construída ao desenvolvimento pessoal e profissional. Coimbra: Formasau, formação e saúde, Lda.

Rodrigues, A. ; Nascimento, C. ; Antunes, L. ; Mestrinho, M. ; Serra, M. ; Madeira, R. ; Canário, R. & Lopes, V. (2007). *Processos de formação na e para a prática de cuidados*. Loures: Lusociência.

Rogers, C. (1974). *A Terapia centrada no Paciente*. Lisboa: Moraes Editores

Rogers, C (1989). *Sobre o Poder Pessoal.* 3ª. Edição, S. Paulo, Martins Fontes Editora.

Rogers, C. (1985). *Tornar-se Pessoa*. 7ª Edição. Lisboa: Moraes Editores

Rogers, C. (2009). *Tornar-se Pessoa*. 1ª Edição. Lisboa: Editora Padrões Culturais

Sampaio, A. (2006). Relatório de estágio supervisionado em Psicologia clinica. Universidade Federal do rio Grande do Norte. Centro de Ciencias Humanas, letras e Artes. Departamento de Psicologia. Disponível em http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/189.pdf

Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho, o adolescente e o suicídio.* 10ª Edição. Lisboa: Editorial Caminho

Sampaio, D. (1994). *Inventem-se novos pais.* Lisboa: Editorial Caminho

Santos, C. (2004). Abordagem centrada na pessoa – relação terapêutica e processo de mudança. *Revista Logos Psi*

Santos, M. (2006). *Comportamentos Suicidários em Portugal*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia

Santos, M. (2009). *Desenvolvimento de competências profissionais com a educação pelos pares - estudo de caso*. Dissertação para obtenção do grau de mestre. Disponível em: http://repositorioberto.up.pt/bitstream/10126/20159/2/dissertacao_Marcia Santos.pdf

Santos, J. (2007). *Para-suicídio – O que dizem as famílias*. Coimbra: Formasau

Saraiva, C. (2010). Suicídio: De Durkheim a Sheidman, do determinismo social à dor psicológica individual. Psiquiatria Clinica. Nº31 185-205

Saraiva, C. (1997). *Para-Suicidio – dados de um banco de urgências*. Psiquiatria Clínica. Nº18

Saraiva, C. (1999). *Para-suicídio: Contributo para uma compreensão clínica dos comportamentos suicidários recorrentes*. Coimbra: Quarteto Editora

Saraiva, C. (2006). *Estudos sobre o para-suicídio. O que leva os jovens a espreitar a morte*. Coimbra: Redhorse

Sarbin, T. (1986) Narrative psychology: the storied nature of conduct. New York: Praeger.

Sequeira, J. (2000). *Desenvolvimento Pessoal*. Lisboa: Monitor. (3ª edição). ISBN 972-9413-26-6

Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: Do diagnóstico à intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.* Coimbra: Quarteto editora

Sequeira, C. (2008). *Saúde mental e equilíbrio social*. Porto: Sociedade portuguesa de enfermagem de saúde mental

Serra, M. (2005). *Aprender a ser doente*. Loures: Lusociência

Serrão, D., & Nunes, R. (1998). *Ética das atitudes médicas em relação com o processo de morrer. Ética em cuidados de saúde*. Porto: Porto Editora

Silva, V. (2004). O suicídio em seu mostra-se a profissionais de saúde. *Revista eletrónica de enfermagem, Vol. 06, n.º 2,* Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/Orig1_suicidio.pdf

Silveira, R. (2009). O orientador em ensino clínico testemunho com sentimento. *Nursing*.

Simões, J.; Alarcão, I.; Costa, N. (2008). Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes. *Revista Referência,* 6 (2ª serie)

Sobreira, C.; Branco Z. ; Diogo, P.; Lopes, A. (2004). Desenvolvimento pessoal do enfermeiro: contextos da prática e da formação. *Sinais vitais*,

Soeiro, A. (1995). *Psicodrama e psicoterapia*. 2ª Edição. São Paulo: Lusodidata

Souza, N. (2005). Modelo de reacção familiar ao suicídio. *Sobrevivendo ao suicídio; estudo sociológico com famílias de suicidas em Curitiba* (Dissertação de mestrado)

Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas – fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência

Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Camarate: Lusociência Editores

Stengel, E. (1964). *Suicídio e Tentativa de Suicídio*. Local?: Publicações D.Quixote

Taylor, C. (1992). *Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness*. 13ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas

Teixeira, J. (2007). *Psicologia da saúde - contextos e áreas de intervenção.* 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores

Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. Loures: Lusociência

Townsend, M. (2009). *Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados*. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara

Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem)*. 5ª Edição. Loures: Lusociência

Vargas, J. (1998). *Sociologia do 12.º ano*. Porto: Porto Editora

Vaz-Serra (1971). Considerações gerais sobre suicídio. Coimbra: Coimbra Médica

Vaz-Serra, A. (2001). Auto-conceito, coping e ideias de suicídio. Psiquiatria Clínica. Disponível em: http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/873/1/Auto-conceito%2ccoping%20e%20ideias%20de%20suic%c3%addio.pdf

Vieira, F. (1999). *(Des)dramatizar na doença mental – Psicodrama e psicopatologia*. 1ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo

Vietta, E. (1995). Configuração triádica, humanista-existencialpersonalista: uma abordagem teórica-metodológica de aplicação nas pesquisas de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.3 no.1 Ribeirão Preto Jan. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691995000100004

Wigren, J. (1994). Narrative completion in the treatment of trauma. *Psychotherapy*, v. 31, n. 3

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem.* Loures: Lusociência

Zagonel, I (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista latino-americana de enfermagem, Vol. 7, n.º 3, Rev*.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3 jul. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691999000300005

Zay, D. (2000). Desenvolvimento das Parcerias Responsabilidades no Ensino e na Formação. In *Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação – Balanço de um Projecto.* Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

APÊNDICES

APÊNDICE I

(artigo científico)

AS VOZES QUE SE LIBERTAM: O SUICÍDIO,AS SUAS NARRATIVAS, E O ACONSELHAMENTO EM ENFERMAGEM

Luís Filipe Pina Godinho[7]

Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos[8]

RESUMO

O suicídio é um dos maiores problemas de saúde pública que enfrentamos nos dias de hoje. É um problema não só individual, mas também social, que se agrava em períodos de crise social, económica e financeira. A inexistência de programas de prevenção do suicídio, em Portugal, acentua a carência de apoio à pessoa com ideação/intenção suicida. Por isso, verifica-se um aumento do número de suicídios em Portugal, principalmente desde 2004.

O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica é um profissional competente para atuar no que diz respeito à intervenção com a pessoa que apresenta ideação/intenção suicida. Esta intervenção está descrita ao nível das suas competências específicas. A intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental pode programar um processo de aconselhamento em enfermagem.

O aconselhamento destina-se, essencialmente, a capacitar a pessoa de recursos para resolver, de forma saudável, os problemas que encontra na sua vida, já que devido a problemas vários e a processos de sofrimento, a pessoa tem dificuldade em gerir esses problemas.

Um dos métodos passíveis de utilizar no aconselhamento são as narrativas de vida. Este método facilita o encontro da pessoa com ela própria e permite o crescimento da pessoa, mas também do próprio enfermeiro.

Este trabalho de projeto sugere uma possível abordagem a utilizar num processo de aconselhamento com a pessoa com ideação/intenção suicida, apoiada no método das narrativas de vida. São também abordadas as competências específicas que o enfermeiro especialista em saúde mental mobiliza ao utilizar este método, quer a nível do autoconhecimento do profissional, quer a nível das intervenções de âmbito psicoterapêutico.

Palavras-Chave: Aconselhamento, Narrativas de Vida, Intervenções do âmbito Psicoterapêutico

[7] Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica no Serviço Psiquiatria do Hospital Garcia de Orta;

[8] Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde Setúbal; Mestre em Educação para a saúde; Enfermeiro Especialista em saúde Mental e Psiquiatria

ABSTRACT

Suicide is one of the biggest problems in public health that we face nowadays. It is a problem not only individual, but also social, which worsens during periods of social crisis, economics and financial. The lack of suicide prevention programs, in Portugal, highlights the lack of support to people with ideation/suicidal intention. Therefore, there is an increase number of suicides in Portugal, mostly since 2004.

The specialist nurse in mental health and psychiatric is a competent professional to act in what concerns to intervention with the person who presents ideation/suicidal intention. This intervention is described at the level of their specific competencies. The intervention of the specialist nurse in mental health can program a counseling process in nursing.

The counseling is intended, essentially, to empower the person with resources to resolve, in a healthy way, the problems that find in their life, since due to several problems and processes of suffering, the person has difficulty in manage that problems.

One of the methods that may be used in counseling are the life narratives. This method facilitates the encounter of the person itself and allows the growth of the person, but also of the own nurse.

This project work suggests a possible approach to be used in a process of counseling with the person with ideation/suicidal intention, supported on the method of the life narratives. There are also approached the specific competencies that the specialist nurse in mental health mobilizes using this method, either at the level of professional selfknowledge, either at the level of interventions in the psychotherapeutic context.

Keywords: Counseling, Life Narratives, Interventions in the Psychotherapeutic context.

INTRODUÇÃO

Durkheim (2007:23) definiu o suicídio como "todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir esse resultado". No entanto, este conceito implica a morte da pessoa, excluindo aquelas que tentam o suicídio sem o conseguirem, ou aquelas que pensam constantemente em morrer mas nunca o concretizam. ". Durkheim (2007:23) define também tentativa de suicídio como, "um ato assim definido mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado". Borges (2005) entende ideação suicida como o primeiro passo para o suicídio correspondendo aos pensamentos, ideias, planeamento e desejo de se matar, não devendo, por isso, ser menosprezada, uma vez que estes pensamentos recorrentes de procurar a própria morte são um fator de risco suicida.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2006), refere que o comportamento suicida é um grave problema de saúde pública em todos os países, sendo uma causa mais comum de morte que os acidentes de viação.

Os profissionais de saúde têm um papel preponderante na deteção precoce e acompanhamento desses casos. Santos (2007:192) refere que "a importância da assistência junto do suicida e família, no sentido de identificação dos riscos, da prevenção, da repetição e consequentemente do suicídio". No que diz respeito ao foco dominante da avaliação de enfermagem e intervenção, segundo Santos (2007:88) "deve ser a reciprocidade entre saúde, doença, indivíduo e enfermeiro".

Propõe-se uma intervenção do âmbito psicoterapêutica, é apresentada sob forma de aconselhamento em enfermagem à pessoa com ideação/intenção suicida com a utilização do método das narrativas de vida como foco de atenção do EESMP. Este artigo tem como objetivo geral: Apresentar uma intervenção de âmbito psicoterapêutico, contida na competência

específica n.º4 do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica articulando o aconselhamento em enfermagem de saúde mental com o método das narrativas de vida com a pessoa que apresenta ideação/intenção suicida

Patterson e Eisenberg (1988:1) referem que o processo de aconselhamento permite "captar o cliente a dominar situações da vida, a engajar-se em atividade que produza crescimento e a tomar decisões eficazes".

O EESMP (Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica) incidirá a sua preocupação em abordar a pessoa como um todo e não como a soma das suas partes, valorizando toda a sua experiência e história de vida, partindo da compreensão que o próprio doente faz de si próprio. Rogers (1989:16) indica que, "o indivíduo possui dentro de si vastos recursos de autocompreensão e para a modificação dos seus autoconceitos, das suas atitudes e do seu comportamento autónomo". O EESMP está a promover o *empowerment* sendo que este é um processo de aquisição de competências por parte da pessoa, promovendo um acréscimo do seu poder e controlo sobre as suas vidas. Como refere a OE (2009) empowerment é "um processo de aquisição de conhecimentos e competências por parte das pessoas, que promove um acréscimo de poder e controlo, explicitado através da participação e tomada de decisão na área da saúde. Para isso acontecer de forma efetiva, o enfermeiro, como refere Peplau (1990) assume entre outros um papel orientador, de pessoa de recurso e de conselheiro o que, para Patterson (1988:5) permite "auxiliar o cliente a usar um processo de pensamento racional em momentos de confusão e conflito".

Uma das formas de orientar a pessoa é conhecer a sua história de vida, através da sua narrativa. Josso (2007:419) indica que as narrativas de vida são "uma mediação do conhecimento de si em sua existencialidade, que oferece à reflexão de seu autor oportunidades de tomada de consciência sobre diferentes registos de expressão e de representações de si". Esta narrativa ajuda a pessoa a reencontrar-se e a analisar a sua vida de modo a operar transformações positivas. Neves (2011) refere que com a narrativa de vida, é formulada uma sequência de perguntas que exercem um efeito libertador na pessoa. É produzida, assim, uma re-narração das suas histórias e assume uma visão externa do seu problema, impedindo-a de se identificar como um problema, ao mesmo tempo em que a motiva a mudar.

Com esta intervenção de âmbito psicoterapêutico, pretende-se que a pessoa inicie um processo de *recovery* sendo este definido por Duarte (2007) como "um processo complexo e dinâmico que envolve componentes individuais e é influenciado pelas características e oportunidades dos contextos e pela qualidade das relações e interações entre indivíduos e os contextos envolventes".

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DE SUICÍDIO

Os primeiros registos sobre suicídio surgem na Grécia, quando os filósofos relatam situações de morte voluntária. Camus (1942) escreve que só há um problema filosófico verdadeiramente sério: o suicídio. Julgar se a vida merece ou não ser vivida, é responder a uma questão fundamental da filosofia e o questionar sobre a morte é, pois, um imperativo de um homem desperto.

O pensamento Grego, por sua vez, coloca a questão do suicídio filosófico, ao reconhecer o valor supremo do indivíduo, cuja liberdade está no poder de decidir, por si, a própria vida e a sua morte, ou seja, contempla o princípio do direito à autodeterminação. Aos seus olhos, a vida não merece ser conservada se não for um bem, isto é, se não estiver conforme a razão, a dignidade humana. Existem, na Grécia antiga, segundo Minois (1998:60), inúmeros "suicídios heroicos e de elevados pensamentos filosóficos que justificam esse ato". Os estoicos, consideravam que a razão podia mostrar que o suicídio era a forma mais digna para manter a harmonia com a ordem das coisas, que podia ser a solução quando alguém se via impedido de seguir a linha de conduta que tinha traçado para si próprio.

Roma foi, de todas as civilizações ocidentais, a mais favorável ao suicídio. No entanto, também não se mostrava unânime e foram apresentadas algumas variações conforme as épocas, as categorias sociais e os meios políticos.

Minois (1998:39) citando Santo Agostinho, refere que "ninguém tem o direito de espontaneamente se entregar à morte sob pretexto de escapar aos tormentos passageiros, sob pena de mergulhar nos tormentos eternos" acrescentando ainda que, " ninguém tem o direito de se matar por faltas passadas". A Igreja recorre à condenação absoluta do suicídio e ao argumento de que o ato suicida viola o 5.º mandamento bíblico, que ordena o princípio de "não matarás", o suicídio era entendido como um atentado contra Deus. Com o renascimento, o suicídio começou a ser encarado como resultado de uma doença.

No século XIX reconhece-se que o suicídio deve ser abordado sem preconceitos, sendo, um ato trágico que precisa de ser compreendido sem ser condenado à partida. No século XX, o Papa João Paulo II reformula a oposição ao suicídio, classificando-o como *"um crime contra a vida"*.

Em Portugal, apesar da melhoria das condições de vida, analisando os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), tem-se assistido a um aumento do número de suicídios em Portugal, embora este fenómeno só tenha ultrapassado as mil ocorrências registadas em 1986, tendo desde aí decrescido. Desde 2007 o suicídio em Portugal resultou em mais de mil mortes.

Aconselhamento em Enfermagem

A OMS (2006) considera que a prevenção deve focar-se no apoio e melhoria do funcionamento em contextos interpessoais e sociais, bem como em diminuir significativamente as condições de risco emocionais, físicas e económicas. Os programas comunitários que se concentram na saúde mental positiva também são úteis para prevenção do suicídio. A prevenção passa, muitas vezes, pela prática do aconselhamento profissional. Segundo a OMS (2006:1), o aconselhamento profissional é definido como a aplicação de princípios de saúde mental, psicológicos, ou de desenvolvimento humano, através de estratégias cognitivas, afetivas, comportamentais ou de intervenção sistémica, já que, ao usarem estas estratégias, os profissionais estão a lidar "com questões de bem-estar, de crescimento pessoal e de desenvolvimento da carreira, assim como com a patologia da saúde mental".

Os EESMP têm um papel importante na prevenção do suicídio uma vez que incidem a sua atuação na expressão da perceção da situação, baseando-se na pessoa que está em risco. Almeida (1997) diz que se deve tentar envolver a família e/ou amigos nesta intervenção, de forma a escutar, reformular o sentimento, compreendendo a dor e a necessidade de a verbalizar, através de recordações agradáveis. O EESMP, ao adotar uma escuta ativa durante o diálogo com a pessoa, pode ajudar a resolver os problemas que a atormentam e talvez prevenir através da palavra. A palavra, em algumas situações, só por si, não cura, mas pode ser uma ajuda fundamental (tudo depende de quem a usa, da palavra usada e de como é usada).

Rogers (2009:44) afirma que "cada pessoa é uma ilha, no sentido muito concreto do termo; a pessoa só pode construir uma ponte para comunicar com outras ilhas se primeiramente se dispôs a ser ela mesma e se lhe é permitido ser ela mesma". A teoria rogeriana da personalidade baseia-se em que todo o organismo teria tendência a desenvolver as suas potencialidades de forma positiva, uma vez que todo o ser humano tem um potencial natural de crescimento pessoal, que lhe é inerente, e que se desenvolverá a partir do momento em que lhe sejam proporcionadas as condições psicológicas adequadas. Assim, Rogers destaca de forma particular o papel dos sentimentos e da experiência como fator de crescimento, defendendo que estes são o caminho para a integração e desenvolvimento pleno do ser humano. Rogers (1983) refere que, o indivíduo possui inúmeros recursos para a autocompreensão, para a modificação dos seus autoconceitos, das suas atitudes e do seu

comportamento autónomo. Sendo que qualquer pessoa possui dentro de si as capacidades para adquirir comportamentos de saúde, para conseguir um crescimento e poder lidar, de forma adaptativa, com situações menos favoráveis. Existe, assim, um processo de autodescoberta para que a pessoa encontre os seus próprios recursos e descubra as suas próprias potencialidades, promovendo-se deste modo uma maior confiança em si próprio e uma maior autonomia nas suas decisões. A pessoa, ao ter esta maior consciência de si, acaba também por perceber, com maior clareza, quais as suas limitações, o que facilitará uma resposta mais eficaz na superação do problema no futuro.

O profissional tem um papel não diretivo, mas de profundo respeito, pois, como refere Rogers (2009:102), o terapeuta deve "adotar interiormente em relação ao seu paciente uma atitude de profundo respeito, de aceitação total do paciente tal como ele é e de confiança nas suas potencialidades para resolver os seus próprios problemas". Assim sendo, não cabe ao profissional dirigir ou dar conselhos à pessoa, mas deixar a pessoa encontrar o caminho que, no momento, for o mais adequado para si.

O EESMP e a pessoa iniciam assim uma relação de ajuda que como refere Nunes (2002:1), " há um estilo pessoal que se constrói, relacionado com a reflexão sobre o vivido e a vontade de adequar os comportamentos e atitudes".

O aconselhamento é uma das formas de ajudar a pessoa com ideação/intenção suicida. Patterson (1988:1) indica, como objetivo do processo de aconselhamento, "captar o cliente a dominar situações da vida, a engajar-se em atividade que produza crescimento e a tomar decisões eficazes". Esta perspetiva dá ênfase ao poder pessoal, à capacidade da pessoa resolver os seus próprios problemas ou, pelo menos, ter a capacidade e os recursos para os resolver. Tal, como refere Patterson (1988), o aconselhamento é uma experiência que visa ajudar a pessoa a planear, tomar decisões, lidar com a pressão da vida e crescer, a fim de adquirir uma *"autoconfiança positiva"*. Patterson (1988:20) insiste que o aconselhamento "é um processo interativo, caracterizado por uma relação única entre conselheiro e o cliente, que leva este último a mudanças em uma ou mais das seguintes áreas: comportamento; construtos pessoais; capacidade para ser, conhecimento e habilidade para a tomada decisão". Assim, pode dizer-se que o aconselhamento é uma abordagem onde as pessoas são incentivadas a resolver ou a reajustar os seus problemas, com o apoio de um profissional de saúde. Como nos diz Patterson (1988:19), "o foco do aconselhamento passou a ser ajudar as pessoas a clarificarem os seus próprios objetivos e a construírem planos de ação de acordo com os mesmos".

Segundo Lopes (2010) existem muitas semelhanças entre o processo de enfermagem e o processo de aconselhamento, quer na relação quer nas etapas. Como refere Lopes (2010) ambos são semelhantes em termos relacionais, ambos focam a atenção em problemas e mudanças contemporâneos do *"aqui-e agora"*, ambos mobilizam habilidades do técnico, ambos procuram a autonomia e a liberdade existencial da pessoa, ambos apresentam potenciais de aprendizagem e mudança tanto da pessoa como de quem proporciona a ajuda.

Narrativas de Vida

Demétrio (2002:10) refere que, " a paixão pelos aspetos do passado, que agora ganham realce, transforma-se em paixão pela vida futura", sendo que o pensamento autobiográfico, que tem por base a narrativa de vida, está intrinsecamente ligado às recordações da vida passada, pois como desvenda o autor, "àquilo que fomos e que fizemos, é uma presença que, a partir de um dado momento nos acompanha para o resto das nossas vidas". As questões *"Quem sou eu?"* e *"Que espécie de pessoa tenho sido?"*, emergem no pensamento autobiográfico. A narrativa é um instrumento útil de análise do desenvolvimento humano, que construída ao longo do desenvolvimento, valida que um percurso vai-se construindo e reconstruindo ao longo da vida, e poderá representar o percurso da pessoa através do tempo.

Sarbin (1986:9) define a narrativa como: "A forma de organizar episódios, ações e relatos de ações, é uma realização que junta factos reais e de ficção onde o tempo e o espaço são incorporados". Todos nós somos coautores das narrativas que se constroem a partir da nossa vida e da nossa identidade. A construção destas narrativas pessoais é uma construção efetuada a partir do intercâmbio social, quer no seio da família, quer no seio profissional ou no grupo de amigos. Carneiro (1997) refere que os acontecimentos de vida são construídos através da linguagem e capturados pelas narrativas de vida, sendo que o que se conta e o que se oculta tem efeitos importantes na vida da pessoa.

Cada vez que se conta uma história em contexto de vida, refletimos sobre a experiência da pessoa e produzimos outras alternativas para a experiência futura. A história de vida é uma forma de nos conhecermos, mas também uma forma de percebermos que orientação se está a dar à nossa vida.

Demétrio (2003:11), refere que o pensamento autobiográfico, em contexto de narrativas de vida, é " uma forma de terapia; à medida que vamos *´revivendo´* e *´recontando´* as nossas vivências, vamo-nos sentindo melhor, é como uma libertação e de uma reunião com nós próprios". Demétrio (2003:15) refere que a narrativa de vida "não é apenas um voltar a viver, é um voltar a crescer, por si próprio e pelos outros". Segundo Meira (2009:33), "a capacidade de autorreflexão e de autocompreensão, está dependente da capacidade de recuperação de episódios da nossa vida passada e, com base nos mesmos, organizar a nossa história de vida".

Demétrio (2003:14) refere ainda que se aprende "a partir da análise da própria história, aprendemos com nós próprios", e acrescenta também que, "a verdadeira terapia, a verdadeira maneira de recuperarmos, fazendo as pazes com as nossas memórias, tem início quando entra em cena, não o passado mas sim o presente".

O conselheiro pode desafiar a pessoa para que esta possa escrever a sua vida. O elaborar uma autobiografia é, segundo Demétrio (2003:27), "procurar a paz, embora enfrentando a inquietude e a dor da recordação" e, ao mesmo tempo, é como o fazer um pacto com o próprio, com os outros e também com a vida. A nossa história pode-nos oferecer consolo para o sofrimento, mas também nos ajuda a trabalhar com a nossa realidade atual e como esta é moldada pelo nosso passado. É uma reconstrução ativa do que integra o passado, o presente e desenvolve o futuro.

Ao utilizar esta técnica, pretende-se o (re) encontro da pessoa com ela própria, valorizando os momentos significativos e felizes. É também considerada como uma emoção do pensamento, pois, ao fazer-se a autobiografia, analisam-se as próprias *"cicatrizes"* da vida e, ao mesmo tempo, refletem-se sobre elas, gerando-se, assim, um momento existencial, e alterando-se o próprio distanciamento desses acontecimentos e as próprias distâncias de si mesmo (Demétrio 2003).

As narrativas de vida, quer orais quer escritas, são entendidas como renovadoras, reconciliadoras e apaziguadoras da pessoa com o próprio passado. A análise do próprio passado desempenha um papel terapêutico, mas só o será quando, segundo Demétrio (2003:39) quando, "pelo menos, uma promessa de futuro para a nossa mente e, enquanto múltiplo, dentro e fora de nós, uma fonte de recursos".

Morgan (2007) considera que a terapia narrativa tenta compreender as identidades das pessoas, os seus problemas e os respetivos efeitos nas suas vidas, procura formas singulares de conversar com as pessoas sobre as suas vidas e os problemas pelos quais ainda estão passando.

ACONSELHAMENTO EM ENFERMAGEM À PESSOA COM IDEAÇÃO/INTENÇÃO SUICIDA UTILIZANDO A TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS – HILDEGARD PEPLAU

Ao EESMP poderá pôr-se a questão sobre o tipo de abordagem a adotar com a pessoa com ideação/intenção suicida, cada caso é um caso e cada pessoa é uma pessoa e, como ser

único, é necessariamente diferente. O EESMP, ao estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa com ideação/intenção suicida, utiliza-se a si próprio como recurso terapêutico, pois serve-se da sua experiência de vida pessoal e profissional. Ao fazê-lo, o EESMP estabelece uma relação de confiança com a pessoa, criando uma aliança terapêutica, que a ajudará a considerar o suicídio como uma não opção, ajudando a pessoa a adequar as respostas face aos problemas que enfrenta, ajudando-a a promover e recuperar a sua qualidade de vida. O EESMP, segundo Sequeira (2006), deve ter a capacidade de desenvolver uma visão holística no seu cuidar, é essencial que este desenvolva competências na área da relação interpessoal, da comunicação e da relação de ajuda.

No que diz respeito ao aconselhamento, o EESMP deverá vincular-se a um paradigma, a uma escola de pensamento e a uma teoria de enfermagem. Neste artigo, vinculamo-nos ao paradigma da integração, à escola de pensamento de interação, dado que é utilizada a teoria das relações interpessoais de Peplau, dada a similaridade desta teoria com o processo de aconselhamento (Lopes 2010). Segundo Pearson e Vaughan (1992), a teoria de Peplau utiliza a teoria do desenvolvimento como principal tema de organização, considerando que cabe ao enfermeiro ajudar a pessoa a desenvolver-se, a crescer e a automizar-se. A relação enfermeiro/pessoa promove o crescimento de ambos a ajuda a pessoa e a fazer opções responsáveis, ajudando-o a tornar-se pessoa, de forma autêntica. Existe assim, uma preocupação em colocar o enfermeiro ao mesmo nível da pessoa para se conseguir uma relação de ajuda.

Peplau divide o processo interpessoal em quatro fases sequenciais, que são:

1. Orientação;
2. Identificação;
3. Exploração;
4. Resolução.

Segundo George (2000:46), “cada uma destas fases sequenciais sobrepõe-se, interrelaciona-se e varia em duração à medida que o processo evolui para uma solução”.

Fase de orientação

A orientação é a fase inicial do processo interpessoal de Peplau, sendo, nesta fase, que a pessoa e o enfermeiro encontram-se como estranhos. George (2000), refere que, nesta fase inicial, a pessoa e/ou família tem uma necessidade percebida, sendo, por isso, que procura assistência profissional. Após o pedido de ajuda, o enfermeiro intervém, auxiliando-a a reconhecer o problema, a compreende-lo definindo qual o tipo de ajuda necessária.

O relacionamento entre eles deve ter como pressuposto uma abertura entre si de forma humana. Segundo George (2000:245) “ a qualidade de ser aberto, recetivo, pronto e disponível para outra pessoa de maneira recíproca é a presença”. No diálogo, a pergunta e resposta são complexos sequenciais e simultâneos.

Pretende-se que o EESMP esteja preparado, aberto à experiência. Pressupõe-se uma fase reflexiva de contemplação e de discussão. O EESMP, como cuidador e conselheiro, melhora a compreensão que tem de si próprio, das suas crenças, dos seus receios e dos seus hábitos ao tomar consciência de si, para adquirir, na sua ação, congruência e confiança na relação com a pessoa com ideação/intenção suicida, assumindo assim o papel de um conselheiro consciente numa aliança terapêutica.

Para que o EESMP possa compreender os problemas e as emoções da pessoa, acima de tudo, necessitam de se compreender a si próprio, pois as suas respostas emocionais afetam as relações interpessoais (Costa, 2003).

Esta fase implica ter uma visão pessoal do mundo que o rodeia e como refere George (2000:246), “aceitar a estrutura percetiva de outros”. Para isso, o enfermeiro deve estar

consciente do próprio ponto de vista. O EESMP deve então perceber todo o mundo da pessoa que está a procurar ajuda, porque esta entende que a única solução para os seus problemas é suicidar-se. Como refere Beck (1979), deve entrar neste mundo e vê-lo através das lentes da pessoa. Por outro lado, o EESMP consegue, nesta fase, ganhar tempo até que o perigo para o suicídio tenha sido atenuado. O EESMP incentiva a pessoa a contar a sua história de vida, para que, juntos, percebam quais as verdadeiras razões subjacentes à sua ideação ou intenção. Durante este período, apesar de ser essencialmente, a pessoa a falar, o EESMP deverá ter uma atitude ativa de escuta, pois, nesta fase, a comunicação não-verbal é essencial.

Uma fase de orientação aprofundada, baseada na narrativa de vida, dará, ao EESMP e à pessoa, bases consolidadas para a relação e para o desenvolvimento do processo terapêutico. Ao partilhar com o EESMP a sua história de vida, a pessoa com ideação/tentativa de suicídio está também a partilhar a história de quem o rodeia, as relações com quem o rodeia. Este momento é também importante para o enfermeiro identificar os possíveis recursos na família e de como estes são importantes para a pessoa.

É fundamental a promoção do insight da pessoa em relação à situação. O EESMP, ao promover o *insight*, está também a promover o *empowerment* a iniciar e facilitar um processo de *recovery*. Ao fazê-lo, o ESMP privilegia as estratégias de desenvolvimento participativo, promovendo o bem-estar e a saúde mental da pessoa.

Após a narrativa, o EESMP e a pessoa podem concordar em utilizar o método autobiográfico como o passo seguinte do processo terapêutico, em que a pessoa escreverá a sua história de vida. Godinho (2009), introduziu uma variante ao solicitar que a pessoa, em processo de aconselhamento, desenhasse os momentos fundamentais da narrativa que apresenta ao profissional.

Lopes (2010:73) refere que esta fase "tem como objetivo estabelecer um ambiente propício ao aconselhamento e ao desenvolvimento de uma relação de confiança. Nesta fase é, importante estar atento para compreender temas e problemas significativos que vão necessitar de exploração mais profunda, bem como avaliar o nível de prontidão do cliente para evoluir para a fase seguinte". O objetivo do profissional é assistir a pessoa na realização de escolhas que a vão orientar nos seus problemas de vida presentes, para que possa começar a traçar um percurso para a sua vida. Segundo Barker et al (2005), a vida é uma viagem num oceano de experiências, onde todo o desenvolvimento humano, tanto na doença como na saúde, envolve descobertas. Em alguns pontos críticos dessa viagem, a pessoa experiencia tempestades (crise), noutras alturas o navio da vida pode começar a afundar-se (colapso). A pessoa pode necessitar de ser guiada até a um porto seguro para recuperar do trauma (reabilitação) e, quando o navio da vida estiver mais equilibrado e a pessoa tiver as ferramentas necessárias, pode seguir novamente com o seu objetivo e retomar o curso da sua vida (*recovery*).

No processo de aconselhamento e ao utilizar as narrativas de vida da pessoa com ideação/intenção suicida, o EESMP fornece, antecipadamente, as orientações à pessoa, sobre o que se pretende e obter a concordância desta sobre as atividades a desenvolver, esclarecendo que estas se destinam a promover a saúde mental e a diminuir o risco de suicídio. Certo é que a pessoa, tal como o enfermeiro, encararão este processo psicoterapêutico com a máxima seriedade, o que requer, por parte da pessoa, a adesão ao tratamento.

Ao implementar o processo de aconselhamento, o EESMP pretende promover o conhecimento da pessoa, mas também a sua própria compreensão, gerindo com a pessoa os problemas relacionados com a sua vida, de forma a diminuir o risco de suicídio. Na história da pessoa reside o âmago de todo este processo. As pessoas são as histórias das suas vidas, uma vez que as pessoas são uma mistura de histórias, ou seja, aquelas que contamos sobre nós mesmos, na primeira pessoa, e as histórias que os outros contam sobre nós (Barker & Buchanan-Barker, 2005). A nossa história é a única e apenas a verdadeira, pois, só a pessoa a pode corroborar, sendo que, na prática de cuidados da saúde mental, com frequência, as

pessoas sentem dificuldade em afirmar a sua história única, encontrando-se, muitas vezes, com registos escritos por outros, nomeadamente os profissionais (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

O profissional e a pessoa com ideação/intenção suicida estão ambos envolvidos em co-criar uma versão muito específica da narrativa de vida. Esta inclui a identificação do que a pessoa acredita necessitar naquele momento presente, em termos de suporte, e mantém a promessa do que é "necessário acontecer" para ir ao encontro dessa necessidade (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

A história torna-se, assim, a base do discurso terapêutico, sendo feita juntamente, através de uma série contínua de conversas. Neste contexto de "conversa", o processo é definido pela reciprocidade e a busca pela igualdade de estatuto. Este tipo de diálogo visa a libertação da pessoa e do profissional para partilharem as suas experiências do fenómeno – os problemas de vida atuais da pessoa.

A pessoa é incentivada a começar a contar a sua história de vida, explorando os eventos significativos, bem como o que a pessoa acredita e o que precisa de ser feito para dar resposta às suas necessidades. A pessoa é incentivada a mencionar as suas preocupações e o foco das sessões é o que a pessoa, no presente, lida com o problema ou vive com ele, podendo também ser utilizada a imaginação, ou seja, imaginar como poderia resolver o problema (Barker & Buchanan-Barker, 2010).

Fase de identificação

Na fase de Identificação, segundo George (2000:48), a pessoa "responde seletivamente, às pessoas que podem preencher as suas necessidades". A pessoa identifica quem o pode ajudar e estabelece-se a relação terapêutica. O enfermeiro ajudá-la-á a explorar os seus sentimentos, a fortalecer os aspetos positivos e a satisfazer as suas necessidades.

O EESMP, nesta fase, sintetiza e interpreta a realidade vivida, requer uma análise crítica sobre os fenómenos e sobre a experiência, enquanto está imerso nela. Segundo George (2000:246) dever-se-á olhar o fenómeno como um todo e não de uma forma parcelar; " olhá-lo, considerá-lo, separá-lo, compará-lo, contratá-lo, relacioná-lo, interpretá-lo, denominá-lo e categorizá-lo". Compete ao EESMP comparar e sintetizar as diversas realidades conhecidas, ficando com uma visão ampliada da realidade da pessoa. Cabe ao enfermeiro usar não somente as suas experiências pessoais, mas também mobilizar todos os fundamentos teóricos adquiridos na prática clínica. O EESMP poderá reforçar com a pessoa que o seu ato de atentado contra a própria vida não define a pessoa, o que a define são, as histórias que esta conta sobre ela. Desta forma, o EESMP motiva a pessoa a contar-se e a olhar para o seu passado e provavelmente, a relativizar as questões que o conduziram à tentativa de suicídio e, por outro lado, o enfermeiro motiva a pessoa na procura de comportamentos saudáveis.

A narrativa de vida oral e a narrativa escrita (autobiografia) exige do EESMP e da pessoa uma relação mais intensa, autêntica, congruente e verdadeira. Os dois atores do processo de aconselhamento confiam um no outro. Está passada a primeira fase em que são uns desconhecidos. O EESMP conhece o mundo da pessoa e o que a rodeia; conhece as suas relações pessoais e os seus vínculos; conhece as suas relações profissionais e as suas motivações.

O EESMP responde seletivamente às questões da pessoa, identificando os focos a trabalhar, pela pessoa, ou a explorar mais exaustivamente, em reuniões posteriores. Nesta altura, a pessoa cria expectativas sobre o que se segue e de como poderá ficar melhor. Espera-se que, neste momento, o processo narrativo tenha criado, na pessoa, um estado melhor, de mais tranquilidade, devido aos diversos desabafos e após as diversas orientações por parte do profissional. A pessoa, nesta fase, sente-se tendencialmente mais capaz para analisar, de uma forma mais pertinente, as razões que a levaram a desejar o suicídio, sentindo-se,

consequentemente, mais capaz de lidar com o problema, diminuindo os sentimentos de desespero e de insegurança. Aumenta, assim, a sua autoperceção.

Em ambas as fases, EESMP pode introduzir a temática do suicídio, pois este é, na verdade, o problema mais urgente a resolver. Beck (1979) refere que muitos profissionais ainda acreditam no mito que não se deve questionar a pessoa sobre suicídio, pois isso pode estimular a pessoa a concretizar o ato. Segundo este autor, encorajar a pessoa a falar sobre as suas ideias suicidas ajuda o profissional a percecionar a pessoa de uma forma mais objetiva e a obter informações muito úteis, além de que exerce, na pessoa, uma sensação de alívio.

Durante esta fase, podem ser utilizadas as situações de vida que a pessoa relatou na sua narrativa, como, por exemplo, as situações adaptativas que enfrentou, valorizando-se as suas capacidades e, consequentemente, aumentando-se a sua autoestima. Ao fazê-lo, a pessoa percebe que já ultrapassou experiências que a podem ajudar a ultrapassar esta também. Acima de tudo, o EESMP pode ajudar a pessoa a trabalhar nas suas crenças centrais sobre si, sobre os outros e sobre o mundo, explorando ainda os seus sentimentos.

Para além, disso o EESMP monitoriza regularmente a intenção ou ideação suicida, utilizando por exemplo, a escala de ideação suicida de Pierce ou o questionário de intenção suicida. Portanto, nesta fase, serão explorados muito intensamente os motivos que a pessoa apresenta para se suicidar.

Fase De Exploração

Segundo Peplau (1990), a fase de exploração representa o resultado de todas as anteriores e é uma extensão de si mesmo *(Self)* da pessoa, no futuro. Tem como objetivo, segundo Borges e Filho (2004:175), "promover uma ação que traga mudanças comportamentais desejadas". É o momento de encorajar a pessoa a selecionar os problemas a trabalhar, definindo qual o melhor meio de enfrentar os problemas e encontrar as soluções mais eficientes e satisfatórias.

Nesta fase, a pessoa já poderá encontrar-se com outra capacidade de análise e de mudança. Segundo Beck (1979), muitas pessoas que tentam o suicídio, referem que fazem contacto com a morte no sentido de produzir alguma mudança interpessoal. Esperam que a tentativa de suicídio lhes traga uma melhoria das relações sociais e familiares, uma vez que dão a indicação que necessitam de ajuda. Portanto, o EESMP lida com estes aspetos manipulativos da pessoa.

Como intervenção, é importante ser planeada elaboração de uma lista com as razões que a pessoa apresenta para morrer e as razões que apresenta para viver, devendo-se planear discutir exaustivamente as razões e perceções da pessoa, pois como refere Beck (1979) a pessoa ao fazê-lo, confronta-se a si própria com as razões para morrer já não parecem tão absolutas como anteriormente.

A pessoa pode pensar que a aproximação à família seria importante e que existem muitas coisas que necessita dizer no seio familiar ou no seio profissional. Uma das ações do EESMP, a desenvolver com a pessoa, será ensaiar essa conversa com a família de forma a permitir uma maior confiança na altura da conversa. Ao fazer isto o EESMP está a promover o *empowerment* da pessoa.

A tendência da pessoa será culpabilizar terceiros, sendo que o foco a trabalhar poderá ser o que a pessoa poderá mudar em si, para lidar com os outros, partindo do princípio que nada podemos fazer para mudar os outros, mas que podemos mudar a relação que temos com os outros.

Fase de Resolução

A resolução é a última fase do processo interpessoal e, de acordo com George (2000), as necessidades da pessoa já se encontram satisfeitas, tendo este facto resultado de um

trabalho conjunto da pessoa e do EESMP. Agora ambos necessitam de pôr termo ao relacionamento terapêutico e dissolver os laços existentes entre ambos. A pessoa é capaz de projetar novos objetivos, libertando-se progressivamente da identificação com o EESMP.

Esta fase indica que a pessoa já alcançou o que pretendia do aconselhamento, já desenvolveu, como refere Borges e Filho (2004:174) "uma perspetiva mais clara do EU", e sente-se mais confiante, mais experiente, mais madura, mais autónoma. Nesta fase, a separação é inevitável, o que pode criar na pessoa, ansiedade e algum sentimento de angústia. Necessariamente, a pessoa interiorizou algumas mudanças positivas em si, que aprendeu com a experiência vivida, que poderão ser postas em prática na separação e ser úteis para ultrapassar esta fase.

A pessoa já não tem ideação/intenção suicida, sendo que se sente capaz de enfrentar os seus problemas de forma mais efetiva. Não é garantido que, em outras situações, não possa regredir, embora, no final do aconselhamento, a pessoa detenha muito mais recursos internos que antes do aconselhamento.

CONCLUSÃO

Numa área como a saúde mental, em que é estritamente necessário considerar a pessoa em todo o seu ser e em que a complexidade dos processos mentais está em primeiro plano, apenas o reconhecimento da pessoa como um ser único, trabalhando as pontes que fazem a ligação com o que envolve, permitirá um atendimento à pessoa em todas as suas vertentes.

O âmbito do aconselhamento em enfermagem à pessoa com ideação/intenção suicida, preconizada neste artigo é essencialmente não diretivo, pois permite um processo de autodescoberta para que a pessoa encontre os seus próprios recursos e descubra as suas próprias potencialidades, promovendo-se deste modo uma maior confiança em si próprio e uma maior autonomia nas suas decisões. Em consonância, a pessoa, ao ter esta maior consciência de si, acaba também por perceber, com maior clareza, quais as suas limitações, o que facilitará uma resposta mais eficaz na superação do problema no futuro.

O aconselhamento é um processo que ajuda as pessoas a aprender sobre si mesmas, o seu ambiente e as formas de lidar com os seus papéis e relacionamentos. Esta perspetiva dá ênfase ao poder pessoal, à capacidade da pessoa resolver os seus próprios problemas ou, pelo menos, ter a capacidade e os recursos para os resolver. A narrativa de vida pode ser utilizada como um método terapêutico. A narrativa de vida, ao ser utilizada na pessoa com ideação/intenção suicida, pretende dar sentido à sua vida, embora acarrete, por vezes, momentos de sofrimento, mas também encontrar recursos que já foram mobilizados em outras situações e que a pessoa deverá novamente utilizar, por forma a superar uma situação especialmente delicada e traumática.

O aconselhamento em enfermagem com a pessoa com ideação/intenção suicida, utilizando as narrativas de vida como método terapêutico, tem como objetivo, ouvir as vozes que se libertam.

Referências

Barker, P; Buchanan-Barker P (2005) *The Tidal Model: A Guide for Mental Health Professionals*. London and New York, Brunner-Routledge

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas

Borges, C., & Filho, H. (2004). *Usos, abusos e dependências – Aconselhamento*. Lisboa: Climepsi Editores

Borges, V., et al.(2005). Levantamento dos casos de suicídio em cidades das regiões Norte e Nordeste do Rio Grande do Sul. *Revista Perspectiva*, *Vol. 19, n.º 107*, 33-34. Erechim

Carneiro, C. & Bindé, P. (1997). A Psicologia ecológica e o estudo dos acontecimentos da vida diária. *Estudos de Psicologia, 2(2)*, 277-285. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/epsic/v2n2/a10v02n2.pdf
Costa, A. (2003). O cuidar no hospital. *Nursing*, 176. p.19-21
Duarte, T (2007). Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. Analise Psicológica.
Disponível em: http//www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v25n1/v25n1a10.pdf
Demétrio, D. (2003). *Era uma vez…A minha vida! A autobiografia como método terapêutico*. Loures: Lusociência
Durkeim, E. (2007). *O suicídio. Estudo sociológico*. Barcarena: Editorial Presença
Minois, G. (1998). *História do suicídio.* Editorial Teorema
George, et al. (2000). *Teorias de Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas
Godinho, L (2009). Processo de aconselhamento – Um caso. *Revista Portuguesa de enfermagem de Saúde Mental, n.º 1, junho*. Porto: Sociedade portuguesa de enfermagem de saúde mental.
Josso, M.C. (2007). A transformação de si a partir da narração de histórias de vida. Educação Porto Alegre/RS, ano XXX, n. 3 (63), p. 413-438, set./dez. Disponível em: http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/viewFile/2741/2088
Lopes, J. (2010). O aconselhamento como cuidado de enfermagem numa equipa de tratamento – Artigo de investigação. *Revista toxicodependências, Vol. 16, n.º 1*, 74. Edição IDT. Disponível em: www.idt.pt/PT/RevistaToxicodependencias/Artigos%20Ficheiros/2010/1/Text6Vol16_n1E.pdf
Meira, L. (2009) – mudança narrativa: estudo sobre processos de inovação pessoal na resolução de problemas de vida. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia. Disponível em http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/10472
Morgan, A**.** (2007) *O que é terapia narrativa? Uma introdução de fácil leitura*. Porto Alegre: Centro de Estudos e Práticas Narrativas
Neves, S. (2011). *Terapia Narrativa: o lado quase literário da psicoterapia sistémica de casal.* Centro de Estudos da Família e do Casal. Disponível em: http://www.cefacbahia.org.br/pag_internas/publicacoes/pdf/historico/tcc_sd101211.pdf
Nunes, L. (2002). Cinco estrelas: Acerca das competências morais no exercício de enfermagem. *Nursing*, *n.º 171, novembro*, Disponível em http://lnunes.no.sapo.pt/adescoberta_files/cincoestrelas.pdf
Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código deontológico do enfermeiro. Anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
Ordem dos Enfermeiros (2009). *Os enfermeiros e…O empowerment em saúde. Responsabilidade e Saúde: entre o direito e o dever*. Disponivel em: http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acores/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeirosEOEmpowermentemSaude.aspx
Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf
Organização Mundial de Saúde (2006). *Prevenção do suicídio. Um recurso para conselheiros.* Departamento de saúde mental e de abuso de substâncias. Genebra: OMS
Patterson, L., & Eisenberg, S. (1988). *O processo de aconselhamento*. São Paulo: Martins Fontes
Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinamica*. Barcelona: Salvat
Pearson, A., & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa: ACEPS
Rogers, C (1989). *Sobre o Poder Pessoal.* 3ª. Edição, S. Paulo, Martins Fontes Editora.
Rogers, C. (2009). *Tornar-se Pessoa*. 1ª Edição. Lisboa: Editora Padrões Culturais
Santos, J. (2007). *Para-suicídio – O que dizem as famílias*. Coimbra: Formasau

Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: Do diagnóstico à intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.* Coimbra: Quarteto editora
Sarbin, T. (1986) Narrative psychology: the storied nature of conduct. New York: Praeger.