



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

**PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS E
AUTOLESIVOS**

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

Pedro Miguel Barbosa da Rocha

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS E
AUTOLESIVOS**

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

**PREVENTION OF SUICIDAL AND SELF-HARMING
BEHAVIORS**

Development of specialized clinical skills in Mental Health
Nursing and Psychiatry

Orientador

Professor Doutor José Carlos Marques de Carvalho

Coorientadora

Professora Doutora Graça Maria Ferreira Pimenta

Autor

Pedro Miguel Barbosa da Rocha

Porto, 2024

"Entre o estímulo e a resposta há um espaço. Nesse espaço está o nosso poder de escolher a nossa resposta. Na nossa resposta está o nosso crescimento e a nossa liberdade."

Viktor E. Frankl

AGRADECIMENTOS

À minha querida mãe e ao meu pai, que sempre me apoiaram incondicionalmente ao longo deste percurso académico. Obrigado por serem a minha fonte de inspiração, amor e apoio. Sem vocês, esta conquista não teria sido possível.

Ao meu irmão, pela motivação e pelo apoio que me deu durante os momentos mais desafiadores.

Expresso a minha sincera gratidão ao Professor Wilson, Coordenador do Mestrado, pela sua facilidade de comunicação e abertura ao longo deste percurso académico.

Agradeço à Professora Júlia pelo acompanhamento diário durante os estágios, a sua orientação foi inestimável. A sua disponibilidade e ajuda enriqueceram o meu desempenho.

Ao Professor José Carlos, agradeço a sua orientação ao longo do desenvolvimento deste trabalho. A sua boa disposição e prontidão para esclarecer as minhas dúvidas foram fundamentais para o sucesso deste trabalho.

Gostaria de dedicar um agradecimento especial à minha amiga Inês, pelo seu apoio constante e pela sua capacidade de me fazer sorrir, mesmo nos momentos mais tensos. Esteve ao meu lado durante os circunstâncias mais desafiadores deste percurso académico e a sua disponibilidade para me amparar foi notável.

También me gustaría dar las gracias a mi amigo Jesús, cuya amistad y aliento han sido fundamentales para mi motivación a lo largo de los años. Nuestras conversaciones y su sabiduría fueron esenciales en los momentos de incertidumbre.

A Álvaro, que ha estado a mi lado desde el inicio de este camino. Su presencia constante, su motivación y su apoyo incondicional han sido un verdadero pilar de fortaleza a lo largo de este proceso y en la superación de los retos que han ido surgiendo.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para o meu sucesso académico e pessoal, saibam que a vossa presença na minha vida é inestimável. Este trabalho é dedicado a todos vós, com profunda gratidão.

ABREVIATURAS

ARS	Administração Regional de Saúde
CRI	Centros de Recursos para a Inclusão
CID	Classificação Internacional de Doenças
DGS	Direção-Geral da Saúde
DICAD	Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
ESMP	Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
ESEP	Escola Superior de Enfermagem do Porto
ET	Equipa de Tratamento
GABA	Ácido gama-Aminobutírico
ICN/CIE	<i>International Council of Nurses</i> / (tradução) Conselho Internacional de Enfermeiros
IPLSM	Intervenção Promotora de Literacia em Saúde Mental
LGBTQIAP+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexuais, Assexuais, Pansexuais e ‘+’ outras sexualidades e identidades de género.
LSM	Literacia em Saúde Mental
MESMP	Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
mhGAP	<i>Mental Health Gap Action Programme</i> / (tradução) Programa de Ação para as Lacunas na Saúde Mental
mhGAP-IG	<i>Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide</i> / (tradução) Guia de Intervenção do Programa de Ação para as Lacunas na Saúde Mental
OE	Ordem dos Enfermeiros
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
UC	Unidade Curricular
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UE	União Europeia
USF	Unidade de Saúde Familiar
WHO/OMS	<i>World Health Organization</i> / (tradução) Organização Mundial da Saúde

RESUMO

Este trabalho, desenvolvido no contexto do Curso de MESMP, foca-se na conceção e implementação de um projeto dedicado à “Prevenção de Comportamentos Suicidários e Autolesivos”. Pretendendo abordar um dos problemas mais significativos na saúde mental atual, adota-se uma abordagem multifacetada, englobando a avaliação de risco, a intervenção precoce e a promoção de fatores protetores e de resiliência a nível individual e comunitário.

O comportamento suicidário é considerado um dos maiores desafios e dificuldades no domínio da saúde pública, não só em Portugal, mas em todo o mundo. É, na sua essência, um grave problema de assistência social, de saúde e educativo que exige uma abordagem abrangente, humanizada e estratégias de ação essenciais para a prevenção, deteção precoce, intervenção e pós-intervenção. Através de uma perspetiva holística, que reconhece a complexidade das dinâmicas psicossociais subjacentes aos comportamentos suicidários e autolesivos, este trabalho sublinha a relevância de uma intervenção integrada que inclui o indivíduo, a família e a comunidade. O projeto distingue-se pela sua capacidade de mobilizar recursos da comunidade, promover a educação para a saúde mental e facilitar o acesso a cuidados de saúde mental qualificados.

A metodologia utilizada baseia-se numa revisão abrangente da literatura, na avaliação das necessidades específicas da população-alvo e no desenvolvimento de intervenções suportadas por evidência científica. Nos contextos de estágios de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda da doença mental, comunitário e de resposta diferenciada, foram desenvolvidas diferentes atividades, como: intervenções psicoeducacionais, programas de sensibilização, intervenções promotoras de literacia em saúde mental e grupos de apoio, visando não apenas elevar a consciência acerca da saúde mental, mas também fortalecer as redes de suporte existentes.

Os resultados revelam um impacto positivo na promoção do bem-estar emocional e psicológico, na melhoria da literacia em saúde mental e na diminuição do estigma associado aos comportamentos suicidários e autolesivos. Este trabalho reforça a necessidade de estratégias proativas de prevenção em saúde mental, evidenciando o papel do enfermeiro especialista em ESMP na liderança de iniciativas que promovem a saúde mental e o bem-estar.

Este projeto não só alcançou os objetivos delineados, como também contribuiu para o reforço do conhecimento e aquisição das competências do enfermeiro especialista em ESMP, evidenciando a importância de uma prática informada por evidências e centrada na pessoa. O sucesso do mesmo salienta o potencial das intervenções integradas na transformação dos cuidados de saúde mental, oferecendo um modelo replicável para outros contextos que enfrentam desafios similares.

ABSTRACT

This work, developed in the context of the MESMP Course, focuses on the design and implementation of a project dedicated to "Prevention of Suicidal and Self-harming Behaviors". Aimed at addressing one of the most significant issues in current mental health, a multifaceted approach is adopted, encompassing risk assessment, early intervention, and promotion of protective factors and resilience at both individual and community levels.

Suicidal behavior is considered one of the greatest challenges in the field of public health, not only in Portugal but worldwide. It is fundamentally a serious social, health, and educational issue that demands a comprehensive approach, humanized care, and essential action strategies for prevention, early detection, intervention, and post-intervention. Through a holistic perspective acknowledging the complexity of the psychosocial dynamics underlying suicidal and self-harming behaviors, this work emphasizes the relevance of an integrated intervention involving the individual, family, and community. The project stands out for its ability to mobilize community resources, promote mental health education, and facilitate access to qualified mental health care.

The methodology employed is based on a comprehensive literature review, assessment of the specific needs of the target population, and development of evidence-based interventions. In various settings including inpatient contexts for individuals experiencing acute clinical decompensation of mental illness, community settings, and specialized response contexts, different activities were developed such as psychoeducational interventions, awareness programs, mental health literacy-promoting interventions, and support groups, aiming not only to raise awareness about mental health but also to strengthen existing support networks.

The results reveal a positive impact on the promotion of emotional and psychological well-being, improvement in mental health literacy, and reduction of stigma associated with suicidal and self-harming behaviors. This work reinforces the need for proactive mental health prevention strategies, highlighting the role of the specialist nurse in MESMP in leading initiatives that promote mental health and well-being.

This project not only achieved the outlined objectives but also contributed to enhancing the knowledge and acquisition of skills of the specialist nurse in MESMP, demonstrating the importance of evidence-informed and person-centered practice. Its success underscores the potential of integrated interventions in transforming mental health care, offering a replicable model for other contexts facing similar challenges.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	X
1. ABORDAGEM TEÓRICA	14
2. OBJETIVOS DOS ESTÁGIOS	34
3. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	36
3.1. Contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda da doença mental	36
3.2. Contexto comunitário	37
3.3. Contexto clínico em resposta diferenciada	38
4. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO E ATIVIDADES	39
4.1. Aspetos genéricos	39
4.2. Contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda da doença mental	41
4.3. Contexto comunitário	46
4.4. Contexto clínico em resposta diferenciada	51
5. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	56
5.1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.....	56
5.2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.....	59
5.3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.....	63
5.4. Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.....	64
5.5.Comparação transnacional das Competências de ESMP: Portugal e Espanha	66
CONCLUSÃO.....	69

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
----------------------------------	----

ANEXOS	79
--------------	----

Anexo I - Autorização para uso do Questionário de Ideação Suicida - QIS (Reynolds, 1988; versão portuguesa por Ferreira e Castela, 1999)

Anexo II - Autorização para uso do Questionário de Atitudes Frente aos Comportamentos Suicidas - QACS (Botega, Reginato e Silva, 2005)

Anexo III - Autorização para uso da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Pais-Ribeiro et al., 2007)

Anexo IV - Planos de sessão de Reestruturação Cognitiva

Anexo V - Guia realizado para o serviço de Psiquiatria baseado no mhGAP Intervention Guide (mhGAP-IG) for mental, neurological and substance use (MNS) disorders

Anexo VI - Cartaz de divulgação da IPLSM nos CSP - Contexto Comunitário

Anexo VII - Cartaz oferecido na IPLSM nos CSP - Contexto Comunitário

Anexo VIII - Folheto entregue aos participantes da IPLSM nos CSP

Anexo IX - Diapositivos da apresentação da sessão 1 nos CSP

Anexo X - Diapositivos da apresentação da sessão 2 nos CSP

Anexo XI - Diapositivos da apresentação da sessão 3 nos CSP

Anexo XII - Comunicação de agradecimento aos participantes da IPLSM

Anexo XIII - Planos das sessões do estágio em contexto de resposta diferenciada

Anexo XIV - Diapositivos das sessões de estágio no contexto de resposta diferenciada

Anexo XV - Cartaz oferecido à instituição de estágio no contexto de resposta diferenciada

Anexo XVI - Certificado de publicação de capítulo de livro

Anexo XVI - Certificado de participação em Congresso Científico

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Definições dos conceitos de autolesão e suicídio (Huang, Ribeiro e Franklin, 2020)	17
Tabela 2. Descrição dos Padrões Funcionais de Marjory Gordon (Silva Butcher e Jones, 2021).	30
Tabela 3. Fases do processo terapêutico da Teoria das Relações Interpessoais de Peplau (Hagerty et al., 2017).	32
Tabela 4. Objetivos específicos para os contextos de estágio de Internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda da doença mental (I), Comunidade (C) e Resposta Diferenciada (RD).	35
Tabela 5. Principais diagnósticos e intervenções que emergiram no contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda da doença mental	42
Tabela 6. Fatores interpretáveis do QACS e respetivo coeficiente alfa de Cronbach.....	47
Tabela 7. Sessões e conteúdos da Intervenção Promotora da Literacia em Saúde Mental (IPLSM)	48
Tabela 8. Média e Desvio Padrão (DP) da pontuação pré-intervenção e pós-intervenção das respostas ao "Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida - QACS" (Botega et al, 2002).	49
Tabela 9. Sessões, conteúdo e duração no contexto de resposta diferenciada.....	53
Tabela 10. Esquema resumo dos instrumentos de avaliação utilizados em cada contexto clínico.	55
Tabela 11. Resumo da aquisição de competências especializadas nos contextos de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda da doença mental, comunitário e de resposta diferenciada.	68

INTRODUÇÃO

A saúde mental é uma dimensão fundamental do bem-estar humano e a sua promoção requer uma abordagem holística e multidisciplinar. No contexto da saúde mental e psiquiátrica, o enfermeiro especialista compreende os processos de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos indivíduos que enfrentam problemas emocionais e psicológicos. Um dos aspetos mais sensíveis e complexos desta prática é a gestão dos comportamentos suicidários e autolesivos, que requerem uma atenção especializada e compassiva.

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) desempenha um papel fundamental na compreensão e intervenção nos fatores psicossociais, que contribuem para os comportamentos suicidários e autolesivos. Esta interação complexa envolve a avaliação minuciosa, o estabelecimento de uma relação terapêutica e a implementação de estratégias de prevenção e intervenção, com o objetivo de promover a segurança e o bem-estar. Ao longo deste documento, discutir-se-á o papel do enfermeiro especialista em ESMP na identificação precoce, avaliação de risco, intervenção eficaz e apoio contínuo. Este profissional especialista desempenha um papel essencial, na construção de pontes entre a ciência e a empatia para prestar cuidados de saúde personalizados a indivíduos vulneráveis.

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP), a decorrer no ano letivo 2023/2024, na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), sob a orientação do Professor Doutor José Carlos Carvalho e a coorientação da Professora Doutora Graça Pimenta, foi proposta a execução de um Relatório de Estágio, onde explanasse o desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) planeadas no Módulo I, com o objetivo de refletir acerca do desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em ESMP.

Os ensinamentos clínicos realizados, decorreram em três unidades distintas da prática clínica consideradas como indispensáveis pela Ordem dos Enfermeiros: contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda da doença mental, comunitário e de resposta diferenciada; período compreendido entre 18 de setembro de 2023 a 12 de janeiro de 2024. A orientação tutorial nos locais de estágio foi realizada por enfermeiros especialistas em ESMP, e, privilegiou-se aqueles que detinham a competência acrescida em supervisão clínica.

Este Relatório é o resultado da execução da planificação do Projeto realizado no módulo anterior, do conhecimento adquirido no curso de mestrado, das experiências resultantes da

imersão nos contextos da prática clínica, dos meus interesses pessoais e da reflexão sobre a ação.

A decisão de especializar-me na área da ESMP, com um foco particular na temática da prevenção do suicídio, encontra-se enraizada nos meus interesses pessoais, tal como referido anteriormente. Estes foram moldados tanto pela minha experiência profissional em psiquiatria nos últimos cinco anos, quanto pelas vivências pessoais com pessoas próximas que enfrentaram processos de sofrimento. O meu compromisso com a melhoria do bem-estar psicológico é uma constante, impulsionado por uma vontade de compreender e aliviar o sofrimento psíquico, que pode conduzir ao suicídio. Sou movido pela aspiração de contribuir para a desestigmatização da doença mental, fomentando um diálogo aberto e construtivo que incentive a procura de ajuda.

A formação contínua e o aperfeiçoamento das competências clínicas ocupam um lugar central nos meus interesses, pois aspiro estar capacitado com as técnicas de intervenção capazes de apoiar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. O meu interesse pela investigação e inovação em saúde mental não visa apenas expandir o conhecimento nesta área, mas também desenvolver abordagens mais eficazes e empáticas para o tratamento e prevenção. A conexão humana e a empatia orientam o meu trabalho, refletindo a minha convicção na importância de tratar a saúde mental com compreensão, cuidado e respeito.

O termo comportamento suicida refere-se a uma ampla gama de comportamentos que vão desde a ideia de morte, seguida da ideação suicida (pensar em suicídio), do planeamento (realizar um plano para cometer suicídio e ter os meios necessários para o realizar), bem como da tentativa de suicídio considerada como o ato que uma pessoa realiza voluntariamente para acabar com a sua vida sem o consumir e, finalmente, o suicídio consumado como o ato pelo qual uma pessoa tira a sua própria vida (Harmer *et al.*, 2021). A nível mundial, a prevalência de suicídio foi de 9 por 100 000 habitantes (OMS, 2021), pelo que é considerado um problema de saúde pública. O suicídio é uma prioridade de saúde pública mundial e os dados disponíveis mostram que o suicídio pode prevenir-se, o que exige uma abordagem multidisciplinar para desenvolver estratégias de prevenção eficazes. No entanto, o estigma em relação a esta questão indica que muitas pessoas não procuram ajuda ou, mesmo que o façam, os serviços de saúde não fornecem uma intervenção adequada (OMS, 2021).

O objetivo central que pretendo alcançar com este trabalho é adquirir competências específicas do enfermeiro especialista em ESMP, através da promoção da saúde mental.

A metodologia do projeto consistiu em três etapas principais. Na primeira etapa, foi realizada uma observação crítico-reflexiva nos diferentes contextos de estágio, com o objetivo de identificar potenciais problemas ou áreas de melhoria, com foco nas competências do

enfermeiro especialista em ESMP. Em seguida, foi realizada uma pesquisa e revisão bibliográfica, na procura por literatura relevante ao tema a abordar, seleção e análise de materiais de qualidade para suportar o projeto. Finalmente, foi elaborado um projeto baseado nas necessidades dos contextos de estágio, com a garantia de potencial eficácia e com base na literatura pesquisada.

Assim, a metodologia utilizada permitiu a construção de um projeto sólido e bem fundamentado, com potencial para gerar resultados positivos nos contextos de estágio.

A revisão bibliográfica foi efetuada entre abril de 2023 e fevereiro de 2024, com recurso ao agregador de conteúdos *EBSCO HOST* selecionando as bases de dados: *MEDLINE*, *Academic Search Complete*, *Business Source Complete*, *CINAHL Complete*, *CINAHL Plus with Full Text*, *Library*, *ERIC*, *Information science & Technology Abstracts*, *MedicLatina*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *IBECS*, *CUIDEN*, *Scielo* e *ENFISPO*. Utilizaram-se os descritores *DeCS* e *MeSH* para realizar a pesquisa bibliográfica: “suicídio”, “suicídio consumado”, “suicídio completo”, “suicide”, “suicide completed”, “prevenção do suicídio”, “prevención del suicidio”, “suicide prevention”, “tentativa de suicídio”, “intento suicida”, “suicide attempted”, “automutilação”, “automutilación”, “self mutilation”, “comportamento autodestrutivo”, “conducta autodestructiva” e “self-injurious behavior”. Para além disto, foi realizada uma pesquisa sobre o tema no motor de pesquisa *Google Scholar* e na plataforma *RCAAP* (Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal).

Foram estabelecidos como critérios de inclusão para a pesquisa: artigos científicos; livros; *sites* de organizações governamentais; redigidos nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa; e direcionados para os objetivos estabelecidos.

Numa segunda fase, após apresentação e aprovação do Projeto pelo Conselho Técnico-Científico (CTC) da ESEP, procedeu-se à sua execução na prática clínica com supervisão especializada.

Todos os dados deste trabalho, incluindo os anexos, contêm informações pertinentes para a compreensão e análise do Relatório. No compromisso de preservar a privacidade e cumprir com as normas éticas e legais, alguns dados foram intencionalmente ocultados ou anonimizados.

Os dados de carácter pessoal, incluindo, números de telefone, endereços de e-mail e qualquer informação que permita identificar individualmente, foram removidos para assegurar a confidencialidade e a proteção da privacidade. Adicionalmente, os detalhes que pudessem revelar a identidade da instituição de saúde envolvida no estudo foram suprimidos. Esta medida foi adotada em conformidade com as diretrizes de sigilo institucional e respeito pelas políticas de divulgação de informações sensíveis.

A conceção deste trabalho contou com uma perspetiva de abordagem humanística e holística. Adotou-se uma visão centrada na pessoa, nas suas experiências, emoções e valores. Esta abordagem é baseada na crença de que cada indivíduo é único e possui necessidades, desejos e perspetivas diferentes. Este relatório está longe de ser um desenho de um protocolo ou programa sobre a prevenção do suicídio; constitui um conjunto de reflexões e de abordagens desde a experiência e da literatura, com uma visão sobre a vida com rigor, profissionalismo e humanismo. O conteúdo pretende ser educativo e visível a este tema, que muitas das vezes se mantém oculto, silenciado e estigmatizado.

O documento está organizado em seis capítulos, que abordam de forma progressiva e detalhada os diversos elementos pertinentes ao tema em estudo.

- Capítulo 1: Abordagem Teórica
Apresenta a base teórica e concetual do trabalho, estabelecendo os fundamentos e o contexto para a compreensão dos demais capítulos.
- Capítulo 2: Objetivos dos estágios
Descreve detalhadamente os objetivos dos estágios, delineando as metas a serem alcançadas.
- Capítulo 3: Caracterização dos locais de estágio
Caracteriza os locais de estágio, proporcionando ao leitor uma compreensão do ambiente de formação e da prática clínica.
- Capítulo 4: Operacionalização do Projeto e atividades
Aborda a operacionalização do projeto e as atividades realizadas, incluindo um subcapítulo que esclarece os aspetos genéricos e transversais.
- Capítulo 5: Aquisição de Competências
Focaliza a aquisição de competências do enfermeiro especialista em ESMP. Reflete-se sobre as diferenças das competências entre Portugal e Espanha.
- Capítulo 6: Conclusão
Sintetiza os principais resultados e destaques do relatório, refletindo-se sobre os contributos e perspetivas no futuro.
- Referências Bibliográficas e Anexos
Ao término do trabalho, são fornecidas as referências bibliográficas utilizadas na sua elaboração, de acordo com as normas da *American Psychological Association (APA)* 7.^a edição, conforme contemplado no "Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos em versão digital" da ESEP. Além disso, são incluídos os anexos relevantes para uma compreensão mais aprofundada do conteúdo apresentado, proporcionando assim um suporte adicional para o entendimento integral do conteúdo.

1. ABORDAGEM TEÓRICA

Etimologicamente, a palavra suicídio deriva do latim *sui* ("si mesmo") e *occidere* ("fazer morrer"). O suicídio é entendido como um comportamento que provoca a própria morte (Andrade *et al.*, 2021). É o ato de retirar deliberadamente a própria vida (Ferreira e Gonçalves, 2018). O suicídio é um ato especificamente humano, que afeta todas as culturas ao longo da história, todos os grupos sociais, ambos os sexos e todas as faixas etárias desde a existência da razão. As circunstâncias envolvidas, a sua prevalência e os seus alvos não são homogêneos (Andrade *et al.*, 2021).

Embora raramente ocorra de forma voluntária em indivíduos saudáveis, na maioria dos casos está subjacente uma doença mental ou física (OMS, 2021). Considerar o comportamento suicida como estando ligado a um objetivo individual claro é uma forma limitada e irrealista de abordar o problema (Ferreira e Gonçalves, 2018). Na realidade, trata-se de um fenómeno complexo que afeta, de forma bidirecional, o indivíduo, a sociedade e a saúde (Ferreira e Gonçalves, 2018). O estudo do sociólogo Émile Durkheim em 1887, que classificava os indivíduos que cometiam o suicídio de acordo com os seus problemas sociais, continuam válidos. Contudo, os novos conhecimentos biológicos *post-mortem* destes sujeitos, em que se observam alterações neuroanatómicas dos sistemas serotoninérgico, GABA e do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, entre outros, apresentam uma visão mais completa de um dos grupos de maior risco, os que apresentam alterações de saúde física ou mental (Neira, 2018; Andrade *et al.*, 2021). A abordagem do problema é complexa e não deve contemplar exclusivamente o indivíduo em risco, mas requer uma intervenção comunitária e multidisciplinar para ser eficaz. Por todas estas razões, pela sua elevada magnitude e significado, e por ser suscetível de prevenção, representa um importante problema de saúde pública (OMS, 2021).

É essencial definir a terminologia relativa ao suicídio. Quando se menciona comportamento suicida referem-se ao *continuum* que vai desde a ideação, nas suas diferentes expressões, passando pelas ameaças, tentativas de suicídio - incluindo o gesto suicida e o parassuicídio -, até ao suicídio propriamente dito (Brüderl *et al.*, 2022). A OMS (2021), define "ato suicida" como "*qualquer ação através da qual um indivíduo provoca lesões a si próprio, independentemente da letalidade do método utilizado e do conhecimento efetivo da intenção*". Atualmente, é considerado como uma perturbação dos mecanismos de adaptação do indivíduo ao seu meio, provocada por uma situação de conflito transitória ou permanente que gera um estado de *stress* emocional. As causas podem ser diversas e multifatoriais (Ferreira e Gonçalves, 2018).

Os termos: suicídio indireto, suicídio lento, suicídio crónico e equivalente de suicídio são sinónimos e referem-se a comportamentos apresentados por pessoas com doença somática que não cumprem o tratamento prescrito, a intervenção cirúrgica proposta ou as recomendações dietéticas precisas. Inclui igualmente certas formas de alcoolismo, de toxicodependência (suicídios lentos) ou de desportos de risco (Grandclerc *et al.*, 2019).

Desde 1903, quando foi adotada a primeira “Classificação Internacional de Doenças (CID)”, o suicídio foi incluído na secção que trata da morbilidade e mortalidade por causas externas. Segundo os documentos das várias conferências internacionais para atualizar essa classificação (aproximadamente a cada 10 anos, até 1994), como discutido por Shneidman (1984), torna-se claro que o suicídio é uma “causa residual”, a ser usada quando as outras não puderam ser confirmadas. As outras causas são: natural (N), acidental (A) e homicida (H), constituindo, em conjunto, o sistema NASH. De 1903 a 1948, todas as categorias relevantes foram classificadas em “condições produzidas por causas externas” pelos meios utilizados e redigidas como “suicídio devido a...”. A partir de 1948 (CID-6) e até 1965 (CID-8), a secção passou a chamar-se “acidentes, envenenamentos e violências”, e a categoria pertinente passou a designar-se “suicídio e autolesões”. A CID-9, em 1975, denominou a secção “lesões e envenenamentos” e a categoria foi designada “suicídio”, com uma nota explicava que esclarecia “tentativas de suicídio e autolesões intencionadas”. A CID-10 (1992) criou uma categoria de “lesões autolesivas intencionais”, explicando que incluía “*envenenamento ou lesões autoprovocadas propositadamente; e suicídio (tentativa)*” (Gusmão *et al.*, 2021).

Stengel, em 1964, propôs que o suicídio e a tentativa de suicídio se referiam a duas populações distintas. A tentativa de suicídio deveria referir-se apenas àqueles que não conseguiram morrer, depois de se terem tentado matar. Uma tentativa de ultrapassar este obstáculo semântico e concetual foi a introdução da expressão “comportamento suicida”. Esta expressão, que decorre da abordagem comportamental predominante na psicologia norte-americana, ostentada por académicos feministas que se opunham ao suposto preconceito veiculado pelo uso de “tentativa”, maioritariamente observado entre as mulheres, e que implicava que estas eram menos competentes do que os homens (entre os quais o suicídio “consumado” era mais frequente) para “completar” esse ato (Rakhshani *et al.*, 2022).

Os critérios para diferenciar os atos suicidas, acidentais ou homicidas, como possíveis causas externas de morte distintas das causas naturais, são dois: 1) a origem (autoiniciado); e 2) a intenção (de causar ou não causar a morte). O resultado - morte, ferimento ou nada - é claramente o resultado destas causas (Ross *et al.*, 2023). Na prática, as tentativas de suicídio, quando suficientemente graves para necessitarem de cuidados clínicos são sobretudo atendidas nos serviços de urgência. Nesses locais, os profissionais de saúde estão geralmente mais preocupados com a natureza da lesão ou da intoxicação do que com a intenção ou causa dessa lesão ou intoxicação (Brüder *et al.*, 2022). A necessidade médica ou cirúrgica é atendida e,

uma vez resolvida, o indivíduo tem alta ou é encaminhado para uma avaliação e acompanhamento mais aprofundado com profissionais de saúde mental (Andrade *et al.*, 2021). Nestas circunstâncias, o diagnóstico registado refletirá a natureza da lesão ou da intoxicação. Consoante a jurisdição local, nos casos de morte não natural, a investigação é realizada pela justiça ou pela polícia (Gusmão *et al.*, 2021).

A maioria dos países tem sistemas próprios para registar, recolher e processar informações relacionadas com suicídios, mas até agora nenhum país tem um sistema análogo específico para tentativas de suicídio (OMS, 2021). Em alguns casos, existem registos semelhantes para lesões e para intoxicações, mas poucos fazem referência à intencionalidade, o que permitiria uma distinção entre lesões ou intoxicações acidentais, criminosas ou autolesivas (Gusmão *et al.*, 2021).

A abordagem atual em matéria de saúde pública, tal como indicada pela CID-10, consiste em agrupar todas as atividades intencionais de autolesão e utilizar esta categoria ampla no contexto da morbilidade e da mortalidade. Esta abordagem tem a grande vantagem de ser bastante descritiva e de evitar termos com valor acrescentado, como suicídio e tentativa de suicídio (Rakhshani *et al.*, 2022). No entanto, a avaliação da intencionalidade continua a ser uma questão crucial, que não só tem um grande impacto em questões de saúde como também tem implicações jurídicas e criminológicas (Gusmão *et al.*, 2021).

Ao analisar os conceitos, fica claro que podem dificultar a compreensão dos comportamentos suicidas e acabam por obstruir o progresso da investigação sobre o suicídio e o seu resultado lógico, a prevenção do suicídio. Na **tabela 1**, apresentam-se os principais conceitos recopilados da literatura sobre a terminologia de autolesão e suicídio.

Definições dos conceitos relacionados com autolesão e suicídio	
Autolesão ou comportamento suicida	- Comportamento de autolesão, potencialmente lesiva, implícita ou explícita. - A pessoa não tem intenção de se matar. - Deseja utilizar a intenção aparente de morrer para algum fim. - Este tipo de comportamento pode não causar lesões, causar lesões ou causar a morte (morte autoinfligida não intencional).
Comunicação suicida	- Um ato interpessoal em que são transmitidos pensamentos, desejos ou intenções de pôr termo à própria vida. - Há provas implícitas ou explícitas de que este ato de comunicação não constitui, por si só, um comportamento suicida. - Existem dois tipos de comunicação suicida: <u>1. Ameaça suicida</u> Comportamento potencialmente nocivo e autolesivo, no qual se pode verificar o seguinte: a) a pessoa deseja utilizar a intenção aparente de morrer para algum fim; b) a pessoa tem um certo grau, determinado ou indeterminado, de intenção suicida. <u>2. Comportamento suicida indeterminado</u> Comportamento com um grau indeterminado de intenção suicida que pode resultar em nenhuma lesão, lesão ou morte (morte autoinfligida com grau indeterminado de intenção).
Ideação suicida	- É o pensamento, a ideia e o desejo de tirar a própria vida. - Os pensamentos vão desde um desejo de morrer até um plano completo de tentativa de suicídio. - O espectro da ideação suicida, engloba tipicamente um questionamento existencial que progride sucessivamente para pensamentos de morte, pensamentos de suicídio e até planos de suicídio.
Tentativa de suicídio	- Comportamento potencialmente autolesivo e não fatal. - Existem provas, implícitas ou explícitas, da intenção de causar a morte. - Comportamento que pode ou não resultar em lesão, independentemente da letalidade do método.
Plano de suicídio	Proposta de um método para a execução de um potencial comportamento suicida.
Suicídio	Morte autoinfligida com provas implícitas ou explícitas da intenção de causar a morte.

Tabela 1. Definições dos conceitos de autolesão e suicídio (Huang, Ribeiro e Franklin, 2020)

Na sexagésima sexta Assembleia Mundial da Saúde (2013), adoptou-se o primeiro plano de ação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em matéria de saúde mental. A prevenção do suicídio é parte integrante desse plano, que tem como objetivo reduzir a taxa de suicídio. A prevalência, as características e os métodos do comportamento suicida variam entre as diferentes comunidades e grupos demográficos e ao longo do tempo (OMS, 2018). Consequentemente, uma vigilância atualizada dos suicídios e das tentativas de suicídio é uma componente essencial dos esforços nacionais e locais de prevenção do suicídio. O suicídio é estigmatizado ou ilegal em muitos países (OMS, 2021). Consequentemente, é difícil obter dados de alta qualidade e acionáveis sobre o comportamento suicida, particularmente em países que não têm bons sistemas de registo ou bons sistemas de recolha de dados sobre serviços hospitalares, comprometendo o registo das tentativas de suicídio tratadas clinicamente como tal (Gusmão *et al.*, 2021). O desenvolvimento e a implementação de programas adequados de prevenção do suicídio para uma comunidade ou país, requerem tanto uma compreensão das limitações dos dados disponíveis, como um compromisso para melhorar a qualidade dos dados para refletir com mais precisão a eficácia de intervenções específicas (Ross *et al.*, 2023).

A principal fonte de dados para os números que se seguem são as Estimativas Globais de Saúde da OMS (2021). Nos países ricos, o número de homens que se suicidam é três vezes superior ao das mulheres, mas nos países de baixo e médio rendimento o rácio homem/mulher é muito mais baixo, com 1,5 homens por cada mulher. A nível mundial, os suicídios representam 50% de todas as mortes violentas registadas entre os homens e 71% entre as mulheres. No que respeita à idade, as taxas de suicídio são mais elevadas entre as pessoas com 70 anos ou mais, tanto entre os homens como entre as mulheres, em quase todas as regiões do mundo. Em alguns países, as taxas de suicídio são mais elevadas entre os jovens e, globalmente, o suicídio é a segunda principal causa de morte no grupo etário dos 15 aos 29 anos. A ingestão de pesticidas, o enforcamento e a utilização de armas de fogo contam-se entre os meios de suicídio mais frequentemente utilizados em todo o mundo, mas muitos outros métodos são também utilizados, consoante o grupo populacional (OMS, 2021).

Todos os anos, por cada suicídio cometido, há muitas mais tentativas de suicídio (Andrade *et al.*, 2021). Significativamente, uma tentativa de suicídio anterior é o fator de risco mais importante para o suicídio na população em geral. De acordo com as estatísticas fornecidas pela OMS, em 2019 a mortalidade por suicídio tornou-se uma questão de preocupação global, evidenciando uma realidade sombria que afetou milhares de vidas. Nesse ano, a nível mundial, o suicídio foi responsável por um total alarmante de 9,2 óbitos por 100.000 habitantes. Esse número desdobrou-se em 12,6 homens (por cada 100.000 homens) e 5,7 mulheres (por 100.000 mulheres), ilustrando que o suicídio afeta de forma desigual ambos os sexos (OMS, 2021). A análise destes dados revela uma tendência preocupante. Nos últimos anos, o número de óbitos causados pelo suicídio aumentou significativamente, registando um aumento de 56%. Em 2000,

foram registados 62.401 óbitos por suicídio, e verificou-se que passadas duas décadas esse número aumentou significativamente (OMS, 2021).

Além disso, as taxas brutas de mortalidade por suicídio também aumentaram. Em 2000, a taxa era de 7,53 mortes por 100.000 habitantes e em 2019 subiu para 9,2 mortes por 100.000 habitantes, representando um aumento de 28% (OMS, 2021). A análise por faixa etária padronizada revela que a taxa de mortalidade por suicídio foi de 9,0 mortes por 100.000 pessoas, evidenciando que este é um problema que afeta uma ampla faixa da população. Contudo, há variações significativas entre os países, indo de 0,3 mortes por 100.000 pessoas em Barbados¹ a alarmantes 40,8 mortes por 100.000 pessoas na Guiana² (OMS, 2021). Outro aspecto preocupante é a disparidade de género. Os dados demonstram que a mortalidade por suicídio é consistentemente mais alta nos homens, com uma taxa de 14,2 mortes por 100.000 pessoas, em comparação com as mulheres, que registam 4,1 mortes por 100.000 pessoas. Isto sugere que é essencial abordar os fatores de risco específicos que afetam os homens (OMS, 2021). Finalmente, a análise dos países que se encontram entre os 20% com as maiores taxas de mortalidade por suicídio, que excedem 10,0 mortes por 100.000 pessoas, destaca áreas críticas que exigem intervenção imediata. Guiana lidera essa lista com 40,8 mortes por 100.000 habitantes, seguida por Suriname (25,9), Uruguai (18,8), Estados Unidos da América (14,5), Haiti (11,2), Canadá (10,3) e Cuba (10,2) (OMS, 2021).

A nível europeu, em 2020 registaram-se 47.252 mortes por suicídio, o que corresponde a 0,9% de todas as mortes registadas nesse ano. Equivale a uma média de 10,2 mortes por 100.000 pessoas (Eurostat, 2023). Tal como em anos anteriores, a taxa de suicídio foi mais elevada entre os homens do que nas mulheres, correspondente a 77,1%. Entre os países da UE, a Lituânia registou a taxa mais elevada de suicídio em 2020, com 21,3 mortes por 100.000 habitantes, seguida da Hungria (17,1), da Eslovénia (17,0) e da Estónia (16,3). No extremo oposto da escala, Chipre registou as taxas de mortalidade por suicídio mais baixas (3,5 mortes por 100.000 habitantes), seguido de Malta e da Grécia (ambas com 4,0), da Itália (5,6) e da Eslováquia (6,9) (Eurostat, 2023).

Todos os dias, há em média três pessoas em Portugal que põem termo à vida (Gusmão *et al.*, 2021). Uma em cada seis mortes de pessoas entre os 10 e os 29 anos em Portugal é por suicídio. É a principal causa de morte nas crianças e jovens adultos no país (Institute for Health Metrics & Evaluation, 2017).

¹ País insular nas Pequenas Antilhas das Índias Ocidentais, na região caribenha das Américas e a mais oriental das ilhas do Caribe.

² País da América do Sul, localizado na costa do Atlântico Norte.

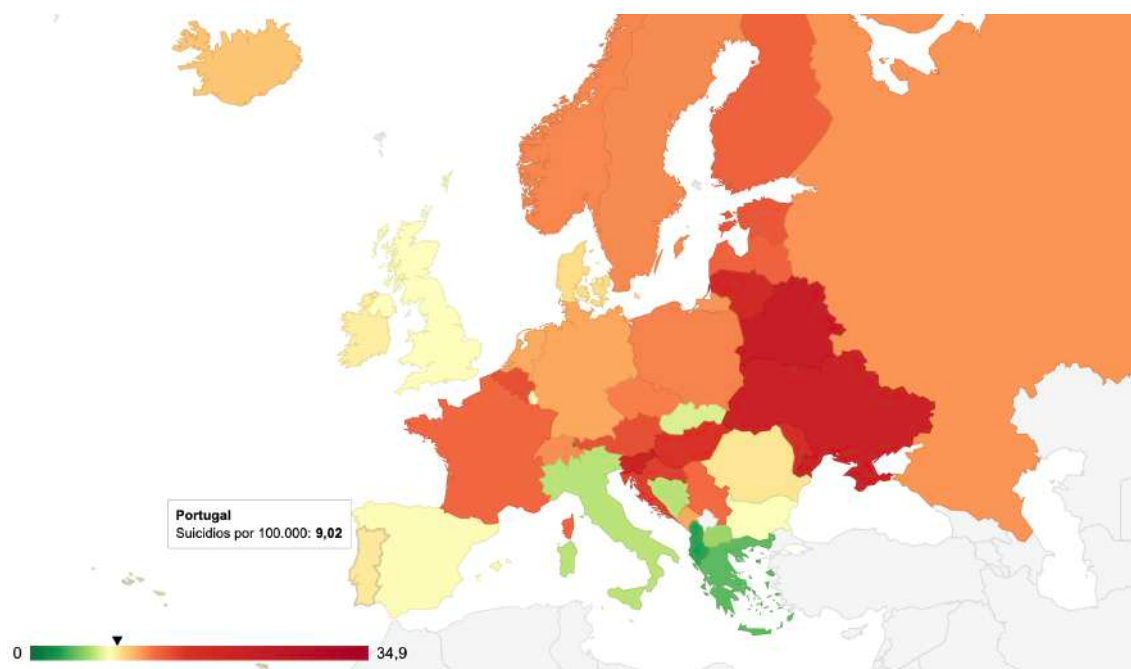


Figura 1. Taxa de suicídios por cada 100.000 habitantes em 2022. Europa, Portugal. (Fonte: OMS, 2023).

O facto de o número de mortes ser inferior quando se é mais jovem contribui para que o suicídio seja a principal causa de morte nesta geração. A maior incidência de casos está nos homens com mais de 65 anos, do interior e sul do país e do meio rural. Portugal ocupa um lugar mediano na tabela de taxas de suicídio na Europa. Embora a taxa de suicídio tenha estado a decrescer lentamente em Portugal (acompanhando a descida registada na Europa), continua a ser mais elevada do que em qualquer outro país do sul da UE (Eurostat, 2023).

Assim, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2020), Portugal diminuiu a taxa de mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes: 10,9 em 2015; e 9,1 em 2020. Esta diminuição dos casos de suicídio em Portugal foi estudada por uma série de peritos e no artigo *“Suicide time-series structural change analysis in Portugal (1913-2018): Impact of register bias on suicide trends”*, os autores referem que os suicídios mascarados constituem uma componente crucial do problema de saúde pública do suicídio e assumem-se como particularmente elevados em Portugal, entre mortes violentas indeterminadas e acidentais (Gusmão *et al.*, 2021). O preconceito pode ser tão significativo como uma proporção de um para um entre suicídios e mortes indeterminadas, o que confere a Portugal uma liderança indesejável (Birt, 2003; Värnik *et al.*, 2012; Gusmão e Quintão, 2013). Os suicídios mascarados podem ser resultado de procedimentos de registo imprecisos que envolvem polícias, médicos, técnicos, diferentes organismos e falhas de comunicação entre eles (Gusmão *et al.*, 2021). Ainda no mesmo artigo, foram analisados os últimos 106 anos de Portugal onde ocorreram diversas mudanças no regime sociopolítico, na nosologia dos óbitos, no sistema estatístico nacional e no ciclo económico

(Gusmão *et al.*, 2021) tendo sido identificado três pontos de interrupção na série de suicídios registados - 1930, 1982, 2001 - todos aparentemente resultantes de um erro no registo, coincidindo com um “salto”, cada um seguido por um declínio rápido (um aumento oposto para o ponto de interrupção do “salto” das mulheres em 1954). O ponto mais recente de rutura ocorreu no ano de 2001, no último ano da CID-9 que deu lugar à CID-10, e neste período de transição, a Direção Geral da Saúde aplicou um procedimento sistemático de autópsia verbal para averiguar mortes externas, precisamente entre meados de 2001 e meados de 2004, fazendo com que as taxas de suicídio e de acidentes aumentassem e as mortes indeterminadas diminuíssem rapidamente.

O suicídio é uma prioridade de saúde pública mundial e a evidência científica mostra que pode prevenir-se, o que exige uma abordagem multidisciplinar para desenvolver estratégias de prevenção eficazes. No entanto, o estigma em relação a esta questão leva a que muitas pessoas não procurem ajuda ou, mesmo que o façam, os serviços de saúde não fornecem uma intervenção adequada (OMS, 2021). Para permitir a prevenção é necessário agir. As abordagens à prevenção do suicídio evoluíram à medida que se mudaram as atitudes e crenças sobre o suicídio. O estigma contra a procura de ajuda para o suicídio foi reduzido em muitos contextos. O atual desafio, para os decisores políticos e outras partes interessadas, é abraçar o crescente diálogo público sobre o suicídio e aproveitar o ambiente para implementar uma resposta (Andrade *et al.*, 2021).

A base de qualquer resposta eficaz de prevenção do suicídio é a identificação dos fatores de risco de suicídio, que são relevantes para o contexto, e a atenuação desses riscos através de intervenções adequadas (López *et al.*, 2023). Os comportamentos suicidas são complexos e existem múltiplos fatores contribuintes e vias causais (Andrade *et al.*, 2021). Geralmente, nenhuma causa ou fator de *stress* isolado é suficiente para explicar um ato suicida. Na maioria das vezes, vários fatores de risco atuam cumulativamente para aumentar a vulnerabilidade de um indivíduo ao comportamento suicida (Brüderl *et al.*, 2022). A presença de fatores de risco não conduz necessariamente a um comportamento suicida, pois nem todas as pessoas com uma perturbação mental se suicidam (López *et al.*, 2023). São indispensáveis intervenções eficazes para atenuar os fatores de risco identificados. Os fatores de proteção são igualmente importantes e têm demonstrado aumentar a resistência. O reforço dos fatores de proteção é, portanto, também um objetivo essencial de qualquer resposta abrangente de prevenção do suicídio (López *et al.*, 2023). A importância de cada fator de risco e a sua classificação dependerá do contexto. Estes fatores podem contribuir diretamente para o comportamento suicida, mas também podem contribuir indiretamente, influenciando a suscetibilidade individual às perturbações mentais (Andrade *et al.*, 2021). Seria errado fazer uma distinção clara entre os domínios identificados. Tal como cada fator de risco individual está relacionado com outros, os domínios não são mutuamente exclusivos. É muito mais útil considerar as áreas

como indo do sistêmico para o individual. Alguns fatores de risco específicos podem, na verdade, estar localizados em mais do que uma das áreas ao mesmo tempo (Huang, Ribeiro e Franklin, 2020). A perda de um emprego ou de apoio financeiro pode influenciar uma pessoa individualmente e levar a uma deterioração das suas relações imediatas, mas pode também estar associada a uma recessão económica a nível sistêmico (López *et al.*, 2023).

A prevenção dos comportamentos suicidários e autolesivos é relevante na medida que pode ajudar a reduzir o sofrimento psicológico e humano e a salvar vidas (Ferreira e Gonçalves, 2018). Esta prevenção envolve a identificação e o tratamento de transtornos mentais, a promoção do bem-estar psicológico, a redução do estigma em relação às doenças mentais, a melhoria do acesso aos serviços de saúde mental, entre outras medidas (Andrade *et al.*, 2021). Com base no exposto, considera-se necessária a implementação de intervenções estruturadas para a prevenção de comportamentos suicidários e autolesivos (Andrade *et al.*, 2021; López *et al.*, 2023).

Um plano de prevenção do suicídio deve incluir três níveis principais (National Action Alliance for Suicide Prevention, 2018): 1) a prevenção primária (prevenção universal) dirigida a toda a população; 2) a prevenção secundária (prevenção seletiva) centrada na população de risco e mais vulnerável; 3) e a prevenção terciária (prevenção indicada) para atuar sobre as pessoas que tentaram suicidar-se ou que têm um risco elevado de o fazer.

Para combater eficazmente o suicídio, é fundamental implementar um plano abrangente que abranja os três níveis de prevenção, desde ações universais até ao apoio individualizado. De acordo com a *National Action Alliance for Suicide Prevention* (2018):

- 1) No primeiro nível, a prevenção primária visa diminuir a incidência de ideação suicida na população em geral. Através da promoção da saúde mental, do combate ao estigma, da educação sobre os sinais de alerta e da criação de ambientes seguros, podemos construir uma sociedade mais resiliente e solidária. Os programas de educação em escolas e comunidades, as campanhas de consciencialização e dotação de competências para os profissionais de saúde são exemplos de ações neste nível.
- 2) No segundo nível, a prevenção secundária concentra-se na intervenção precoce em indivíduos com risco elevado de suicídio. Através da identificação de indivíduos em risco, do oferecimento de apoio e acompanhamento psicológico e de intervenções direcionadas, podemos minimizar o potencial risco de suicídio. O rastreio de ideação suicida em grupos de risco, programas de terapia individual e familiar e grupos de apoio são exemplos de medidas eficazes neste nível.
- 3) No terceiro nível, a prevenção terciária visa minimizar o risco de reincidência em pessoas que já tentaram suicidar-se ou que apresentam alto risco de fazê-lo. Através do atendimento especializado e individualizado, da criação de planos de segurança

personalizados e do acompanhamento a longo prazo, podemos oferecer o suporte necessário para que essas pessoas reconstruam as suas vidas. O internamento hospitalar em casos de risco iminente, o acompanhamento psicológico e emocional e grupos de apoio para os sobreviventes de tentativa de suicídio são alguns dos exemplos de ações neste nível.

A literatura indica que aproximadamente metade das pessoas que morrem por suicídio tiveram uma visita recente a um serviço de saúde (Ahmedani *et al.*, 2019). É provável que não se tenha feito o suficiente durante essa visita para identificar o risco de suicídio, o que levou a uma falha em manter a pessoa em segurança. Até há bem pouco tempo os cuidados com o suicídio não eram vistos como uma responsabilidade central das organizações de saúde (National Action Alliance for Suicide Prevention, 2019).

Os mitos sobre o suicídio têm sido aceites como verdadeiros em contextos de cuidados de saúde, e a maioria dos profissionais de saúde não é consciente das intervenções breves recentemente desenvolvidas para a prevenção do suicídio, levando à suposição de que não devem perguntar sobre os pensamentos suicidas porque não há nada prático que possa ser feito no contexto geral dos cuidados de saúde (The Joint Commission, 2016; Pai, 2019). Interrogar a pessoa sobre pensamentos suicidas ou comportamentos autolesivos não aumenta o risco de suicídio (National Action Alliance for Suicide Prevention, 2019). Num dos maiores estudos que pretendeu avaliar esta questão, percebeu-se que era eficaz na identificação de indivíduos com um risco acrescido de suicídio, observando que havia um aumento de dez vezes no suicídio entre as pessoas que relataram pensamentos de morte ou automutilação “mais de metade dos dias” ou “quase todos os dias” nas últimas duas semanas (Ahmedani *et al.*, 2019; López *et al.*, 2023). Ressaltam ainda no estudo, que é importante ter em atenção que estes e outros resultados não mostram que é possível “prever o suicídio” com infalibilidade. Mas também não é preciso prever o suicídio com certeza para intervir eficazmente.

A evidência é clara de que é possível identificar a maioria dos indivíduos com risco muito elevado, permitindo fornecer apoio direcionado e eficaz durante o período em que o risco permanece elevado (Pai, 2019). A viabilidade da identificação do risco de suicídio já foi demonstrada em muitos contextos de cuidados de saúde (National Action Alliance for Suicide Prevention, 2019). No entanto, para avaliar se o risco é substancial e para orientar a ação, é necessária uma avaliação mais ponderada do risco que seja viável no contexto dos cuidados de saúde. Sempre que possível, é feita por um profissional de saúde especialista usando uma ferramenta padronizada de avaliação de risco de suicídio (Saini, Gehlawat & Gupta, 2020).

As causas subjacentes ao suicídio são complexas e multifacetadas, exigindo uma abordagem abrangente e multidisciplinar. A presença de uma história de doença física ou mental nos indivíduos que se suicidam tornou-se evidente na maior parte dos casos, por vezes devido à própria doença e outras vezes devido à sua estreita ligação com a dor, incapacidade,

desesperança, sentimento de sobrecarga em relação aos cuidadores, iatrogenia terapêutica, perda de capacidade económica e o estigma social (López *et al.*, 2023).

Os sintomas das perturbações afetivas (sintomas emocionais, cognitivos, somáticos e comportamentais) podem alimentar a ideação suicida, e a concomitância de doença orgânica e perturbações afetivas aumenta o risco de suicídio (Andrade *et al.*, 2021).

Em termos de doenças mentais, a depressão é a mais suscetível de levar ao suicídio. Sabe-se que as pessoas com depressão têm um risco de suicídio 20 vezes superior ao da população em geral e que até 15% morrem após uma tentativa de suicídio (Andrade *et al.*, 2021). Para além disso, 65% a 90% dos suicídios e tentativas de suicídio estão relacionados com a depressão. O risco é maior quando a depressão ocorre entre os 30 e os 40 anos de idade e em mulheres com mais idade (López *et al.*, 2023).

Outras patologias que afetam a saúde mental são as perturbações de ansiedade, com maior impacto quando associadas a outras comorbilidades, como a depressão. Na perturbação bipolar, 25% a 30% dos doentes com esta perturbação realizam uma tentativa de suicídio, o risco é 15 vezes superior ao da população em geral. O risco é mais elevado no início da doença e quando existem comorbilidades associadas (Andrade *et al.*, 2021). Nas perturbações psicóticas, estima-se que 25% a 50% das pessoas com esquizofrenia tentam o suicídio durante a sua vida. O risco de suicídio é 30 a 40 vezes superior ao da população em geral e afetam sobretudo os jovens do sexo masculino na fase inicial da doença, os que têm recaídas crónicas e nos primeiros meses após a alta hospitalar (López *et al.*, 2023).

Em situações de abuso de álcool e de outras substâncias, o risco de suicídio é seis vezes mais elevado nestas pessoas do que na população em geral, é não é só um fator de risco, mas também um fator precipitante (Brüder *et al.*, 2022; López *et al.*, 2023).

Entre as perturbações da personalidade, as mais frequentemente associadas ao suicídio são a perturbação da personalidade antissocial e a perturbação da personalidade limítrofe. O risco de suicídio é 4% a 8% mais elevado do que na população em geral, especialmente se estiverem presentes perturbações comórbidas (Andrade *et al.*, 2021; Brüder *et al.*, 2022).

No que diz respeito às doenças físicas, são de alto risco e de alto impacto para a pessoa. As doenças neurológicas degenerativas (doença de Parkinson, demência, esclerose múltipla), insuficiência renal (que requer diálise), doenças respiratórias crónicas (asma e DPOC), traumatismos e doenças traumáticas, infeções e imunossupressão (HIV, sífilis), estão relacionadas a processos depressivos, quer como causa, quer como consequência ou mesmo em comorbilidade com doenças mentais (Brüder *et al.*, 2022; Jung *et al.*, 2021).

A doença física está presente em 25% dos suicídios e em 80% nas idades mais avançadas, embora o suicídio raramente seja causado apenas por doença física, sem estar associado a perturbações

mentais. Os doentes com cancro têm uma prevalência de ideação suicida semelhante à da população em geral, mas com taxas de suicídio mais elevadas (Daniel, 2021; Jung *et al.*, 2021).

O binómio - saúde física-saúde mental - é indivisível e é hoje aceite que não há saúde física sem saúde mental e vice-versa. A relação pode ser tão estreita que torna difícil o diagnóstico diferencial entre as duas (Andrade *et al.*, 2021).

Existem diversas circunstâncias que funcionam como fatores de risco social, contribuindo para aumentar as estatísticas de comportamentos suicidários e autolesivos. O risco social de suicídio é amplamente reconhecido e engloba (López *et al.*, 2023):

- 1) A pobreza e a instabilidade social, que são fatores muitas vezes além do controlo do indivíduo.
- 2) Baixa escolaridade, que está associada a um maior risco de suicídio.
- 3) Certas profissões, como os polícias, veteranos militares e profissionais de saúde, que enfrentam isolamento e grande responsabilidade.
- 4) Novas profissões, como *influencers* e *gamers*, que enfrentam ameaças cibernéticas, depressão e solidão.
- 5) Pessoas presidiárias ou institucionalizadas, isoladas dos seus grupos sociais e estigmatizadas.
- 6) Indivíduos a passar por perdas significativas, como emprego, casa ou relacionamentos.
- 7) Mudanças sociais e demográficas, como transições educacionais ou mudança de casa.
- 8) História de abuso físico ou sexual, especialmente durante a infância.
- 9) A relação entre violência de género e o suicídio.
- 10) Idade, com adolescentes e idosos com maior risco, estes últimos devido ao uso de métodos mais letais.
- 11) Género, com taxas mais altas de suicídio consumado em homens e mais tentativas entre mulheres.
- 12) Desemprego, viuvez, solidão e falta de apoio social.
- 13) Imigrantes de segunda geração, que enfrentam desenraizamento e isolamento cultural.
- 14) O grupo LGBTQIAP+, especialmente vulnerável ao estigma, dificuldades de emprego e violência.

É importante considerar, em relação aos cuidados prestados a uma pessoa em risco de suicídio, o facto de o suicídio ser um fenómeno multidimensional, o que implica que nenhuma intervenção isolada ou abordagem unidimensional será suficientemente eficaz (Saini, Gehlawat & Gupta, 2020). Pelo contrário, como tem múltiplas arestas e fatores interrelacionados, a possibilidade de atuar em vários pontos de forma simultânea e multidisciplinar aumentará a probabilidade de sucesso (Andrade *et al.*, 2021).

Devido ao tempo de contacto com o indivíduo, o enfermeiro é considerado como uma das figuras profissionais mais relevantes na prevenção e tratamento dos indivíduos com comportamentos suicidários e autolesivos (Saini, Gehlawat & Gupta, 2020). Assim, é necessário que estes profissionais disponham dos recursos necessários para identificar estes indivíduos e efetuar as intervenções adequadas (National Action Alliance for Suicide Prevention, 2018). Considera-se de vital importância o desenvolvimento de novas propostas e iniciativas que analisem a informação atual e que se desenvolvam planos eficazes para travar este problema de saúde (López *et al.*, 2023). A prevenção do suicídio tem um impacto positivo na sociedade em geral, reduzindo os custos sociais e económicos associados ao suicídio e melhorando a qualidade de vida das pessoas afetadas por este problema (OMS, 2018).

A intervenção psicoterapêutica em Enfermagem assume-se como um processo singular que se fundamenta na relação interpessoal entre o enfermeiro especialista em ESMP e a pessoa. Esta relação, assente na confiança e no apoio mútuo, permite o crescimento e desenvolvimento autónomo dos envolvidos. Através de uma parceria colaborativa, novas perspetivas e compreensões são construídas para os problemas identificados (Sampaio *et al.*, 2016). Nesta abordagem, o enfermeiro atua como um facilitador, promovendo a autoexploração e a descoberta de soluções por parte da pessoa. Através de técnicas e estratégias específicas, o profissional de saúde mental auxilia no desenvolvimento de novas habilidades e recursos para lidar com os desafios da vida.

A psicoeducação é um tipo de intervenção psicoterapêutica que se configura como uma modalidade específica de educação, direcionada a indivíduos com perturbação mental ou qualquer pessoa interessada nesta temática, promovendo a compreensão de factos acerca de uma vasta gama de doenças mentais de modo claro e sucinto. Além disso, representa uma abordagem para desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a perturbação mental e os seus impactos. Importa salientar que a psicoeducação não se configura como um tratamento isolado, mas sim como uma componente integrante de um plano global de tratamento. O conhecimento acerca de uma doença revela-se crucial para que o indivíduo e os seus sistemas de suporte possam conceber os seus próprios planos de prevenção de recaídas e de estratégias para gerir a doença (Bjørnsen *et al.*, 2017; Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A psicoeducação fornece aos indivíduos um conhecimento aprofundado sobre sua condição, opções de tratamento e recursos disponíveis, promovendo clareza e compreensão acerca de

sua própria saúde mental. Essa compreensão empodera-os a tomar decisões informadas e assumir um papel ativo no processo de recuperação, assumindo o controle de sua saúde mental (Herrera *et al.*, 2023).

Um dos principais objetivos da psicoeducação é auxiliar o indivíduo a identificar os seus gatilhos e a desenvolver estratégias eficazes de enfrentamento para lidar com sintomas e situações desafiadoras. Essa capacidade de autogestão é crucial para a manutenção da saúde mental, especialmente em contextos ambulatoriais, onde o indivíduo assume maior responsabilidade pelo seu bem-estar (Bjørnsen *et al.*, 2017; Herrera *et al.*, 2023).

O enfermeiro especialista em ESMP implementa intervenções psicoeducativas com o objetivo de promover o conhecimento, compreensão e gestão eficaz dos problemas associados à saúde mental, perturbações e doenças mentais, conforme estipulado pelo Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto.

Assim, no âmbito da prestação de cuidados da ESMP, o enfermeiro utiliza a intervenção psicoeducativa como uma abordagem terapêutica para lidar com pessoas que sofrem de transtornos mentais. No entanto, para que se possa realizar esta intervenção de forma segura, é fundamental que se construa um conjunto de conhecimentos científicos provenientes de diversas áreas de atuação. Esta construção é indispensável para assegurar uma intervenção segura ao longo das diferentes fases, visando promover a saúde e melhorar a adesão terapêutica e o prognóstico da pessoa (Herrera *et al.*, 2023).

A intervenção psicoeducativa é uma estratégia terapêutica adotada pelo enfermeiro especialista em ESMP ao longo do seu processo de trabalho, tanto em sessões individuais, através da consulta de Enfermagem, como em grupos. Neste contexto, tanto a intervenção psicoeducativa e o *insight* desempenham um papel fundamental na modificação do pensamento e comportamento da pessoa (Bruggmann *et al.*, 2022)

Além disso, a intervenção psicoeducativa é relevante pela sua ligação direta com a neuroplasticidade, que influencia o comportamento e reduz os episódios agudos e recorrentes, diminuindo assim a necessidade de internamento hospitalar subsequente (Bjørnsen *et al.*, 2017; Bruggmann *et al.*, 2022).

O conceito de Literacia em Saúde Mental (LSM) foi originalmente introduzido por Jorm e colaboradores em 1997, definindo-a como o conjunto de conhecimentos e crenças sobre transtornos mentais que facilitam a sua identificação, gestão ou prevenção (Jorm *et al.*, 1997).

Em 2011, Jorm reviu e refinou a definição de literacia em saúde mental, conceituando-a como a capacidade de compreender, aceder, avaliar e usar informações relacionadas à saúde mental. Esta capacidade abrange desde a compreensão de conceitos e termos até a aplicação de conhecimentos, na tomada de decisões e ações para promover o bem-estar mental.

Desta forma, a LSM é um conceito dinâmico e em constante evolução, com implicações significativas para a promoção do bem-estar individual e coletivo. Através do desenvolvimento de conhecimentos, competências e atitudes positivas em relação à saúde mental, pode-se construir uma sociedade mais consciente e preparada para enfrentar os desafios nesta área.

A reestruturação cognitiva também é uma das intervenções psicoterapêuticas de Enfermagem. Consiste em desafiar a pessoa a alterar os padrões de pensamento distorcidos, promovendo uma visão mais realista de si mesmo e do mundo ao seu redor (Butcher *et al.*, 2018).

Esta intervenção assume um papel de destaque através da sugestão de atividades. O indivíduo é incentivado a recolher dados que possibilitem a avaliação empírica dos seus pensamentos, sentimentos e atribuições. Frequentemente, verifica-se que tais elementos não se sustentam à luz da evidência, o que serve como base para o processo de reestruturação cognitiva e correção de vieses cognitivos (McKay & Tryon, 2017).

A reestruturação cognitiva encontra-se presente na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) (Butcher *et al.*, 2018) e pelas suas características, pode ser considerada uma intervenção psicoterapêutica (Sampaio *et al.*, 2014). Inserida no domínio da terapia cognitiva (Beck, 1979), a literatura que a avalia separadamente de outras técnicas da terapia cognitivo-comportamental é escassa.

O principal objetivo desta intervenção é promover a mudança de esquemas cognitivos, através da exploração, avaliação e substituição de pensamentos, avaliações e crenças mal adaptativas que contribuem para alterações psicológicas (Burns & Beck, 1978; Clark, 2014; Dobson & Dozois, 2010; Hollon & Dimidjian, 2009).

As Teorias de Enfermagem configuram-se como sistemas de conhecimento científico que visam delinear o objeto de estudo da Enfermagem, definir os conceitos centrais da disciplina e formular proposições que norteiam a prática profissional. Assumem um papel fundamental na construção da identidade da Enfermagem como disciplina autónoma e distinta, fornecendo um quadro teórico para a compreensão dos fenómenos de saúde-doença e para a orientação da ação profissional (Cleary-Holdforth *et al.*, 2022).

Embora a multiplicidade de teorias e modelos norteie os cuidados de saúde, particularmente na área da saúde mental, pretendo salientar e aprofundar duas Teorias de Enfermagem: as de Marjory Gordon e Hildegard Peplau. A minha escolha recai sobre a sua abordagem holística, que engloba diversos aspetos do indivíduo e na ênfase dada à relevância da relação terapêutica. Tais elementos assumem destaque no âmbito de questões sensíveis como o suicídio, exigindo uma compreensão profunda e uma abordagem abrangente. É importante realçar que, na minha prática clínica no serviço de saúde mental e psiquiatria em Espanha, sigo um protocolo de avaliação inicial baseado nos padrões funcionais de Gordon, o que me permite estar familiarizado com a sua aplicação.

Os Padrões Funcionais de Gordon constituem um papel fundamental para efetuar a avaliação global da pessoa, centrada em diferentes aspetos da sua vida e saúde. Conhecer e compreender estes padrões funcionais permite ter uma visão mais completa da pessoa, transcendendo os meros sintomas e doença (Türen e Enç, 2020). Entender os Padrões Funcionais, permite avaliar e abordar holisticamente a saúde da pessoa, considerando não só o seu estado físico mas também o seu bem-estar emocional, social e espiritual.

Os Padrões Funcionais de Gordon são uma teoria desenvolvida por Marjory Gordon, uma Enfermeira e professora de Enfermagem americana, que se baseou na sua experiência clínica e na observação de padrões recorrentes nos cuidados prestados aos doentes para desenvolver esta teoria (Boston College, n.d.). A sua abordagem centrava-se na avaliação holística do doente, reconhecendo que a saúde não se limita apenas à ausência de doença, mas envolve múltiplas dimensões interrelacionadas (Türen e Enç, 2020). Esta abordagem manteve-se ao longo do tempo e constituiu um grande avanço no domínio da Enfermagem.

Gordon, identificou onze padrões funcionais, descritos na **tabela 2**: a perceção e gestão da saúde, a nutrição, a atividade e o exercício, o sono e o repouso, a cognição e a perceção, entre outros. Estes padrões englobam os aspetos físicos, emocionais, sociais e cognitivos do indivíduo (Silva Butcher e Jones, 2021).

A avaliação global do indivíduo é uma abordagem essencial dos cuidados de saúde. Neste contexto, os Padrões de Gordon fornecem um quadro abrangente e estruturado para uma avaliação completa (Türen e Enç, 2020).

Ao considerar cada um dos padrões, os enfermeiros podem identificar áreas de força e fraqueza na vida de uma pessoa, o que facilita o planeamento de intervenções adequadas e personalizadas para promover a saúde e o bem-estar. No âmbito da avaliação global da pessoa, é importante compreender o conceito de avaliação biopsicossocial, que examina não só os sintomas e a biologia da pessoa, mas também os seus aspetos emocionais, cognitivos, familiares, culturais e ambientais (Silva Butcher e Jones, 2021).

	Padrão	Descrição
1	Percepção-controlo	Percepção que a pessoa tem do seu estado geral de saúde e as influências que sobre ele exercem os conhecimentos e as práticas realizadas a este respeito. A partir desta percepção, os aspetos psicopatológicos que se considera que a alteram merecem ser avaliados pelo enfermeiro.
2	Nutricional-metabólico	Descreve os hábitos alimentares, quantidade e tipos, e a ingestão de líquidos relativamente às necessidades metabólicas bem como as preferências alimentares e a utilização de nutrientes ou vitaminas suplementares. Do ponto de vista psicopatológico, a anorexia, a bulimia e o pensamento distorcido podem contribuir para a disfunção deste padrão.
3	Eliminação	Descreve o padrão da função excretora, intestino, bexiga e pele e inclui a percepção individual da regularidade da função e a utilização de laxantes ou a mudança de hábitos.
4	Atividade-exercício	Descreve o padrão de exercício, atividade, lazer e recreação. Estas competências podem ser influenciadas pelo desenvolvimento da coordenação, força e destreza. Para além dos múltiplos fatores fisiológicos, numa perspetiva psicopatológica, a angústia, a depressão, os estados maníacos e as perturbações psicomotoras podem contribuir para a alteração da função.
5	Sono e repouso	Hábitos de sono, de repouso e de descontração, abarca a percepção da qualidade e quantidade do sono e do repouso. Para além da idade, da preocupação com a hospitalização e do medo de ambientes desconhecidos, os principais fatores psicopatológicos que podem contribuir para a sua alteração são: ansiedade/stress, depressão, mania e perturbações cognitivo-percetivas.
6	Cognitivo-percetual	Descreve os padrões sensório-percetivos e cognitivos, incluindo a percepção e a gestão da dor, bem como as funções cognitivas relacionadas com a atenção, a orientação, o pensamento, a memória, o raciocínio, a linguagem e a resolução de problemas. Em ESMP é considerado um dos padrões mais importantes, uma vez que, está normalmente alterado em todos ou quase todos os casos e pode ser a mais extensa na recolha de informação.
7	Autopercepção-autoconceito	Descreve a percepção que a pessoa tem de si própria de acordo com quatro variáveis principais: imagem corporal, autoestima, realização de tarefas (competência) e identidade pessoal. Pode ser alterada por sentimentos de impotência, ameaças reais ou percebidas, situações de stress incontrolável, perda de parte ou função do corpo e inadequação ao reforço social. Inclui na sua avaliação o estado de humor, ideias e atitudes sobre si próprio e sobre as suas competências, sendo importante avaliar os aspetos verbais e não verbais.
8	Relação com o papel	Descreve a percepção dos principais papéis e responsabilidades pessoais em situações normais da vida. Para além dos fatores sociolinguísticos e fisiológicos, do ponto de vista psicopatológico, podem contribuir para a disfunção deste padrão: a doença física ou mental, stress, medo, raiva e agressão.
9	Sexual-reprodutivo	Inclui a percepção do indivíduo de satisfação ou disfunção no seu padrão sexual ou reprodutivo e está intimamente relacionado com o padrão papel-relação. Para além de um défice de conhecimentos, consequências de tratamentos ou intervenções terapêuticas, falta de intimidade, ausência ou disfunção de um membro ou parte do corpo, existem algumas perturbações psicopatológicas como: problemas de identidade, culpa, sentimentos desonestos ou abuso, violação e agressão que podem interferir com o funcionamento positivo deste padrão, tanto na vítima de agressão como no indivíduo com doença mental.
10	Adaptativo de tolerância ao stress	Inclui a resiliência à mudança, as formas de gerir o stress, o apoio da família ou de outros sistemas e a capacidade percebida pelo indivíduo para gerir situações stressantes. Os fatores que contribuem para a disfunção deste padrão, são reconhecidos como todos os fatores que podem desencadear um estado de ansiedade específico ou permanente, seja por razões pessoais, socioculturais ou profissionais.
11	Valores e crenças	Inclui a percepção do que uma pessoa considera importante na vida e quaisquer conflitos de valores, crenças ou expectativas relacionadas com a saúde.

Tabela 2. Descrição dos Padrões Funcionais de Marjory Gordon (Silva Butcher e Jones, 2021).

Assim, estes Padrões constituem um modelo abrangente de avaliação de saúde, que abarca vários aspetos da vida do indivíduo, como comportamento, desenvolvimento e fatores ambientais. Revela-se especialmente útil ao tratar do tema sensível do suicídio, pois considera diversas influências. Além disso, enfatiza a importância da comunicação eficaz entre o enfermeiro e a pessoa. No âmbito da prevenção do suicídio, a capacidade de comunicar de forma empática e compreensiva assume um papel essencial na criação de uma ligação significativa com o indivíduo e na identificação de potenciais fatores de risco. A abordagem de Marjory Gordon, com ênfase na escuta ativa, na comunicação clara e no respeito pela individualidade, torna-se uma ferramenta poderosa para os profissionais que lidam com esta temática complexa.

A promoção da saúde, outro pilar fundamental da abordagem de Gordon, estende-se além do mero tratamento de doenças e revela-se essencial no contexto do suicídio. Através da avaliação holística dos padrões funcionais do indivíduo, é possível identificar áreas de fragilidade e desenvolver estratégias preventivas que fortaleçam a resiliência mental e promovam o bem-estar biopsicossocial.

A segunda Teoria de Enfermagem que decidi abordar é da autora Hildegard Peplau. Nasceu em 1909, na Pensilvânia. A sua carreira de enfermeira começou em 1931 e mais tarde frequentou o curso de psicologia interpessoal no *Hospital School of Nursing*. Um dos seus contributos mais importantes para a Enfermagem é a sua Teoria das Relações Interpessoais, onde propôs que a relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e o doente constitui a base dos cuidados de Enfermagem. Quando o doente não é capaz de identificar e/ou satisfazer as suas necessidades humanas o enfermeiro desempenha um papel muito importante, ajudando-o a identificar as necessidades e a resolvê-las (Madrone, 2017). Por conseguinte, a qualidade dos cuidados é obtida através de uma boa comunicação e de uma boa relação enfermeiro-doente (Hagerty *et al.*, 2017).

Cuidar do indivíduo é o foco de atenção e o dever do profissional de Enfermagem. A realização do cuidado requer pessoas com habilidades interpessoais que favoreçam a prestação de cuidados diferenciados e significativos para o destinatário (Aguilar, Romero & Aguerto, 2016). No seu trabalho original, a autora descreve o seu modelo como uma "*teoria parcial para a prática de Enfermagem*". Neste sentido, concebe os cuidados prestados aos indivíduos como um tipo de cuidados evolutivos em que as relações de confiança são a base para alcançar resultados satisfatórios (Herrera, López, Betolaza, Martínez & Jiménez, 2003).

A ESMP fundamenta-se na premissa de que a identificação e resolução de problemas através da relação enfermeiro-pessoa constituem o seu alicerce fundamental. A manutenção dessa compreensão demonstra-se crucial para a prestação de cuidados eficazes, tendo sido incorporada na prática após a introdução da Teoria das Relações Interpessoais de Peplau. Desde

então, diversos investigadores têm contribuído para o corpo de conhecimentos sobre os cuidados de Enfermagem baseados nesta teoria (Hagerty *et al.*, 2017).

Peplau salientou que a superação de diversos problemas de Enfermagem pode ser alcançada através de relações interpessoais robustas. Na Teoria das Relações Interpessoais que desenvolveu, identificou quatro fases distintas na relação enfermeiro-pessoa, nomeadamente, orientação, identificação, exploração e resolução (**tabela 3**). Além disso, enfatizou a importância de realizar avaliações contínuas em cada fase da relação (Hagerty *et al.*, 2017).

	Fase	Descrição
1	Orientação	O doente procura ajuda e o enfermeiro identifica o problema e apoia-o no reconhecimento do seu problema. É particularmente importante nesta fase que se estabeleça uma relação de confiança entre ambos, uma vez que isso ajuda a reduzir a ansiedade do doente.
2	Identificação	Envolve os processos de planeamento e determinação de objetivos. Com o início de uma boa relação, o enfermeiro dá ao doente a oportunidade de expor as suas emoções e canaliza-as numa direção positiva. Isto é importante para satisfazer as necessidades do doente.
3	Exploração	Partindo do princípio de que se estabeleceu uma boa relação terapêutica entre o doente e o enfermeiro, é necessário informar o doente de tal forma que este possa agora fazer face ao(s) seu(s) problema(s). Além disso, nesta fase, a cooperação profissional tem lugar e a relação doente-enfermeiro amadurece. A “relação terapêutica” desenvolve-se quando o doente assume a responsabilidade e participa ativamente.
4	Resolução	Espera-se que o doente seja bem-sucedido em todas as atividades discutidas. Nesta fase, é importante garantir que o doente não desenvolve qualquer dependência em relação ao enfermeiro. Como o doente tem agora a capacidade de tomar decisões individuais, a relação doente-enfermeiro termina.

Tabela 3. Fases do processo terapêutico da Teoria das Relações Interpessoais de Peplau (Hagerty et al., 2017).

Desta forma, a Teoria das Relações Interpessoais centra a sua atenção nas interações entre enfermeiro e indivíduo, que no contexto da complexidade associada ao suicídio torna-se um fator essencial para a prevenção e intervenção eficazes. Além disso, sublinha o “papel do enfermeiro como facilitador”, destacando a importância do enfermeiro no apoio ao

desenvolvimento e crescimento do indivíduo, especialmente relevante ao auxiliar aqueles em risco de suicídio, permitindo ao profissional identificar recursos/fatores protetores tanto internos quanto externos. Adicionalmente, Peplau descreve as “fases do processo terapêutico”, explanadas anteriormente, que oferecem uma estrutura aplicável na compreensão e intervenção nos comportamentos suicidários, permitindo ao enfermeiro guiar o indivíduo ao longo do processo de superação de forma efetiva.

Assim, ambas as teorias integram um alicerce teórico para uma prática de ESMP mais eficaz e centrada no indivíduo. Juntas, oferecem uma estrutura robusta para a prática clínica, permitindo uma intervenção precoce e personalizada que pode ser decisiva na prevenção do suicídio, alinhando-se desta maneira, com os princípios de cuidado integral.

2. OBJETIVOS DOS ESTÁGIOS

O propósito central deste trabalho é a aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em ESMP, de acordo com o Regulamento n.º 129/2011 publicado em Diário da República, 2.ª série – N.º 35 – 18 de fevereiro de 2011.

A concretização deste propósito permitirá a obtenção do respetivo título de enfermeiro especialista pela Ordem dos Enfermeiros.

Os objetivos dos estágios foram delineados com vista ao desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em ESMP, com ênfase na promoção da saúde mental e do bem-estar emocional.

Estes objetivos incluem:

1. promover a saúde e prevenir a doença;
2. avaliar as necessidades da pessoa;
3. atingir metas terapêuticas;
4. planear, desenvolver e implementar intervenções de ESMP;
5. monitorizar e avaliar a evolução clínica da pessoa;
6. educar e orientar a pessoa/comunidade;
7. e promover a colaboração multidisciplinar.

Os objetivos específicos de estágio são as metas específicas e mensuráveis propostas no Projeto inicial que vão ao encontro do propósito e das competências a serem desenvolvidas, dos objetivos gerais, do período de estágio e dos recursos disponíveis e necessários.

Este conjunto de objetivos centra-se na promoção de estratégias abrangentes para enfrentar a problemática dos comportamentos suicidários e autolesivos (CSA). Visa-se, essencialmente, reforçar a resiliência e capacitar indivíduos e comunidades para lidarem com desafios, aumentando a consciência sobre a importância da prevenção do suicídio.

Na **tabela 4**, são detalhados estes objetivos de acordo com o contexto clínico.

Objetivos específicos	I	C	RD
Promover a resiliência e a capacidade de enfrentar os desafios.	✓	✓	✓
Aumentar a consciencialização sobre a prevenção dos comportamentos suicidários e autolesivos (CSA).	✓	✓	✓
Identificar e tratar pessoas em risco de suicídio.	✓		✓
Reduzir os fatores de risco para os CSA.	✓	✓	✓
Promover a formação e a investigação sobre o CSA entre os enfermeiros.	✓	✓	✓
Promover a formação de figuras-chave para atuar em situações de risco de CSA.	✓	✓	✓
Promover assistência emocional e psicológica aos indivíduos/comunidade com CSA.	✓	✓	✓
Promover a coordenação de ações destinadas à prevenção do CSA na comunidade e envolver agentes sociais nesta problemática.		✓	✓
Promover a divulgação de informação do Plano Nacional da Prevenção Suicídio aos profissionais e à comunidade.	✓	✓	✓
Promover a informação à população sobre os CSA como um problema de saúde pública.		✓	✓
Promover a difusão dos recursos de ajuda em pessoas em situação de crise.	✓	✓	✓
Fortalecer a rede de apoio social para indivíduos em risco de suicídio.		✓	✓

Tabela 4. Objetivos específicos para os contextos de estágio de Internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda da doença mental (I), Comunidade (C) e Resposta Diferenciada (RD).

As estratégias incluem a identificação precoce e intervenção em pessoas com risco de suicídio, a redução de fatores de risco associados e o fomento de investigação e formação específica para enfermeiros e figuras-chave, capacitando-os a atuar eficazmente em situações de risco. A par disto, pretende-se oferecer suporte emocional e psicológico, melhorando a coordenação dos esforços comunitários e o envolvimento de diferentes agentes sociais na prevenção do CSA. Além disso, enfatiza-se a necessidade de divulgar amplamente informações relacionadas com o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, tanto para profissionais de saúde como para a população em geral, reconhecendo os CSA como um relevante problema de saúde pública. Por fim, procura-se ampliar os recursos de ajuda disponíveis a pessoas em crise e fortalecer as redes de apoio social para aqueles em risco, contribuindo para um esforço coletivo e multidisciplinar de prevenção do suicídio.

3. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

Descrever os contextos em que ocorrem os estágios é relevante na medida em que o local e o ambiente podem ter impacto na experiência e na aprendizagem. Cada local de estágio tem a sua própria cultura, práticas, expectativas e normas. Os locais no qual ocorreram os ensinamentos clínicos estão divididos em três categorias distintas: o contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda da doença mental, contexto comunitário e o contexto de resposta diferenciada. Nos diferentes contextos de estágio, é pretendido desenvolver competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em ESMP.

3.1. Contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda da doença mental

O primeiro ensino clínico realizou-se no Serviço de Psiquiatria - Internamento de agudos, que está inserido num departamento que segue doentes agudos e crónicos, em regime voluntário e involuntário. O internamento conta com uma equipa multidisciplinar que inclui enfermeiros especialistas em ESMP.

O internamento de psiquiatria de adultos dispõe de sala de Enfermagem para registos, sala de tratamentos e preparação de terapêutica e sala de atividades para os doentes. Constatei que no local de internamento seria útil que houvesse uma sala para atividades psicoterapêuticas, assim como, um gabinete para a receção do doente e família, nomeadamente para a entrevista de Enfermagem e a avaliação inicial; também seria importante ter uma sala de visitas. Existem dois pátios, um deles está permanentemente aberto e o outro está sempre fechado. Na minha perspetiva, o segundo local é mais terapêutico devido à presença de áreas verdes, porém requer vigilância constante para evitar tentativas de suicídio nessa estrutura, devido a uma árvore alta com ramos maciças. Neste serviço não existe nenhum programa específico e direcionado para a prevenção do suicídio. O enfermeiro especialista em ESMP leva a cabo as intervenções que considera mais adequadas. As intervenções de grupo são frequentemente utilizadas.

Os diagnósticos médicos são variados: depressão, perturbação da ansiedade, perturbação da personalidade, esquizofrenia e ingestão medicamentosa voluntária. No início do estágio, o

serviço contava com uma lotação de 90%, a maioria mulheres e a faixa etária predominava a geriátrica (65-80 anos). A maioria dos utentes tinha um baixo nível de escolaridade.

3.2. Contexto comunitário

O estágio no contexto comunitário decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), durante o período de 23 de outubro a 21 de novembro de 2023.

As UCC prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situações de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Além disso, atuam na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. As equipas da UCC são compostas por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais.

O Programa de Saúde Mental e Psiquiatria desta UCC, abrange três projetos para públicos-alvo distintos: Projeto de Saúde Mental para utentes com doença mental referenciados pelo hospital de referência; e Projeto de intervenção na demência, para todos os utentes com demência ou défice cognitivo ligeiro, com potencial para estimulação cognitiva, bem como todos os cuidadores informais destas pessoas (capacitação dos cuidadores informais). O enfermeiro especialista em ESMP também acompanha e intervém em jovens e crianças em risco; participa em reuniões semanais multidisciplinares com o objetivo proteger e adquirir estratégias de prevenção.

O método de referenciação das diferentes áreas de intervenção acima descritas, é realizado através do programa *SClínico*®, via correio eletrónico institucional ou por contacto telefónico e em formato de papel pelo enfermeiro e/ou médico das Unidades de Saúde Familiares (USF) da área de abrangência da UCC. Este trabalho contempla um planeamento sistemático com envolvimento dos parceiros de forma contínua, intervindo nas causas dos problemas e em simultâneo rentabilizando eficazmente a utilização dos recursos existentes.

Nesta UCC, não existe nenhum programa com intervenção na prevenção dos comportamentos suicidários e autolesivos.

3.3. Contexto clínico em resposta diferenciada

O estágio no contexto de resposta diferenciada decorreu numa Equipa de Tratamento (ET) que pertence a um Centros de Respostas Integradas (CRI), entre 27 de novembro de 2023 e 12 de janeiro de 2024.

O CRI é uma das unidades funcionais da Divisão de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD), sendo este um serviço central da ARS (Administração Regional de Saúde) cuja missão é promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências. O CRI é constituído por uma equipa multidisciplinar que inclui enfermeiros especialistas, é uma estrutura local de cariz operativo e administrativo, referenciado a um território definido e dispendo de equipas técnicas especializadas multidisciplinares para as diversas áreas de missão dedicadas ao tratamento, prevenção, reinserção e redução de riscos e minimização de danos das dependências.

A ET onde se realizou o estágio, atua no tratamento de indivíduos adultos com consumo de substâncias psicoativas lícitas; consumo de substâncias psicoativas ilícitas; e com comportamentos aditivos e/ou dependências sem substância. Neste local, não existe nenhum conjunto de intervenções direcionadas para a prevenção dos comportamentos suicidários e autolesivos levados a cabo pela equipa multidisciplinar. Maioritariamente, o enfermeiro especialista em ESMP administra e gere o tratamento farmacológico.

Nesta ET, não existe nenhum programa com intervenção na prevenção dos comportamentos suicidários e autolesivos.

4. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO E ATIVIDADES

A implementação efetiva do Projeto e das atividades é essencial para garantir o êxito e a obtenção de resultados significativos tanto na pesquisa, como na prática clínica na área da prevenção do suicídio. A execução desempenha um papel crucial ao delinear de maneira precisa os objetivos do projeto ou das atividades clínicas, envolvendo a tradução de conceitos abstratos em medidas e ações concretas que sejam facilmente compreendidas e aplicáveis. Conforme delineado no projeto inicial, neste capítulo descreve-se a execução do plano para o desenvolvimento das competências específicas, visando alcançar os objetivos estabelecidos em cada um dos contextos de estágio.

4.1. Aspectos genéricos

O projeto de intervenção transversal aos diferentes contextos de estágio, centrado no tema da prevenção dos comportamentos suicidários e autolesivos, teve em conta os seguintes critérios de inclusão: saber ler e escrever em língua portuguesa, ter *insight* e aceitar participar voluntariamente na intervenção; por outro lado, os critérios de exclusão foram: apresentar agitação psicomotora, estado confusional, sintomas positivos exacerbados; estado de agressividade e hostilidade latente e défice cognitivo.

Relativamente aos critérios de inclusão, o conhecimento de escrita e leitura na língua portuguesa é fundamental para a participação na intervenção psicoeducacional que requer o desenvolvimento de competências ou aquisição de conhecimento, que ocorre no idioma português, já que a comunicação eficaz é essencial para a prática (Frias, 2014). A comunicação verbal é uma das principais ferramentas de comunicação na área da saúde e a capacidade de compreender e expressar na mesma língua, neste caso em português, é crucial para entender, comunicar e reter a mensagem (Frias, 2014).

O *insight* refere-se à capacidade de compreender e reconhecer a própria condição, é importante que os participantes tenham *insight* para que possam entender o seu estado de saúde/doença e a importância da aquisição de conhecimento e competências (Pedro, 2018). A avaliação do *insight* foi realizada através da avaliação da capacidade de introspeção passada e atual da pessoa, através da percepção da pessoa sobre si mesma em relação ao meio comunitário

e cultural (Lera *et al.*, 2012). A participação voluntária assegurou que estivessem verdadeiramente interessados em melhorar o seu estado de saúde/doença, e, portanto, aumenta a motivação e o compromisso que é essencial para o sucesso da aprendizagem e do desenvolvimento de competências (Ghamrawi, 2013).

Sobre os critérios de exclusão, a agitação psicomotora pode indicar um estado de grande agitação e inquietação, dificultando a participação eficaz em intervenções psicoterapêuticas (Sampaio *et al.*, 2018). As pessoas com estado confusional podem ter dificuldade em processar informação, tomar decisões informadas e participar eficazmente. O estado confusional pode ser temporário ou persistente, mas, em qualquer dos casos, pode afetar a qualidade da participação (Silva, 2016). Os sintomas positivos em perturbações mentais, como alucinações, delírio ou desorganização do pensamento, prejudicam a capacidade de aprendizagem e de comunicação (Silva, 2016). A presença de agressividade ou hostilidade latente pode originar um ambiente desafiador e até perigoso (Silva, 2016).

As pessoas com défices cognitivos significativos podem ter dificuldades substanciais em entender e aplicar os conceitos (Sampaio *et al.*, 2018). A avaliação dos défices cognitivos, no contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda da doença mental, foi efetuada mediante o instrumento *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA). Para o contexto de Respostas Diferenciadas, recorreu-se ao *Mini-Mental State Examination* (MMSE), dado que a aplicação do MoCA se revelou complexa e exigente para os indivíduos no primeiro contexto de estágio, possivelmente devido ao baixo nível de escolaridade dos mesmos.

No contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda da doença mental, revelou-se necessário utilizar um instrumento que avaliasse a ansiedade e a depressão. Por isso, recorreu-se à *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Pais-Ribeiro *et al.*, 2007), dadas as suas características adequadas ao contexto hospitalar. Esta escolha deveu-se à capacidade da HADS proporcionar uma avaliação precisa dos níveis de ansiedade e depressão em ambientes clínicos, sendo particularmente útil para pessoas internadas.

De maneira geral, a tomada de decisão no âmbito clínico dos comportamentos suicidários e autolesivos apoiou-se no “Guia de intervenção GI-mhGAP das perturbações mentais, neurológicas e relacionadas com o consumo de substâncias ao nível dos cuidados não especializados” da OMS (2021). Este guia fornece estratégias para fazer face à falta de cuidados para as pessoas com perturbações mentais, neurológicas e relacionadas com o consumo de substâncias, especialmente nos países de baixo e médio rendimento. Inclui intervenções baseadas em evidência para identificar e gerir uma série de perturbações. As perturbações prioritárias incluem: depressão, psicose, perturbação bipolar, epilepsia, perturbações do desenvolvimento e do comportamento em crianças e adolescentes, demência, perturbações relacionadas com o consumo de álcool, perturbações relacionadas com o consumo de substâncias, suicídio e outros sintomas emocionais significativos (OMS, 2021).

4.2. Contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda da doença mental

No decurso do primeiro momento de estágio (M1), integrei-me num grupo de investigação e formação da instituição hospitalar. Sob a orientação do investigador principal, especialista em ESMP do serviço, solicitámos acesso aos dados hospitalares com o objetivo de realizar um estudo de análise sobre os casos de suicídio ocorridos no serviço de internamento de Psiquiatria, bem como nos dias subsequentes à alta, durante os últimos 10 anos.

No âmbito deste estudo, foram estabelecidas correlações significativas entre os casos de suicídio e diversas variáveis, tais como a hora do dia, o turno de trabalho, o início ou final do turno, a estação do ano e a patologia psiquiátrica associada. Os resultados obtidos foram apresentados pelo grupo de investigação à comunidade hospitalar numa sessão dedicada, ocasião em que também expus o meu projeto de estágio e a sua relevância, tendo em conta os dados apresentados.

No Serviço de Psiquiatria havia uma taxa de ocupação de 90%. A média de idades dos utentes era de 66 anos e a maioria apresentava um baixo nível de habilitações académicas, entre o 4.º e 6.º ano de escolaridade. Atendendo às recomendações da *The Joint Commission* (2016), procedeu-se à avaliação de todos os indivíduos em contexto de internamento quanto ao risco de suicídio usando o Questionário de Ideação Suicida (QIS - SIQ - *Suicidal Ideation Questionnaire*; Reynolds, 1988; versão portuguesa por Ferreira e Castela, 1999) e o *Montreal Cognitive Assessment* - MoCA (Freitas *et al.* 2013) para avaliar a cognição.

O QIS é um instrumento de autorresposta que permite avaliar a gravidade dos pensamentos suicidas em adolescentes e adultos. É constituído por 30 itens, variando as respostas de 1 - “o pensamento nunca ocorreu” até 7 - “o pensamento ocorreu sempre”, podendo o resultado variar entre 0 e 180. Ferreira e Castela (1999) encontraram um alfa de *Cronbach* elevado (0,96), ligeiramente superior ao coeficiente referido pelo autor original. O instrumento não apresenta pontos de corte para a população portuguesa. Segundo Reynolds (1988), uma pontuação superior a 41 pode ser indicativa de significativa psicopatologia e de potencial risco de suicídio.

O MoCA (Nasreddine *et al.*, 2005) validado para a população portuguesa por Freitas *et al.* (2013), constitui um instrumento rápido de rastreio cognitivo. É constituído por um protocolo de uma página, cujo tempo de aplicação é de aproximadamente 10 minutos, e por um manual onde são explicitadas as instruções para a administração das provas e definido, de modo objetivo, o sistema de cotação do desempenho nos itens. Tem uma pontuação máxima de 30

pontos, avalia oito domínios cognitivos contemplando diversas tarefas em cada domínio. A pontuação igual ou superior a 26 é considerada normal.

No contexto de estágio, o QIS e o MoCA foram aplicados a uma parte dos indivíduos, principalmente pelos critérios de exclusão “agitação psicomotora” e “estado confusional”. Assim, estratificou-se os indivíduos de acordo com o nível de risco de suicídio tal como constava no Projeto inicial. Para todos os indivíduos identificados com risco elevado de suicídio (≥ 41), foram levadas a cabo intervenções individualizadas. Ao longo do período de estágio continuou-se o rastreio do risco de suicídio à medida que havia novos internamentos ou sempre que necessário. Cinco pessoas, três homens e duas mulheres, obtiveram uma pontuação superior a 41 (alto risco). Apresentavam em comum diagnósticos de depressão, ideação suicida e ingestão medicamentosa voluntária.

Após a identificação, iniciou-se a fase da entrevista clínica, aprofundando a compreensão dos casos e implementando estratégias de intervenção personalizadas. Cada indivíduo exigiu uma abordagem única, considerando não apenas os aspetos clínicos, mas também os contextos emocionais, sociais e ambientais que contribuem para o risco de suicídio.

De forma individualizada, foi partilhado com os doentes o seu diagnóstico de Enfermagem e foi-lhes proposto um conjunto de intervenções passíveis de ajudá-los a restabelecer o seu estado de saúde. Aceitaram participar de maneira voluntária e assinaram o consentimento informado.

“Executar reestruturação cognitiva” foi uma das intervenções mais utilizadas neste contexto clínico. No entanto, os planos de cuidados de Enfermagem também incluíram os diagnósticos e as intervenções da **tabela 5**:

Diagnósticos	Intervenções
Ansiedade	Assistir no apoio à tomada de decisão
Autoconceito comprometido	Assistir no controlo do humor
Autogestão do regime medicamentoso comprometido	Executar aconselhamento
Humor depressivo	Executar fortalecimento da autoestima
Ideação suicida	Executar melhoria da autoeficácia
Luto comprometido	Executar plano de segurança
Sono comprometido	Executar promoção da esperança
	Executar reestruturação cognitiva
	Executar relação de ajuda
	Executar técnica de relaxamento
	Executar treino para controlo de impulsos

Tabela 5. Principais diagnósticos e intervenções que emergiram no contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda da doença mental

Todos os planos de cuidados de Enfermagem foram integrados no sistema de informação usado no serviço, o *SClinic®*. Um destes casos foi selecionado para aprofundar e discutir no contexto académico com recurso à Ontologia em Enfermagem e à plataforma *e4nursing®* by ESEP. Quando os conceitos específicos necessários não estavam disponíveis através da Ontologia de Enfermagem (*NursingOntos*), recorreu-se a fontes alternativas no campo da Enfermagem, nomeadamente à *NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)*, à *NOC (Nursing Outcomes Classification)*, à *NIC (Nursing Interventions Classification)* e à *ICNP (International Classification for Nursing Practice)*. Este procedimento assegurou que os planos de cuidados mantivessem uma base sólida e padronizada de conhecimento, tal como se baseia o conteúdo da **tabela 5**, garantindo assim uma prática clínica informada e atualizada, mesmo perante as limitações detetadas na cobertura concetual da *NursingOntos*.

Todas estas situações foram tratadas com empatia e cuidado. Demonstrou-se compreensão, evitando julgamentos e estigmas, com o objetivo de estabelecer uma relação terapêutica. Especificamente sobre a aplicação do meu Projeto, foram realizadas entrevistas clínicas, incidindo sobre a presença de um plano específico para o suicídio, meios para concretizá-lo e a real intenção de seguir adiante, para ajudar a determinar a gravidade da situação. Além disso, foi essencial explorar os sentimentos e pensamentos, buscando compreender a origem da desesperança e identificar os fatores stressantes. Quando se observava um risco iminente acionava-se a intervenção imediata para garantir a segurança e integridade.

Durante o processo terapêutico foi importante desenvolver um plano de segurança (PS) em colaboração com a pessoa. O PS vai para além do que tradicionalmente se designa por “contrato terapêutico”, segundo o qual o doente concorda em não levar a cabo uma tentativa de suicídio ou qualquer outro comportamento autolesivo até à sessão seguinte, sem contactar previamente o profissional de saúde. Estes contratos não têm qualquer base de prova da sua eficácia, não oferecem proteção médico-legal, não estão centrados no doente e podem ter efeitos paradoxais tanto para o profissional como para o doente. Assim, podem dar uma falsa sensação de segurança ao profissional e levá-lo a não realizar todas as ações terapêuticas necessárias. Para o doente, podem levar a não comunicar a recorrência da ideação suicida para não provocar uma rutura na relação. Pelo contrário, o PS aceita o risco de suicídio existente, fornecendo elementos de melhoria no plano terapêutico, tanto para o profissional (melhor compreensão das situações que desencadeiam o risco) como para o doente, que aprende a desenvolver estratégias de *coping* (Hoyt *et al.*, 2021).

Os planos de intervenção incluíram estratégias específicas para lidar com pensamentos suicidas e identificar recursos de suporte. O acompanhamento regular foi essencial para monitorizar a evolução e garantir a implementação efetiva do PS.

As intervenções centraram-se na identificação e reestruturação de padrões de pensamento negativos, no desenvolvimento de competências para enfrentar e superar distorções cognitivas, e na implementação de técnicas de resolução de problemas para lidar com desafios específicos.

Em conjunto com a pessoa, definiram-se os seus valores pessoais e estabeleceram-se metas alinhadas com esses valores. Desenvolveram-se competências de consciencialização para aumentar a consciência do momento presente.

Exploraram-se as dinâmicas inconscientes relacionadas à perda e desesperança, trabalhando na resolução de conflitos não resolvidos e na compreensão de padrões interpessoais. A ambivalência em relação à mudança também foi explorada. Os gatilhos específicos para pensamentos suicidas foram abordados e trabalhados, assim como a sua prevenção.

A seleção das intervenções foi cuidadosamente realizada, com base na etiologia dos pensamentos suicidas e nas características individuais de cada caso. Em situações, foi implementada a intervenção "executar aconselhamento". Essa técnica consiste em um processo interativo de ajuda, centrado nas necessidades, problemas e sentimentos do indivíduo e da família. O objetivo principal do "executar aconselhamento" é promover e otimizar as estratégias de *coping*, a resolução de problemas e as relações interpessoais, visando a uma melhor qualidade de vida para o indivíduo em sofrimento (Butcher *et al.*, 2018).

Antes da alta e para garantir a segurança imediatamente após a alta, executou-se um plano de intervenções de segurança para o meio e contexto que a pessoa retornaria, tendo-se incluído os membros da família ou outras pessoas significativas para que pudessem estar envolvidos, nomeadamente na adoção de medidas para reduzir o acesso a meios letais. Forneceu-se à pessoa e família informação sobre linhas telefónicas em situação de crise. Para todas as pessoas, independentemente do nível de risco, iniciou-se o contacto por chamada telefónica após a alta, efetuando o primeiro contacto nas primeiras 24 horas e o segundo contacto no prazo de 7 dias após a alta.

O processo de tomada de decisão baseou-se na análise cuidadosa e contínua das necessidades individuais de cada pessoa, considerando os fatores biopsicossociais. A avaliação holística permitiu compreender a totalidade do indivíduo, identificando não apenas os sintomas, mas também os determinantes subjacentes. A individualização dos cuidados permitiu que as intervenções fossem adaptadas às necessidades específicas de cada pessoa, e a participação ativa da pessoa no processo de tomada de decisão, permitiu compreender as percepções e preferências e contribuiu para um plano de cuidados colaborativo, fortalecendo a adesão às intervenções propostas.

A natureza dinâmica da saúde mental exigiu uma avaliação constante e capacidade de ajustar as intervenções com base na resposta da pessoa para otimizar os resultados e garantir que os cuidados estivessem direcionados às necessidades. As questões sociais, económicas e culturais

desempenham um papel significativo na saúde mental e a consideração destes determinantes sociais na tomada de decisão permitiu abordar as barreiras estruturais que podiam impactar a saúde mental.

A abordagem multiprofissional foi fundamental para garantir uma visão abrangente e a colaboração entre os profissionais de saúde mental, contribuiu para uma tomada de decisão informada e integrada. A tomada de decisão foi respaldada pelo enfermeiro tutor do local de estágio, assim como, pela docente da instituição de ensino, que acompanharam e validaram o processo de Enfermagem.

Inicialmente, ao aplicar o QIS, observou-se pontuações elevadas entre os indivíduos analisados. A alta pontuação indicava um risco considerável de suicídio, no entanto, ao longo das intervenções, os resultados mostraram uma tendência positiva, evidenciando uma melhoria no estado da saúde mental. No final do período de intervenção, constatou-se uma diminuição nas pontuações do QIS em comparação com as avaliações iniciais. A redução indicou uma resposta positiva às estratégias implementadas, sugerindo que as intervenções de Enfermagem foram eficazes na mitigação do risco de suicídio. Observaram-se ganhos em saúde mental não apenas nas pontuações do questionário, mas também em mudanças comportamentais, na expressão emocional e na melhoria geral do bem-estar mental.

Estes resultados favoráveis sublinham a importância do papel da ESMP na promoção da recuperação e na prevenção dos comportamentos suicidários e autolesivos.

É importante ressaltar que a pessoa é acompanhada por diferentes profissionais de saúde e tem instituído um tratamento farmacológico que, no seu conjunto, permite a recuperação da pessoa.

Ao longo do estágio, dediquei-me, juntamente com a equipa de investigação e formação da instituição hospitalar, à reflexão crítica sobre a importância da entrevista clínica e da sua dimensão ética. Abordamos, de forma abrangente e holística, tanto os aspetos práticos como teóricos da entrevista clínica, proporcionando uma visão completa e aprofundada desta ferramenta essencial.

Tive a oportunidade de apresentar à comunidade hospitalar um plano de cuidados alinhado com as mais recentes abordagens ontológicas, partilhando um caso clínico que evidenciou as implicações ético-legais inerentes à prática profissional.

Além disso, destaco a minha participação nas atividades alusivas ao Dia Mundial da Saúde Mental, a 10 de outubro. Durante este evento científico, tive a oportunidade de apresentar uma Comunicação Oral, abordando questões cruciais relacionadas à promoção da saúde mental e prevenção do suicídio na adolescência. Discutiram-se temas pertinentes como *bullying*,

cyberbullying, o impacto das redes sociais e o consumo de substâncias, com o intuito de sensibilizar e educar sobre estas questões tão relevantes para o bem-estar mental.

Este estágio não apenas proporcionou a experiência prática no ambiente clínico, mas também ofereceu a oportunidade de contribuir para a investigação e discussão.

4.3. Contexto comunitário

Existem diversos obstáculos que contribuem para dificultar o acesso aos cuidados especializados, incluindo o persistente estigma em relação à doença mental, que afeta ainda os profissionais de saúde, e a falta de investimento na capacitação destes profissionais (OMS, 2021). A compreensão dos comportamentos suicidários e autolesivos por parte dos profissionais de saúde desempenha um papel crucial na definição das abordagens a serem adotadas no atendimento e no encaminhamento posterior dos indivíduos (Botega *et al.*, 2005).

Neste contexto, as atitudes predominantes dos profissionais de saúde em relação às pessoas com comportamentos suicidários têm sido amplamente pesquisadas, revelando que atitudes negativas, críticas e desvalorização são as mais comuns entre esses profissionais (Crawford *et al.*, 2003; Kawanishi, 2006; Samuelsson e Asberg, 2002; Saunders, 2012; Simões *et al.*, 2012).

Através das entrevistas clínicas com indivíduos em risco de suicídio, tornou-se evidente que, em mais de um caso, estes se sentiram desconfortáveis e estigmatizados ao abordar o tema com o seu enfermeiro de família ou outros profissionais de saúde. Relataram a falta de apoio imediato para aliviar o sofrimento e pensamentos intrusivos sobre a morte, bem como a ausência de escuta ativa e empatia por parte dos profissionais.

Estas experiências inquietantes suscitaram a questão de se os profissionais de saúde possuem o conhecimento e as competências necessárias para lidar com o tema do suicídio. A formação de base e a contínua serão suficientes? Este questionamento serviu como mote para o desenvolvimento de uma Intervenção Promotora de Literacia em Saúde Mental (IPLSM).

A divulgação da IPLSM foi realizada por email institucional, convidando todos os enfermeiros dos CSP do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) a participar. As inscrições foram limitadas a 40 participantes, devido à capacidade do espaço físico. No momento da inscrição, os participantes liam e aceitavam voluntariamente participar no projeto.

A IPLSM foi inicialmente estruturada em quatro sessões de uma hora cada. No entanto, devido a fatores externos, como a disponibilidade do espaço físico e o período de estágio, as sessões foram reduzidas para três, com duração de uma hora e trinta minutos cada.

Inscreveram-se na IPLSM 37 enfermeiros, dos quais 92% eram mulheres e 8% homens. A média de idades foi de 41,2 anos, com idade mínima de 20 anos e idade máxima de 59 anos.

Foi aplicado o Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida (QACS) de Botega, Reginato e Silva (2005). O QACS avalia as atitudes dos enfermeiros em relação ao comportamento suicida e permite identificar diferenças entre esses profissionais.

O instrumento é constituído por 21 itens que exploram as crenças, sentimentos e reações perante indivíduos em risco de suicídio. Utiliza uma escala *Likert* de 10 pontos, em que uma pontuação superior reflete uma maior concordância com o item ou afirmação.

A validação do QACS permitiu extrair três fatores interpretáveis com os seguintes coeficientes de alfa de Cronbach, tal como se pode verificar na **tabela 6**:

Fatores	Alfa de Cronbach
Sentimentos ao tratar a pessoa <i>Avalia as emoções dos profissionais durante o atendimento.</i>	0,7
Capacidade profissional <i>Verifica a autoconfiança dos enfermeiros no manejo do comportamento suicida.</i>	0,6
Direito ao suicídio <i>Explora a visão dos profissionais de saúde sobre o direito à morte assistida.</i>	0,5

Tabela 6. Fatores interpretáveis do QACS e respetivo coeficiente alfa de Cronbach.

As sessões da IPLSM foram criteriosamente elaboradas para tratar o tema do suicídio de forma abrangente e profunda, ancoradas nas melhores práticas e evidências científicas. De modo a assegurar a qualidade e a extensão do programa, deu-se particular atenção à seleção da bibliografia e aos materiais de suporte utilizados ao longo das sessões, refletindo o empenho em proporcionar uma formação robusta e fundamentada em conhecimento atualizado. Apresenta-se de forma resumida na **tabela 7**, os conteúdos abordados em cada sessão.

Adicionalmente, para complementar e enriquecer a experiência formativa, disponibilizam-se recursos adicionais desde o anexo VI ao anexo XII. Nestes anexos, é possível examinar todos os diapositivos usados nas sessões de IPLSM, bem como a bibliografia que serviu de alicerce para a elaboração dos conteúdos abordados.

Sessão	Conteúdos
1. Importância da prevenção do suicídio nos CSP	Compreensão do Suicídio. Significado e definição. Circunstâncias complexas que o rodeiam. Magnitude do problema: dados epidemiológicos relevantes. Impacto em diferentes níveis: individual, social, familiar e económico. Prioridade de saúde pública. Estratégias de Prevenção e Intervenção: Abordagens eficazes para prevenir o suicídio. Importância da intervenção precoce.
2. Como atuar perante o indivíduo em risco	Identificação de Sinais de Risco. Fatores de risco: doença física ou mental, automutilação. Escalada das autolesões: desde processos iniciais até comportamentos graves. Diferenciação entre suicídio, acidentes e morte digna. Compreensão do Problema: Barreiras e recursos para lidar com o suicídio. Importância da interação eficaz com o indivíduo em risco. Relação com o ambiente social, familiar e sistema de saúde. Abordagem Multidisciplinar: Colaboração entre diferentes profissionais de saúde mental. Características-chave da entrevista: comunicação e escuta ativa. Instrumentos de quantificação, rastreio e avaliação de risco. Intervenção na Ideação/Comportamento Suicida: Coordenação com os serviços de saúde mental. Intervenções gerais e específicas para diferentes estágios.
3. Gestão dos CSP do indivíduo não referenciado	Acompanhamento nos CSP: Estratégias para acompanhar indivíduos em risco sem avaliação prévia por especialistas. Interações com apoios sociofamiliares. Cuidados aos Sobreviventes: Reconhecimento do papel essencial dos prestadores de cuidados. Necessidades específicas dos sobreviventes de suicídio.

Tabela 7. Sessões e conteúdos da Intervenção Promotora da Literacia em Saúde Mental (IPLSM)

Para além das sessões teóricas e práticas, apresenta-se também o cartaz de divulgação da IPLSM, concebido não só para informar acerca da iniciativa, mas também para sensibilizar a comunidade para a importância da prevenção do suicídio. Salienta-se igualmente o cartaz com o fluxograma de avaliação de risco de suicídio, um recurso oferecido ao ACeS, que resume de forma clara e acessível os procedimentos a seguir perante a identificação de um potencial risco de suicídio.

Ademais, elaborou-se um folheto com recomendações práticas para os enfermeiros sobre como atuar perante o risco de suicídio. Este material pretende ser um guia rápido de referência, consultável em situações que exijam intervenção, reforçando assim a capacidade de resposta dos enfermeiros dos CSP perante esta problemática tão sensível. A junção destes materiais,

juntamente com a formação teórica e prática providenciada nas sessões da IPLSM, visou não só elevar a consciência e o conhecimento sobre a prevenção do suicídio entre os profissionais de saúde, mas também aprimorar as competências de intervenção em momentos de crise, contribuindo de forma significativa para a redução da incidência do suicídio na comunidade.

Esta abordagem abrangente visou fornecer uma compreensão holística para lidar com o tema complexo do suicídio, promovendo a prevenção, intervenção eficaz e cuidados contínuos aos indivíduos em risco.

O QACS foi aplicado aos enfermeiros participantes, tanto no início como no final da intervenção. Na **tabela 8**, indica-se a média e Desvio Padrão (DP) das respostas, antes e após a intervenção. Os itens com fundo colorado estão relacionados com os fatores interpretáveis. A azul, são os itens relacionados com fatores afetivos/sentimentais. A verde, os itens relacionados com fatores comportamentais/competências profissionais. A amarelo, os itens relacionados com fatores cognitivos/direito ao suicídio.

Pré-intervenção		Item	Pós-intervenção	
Média	DP		Média	DP
4,5	2,5	Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou suicidar-se.	6,9	2,3
3,9	1,6	Sinto-me capaz de perceber quando um indivíduo tem risco de se matar.	6,5	2,3
3,5	2,4	Tenho preparação profissional para lidar com pessoas que têm risco de suicídio.	6,1	3,0
6,3	2,4	Sinto-me inseguro(a) para cuidar de indivíduos com risco de suicídio.	4,7	2,5
3,2	2,0	Quem ameaça, geralmente não se mata.	2,4	2,1
2,8	2,3	No fundo, prefiro não me envolver muito com pessoas que tentaram o suicídio.	2,4	2,1
4,4	3,0	Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio e acabar por induzir o indivíduo a isso.	1,7	1,4
2,4	2,5	No fundo, às vezes dá até raiva, porque tanta gente quer viver... e aquele indivíduo quer morrer.	2,2	2,0
5,6	2,4	Sentimo-nos impotentes perante uma pessoa que quer se matar.	4,4	2,4
3,0	2,0	No caso de doentes que estejam a sofrer muito devido a uma doença física, acho que é mais aceitável a ideia de suicídio.	3,4	2,8
4,2	2,5	Apesar de tudo, penso que, se uma pessoa se deseja matar, tem esse direito.	3,4	2,1
6,3	2,4	Perante um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho.	8,3	1,2
3,3	1,8	A vida é um dom de Deus, e só Ele a pode tirar.	2,7	1,8
2,7	1,7	Quem tem Deus no coração, não vai tentar matar-se.	2,1	1,9
6,3	2,5	Quando uma pessoa fala de pôr fim à vida, tento retirar aquilo da cabeça dela.	6,2	2,6

Tabela 8. Média e Desvio Padrão (DP) da pontuação pré-intervenção e pós-intervenção das respostas ao "Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida - QACS" (Botega et al, 2002).

Os resultados obtidos revelaram que, embora as atitudes negativas inicialmente identificadas tenham sofrido ligeiras alterações, houve uma notável melhoria no conhecimento sobre os comportamentos suicidários e autolesivos. No entanto, conforme sugere a literatura, as mudanças em atitudes e comportamentos, por vezes, exigem um período de intervenção mais prolongado para manifestarem-se de forma mais evidente (Erol Ursavaş e Karayurt, 2021).

O facto de as sessões terem ocorrido num espaço de tempo relativamente curto pode ser um elemento explicativo para a ausência de mudanças drásticas nas atitudes dos participantes. É importante reconhecer que a transformação de atitudes muitas vezes requer um processo gradual e contínuo, sendo influenciada, entre outros, pela duração da intervenção e o tempo pós-intervenção (Phillips *et al.*, 2020). A observação de uma melhoria substancial no conhecimento sobre comportamentos suicidários e autolesivos destaca a relevância e o impacto positivo da intervenção no aumento da compreensão e consciência dos participantes em relação a esta temática sensível. Este contexto reforça a necessidade de abordagens contínuas e adaptadas, considerando a complexidade das mudanças psicossociais.

A avaliação do processo é uma prática comum nas IPLSM e em outros contextos de saúde. Envolve o acompanhamento e análise de como a intervenção está a ser implementada, com o objetivo de perceber o que pode ser melhorado e como os participantes estão a reagir à intervenção. Esta avaliação é relevante para garantir que os objetivos da intervenção sejam alcançados de forma eficaz. Ao longo da IPLSM, a avaliação do processo incluiu a monitorização da implementação, verificando se as atividades planeadas estavam a ser executadas conforme o previsto. Também se avaliou o nível de participação e envolvimento dos participantes, analisando a assiduidade nas diferentes sessões. A avaliação dos participantes foi essencial para compreender a experiência com a intervenção, incluindo o que acharam útil, desafiador ou necessário para melhorar. Realizaram-se ajustes necessários na intervenção com base nos dados recolhidos durante a avaliação do processo, como por exemplo incluir-se demonstração de *role-playing*³ para instruir sobre a abordagem à pessoa com comportamentos suicidários e autolesivos.

A avaliação das sessões realizou-se numa escala de 0 a 5, sendo 5 o nível máximo de satisfação. A primeira sessão registou uma média de 4,5 pontos, ao passo que a última sessão alcançou uma média de 4,95 pontos, evidenciando um aumento considerável na satisfação dos participantes ao longo do processo.

Conforme previamente delineado, foi conduzido um estudo de caso nesse contexto específico. Dois enfermeiros, caracterizados por diferentes perfis, foram selecionados por conveniência e participaram de maneira voluntária, configurando, desta forma, a metodologia do estudo de caso, que permitiu a comparação entre esses dois casos distintos. Em ambos os cenários,

³ Interpretação de papéis

emergiu o diagnóstico de “potencial para melhorar o conhecimento sobre comportamentos suicidários e autolesivos” devido à carência de conhecimento sobre esta temática.

Adicionalmente, constatou-se que ambos os participantes apresentavam atitudes negativas em relação ao suicídio, atitudes essas que foram passíveis de serem moldadas através da intervenção em grupo. O processo de intervenção revelou-se eficaz principalmente na remodelação do conhecimento, evidenciando a capacidade transformadora desse tipo de abordagem. Tal como aconteceu no outro grupo, as mudanças em atitudes e comportamentos, por vezes, exigem um período de intervenção mais prolongado para manifestarem-se de forma mais evidente.

4.4. Contexto clínico em resposta diferenciada

Nos últimos anos, os debates sobre os quadros jurídicos internacionais de controlo de drogas abriram-se face à crise do paradigma dominante da “guerra contra as drogas” e aos efeitos negativos e contraproducentes que esta tem sobre as pessoas que as consomem e a sua comunidade. Desde a sessão extraordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre drogas em 2016, tem-se verificado uma abertura no âmbito das políticas internacionais de drogas, permitindo um enfoque reduzido na diminuição da procura de drogas e na criminalização dos consumidores. Em vez disso, começou a reconhecer-se que as políticas de drogas atuais estão a contribuir para o sofrimento social generalizado e para a desigualdade, defendendo que se adote uma abordagem baseada nos direitos humanos (Nações Unidas, 2021).

Isto não significa negligenciar a luta contra o fluxo de drogas ilícitas ou o desenvolvimento de ações preventivas, nem deixar de perseguir aqueles que se beneficiam ilicitamente do tráfico de drogas; significa simplesmente defender os direitos humanos e a proteção social, como forma de garantir um desenvolvimento inclusivo que não deixe ninguém para trás.

As adições são um problema complexo que causa a perda de milhões de vidas a cada ano e gera grande sofrimento para as pessoas que sofrem, suas famílias, a comunidade e a população em geral.

Ao longo da história, o consumo de substâncias psicoativas foi utilizado para diferentes fins, dependendo das mudanças sociais, o que levou a diferentes padrões de comportamento. Uma das mudanças paradigmáticas em termos de comportamentos aditivos ocorreu no final do século XX, com o surgimento de um novo tipo de adições, as adições sem substância, caracterizadas

por serem dependências relacionadas com comportamentos quotidianos que podem interferir seriamente no bem-estar da pessoa e do seu ambiente.

A investigação científica em adições avançou enormemente nas últimas décadas, ajudando a entender a ampla gama de mecanismos e fatores que subjazem nelas. Graças ao estudo, foi possível identificar as ações mais apropriadas para desenvolver um plano integral em matéria de adições. Assim, sabe-se que a eficácia das intervenções de prevenção varia de acordo com os contextos, o curso da vida, o grupo social e o tipo de abordagem. Além disso, foram desenvolvidas linhas de investigação, permitindo melhorar o tratamento dos transtornos por consumo de substâncias aditivas ou adições comportamentais, bem como estudos para melhorar o acesso adaptado a populações específicas.

No contexto de estágio clínico numa área especializada, considerou-se a implementação de medidas de prevenção secundária, mais precisamente, a prevenção seletiva, centrando-se na população considerada mais vulnerável e em situação de risco - indivíduos com comportamentos aditivos e dependentes (Sobanski *et al.*, 2022). Prevalece neste contexto pessoas com consumo de substâncias psicoativas lícitas (álcool e medicamentos) e ilícitas (cannabis, ecstasy, anfetaminas, cocaína, heroína e LSD). A intervenção neste contexto teve como objetivo principal prevenir a morbilidade e a mortalidade através dos fatores que predispõem a pessoa para a situação de risco. A falta de apoio social é um fator de risco para o suicídio (Thippaiah *et al.*, 2019).

As atividades visaram promover a adoção de padrões de consumo mais seguros para reduzir os riscos associados ao uso de drogas, baseando-se em diversas teorias de influência que explicam a mudança comportamental em diferentes níveis, abrangendo fatores ambientais e comportamentais:

1. A nível individual, foca-se em fatores que afetam o comportamento, como conhecimentos, atitudes ou crenças, apoiando-se na Teoria das Etapas da Mudança e na Teoria do Processamento da Informação.
2. A nível interpessoal, considera a influência dos grupos primários, como a família e amigos, através da Teoria da Aprendizagem Social.
3. A nível comunitário, enfatiza-se o impacto das redes e normas sociais no comportamento individual, recorrendo à Teoria da Organização Comunitária. As teorias da Identidade Social e da Comparação Social sublinham a importância de uma seleção cuidadosa do grupo de pares, de modo que estes sejam percebidos como iguais e possuam capacidade de influência.

Assim, foi levada a cabo uma intervenção psicoeducativa de grupo, baseada na autoavaliação do risco de suicídio e na promoção de atividades de grupo. As atividades de grupo visaram promover a resiliência baseando-se na premissa que os problemas interpessoais e os défices nas competências sociais podem causar ou exacerbar a ideação e o comportamento suicidário, e vice-versa (Batterham et al., 2015).

A abordagem centrou-se nos fatores de risco de suicídio durante as sessões de avaliação e tratamento. Foram conduzidas seis sessões com a duração de 45 minutos cada uma, tal como se pode consultar na **tabela 9** (pode consultar-se no anexo XIII, a planificação das sessões de forma mais detalhada), envolvendo a participação de dez indivíduos com diferentes problemáticas sociais e de saúde. A seleção dos participantes foi feita através de referências da equipa multidisciplinar, envolvendo seis pessoas, bem como uma seleção aleatória de mais quatro indivíduos. O grupo foi composto por uma proporção de 20 % de mulheres e 80 % de homens. A idade média dos participantes foi de 35 anos, com idades variando entre 20 e 57 anos.

Sessão	Título	Conteúdo	Duração (min)
0	Avaliação Inicial	Promoção de conhecimento sobre as sessões, avaliação do risco de suicídio e da cognição com o QIS e o MMSE.	45
1	Dependências de substâncias	Dependência química; consumo prejudicial; tipos de drogas; álcool; sintomas e consequências da dependência; tratamentos.	45
2	Porque é que as pessoas se suicidam?	Definição de suicídio; possíveis causas; doença mental e física e o suicídio; consumo de substâncias; debate de grupo.	45
3	Falamos sobre sentimentos?	Identificação de emoções; relação emoções-substâncias; autoconsciência; estratégias de afrontamento; autoestima; comunicação emocional com <i>role-playing</i> .	45
4	Eu preciso de ajuda	Reconhecimento de sinais de alerta; sistemas de ajuda; envolvimento da rede de apoio; plano de segurança.	45
5	Avaliação Final	Reavaliação do risco de suicídio com o QIS; avaliação geral das sessões com questionário de satisfação.	45

Tabela 9. Sessões, conteúdo e duração no contexto de resposta diferenciada.

As sessões de avaliação inicial e final revelaram-se fundamentais para compreender a variação do risco de suicídio entre os participantes. Verificou-se uma diminuição na média das pontuações das respostas ao QIS, o que é um indicador positivo. Quanto mais elevada a pontuação, maior o risco de suicídio. Logo, a redução na pontuação média sugere uma diminuição no risco percebido. Esta evolução favorável sugere que o acompanhamento e as intervenções ao longo das sessões podem ter sido eficazes na redução do risco de suicídio. É essencial continuar a monitorizar os indivíduos para assegurar que esta tendência seja mantida e que o bem-estar mental seja uma prioridade.

Desde o início das atividades, realizou-se uma avaliação contínua das mesmas, incluindo uma avaliação interna da intervenção. Os participantes avaliaram positivamente as atividades realizadas, intervindo de forma respeitosa e seguindo as regras às questões colocadas, considerando que a sua participação era voluntária, sem obrigação de participar nas atividades ou de responder às perguntas. Enfatizaram o envolvimento de companheiros com a mesma problemática e o nível de aceitação pelo grupo. Realçaram que as atividades e o tipo de perguntas e debates promoveram um processo de reflexão sobre os conteúdos abordados e expressaram o desejo de repetir a experiência. Além disso, os participantes destacaram o conforto sentido ao realizar as atividades e apreciaram particularmente o uso da “palavra” como regulador da comunicação, pois permitia saber claramente quando era a sua vez de falar e expressar suas ideias, opiniões e sentimentos, e quando deviam ouvir os outros. Todos manifestaram o desejo de repetir a atividade.

Na **tabela 10**, organiza-se os instrumentos de avaliação aplicados nos diferentes contextos de estágio, elucidando a diversidade de abordagens e ferramentas utilizadas para avaliar a pessoa ou os participantes nestes contextos específicos.

Contexto	Instrumento de avaliação				
	MMSE	MoCA	QACS	QIS	HADS
Internamento⁴		✓		✓	✓
Comunitário			✓		
Reposta diferenciada	✓			✓	

Tabela 10. Esquema resumo dos instrumentos de avaliação utilizados em cada contexto clínico.

No contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda da doença mental, utilizaram-se o MoCA, o QIS e o HADS. No contexto comunitário, optou-se pelo uso do QACS. No âmbito de resposta diferenciada, recorreu-se ao MMSE e novamente ao QIS.

Esta distribuição de instrumentos por contexto reflete a necessidade de adaptar as ferramentas de avaliação às características específicas das circunstâncias e às necessidades dos indivíduos, assegurando uma abordagem personalizada e eficaz no cuidado em saúde mental.

⁴ internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda da doença mental

5. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo, debruço-me sobre as Competências Específicas do enfermeiro especialista em ESMP, definidas no Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto. Estas competências revelaram-se indispensáveis para alcançar os objetivos específicos nos diferentes estágios do meu percurso académico. A sua aquisição e aprimoramento foram cruciais, assegurando que, como futuro enfermeiro especialista em ESMP, obtive as ferramentas necessárias para prosperar nesta área.

O desenvolvimento destas competências foi gradual e exigiu um grande investimento pessoal. Através da participação prévia nas aulas teóricas e práticas, seminários, *workshops*, estágios curriculares e atividades científicas, pude aprofundar os meus conhecimentos e aperfeiçoar as minhas competências.

A análise crítico-reflexiva constituiu uma ferramenta fundamental ao longo deste processo, permitindo uma avaliação ponderada das experiências vivenciadas, dos desafios enfrentados e das competências desenvolvidas. Esta abordagem reflexiva contribui para um entendimento mais profundo da prática clínica da ESMP, fomentando uma melhoria contínua e a adaptação às exigências do contexto profissional. No contexto das Teorias de Enfermagem, destaca-se a relação entre a aquisição das competências e as perspetivas teóricas de Marjory Gordon e Hildegard Peplau.

É relevante salientar que o desenvolvimento das competências mencionadas ocorreu de forma variada em cada contexto, influenciado pelas características únicas de cada situação e pelas oportunidades proporcionadas. O grau de aquisição de competências foi moldado pela diversidade de experiências vivenciadas, bem como, pelas particularidades inerentes a cada contexto de aprendizagem. A pluralidade de cenários, como ambientes clínicos, interações com a comunidade e situações práticas, contribuiu para uma exposição abrangente, permitindo a aplicação das competências de forma adaptativa e contextualizada.

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

A construção do padrão de conhecimento pessoal no campo da Enfermagem é um percurso que requer uma profunda reflexão e compromisso. Para mim, isso significa não apenas abordar a

pessoa como um mero caso clínico, mas sim procurar estabelecer uma ligação genuína entre duas pessoas. É essencial que eu, como enfermeiro especialista em ESMP, me conheça bem e reconheça como reajo diante de diferentes situações na prestação de cuidados de Enfermagem de saúde mental. Assim, é essencial explorar os valores que guiam as minhas ações e como me desenvolvo através dessas experiências.

As palavras de Durán de Villalobos (2005) ressoam comigo, especialmente quando destaca a importância de expressar esse conhecimento pessoal de forma autêntica e congruente, integrando corpo, mente e espírito. Implica observar a pessoa não apenas como um conjunto de sintomas, mas como um ser humano completo, dentro de um contexto cultural específico.

A comunicação, como mencionada ao longo do trabalho, é vital neste processo. Através dela, é possível construir uma compreensão mútua entre a minha pessoa e de quem cuido, o que é essencial para uma prática de Enfermagem eficaz e compassiva. Isto leva-me a crer que a verdadeira arte da Enfermagem só pode ser alcançada quando se domina o conhecimento pessoal, pois só assim posso expressar de forma autêntica os padrões éticos e estéticos que guiam a minha prática.

O “uso terapêutico de si mesmo” também me identifica como enfermeiro e pessoa. Esta técnica implica não apenas conhecer a mim mesmo, mas também compreender profundamente a pessoa com quem interajo. Somos seres que se constroem em relação aos outros, e isto é especialmente autêntico no contexto da Enfermagem, onde a qualidade das relações terapêuticas pode ter um impacto significativo no bem-estar da pessoa.

Os cuidados de ESMP constituem a fonte e o contexto do conhecimento da Enfermagem, através das interações entre o enfermeiro especialista em ESMP e os sujeitos de cuidados, resultando no desenvolvimento das partes que interagem no contexto, partilhando a experiência de vida em que o enfermeiro se aproxima ao processo de vida da pessoa e traz o seu próprio processo de vida para esta relação. Em Enfermagem, os cuidados são recíprocos e reforçam a condição humana da pessoa e do enfermeiro e os seus processos de vida. A narrativa dos cuidados de Enfermagem é a evidência da utilização de uma metodologia através da qual os cuidados de Enfermagem são expressos verbalmente ou por escrito, na qual o enfermeiro narra a interação no cuidado da pessoa. Segundo White (1994), a narrativa e a autorreflexão são fontes de conhecimento pessoal que permitem uma reflexão profunda e uma compreensão partilhada de como o conhecimento pessoal pode ser desenvolvido e utilizado de forma deliberada.

Ao longo da minha formação de especialista, centrado na prevenção de comportamentos suicidários e autolesivos, explorei e desenvolvi a competência de consciência de mim mesmo enquanto pessoa e enfermeiro. Esta competência revelou-se central numa área tão sensível em que a complexidade das emoções e das situações exige uma abordagem particularmente reflexiva e assertiva.

As minhas vivências pessoais desempenharam um papel significativo na forma como abordei a prevenção dos comportamentos suicidários e autolesivos. O processo constante de autoconhecimento, fundamentado na reflexão profunda sobre experiências passadas e atuais, moldaram a minha compreensão no impacto destes episódios na vida das pessoas. A identificação consciente das emoções, sentimentos e valores é crítico para estabelecer uma relação autêntica e fundamental na abordagem do suicídio.

A empatia pode fortalecer a relação terapêutica, mas estava consciente que o excesso poderia causar um envolvimento emocional prejudicial. Nos contactos iniciais com os indivíduos, sentia uma certa incapacidade em obter dados significativos durante as entrevistas clínicas. Este desafio inicial foi muitas vezes acompanhado por uma sensação de frustração e até de fracasso. O estabelecimento de uma relação terapêutica e de ajuda parecia ser uma tarefa árdua, e por vezes questionava a eficácia das minhas abordagens. No entanto, à medida que mergulhei numa reflexão mais profunda sobre essa dificuldade, comecei a compreender a complexidade intrínseca deste tema, especialmente quando se lida com o sofrimento emocional.

A dificuldade em colher dados relevantes não era um reflexo da minha competência, mas sim da natureza complexa e sensível. O conhecimento e a consciência de mim mesmo tornaram-se um ponto de viragem, pois em vez de me sentir derrotado pelos desafios iniciais, adquiri uma compreensão mais profunda sobre a importância da paciência e persistência neste domínio.

Apercebi-me de que a construção de uma relação terapêutica sólida e o estabelecimento de confiança requeriam tempo, especialmente quando abordamos questões tão delicadas que envolve sofrimento emocional e os comportamentos suicidários. A aceitação da complexidade trouxe consigo uma mudança de perspetiva, e em vez de ver os momentos de dificuldade como fracassos, passei a encará-los como oportunidades de aprendizagem e crescimento. Cada desafio tornou-se uma oportunidade de aprimorar as minhas competências de comunicação, empatia e compreensão.

Durante a IPLSM destinada a enfermeiros dos CSP, reconheci emoções pessoais relacionadas ao tema. Ao abordar os comportamentos suicidários e autolesivos, tomei consciência das minhas próprias reações emocionais, como desconforto, e conscientemente abordei-o para garantir que não afetassem negativamente a interação.

Ao abordar este tema sensível dos comportamentos suicidários, podemos reconhecer a possibilidade de surgir sentimentos de compaixão, frustração ou impotência. A competência que desenvolvi desta experiência foi saber gerir essas reações, garantindo que não influenciassem a compreensão e permitindo uma abordagem eficaz.

Ainda durante a IPLSM, estabeleci claramente os limites da interação, deixando claro o papel do enfermeiro e a natureza confidencial, assegurando que a relação terapêutica deverá ser

mantida dentro dos parâmetros éticos e profissionais, e assim evitar a invasão de espaços pessoais que possam comprometer o processo terapêutico.

Após a intervenção, dediquei tempo para a reflexão crítica sobre a interação. Refleti se as minhas próprias emoções influenciaram a sessão, identifiquei aspetos de melhoria na gestão da transferência e contratransferência, avaliei se os limites profissionais foram mantidos efetivamente e analisei como as reações pessoais foram monitorizadas e utilizadas para aprimorar a relação terapêutica.

Ao longo dos estágios, efetuou-se uma identificação meticulosa de emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que poderiam influenciar a relação terapêutica. Esta competência foi alcançada através de avaliações iniciais compreensivas e da aplicação de instrumentos psicométricos validados, permitindo uma compreensão holística dos estados emocionais e das condições circunstanciais da pessoa. As informações recolhidas serviram de base para a adaptação de estratégias terapêuticas, assegurando uma abordagem centrada no indivíduo.

Através da reflexão profissional, foram eficazmente geridos os fenómenos de transferência e contratransferência, bem como identificados e superados quaisquer impasses ou resistências. Este processo crítico promoveu uma consciência aprofundada do impacto das dinâmicas interpessoais na relação terapêutica, otimizando as intervenções e reforçando a eficácia da prática clínica.

A integridade do processo terapêutico foi rigorosamente preservada através de protocolos éticos, garantindo a confidencialidade e o respeito pela autonomia da pessoa.

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

A recolha de informação necessária à compreensão do estado de saúde mental do indivíduo é uma componente essencial da prática clínica. Este processo de avaliação abrangente exige uma mobilização extensa de competências de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnicas de entrevista, observação do comportamento, revisão de registos e avaliação global do cliente e dos sistemas relevantes (OE, 2018).

Na minha experiência, pude avaliar a repercussão da saúde mental na interface entre o indivíduo e a família, conduzindo entrevistas estruturadas e semiestruturadas para obter dados sobre as interações nos três contextos distintos.

Um dos aspetos mais importantes do cuidado de um indivíduo, saudável ou doente, é a comunicação, pois permite estabelecer interações e relações terapêuticas visando a melhoria da saúde, embora em determinadas ocasiões não seja possível criar um binómio como esperado. A comunicação enfermeiro-pessoa é um processo interativo e recíproco que beneficia ambos.

A comunicação eficaz é uma peça fundamental na prática da Enfermagem, pois não se limita apenas à transmissão de informação, mas também no estabelecimento de uma relação empática e de confiança. Neste sentido, o enfermeiro especialista em ESMP deve dominar uma série de técnicas que não só facilitem a troca de informação, mas também que promovam o bem-estar físico, mental e emocional. Uma das técnicas importantes é o uso do silêncio. Em certos momentos, o simples ato de estar presente e em silêncio pode transmitir apoio e compreensão à pessoa, permitindo-lhe processar as suas emoções e pensamentos. Além disso, é basilar que o enfermeiro especialista em ESMP saiba aceitar as emoções da pessoa sem julgar, demonstrando empatia e respeito pela sua experiência.

A escuta ativa é uma técnica que permite compreender verdadeiramente as necessidades e preocupações da pessoa. Envolve não só escutar o que está a ser dito, mas também prestar atenção à linguagem corporal e às emoções subjacentes. Além disso, esclarecer e fazer observações relevantes ajuda a garantir que não haja mal-entendidos e que a mensagem seja comunicada de forma clara e precisa.

Nos diferentes contextos da prática clínica, tive a oportunidade de mobilizar o meu conhecimento e competências, aplicando estas diferentes técnicas de comunicação. Pude integrá-las em vários cenários e durante a entrevista clínica.

Portugal, atualmente, tem uma mobilidade crescente das populações, implicando o aumento do multiculturalismo e, conseqüentemente, nas línguas faladas, aspetos que podem dificultar a qualidade dos cuidados prestados. A cultura de uma pessoa conduz a modos de vida, hábitos e diferenças na perceção da saúde e da doença e também influencia a sua abordagem. É uma dificuldade que se tem de tratar com delicadeza e responsabilidade. Não compreender a pessoa pode levar a uma dificuldade significativa na resolução do problema para o qual essa pessoa solicita ajuda.

Embora possa parecer que este aspeto de dificuldade na relação devido à língua só acontece com emigrantes, no nosso meio também podemos encontrar dificuldades linguísticas entre pessoas que falam português. Os detalhes são muitas vezes necessários para obter uma imagem correta do que está a acontecer, e podem ser encontrados na narrativa da pessoa que, na sua explicação, descreve aspetos físicos, psicológicos e sociais. É essencial interagir com ela, conversar com ela e criar uma relação de confiança para estabelecer um plano terapêutico eficaz. Ser capaz de fazê-lo na linguagem comumente usada garante uma melhor resolução.

Geralmente, as pessoas sentem-se mais confiantes e confortáveis em explicar e partilhar informações íntimas sobre o que lhes está a acontecer com uma pessoa que fala a sua língua. Abordo este tema por dois motivos: 1) no contexto de estágio na unidade de psiquiatria de agudos atendi uma pessoa de origem cabo-verdiana; 2) sou emigrante, e tenho de dominar outro idioma que não sou nativo.

Sobre o primeiro motivo, a pessoa de origem cabo-verdiana falava português cabo-verdiano, o qual apresenta diferenças fonéticas e algumas expressões distintas do português europeu. No momento da admissão, manifestava delírios místicos, o que por vezes dificultava a compreensão do seu discurso, tanto para mim como para a equipa. Além disso, foi necessário abordar e compreender o conteúdo dos delírios a partir da sua própria cultura. Os temas relacionados com fenómenos místicos variam entre pessoas de cultura portuguesa e africana, exigindo uma abordagem sensível, especialmente considerando o contexto multicultural de Portugal nas últimas décadas. Para uma compreensão mais profunda da pessoa e do seu contexto, envolvemos a família nos cuidados, o que se revelou fundamental para decifrar a mensagem e aprofundar a compreensão da cultura e dos delírios apresentados.

Para enfermeiros emigrantes, como eu, dominar um idioma que não o materno pode apresentar desafios consideráveis. Sobre o segundo motivo, ao iniciar a minha carreira num serviço de saúde mental num país estrangeiro, deparei-me com diversas dificuldades relacionadas à comunicação intercultural. As diferenças linguísticas, tanto no vocabulário quanto na gramática, dificultavam a compreensão das nuances da comunicação verbal e escrita. Algumas expressões idiomáticas e costumes locais eram-me desconhecidos, gerando confusão e frustração por não saber o seu significado.

Com dedicação e esforço, consegui superar muitas das minhas dificuldades de comunicação. Através do estudo aprofundado da língua local, participação em cursos de imersão cultural e interação constante com colegas e utentes, desenvolvi estratégias para aprimorar as minhas *skills* comunicativas.

Tive o privilégio de observar minuciosamente o comportamento da pessoa em contextos distintos, além de realizar revisões detalhadas dos registos clínicos, conduzindo avaliações abrangentes tanto da pessoa quanto dos sistemas relevantes. Esta abordagem multidimensional permitiu-me adquirir uma compreensão mais profunda das necessidades individuais de cada pessoa, bem como das dinâmicas que influenciam o bem-estar. Ao combinar a observação direta com a análise dos dados registados e a avaliação dos sistemas envolvidos, pude desenvolver intervenções mais eficazes e adaptadas às necessidades específicas de cada caso. A abordagem integrada foi essencial para garantir uma prestação de cuidados holística e de qualidade de quem tratava.

Os estágios, permitiram-me obter uma visão mais completa da complexidade das influências nos diferentes aspetos da vida do indivíduo. Esta abordagem integrada permitiu uma compreensão mais profunda e informada, fundamentando as intervenções personalizadas e dirigidas. A avaliação dos fatores promotores e protetores do bem-estar mental, bem como dos fatores predisponentes de perturbação mental na comunidade e grupos, é um procedimento essencial na prevenção de comportamentos suicidários e autolesivos. Ao identificar estas variáveis permitiu-me uma intervenção mais direcionada e eficaz.

A execução de uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do indivíduo, juntamente com a avaliação das capacidades internas da pessoa e recursos externos, garantiram uma compreensão holística e orientam as estratégias de intervenção. Também a implementação de intervenções centradas na pessoa, promovendo o *empowerment* e a saúde mental foi uma mais-valia para a adesão ao tratamento.

Ao conduzir a IPLSM para enfermeiros dos CSP sobre comportamentos suicidários e autolesivos, foi fundamental promover a análise crítica para lidar com esta realidade complexa. Como enfermeiro especialista em ESMP, ao abordar os comportamentos suicidários e autolesivos promovi a compreensão da interligação entre o indivíduo, família, grupos e comunidade. Envolve não apenas a avaliação clínica, mas também a consideração dos sistemas sociais, culturais e políticos que impactam a saúde mental. Promovi à identificação de fatores que promovem o bem-estar e protegem contra as perturbações mentais através da análise crítica dos determinantes sociais, culturais e individuais que influenciam a saúde mental na comunidade. Fomentei à adoção de uma abordagem holística ao avaliar as respostas humanas às situações de desenvolvimento e saúde mental, compreendendo não apenas os sintomas psiquiátricos, mas também as capacidades internas e os recursos externos para manter e recuperar a saúde mental.

Incentivei à aplicação de estratégias participativas, promovendo o *empowerment* e prevenindo as perturbações mentais através de projetos centrados na população, programas de promoção de participação ativa e intervenções em diferentes contextos, como locais de trabalho e escolas. Ressaltei que a implementação de projetos de cuidados deve abranger todas as fases do ciclo vital e que deve haver uma participação ativa dos clientes na vida social para que se promova o bem-estar na comunidade e instituições.

A IPLSM para enfermeiros dos CSP, capacitou-os para uma atuação crítica e reflexiva, integrando competências que abordam não apenas os aspetos clínicos, mas também os fatores sociais determinantes da saúde mental. Ao promover a abordagem holística e participativa, a ESMP contribui significativamente para a prevenção e gestão de comportamentos suicidários na comunidade.

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

Como consequência do aumento da investigação longitudinal e dos estudos relacionados com o ciclo de vida, a perspetiva do transcurso da vida torna-se um quadro de referência contextual e dialético, que considera a totalidade da vida como um continuum com mudanças e transições. Destacam-se os parâmetros históricos, socioculturais, contextuais, quotidianos e individuais, prevalecendo sobre qualquer classificação em que a idade predomina como critério. A perspetiva do ciclo de vida representa uma tentativa de ultrapassar a dicotomia crescimento/declínio, reconhecendo que em qualquer momento da nossa vida há perdas e ganhos. A saúde mental é uma componente essencial do bem-estar geral, impactando o desenvolvimento individual, as relações interpessoais e a participação social. Neste contexto, o enfermeiro especialista em ESMP assume um papel determinante na promoção da educação e aprendizagem ao longo do ciclo de vida.

A pessoa exige ao enfermeiro especialista em ESMP o desenvolvimento de competências para assistir ao longo do ciclo de vida, integrando-se nas dinâmicas familiares, grupais e comunitárias para promover a recuperação da saúde mental. A prática clínica em saúde mental vai além do tratamento de sintomas; centra-se no apoio contínuo tendo em conta que a recuperação não é apenas individual, mas também contextual. O enfermeiro especialista em ESMP deve ser hábil na identificação precisa de problemas e necessidades individuais, familiares e comunitárias. A capacidade de observar e diagnosticar de maneira sensível é fundamental.

Deve proporcionar-se à pessoa o seu potencial de bem-estar físico, social e mental ao longo de todo o seu ciclo de vida e que participe na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades, enquanto se proporciona proteção, segurança e cuidados adequados quando necessita de assistência.

Ao longo das diferentes fases da vida, as necessidades e desafios em relação à saúde mental variam significativamente. Desde a infância até a terceira idade, cada estágio traz consigo uma série de mudanças físicas, emocionais e sociais que podem afetar o bem-estar psicológico da pessoa. Neste sentido, o enfermeiro especialista em ESMP deve dar resposta e adaptar a sua abordagem de cuidado e intervenção de acordo com as necessidades específicas de cada faixa etária.

A educação ao longo do ciclo de vida não consiste em apenas ensinar sobre condições de saúde mental e estratégias de enfrentamento, mas também promover a consciência sobre a importância da saúde mental e a redução do estigma associado à doença mental.

A sistematização da assistência de Enfermagem é uma forma organizada de cuidar e alcançar a qualidade nos cuidados prestados. O enfermeiro especialista em ESMP, a quem é conferido o direito de cuidar, deve fazer uso da metodologia de sistematização para desenvolver-se da melhor forma e aplicar no cuidado o seu conhecimento técnico-científico, com o objetivo de alcançar qualidade e eficiência no atendimento à pessoa. Muitos dos cuidados de Enfermagem não são registados ou documentados, não podendo ser representados estatisticamente. Ao realizar a sistematização e análise dos dados, pude organizar melhor o processo de Enfermagem centrado na pessoa, ajudando-me a determinar diagnósticos mais precisos no âmbito da saúde mental, a identificar os resultados esperados e a planear estratégias de cuidados personalizados. Esta abordagem envolveu não apenas a pessoa, mas também a equipa de saúde, num processo colaborativo e participativo.

Para a prescrição dos cuidados baseei-me em evidência científica sólida, visando promover e proteger o bem-estar psicológico, prevenir a ocorrência de perturbações mentais, minimizar o desenvolvimento de complicações e melhorar a funcionalidade e qualidade de vida do indivíduo. Este processo exigiu uma análise cuidadosa do ciclo vital da pessoa, bem como uma atenção centrada nas suas respostas aos problemas de saúde, sejam estes reais ou potenciais.

O processo diagnóstico em saúde mental implicou uma abordagem integrativa e interpretativa dos dados recolhidos e disponíveis na história clínica, incluindo a realização de diagnósticos diferenciais e a aplicação de pensamento crítico.

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

No âmbito da prática clínica em ESMP, somos desafiados a transcender a simples aplicação de técnicas, adentrando num território onde a compreensão da mente humana e dos processos de saúde e doença revelam-se fundamentais. A prática torna-se, assim, uma atividade na qual exploramos a complexidade da existência e os mecanismos de cura e cuidado.

Ao prestarmos cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, mergulhamos numa abordagem holística do indivíduo, considerando não apenas o seu estado mental, mas também as suas relações interpessoais, contexto familiar e integração na comunidade. Neste processo de navegação pelos domínios da psique humana, as ferramentas terapêuticas que se foi adquirindo ao longo do mestrado, tornam-se bússolas orientadoras, guiando-nos pelos tumultuosos mares das emoções, pensamentos e experiências.

Estou consciente que estes cuidados não se restringem a um ponto específico do ciclo de vida, pois acompanhamos a pessoa desde o nascimento até à velhice, adaptando-se às necessidades e desafios de cada fase. Em cada estágio do ciclo, enfrentamos diferentes obstáculos e oportunidades de crescimento, ajustando as nossas intervenções de acordo com as particularidades de cada momento.

Ao tratar do tema “suicídio”, é importante também abordar a morte. Porque é que o tema da morte e de morrer só costuma ser tratado depois de abordar a velhice? Pergunto: “as crianças e os jovens são imortais?” Esta questão é ainda mais relevante numa situação em que muitas vidas dos jovens se perderam por suicídio.

Num dos seus livros mais recentes, *“A Roda da Vida”* (2000), a reconhecida psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross, reitera o seu pensamento sobre o tema. Kübler-Ross, defende que a morte é a chave para a compreensão do sentido da existência, destaca a importância da aceitação da própria finitude para o crescimento pessoal. Refere-se à morte como “a transição final da vida” e destaca as aprendizagens fundamentais alcançadas, ao confrontar a proximidade da morte e conclui que é essencial “viver até morrer”.

O ciclo de vida de um indivíduo pode interromper-se de forma voluntária, quando ocorre o suicídio. Perder alguém por o suicídio é uma dor incomensurável que traz uma série de desafios e conflitos emocionais. A perda de um ente querido já é difícil por si só, mas o suicídio acrescenta uma camada adicional de angústia ao luto. Aqueles que enfrentam esta situação encontram-se não apenas de luto pela morte do seu ente querido, mas também lutando com uma série de emoções conflitantes e tentando compreender a natureza da morte.

É comum os sobreviventes (amigos, família) sentirem-se culpados, desejando ter feito mais para evitar o suicídio, chateados consigo mesmos ou com outros por terem perdido qualquer sinal das intenções do seu ente querido, ou até mesmo sentir raiva por eles terem aparentemente abandonado. Muitas pessoas enlutadas pelo suicídio começam a questionar a relação que partilhavam com a pessoa, questionando por que não foi suficiente para mantê-los vivos. Algumas, até mesmo experimentam pensamentos suicidas próprios. Tudo isto se junta à questão persistente do “Porquê?”, à repetição do ato final do seu ente querido na sua cabeça, e à constante autocritica sobre o que poderia ter sido feito de forma diferente.

Num momento tão devastador, é possível que tenham de lidar também com questões policiais e legais. O suicídio pode entrar em conflito com as suas visões culturais ou religiosas, alguns amigos e familiares podem sentir-se demasiado desconfortáveis para lhe prestar apoio.

Considerando que o luto é uma reação normal e adaptativa à perda, o luto não complicado que não está associado à depressão não justifica, na maioria das circunstâncias, qualquer intervenção formal. No entanto, tendo em conta o estigma, a raiva e a culpa associados à perda por suicídio, a tranquilidade, o apoio da família, amigos e, por vezes, da igreja, muitas vezes

não são suficientes para os sobreviventes da perda por suicídio. Embora haja uma escassez de estudos sobre o tratamento nos sobreviventes de suicídio, a maioria dos especialistas concorda que: (i) a atenção inicial deve ser focada no sofrimento traumático; (ii) os grupos de apoio de autoajuda podem ser benéficos; e (iii) há um papel tanto para a farmacoterapia como para a psicoterapia naqueles que já apresentam efeitos adversos na saúde mental, ou estão em alto risco de enfrentar dificuldades graves e persistentes.

No entanto, apesar da dor avassaladora, é possível encontrar formas de lidar com esse sofrimento. O enfermeiro especialista em ESMP deve ter um papel ativo, através da identificação precoce de sinais de luto complicado e na promoção de ajuda aos sobreviventes. O enfermeiro especialista em ESMP pode ajudar a entender e processar as emoções, fornecendo uma perspectiva externa e um espaço seguro para expressar os sentimentos mais profundos. A abordagem multidisciplinar deve incluir as melhores combinações de educação, psicoterapia e farmacoterapia, muitas vezes com o foco na depressão, culpa e trauma (Tal Young *et al.*, 2012).

5.5. Comparação transnacional das Competências de ESMP: Portugal e Espanha

Ao exercer a minha profissão de enfermeiro especialista em ESMP noutro país da UE, em Espanha, torna-se inevitável comparar as competências exigidas em ambos os países.

No que concerne às competências do enfermeiro especialista em ESMP em Espanha, constatei que no *Boletín Oficial de Estado* do *Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*, inclui-se a competência investigadora e docente, que se subdivide em:

- a) Gerar conhecimento científico no domínio da saúde, promover linhas de investigação e divulgar evidências.
- b) Liderar e/ou participar como membro da equipa de investigação em projetos de investigação multidisciplinares.

(BOE núm. 123, de 24 de maio de 2011)

Ao comparar com as competências do enfermeiro especialista em ESMP em Portugal, verifica-se que estas não contemplam explicitamente a investigação e a docência. Em Portugal, embora a investigação e a docência não sejam explicitamente mencionadas como competências do enfermeiro especialista em ESMP, a sua relevância é cada vez mais reconhecida. A crescente participação de enfermeiros em projetos de investigação e a integração da docência nos seus planos demonstram essa evolução e interesse.

Durante a minha formação de especialista, participei em projetos de investigação e tive a oportunidade de apresentar trabalhos em congressos científicos.

Em Espanha, integrei um grupo de investigação no *Instituto de Investigación de Valdecilla* (IDIVAL) da Comunidade Autónoma de Cantábria. Esta experiência está a permitir-me aprofundar os meus conhecimentos na área da saúde mental e a desenvolver as minhas competências de investigação. Como resultado da minha atividade de investigação, publiquei um capítulo de livro como primeiro autor no âmbito da Enfermagem e apresentei seis pósteres em congressos científicos, com temática da saúde mental: *“Factores protectores externos para la prevención del suicidio en los jóvenes; factores protectores internos para la prevención del suicidio en los jóvenes; fentanilo: conocer para prevenir los peligros; psicoeducación: optimizando la salud mental de los pacientes; e estudo de caso clínico: literacia em saúde mental”*.

A integração das Teorias de Enfermagem de Marjory Gordon e Hildegard Peplau na minha prática clínica, desempenhou um papel importante no desenvolvimento das competências mencionadas. No que diz respeito à competência *“detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”*, a abordagem de Peplau, centrada na importância das relações interpessoais, influenciou a minha perceção no papel de enfermeiro como facilitador do autoconhecimento, tanto para o indivíduo como para mim.

Ao focar na competência *“assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”*, a Teoria de Marjory Gordon sobre a promoção da saúde permitiu um enquadramento concetual para uma abordagem preventiva e holística, considerando não apenas o indivíduo, mas também os fatores familiares e comunitários. Na competência *“ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”*, a influência de Peplau tornou-se evidente ao reconhecer a importância da dinâmica familiar e comunitária no processo de recuperação, alinhando-se com a sua Teoria sobre a importância das relações interpessoais e do ambiente no cuidado de saúde mental. Finalmente, na competência *“presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”*, a integração de ambas teorias permitiu uma abordagem abrangente e personalizada. Peplau, influenciou a compreensão das necessidades individuais e relacionais, enquanto Gordon forneceu uma estrutura para a prestação de cuidados em diversos níveis.

Assim, ao integrar estas teorias na prática clínica foi possível guiar o desenvolvimento das competências específicas, garantindo uma atuação mais sensível e eficaz na ESMP.

Na **tabela 10**, efetua-se uma síntese deste capítulo, realçando as quatro competências fundamentais e os respetivos contextos de estágio onde foram consolidadas.

Contexto Competência	Internamento	Comunitário	Resposta diferenciada
Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.	✓	✓	✓
Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.		✓	✓
Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.		✓	✓
Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.	✓	✓	✓

Tabela 11. Resumo da aquisição de competências especializadas nos contextos de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda da doença mental, comunitário e de resposta diferenciada.

A incorporação destas competências sucedeu de forma distinta em cada contexto, refletindo as particularidades únicas de cada ambiente e as oportunidades de aprendizagem que surgiram. A extensão da aquisição destas competências foi determinada pela diversidade de experiências, assim como pelas características específicas de cada momento de formação. A variedade dos cenários, que inclui ambientes clínicos, interações comunitárias e práticas situacionais, proporcionou uma formação completa, permitindo a utilização das competências de maneira adaptativa e em consonância com o contexto.

CONCLUSÃO

A conclusão proporciona uma visão geral das intervenções e resultados apresentados ao longo do trabalho. Ao ler a conclusão, poderá recordar-se os pontos-chave discutidos e compreender melhor como todas as partes do trabalho se relacionam entre si. Além disso, também ajudará a compreender as implicações práticas e teóricas dos resultados obtidos. Contudo, é importante salientar que a conclusão deve ser lida em conjunto com os capítulos anteriores para uma compreensão completa, pois fornecem o contexto e os detalhes necessários para compreender plenamente os resultados. Assim sendo, para uma compreensão abrangente do trabalho, recomendo a leitura tanto da conclusão quanto dos capítulos anteriores.

O meu percurso académico e profissional, para além de impulsionar o desenvolvimento de competências especializadas indispensáveis à prática da ESMP, proporcionou-me um processo de crescimento pessoal transformador. O Mestrado, nesta área específica, proporcionou-me uma visão renovada e aprofundada sobre a complexidade inerente ao cuidado em saúde mental, desafiando-me a ir além dos conhecimentos técnicos e a imergir na realidade multifacetada do sofrimento humano. Este percurso enriqueceu significativamente a minha compreensão sobre as diversas manifestações do sofrimento psíquico, revelando a importância crítica de abordagens que valorizem a individualidade de cada pessoa e a necessidade de responder com sensibilidade e empatia às suas experiências únicas.

Aprofundar os meus conhecimentos nesta área permitiu-me não só identificar, mas também aplicar na prática intervenções mais eficazes, suportadas pela melhor evidência disponível, e, promover abordagens terapêuticas que privilegiam a humanização do cuidado. O meu percurso académico reforçou, sobretudo, a importância da escuta ativa e da criação de uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito mútuo, elementos fundamentais para um cuidado efetivamente centrado na pessoa.

O processo educativo e a subsequente implementação prática dos saberes e competências adquiridos enriqueceram a minha prática profissional e moldaram a minha visão sobre a saúde mental, impulsionando a uma reflexão contínua sobre os valores e crenças que orientam os cuidados que presto. Constituiu-se também numa oportunidade para reconhecer a importância do autocuidado, desenvolvendo estratégias que me permitem manter o equilíbrio emocional e estar mais disponível e presente para aqueles que necessitam do meu apoio profissional.

Carl Jung, escreve: *“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas quando toque uma alma humana, seja apenas outra alma humana”*. Esta premissa está intimamente ligada com outro conceito-chave, que é o da “sintonia” com a pessoa com quem estamos, isto é, a

quem atendemos. É muito fácil estabelecer a analogia com o campo musical para entender a falta de sintonia: quando um músico da orquestra desafina em relação aos outros.

Alguns leigos, e até mesmo profissionais de saúde, confundem o significado do termo “empatia”, quiçá pelo excesso de uso ou à sua generalização. O significado de esta ferramenta tem-se adulterado ao longo dos anos.

Empatizar com alguém não significa repetir sistematicamente “eu entendo” ou “compreendo o que está a passar”, perante a manifestação de sofrimento da pessoa a quem atendemos. Perderemos progressivamente a credibilidade e a confiança em nós mesmos e naquele a quem prestamos cuidados, todas as vezes que dizemos “eu compreendo” durante a conversa e a relação terapêutica. Para evitar cair na desconsideração e realizar uma intervenção bem-sucedida, é necessário saber sintonizar, normalizar e validar.

Com a aquisição destas competências especializadas, estou capacitado para proporcionar cuidados de saúde mental mais qualificados e centrados na pessoa, no serviço de psiquiatria onde exerço em Espanha ou em qualquer outra parte. Esta formação avançada habilita-me a implementar abordagens baseadas em evidências, ajustadas às necessidades singulares, contribuindo assim para elevar os padrões de cuidado e promover o bem-estar. Adicionalmente, visando continuar a minha contribuição ativa para o desenvolvimento da prática e do conhecimento na ESPM, pretendo enveredar pelo doutoramento. Esta etapa subsequente na minha formação académica, não só me permitirá aprofundar a minha compreensão teórica e prática nesta área, como também me possibilitará conceber e partilhar conhecimento científico que possa contribuir positivamente as práticas de cuidado em saúde mental.

Em suma, este percurso permitiu-me uma descoberta pessoal e profissional, na qual cada desafio e aprendizagem contribuíram para solidificar o meu compromisso com a promoção de um cuidado em saúde mental que seja simultaneamente empático, ético e fundamentado na evidência científica. Foi, sem dúvida, uma experiência enriquecedora que me preparou para enfrentar os complexos desafios da saúde mental, com uma nova confiança e uma renovada preferência pela minha vocação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahmedani, B. K., Westphal, J., Autio, K., Elsis, F., Peterson, E. L., Beck, A., Waitzfelder, B. E., Rossom, R. C., Owen-Smith, A. A., Lynch, F., Lu, C. Y., Frank, C., Prabhakar, D., Braciszewski, J. M., Miller-Matero, L. R., Yeh, H. H., Hu, Y., Doshi, R., Waring, S. C., & Simon, G. E. (2019). Variation in patterns of health care before suicide: A population case-control study. *Preventive medicine*, 127, 105796. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105796>

Andrade, M. B. T. de, Felipe, A. O. . B., Zanetti, A. C. G. ., Nogueira, D. A., Resck, Z. M. R. ., Sequeira, C. A. da C. ., & Vedana, K. G. G. . (2021). Attitudes of university students in the health field related to suicidal behavior. *Research, Society and Development*, 10(5), e25210514804. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14804>

Anseán, A. (2014). Suicídios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida.

Batterham, P. J., Caelear, A. L., & van Spijker, B. A. (2015). The Specificity of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior for Identifying Suicidal Ideation in an Online Sample. *Suicide & life-threatening behavior*, 45(4), 448-460. <https://doi.org/10.1111/sltb.12140>

Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and emotional disorders*. International Universities Press.

Boston College. (n.d.). *Www.bc.edu. Legacy and Archives*, from <https://www.bc.edu/bc-web/schools/cson/sites/the-marjory-gordon-program/legacy.html>

Botega, N. J., Reginato, D. G., Da Silva, S. N., Da Silva Cais, C. F., Rapeli, C. B., Mauro, M. L. F., Cecconi, J. P., & Stefanello, S. (2005). Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 315-318. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462005000400011>

Brüder, J., Glaesmer, H., Berger, T., & Spangenberg, L. (2022). Understanding suicidal pathways through the lens of a Dual-System Model of Suicidality in real-time: The

potential of ecological momentary assessments. *Frontiers in psychiatry*, 13, 899500. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.899500>

Bruggmann, M. S., Corrêa, S. M., & Korb, D. (2022). A psicoeducação no processo de trabalho do enfermeiro de saúde mental: Psychoeducation in the work process of mental health nurses. *Archives of Health*, 3(3), 540-553. <https://doi.org/10.46919/archv3n3-001>

Burns, D. D., & Beck, A. T. (1978). *Feeling good: The new mood therapy*. New American Library.

Butcher M, Bulechek G, Dochterman JM & Wagner CM. *Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

Campos, R. C., & Holden, R. R. (2019). Portuguese version of the Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised: Validation data and the establishment of a cut-score for screening purposes. *European Journal of Psychological Assessment*, 35(2), 190-195. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000385>

Canetto SS, Lester D. Gender, culture, and suicidal behavior. *Transcultural Psychiatry*, 1998; 35(2):163- 190.

Carrasco-Barrios, M. T., Huertas-Maestre, P., Martín, P., Martín, C., Castillejos, M. C., Petkari, E. & Moreno-Küstner, B. (2020). Determinants of Suicidality in the European General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 4115. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114115>

Castillejos, M. C., Huertas-Maestre, P., Martín, P., y Moreno-Küstner, B. (2021). Prevalence of Suicidality in the European General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Suicide Research*, 25(4), 810-828. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1765928>

Clark, D. A. (2014). *Unwinding anxiety: New insights for overcoming everyday stress and worry*. Guilford Press.

Cleary-Holdforth, J., Fineout-Overholt, E., & O'Mathúna, D. (2022). How nursing stakeholders in the Republic of Ireland define evidence-based practice and why it matters. *Worldviews on evidence-based nursing*, 19(5), 396-404. <https://doi.org/10.1111/wvn.12593>

Daniel M. (2021). Suicide Prevention. *Workplace health & safety*, 69(2), 92. <https://doi.org/10.1177/2165079920967961>

Dazzi, T., Gribble, R. F., Wessely, S., & Fear, N. T. (2014). Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychological Medicine*, 44(16), 3361-3363. <https://doi.org/10.1017/s0033291714001299>

Dobson, K. S., & Dozois, D. J. (2010). *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd ed.). Guilford Press.

El Mundo. Suicidios: la epidemia del siglo XXI. [Internet]. Disponible en: <https://bit.ly/2QETqOP> [acesso 1 de maio de 2023].

Erol Ursavaş, F., & Karayurt, Ö. (2021). The effects of pain management education on knowledge, attitudes, and beliefs in nursing students in Turkey: A quasi-experimental study. *Perspectives in psychiatric care*, 57(2), 499-506. <https://doi.org/10.1111/ppc.12685>

Estratégia de Prevenção do Suicídio em Euskadi. Departamento de Saúde, Governo Vasco e Osakidetza. (2019). País Vasco: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Disponível em <http://www.bibliotekak.euskadi.eus/WebOpac>.

Eurostat. (2023). Taxa de mortalidade por suicídio por grupo etário. União Europeia, from <https://data.europa.eu/data/datasets/cajrcg2qbdghfsuwhfw?locale=pt>

Ferreira, K. G., & Gonçalves, M. V. (2018). A PERSPECTIVA DOS ESTUDANTES SOBRE A ABORDAGEM DO SUICÍDIO NA FORMAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(4), 883-891. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1610>

Grandclerc S., Spiers S., Spodenkiewicz M., Moro MR. and Lachal J. (2019). The Quest for Meaning Around Self-Injurious and Suicidal Acts: A Qualitative Study Among Adolescent Girls. *Front. Psychiatry* 10:190. doi: 10.3389/fpsy.2019.00190

Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária. (2012). Ordem dos Enfermeiros. Cadernos OE, Serie 1, n.º4. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/gobp_MCEESMP.pdf

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

Hagerty, T. A., Samuels, W., Norcini-Pala, A., & Gigliotti, E. (2017). Peplau's Theory of Interpersonal Relations: An Alternate Factor Structure for Patient Experience Data?. *Nursing science quarterly*, 30(2), 160-167. <https://doi.org/10.1177/0894318417693286>

Harmer, B., Lee, S., Duong, T. vi H., & Saadabadi, A. (2021). Suicidal Ideation. PubMed; StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565877/>

Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. Br. J. Psychiatry. 2000; 177:484-5.

Herrera, S. N., Sarac, C., Phili, A., Gorman, J., Martin, L., Lyallpuri, R., Dobbs, M. F., DeLuca, J. S., Mueser, K. T., Wyka, K. E., Yang, L. H., Landa, Y., & Corcoran, C. M. (2023). Psychoeducation for individuals at clinical high risk for psychosis: A scoping review. Schizophrenia research, 252, 148-158. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.01.008>

Hollon, S. D., & Dimidjian, S. (2009). Cognitive behavioral therapy for depression. Psychotherapy and Psychosomatics, 78(4), 209-215.

Hoyt, T., Holliday, R., Simonetti, J. A., & Monteith, L. L. (2021). Firearm Lethal Means Safety with Military Personnel and Veterans: Overcoming Barriers using a Collaborative Approach. Professional psychology, research and practice, 52(4), 387-395. <https://doi.org/10.1037/pro0000372>

Huang X, Ribeiro JD and Franklin JC. (2020). The Differences Between Individuals Engaging in Nonsuicidal Self-Injury and Suicide Attempt Are Complex (vs. Complicated or Simple). Front. Psychiatry 11:239. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00239

International Council of Nurses. (2019). ICNP Browser. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnpbrowser>

Jorm, A. F., Korten, A. E., & Jacomb, P. A. (1997). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognize mental disorders and to seek help. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 31(1), 1-16.

Jorm, A. F. (2000). Literacy and mental health. British Journal of Psychiatry, 177(Suppl 37), 39-42.

Jorm, A. F. (2011). Mental health literacy: empowering people to take charge of their mental health. Current Opinion in Psychiatry, 24(4), 279-284.

Jung, G., Oh, J., & Jung, I. C. (2021). Depression and physical health as serial mediators between interpersonal problems and binge-eating behavior among hospital nurses in South Korea. Archives of psychiatric nursing, 35(3), 250-254. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.02.003>

López, L. F., Luengo, J. A., Carretero, E., Martin-Barrajon, P., Guerrero, M., Soto, J. C., Ramos, O. (2023). Abordaje integral de prevención de la conducta suicida y autolesiva: Suicidio y autolesión. Espanha, Sentilibros. ISBN: 978-8426735119

Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *The American journal of psychiatry*, 159(6), 909-916. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.6.909>

Mathias, J. L., & Alvaro, P. K. (2012). Prevalence of sleep disturbances, disorders, and problems following traumatic brain injury: A meta-analysis. *Sleep Medicine*, 13(7), 898-905. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2012.04.006>

McKay, M., & Tryon, W. W. (2017). *Thoughts and feelings: Taking control of your mind and mood*. New Harbinger Publications.

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

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

Neira, Hernan. (2018). Suicidio y misiones suicidas: revisitando a Durkheim. *Cinta de moebio*, (62), 140-154. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2018000200140>

Norcross, J. C. (1990). An eclectic definition of psychotherapy. In J. K. Zeig, & W. M. Munion (eds.), *What is psychotherapy? Contemporary perspectives* (pp. 218-220). Jossey-Bass.

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development (2018), Suicide rates (indicator). [Internet]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/a82f3459>- en [acesso 2 de maio de 2023].

Organização Pan-Americana da Saúde (2017). Guia de intervenção do mhGAP para as perturbações mentais, neurológicas e de consumo de substâncias ao nível dos cuidados de saúde não especializados. Versão 2.0. Washington, D.C. ISBN: 978 92 4 154979 0

Pai, N. (2019). Suicide: Some innovative trends, breakthroughs, and challenges ahead. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 7(2), 151. https://doi.org/10.4103/amhs.amhs_160_19

Payne S, Swami V, Stanistreet D. The social construction of gender and its influence on suicide: a review of the literature. *Journal of Men's Health*. 2008 Mar;5 (1):23-35.

Phillips, J., Buckwalter, W., Cushman, F., Friedman, O., Martin, A., Turri, J., Santos, L., & Knobe, J. (2020). Knowledge before belief. *The Behavioral and brain sciences*, 44, e140. <https://doi.org/10.1017/S0140525X20000618>

Plano de Saúde Mental de Cantabria 2022-2026. Gobierno de Cantabria. (2022). Cantabria: CONSEJERÍA DE SANIDAD - SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD.

Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008. Lisboa, Portugal, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental. <http://www.acs.min-saude.pt/2008/01/18/plano-accao-servicos-de-saude-mental>

Pronúncia da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica N.º 47/2023 de 25 de janeiro de 2023. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 29 abril 2023. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28402/pronuncia-mceesmp_47-2023_clarificação-de-conceitos-no-âmbito-da-esmp_iniciativa-da-mceesmp.pdf

Public Health Action for the Prevention of Suicide: A Framework. (2012).

Rakhshani, T., Abbasi, T., Kamyab, A., & Jeihooni, A. K. (2022). Suicide attempts and related factors in patients referred to Gachsaran Hospital, Iran. *Heliyon*, e10804. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e10804>

Regulamento n.º 129/2011 de 18 de fevereiro de 2011 da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II série, N.º 35. Acedido a 27 abril 2023. Disponível em www.dre.pt.

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019 da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II série, N.º 26. Acedido a 29 abril 2023. Disponível em www.dre.pt.

Regulamento n.º 151/2018 de 7 de agosto de 2018 da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II série. Acedido a 28 abril 2023. Disponível em www.dre.pt.

Ross, E., Murphy, S., O'Hagan, D., Maguire, A., & O'Reilly, D. (2023). Emergency department presentations with suicide and self-harm ideation: a missed opportunity for intervention?. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 32, e24. <https://doi.org/10.1017/S2045796023000203>

Saini, V. K., Gehlawat, P., & Gupta, T. (2020). Evaluation of knowledge and competency among nurses after a brief suicide prevention educational program: A pilot study. *Journal of family medicine and primary care*, 9(12), 6018-6022. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_984_20

Sampaio, C., Sequeira, A., & Lluch Canut, M. T. (2014). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 19(1), 76-85.

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2017). Content validity of a psychotherapeutic intervention model in nursing: A modified e-Delphi study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(2), 147-156. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.007>

Silva Butcher, R. de C., & Jones, D. A. (2021). An integrative review of comprehensive nursing assessment tools developed based on Gordon's Eleven Functional Health Patterns. *International Journal of Nursing Knowledge*, 32(4). <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12321>

Sobanski, T., Peikert, G., Kastner, U. W., & Wagner, G. (2022). Suicidal behavior-advances in clinical and neurobiological research and improvement of prevention strategies. *World journal of psychiatry*, 12(9), 1115-1126. <https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i9.1115>

Suicidality in the European General Population: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Suicide Research*, 3, 1-19. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1765928>

Suicide Care in Systems Framework. National Action Alliance for Suicide Prevention. (s. f.). <https://theactionalliance.org/resource/suicide-care-systems-framework>

Tal Young, I., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 177-186. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/iyoung>

The Joint Commission. (2016). Sentinel event alert: Detecting and treating suicide ideation in all settings. Retrieved from https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_56_Suicide.pdf

Thippaiah, S. M., Nanjappa, M. S., & Math, S. B. (2019). Suicide in India: A preventable epidemic. *The Indian journal of medical research*, 150(4), 324-327. https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR_1805_19

Turecki, G. (2016). Preventing suicide: where are we? *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 597-598. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30068-2](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30068-2)

Türen, S., & Enç, N. (2020). A comparison of Gordon's functional health patterns model and standard nursing care in symptomatic heart failure patients: A randomized controlled trial. *Applied nursing research : ANR*, 53, 151247. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151247>

World Health Organization. (2013). Mental health action plan 2013 - 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>

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

World Health Organization. (2021). Suicide prevention. Geneva: World Health Organization.

ANEXOS

Nota sobre a Proteção de Dados Pessoais e Identificação Institucional

Os anexos que se apresentam em seguida contêm informações pertinentes para a compreensão e análise do Relatório. No compromisso de preservar a privacidade e cumprir com as normas éticas, alguns dados foram intencionalmente ocultados ou anonimizados.

Os dados de caráter pessoal, incluindo, números de telefone, endereços de e-mail e qualquer informação que permita identificar individualmente, foram removidos para assegurar a confidencialidade e a proteção da privacidade.

Adicionalmente, os detalhes que pudessem revelar a identidade da instituição de saúde envolvida no estudo foram suprimidos. Esta medida foi adotada em conformidade com as diretrizes de sigilo institucional e respeito pelas políticas de divulgação de informações sensíveis.

Anexo I - Autorização para uso do Questionário de Ideação Suicida - QIS (Reynolds, 1988; versão portuguesa por Ferreira e Castela, 1999)

Message

Dear PAR, I hope this email finds you well. My name is Pedro Rocha, and I am a student in the Masters program for Mental Health and Psychiatric Nursing at the Higher School of Nursing of Porto. I am reaching out to request your authorization for the use of the Suicidal Ideation Questionnaire (QIS), which has been validated for the Portuguese population by Ferreira and Castela in 1999. I am interested in using this questionnaire for clinical purposes. I have read and am aware of the significance and sensitivity of the questionnaire, and I am committed to using it in an ethical and responsible manner. The data collected will be utilized solely for academic and clinical research within the scope of my masters program. I appreciate your consideration of my request and look forward to your response. If you require any additional information from my end, please do not hesitate to ask. Thank you for your time and assistance.

Contact Request ID: 44976

CONFIDENTIALITY NOTICE: *The contents of this email message and any attachments are intended solely for the addressee(s) and may contain confidential and/or privileged information and may be legally protected from disclosure. If you are not the intended recipient of this message or their agent, or if this message has been addressed to you in error, please immediately alert the sender by reply email and then delete this message and any attachments. If you are not the intended recipient, you are hereby notified that any use, dissemination, copying, or storage of this message or its attachments is strictly prohibited.*

El 16 ago 2023, a las 19:18, Amari Reyes <areyes@parinc.com> escribió:

Good afternoon,

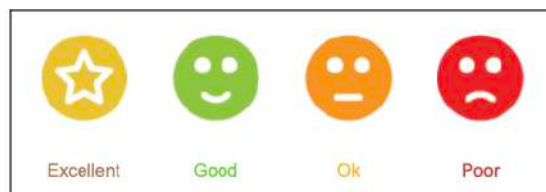
Thank you for contacting PAR regarding our Suicidal Ideation Questionnaire! We would like to inform you that Mr. Pedro Rocha can use our questionnaire validated for Portugal by the authors Castela and Ferreira (1999) for clinical purposes.

If you have any further questions or concerns, please don't hesitate to contact me.

Thank you!



How was our service today?



powered by
CustomerThermometer

Anexo II - Autorização para uso do Questionário de Atitudes Frente aos Comportamentos Suicidas - QACS (Botega, Reginato e Silva, 2005)



Pedro Miguel

Solicitação do QACS

Para:

Segurança: Assinado (BARBOSA DA ROCHA PEDRO MIGUEL)

Enviado - Outlook 27 de maio de 2023, 16:36

Boa tarde Professor José Carlos,

Estou a desenvolver o meu projeto no âmbito do mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica da ESEP e necessito do Questionário de Atitudes Frente ao Suicídio (QACS) para o meu projeto em contexto comunitário. O Professor Francisco indicou-me que este instrumento foi validado pela sua equipa. Pedia, desta forma, que me o enviasse e a sua autorização para o uso com fim académico. Obrigado.

Atentamente,
Com os meus melhores cumprimentos

Pedro Miguel Barbosa Da Rocha | RN, MSc



José carlos Santos

RE: Solicitação do QACS

Para: Pedro Miguel,

Recebido - Outlook

[Detalhes](#)

Boa noite Pedro,

Peço desculpa pelo atraso na resposta.

Da minha parte pode utilizar a escala QACS, com votos de bom trabalho.

Abraço,
José Carlos Santos

Anexo III - Autorização para uso da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Pais-Ribeiro *et al.*, 2007)



Pedro Miguel

Pedido de autorização de HADS

Para: [redacted]

Enviado... [redacted]

Exmo. Sr. Professor José Luís Pais Ribeiro,

O meu nome é Pedro Rocha - sou aluno do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Escola Superior de Enfermagem do Porto e envio-lhe este e-mail para solicitar a sua autorização para o uso do instrumento *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), para fins clínicos no âmbito do mestrado.

Desde já agradeço a atenção.

Com os meus melhores cumprimentos,

Pedro Miguel Barbosa Da Rocha | RN, MSc



José Pais Ribeiro

RE: Pedido de autorização de HADS

Para: Pedro Miguel

Recebid... [redacted]

Caro Colega

Autorizamos o uso da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar que adaptámos para uso com a população portuguesa.

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

[redacted]

mobile phone: (351) 965 [redacted]

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

<https://scholar.google.pt/citations?user=8OnOW5MAAAAJ&hl=en>

Anexo IV - Planos de sessão de Reestruturação Cognitiva

Tema	Sessão 1: Iniciação					
Data	22/09/2023	Horário	Início: 10:00	Fim: 11:00	Local	Gabinete clínico
Cliente	X					
Enfermeiro	Pedro Rocha					
Objetivos	- Promover o conhecimento sobre o funcionamento e objetivos das sessões; - Objetivar o tipo de pensamentos disfuncionais do cliente (pensamentos negativos, desesperança, ideação suicida, catastrofização); - Promover com o indivíduo o reconhecimento e associação dos seus pensamentos e o impacto nas atividades de vida diária; - Reconhecer fatores de risco internos e externos, concorrentes para o diagnóstico de Enfermagem;					
	Duração	Conteúdos				
Introdução	10min	- Acolhimento do cliente e apresentação; - Quebra-gelo com recurso a tema neutro; - Início do processo de <i>rapport</i>: informar acerca da técnica de reestruturação cognitiva e o seu objetivo geral, esclarecimento de dúvidas e inclusão do indivíduo nas sessões; - Estabelecimento e formalização do contrato terapêutico, com o objetivo de potenciar o seu envolvimento e participação ativa em cada sessão; - Explicar o funcionamento da sessão e o objetivo concreto da primeira sessão;				
Desenvolvimento	40min	- Enquadrar a entrevista clínica com os diagnósticos de Enfermagem ativos e encorajar o indivíduo a descrever, aberta e honestamente, as suas emoções, comportamentos, pensamentos e principais sintomas associados ao diagnóstico de Enfermagem ativo; - Efetuar todos os registos necessários; - Fornecer uma folha dividida em duas colunas: na primeira coluna para que o indivíduo escreva todos os seus pensamentos disfuncionais, na segunda coluna, a associação desses pensamentos aos sentimentos experienciados;				
Conclusão	10min	- Proceder ao resumo da sessão, em que o indivíduo partilha exemplos com o enfermeiro e, juntos, fazem uma breve discussão sobre os exemplos e a sessão; - Prescrever atividades a desenvolver como tarefas: o indivíduo vai tentar iniciar uma atividade de contraposição aos seus próprios pensamentos negativos, através da técnica de origem psicodramática - o role-play: encenar o problema, com o objetivo de trazer para discussão pensamentos, modelá-los e identificar aspetos positivos da sua vida; - Clarificar todas as dúvidas existentes, abrindo espaço para que as exponha; - Obter feedback relativamente à forma como se sentiu durante a sessão; - Agendar a próxima sessão; - Terminar a sessão, acompanhando-o à porta, com cumprimento de despedida formal.				

Tema	Sessão 2: Exploração					
Data	25/09/2023	Horário	Início: 10:00	Fim: 11:00	Local	Gabinete clínico
Cliente	AP					
Enfermeiro	Pedro Rocha					
Objetivos	- Promover a identificação dos aspetos positivos da sua vida; - Promover a consciencialização dos aspetos mais positivos da sua vida; - Promover a identificação e reconhecimento do suporte familiar e social de que dispõe.					
	Duração	Conteúdos				
Introdução	10min	- Acolhimento do cliente; - Quebra-gelo com recurso a tema neutro; - Explicar o funcionamento da segunda sessão e o seu objetivo concreto; - Realizar breve resumo da sessão anterior;				
Desenvolvimento	40min	- Solicitar as tarefas acordadas na sessão anterior e analisá-las, interpretando-as em conjunto com o cliente; - Refletir sobre as contraposições que o cliente elaborou, decorrentes do seu próprio pensamento disfuncional, a serem aspetos positivos da sua vida; - Convidar o cliente a que escreva enumere e escreva, numa folha, os nomes das pessoas significativas na sua vida; - Anexar a folha ao processo, para que seja recurso a ser trabalhado nas próximas sessões; - Obter feedback do cliente relativamente à forma como se sentiu durante a sessão;				
Conclusão	10min	- Clarificar todas as dúvidas existentes, abrindo espaço para que as exponha; - Breve antecipação explicativa das atividades a desenvolver na sessão seguinte; - Agendar a próxima sessão; - Terminar a sessão, acompanhando-o à porta, com cumprimento de despedida formal.				

Tema	Sessão 3: Compreensão					
Data	27/09/2023	Horário	Início: 10:00	Fim: 11:00	Local	Gabinete clínico
Cliente	AP					
Enfermeiro/a	Pedro Rocha					
Objetivos	- Promover estratégias cognitivas na resolução de problemas; - Promover a identificação de interpretações erradas sobre o autoconceito, os problemas e/ou dificuldades; - Promover a identificação e reconhecimento a irracionalidade das suas crenças quando comparadas com a realidade atual; - Promover a substituição das interpretações irrealis, por outras mais reais.					
	Duração	Conteúdos				
Introdução	10min	- Acolhimento do cliente; - Quebra-gelo com recurso a tema neutro; - Explicar o funcionamento da terceira sessão e o seu objetivo concreto; - Realizar breve resumo da sessão anterior;				
Desenvolvimento	40min	- Explicar em que consiste a elaboração de estratégias cognitivas que visam a reestruturação e reconstrução do pensamento; - Solicitar as tarefas acordadas na sessão de iniciação e analisá-las, interpretando-as em conjunto com o cliente: recorrer à folha em que relatou os seus problemas/dificuldades e os respetivos aspetos positivo da sua vida; - Associar estratégias imaginéticas, emocionais e comportamentais aos problemas/dificuldades relatados na folha, e os respetivos aspetos da sua vida; - Analisar e discutir a pertinência de cada uma dessas estratégias: imaginéticas, emocionais e comportamentais;				
Conclusão	10min	- Obter feedback do cliente relativamente à forma como se sentiu durante a sessão; - Clarificar todas as dúvidas existentes, abrindo espaço para que as exponha; - Breve antecipação explicativa das atividades a desenvolver na sessão seguinte; - Agendar a próxima sessão; - Terminar a sessão, acompanhando-o à porta, com cumprimento de despedida formal.				

Tema	Sessão 4: Instrução e Treino					
Data	06/10/2023	Horário	Início: 10:00	Fim: 11:00	Local	Gabinete clínico
Cliente	AP					
Enfermeiro/a	Pedro Rocha					
Objetivos	- Promover a substituição e modificação de pensamentos disfuncionais por pensamentos mais adequados;					
	Duração	Conteúdos				
Introdução	10min	- Acolhimento do cliente; - Quebra-gelo com recurso a tema neutro; - Explicar o funcionamento da quarta sessão e o seu objetivo concreto; - Realizar breve resumo da sessão anterior;				
Desenvolvimento	40min	- Relembrar estratégias cognitivas exploradas e explicadas na sessão anterior e promover a modificação de pensamentos com base nessas estratégias; - Instruir a substituição de pensamentos disfuncionais, como os que lhe induzam stress; - Encorajar o cliente a sugerir estratégias para ultrapassar situações de stress, determinando a sua pertinência e eficácia; - Encorajar o cliente a experienciar essas estratégias, para testar os seus pensamentos, emoções e comportamentos relativamente às alternativas treinadas;				
Conclusão	10min	- Propor a realização de tarefas em casa: elaboração de diário, onde relate as situações de pensamentos disfuncionais, a aplicação das estratégias treinadas nesta sessão e a sua autoavaliação. - Obter feedback do cliente relativamente à forma como se sentiu durante a sessão; - Clarificar todas as dúvidas existentes, abrindo espaço para que as exponha; - Breve antecipação explicativa das atividades a desenvolver na sessão seguinte; - Agendar a próxima sessão; - Terminar a sessão, acompanhando-o à porta, com cumprimento de despedida formal.				

Tema	Sessão 5: Conclusão					
Data	10/10/2023	Horário	Início: 10:00	Fim: 11:00	Local	Gabinete clínico
Cliente	AP					
Enfermeiro/a	Pedro Rocha					
Objetivos	- Promover a identificação de expectativas sobre os seus objetivos no futuro; - Promover a gestão de expectativas sobre os seus objetivos futuros; - Promover a monitorização para a manutenção do pensamento funcional; - Promover a reflexão através da avaliação final da intervenção psicoterapêutica - reestruturação cognitiva.					
	Duração	Conteúdos				
Introdução	10min	- Acolhimento do cliente; - Quebra-gelo com recurso a tema neutro; - Explicar o funcionamento da quinta sessão e o seu objetivo concreto; - Realizar breve resumo da sessão anterior;				
Desenvolvimento	40min	- Solicitar as tarefas acordadas na sessão de iniciação e analisá-las, interpretando-as em conjunto: recorrer ao diário em que relatou os seus problemas/dificuldades, a aplicação das estratégias treinadas na sessão anterior e a sua autoavaliação; - Encorajar ao planeamento de atividades para o futuro; - Partilha e discussão das atividades planeadas para o futuro, pelo cliente; - Propor a partilha de como se sente neste momento, na mesma folha fornecida na primeira sessão; - Propor a manutenção de tarefas de monitorização e autocorreção de pensamentos, em casa, através da continuação da elaboração do diário e reflexões; - Aplicação do Questionário de Ideação Suicida que preencheu também na sessão 0: entrevista inicial.				
Conclusão	5min	- Sugerir agendamentos de consultas de follow-up; - Obter feedback relativamente ao que sentiu de benefícios da terapia; - Clarificar todas as dúvidas existentes, abrindo espaço para que as exponha; - Terminar a sessão, acompanhando-o à porta, com cumprimento de despedida formal.				

Pensamentos que me surgem	Sentimentos que me provocam os pensamentos

NOMES DAS PESSOAS IMPORTANTES NA MINHA VIDA

Anexo V - Guia realizado para o serviço de Psiquiatria baseado no *mhGAP Intervention Guide (mhGAP-IG) for mental, neurological and substance use (MNS) disorders*

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica



PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS E AUTOLESIVOS

Autor: Pedro Miguel Barbosa Da Rocha

INTRODUÇÃO

Este documento é baseado no Guia de Intervenção para as perturbações mentais, neurológicas e por consumo de substâncias nos cuidados de saúde, versão 2.0, da Organização Mundial da Saúde (OMS). A versão original está escrita em inglês e designa-se “mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) - version 2.0”.

As perturbações mentais, neurológicas e associadas ao consumo de substâncias (MNS) são altamente prevalentes e representam uma grande carga da doença e incapacidade a nível mundial. Continua a existir um grande fosso entre a capacidade dos sistemas de saúde e os recursos disponíveis, entre o que é urgentemente necessário e o que está disponível para reduzir a carga. Aproximadamente 1 em cada 10 pessoas sofre de um transtorno de saúde mental, mas apenas 1% dos profissionais de saúde a nível mundial presta assistência a nível de saúde mental. As perturbações mentais interferem substancialmente com a capacidade de aprendizagem das crianças e com a capacidade dos adultos de funcionarem adequadamente na família, no trabalho e na sociedade em geral.

A OMS criou o programa de ação mundial para colmatar as lacunas em Saúde Mental (mhGAP) com o objetivo de aumentar e melhorar os cuidados da pessoa que padece de perturbações associadas às MNS.

A abordagem do mhGAP inclui intervenções para a prevenção e tratamento de perturbações que são baseadas na evidência. As perturbações prioritárias foram identificadas com base nos seguintes critérios: representam uma carga elevada (em termos de mortalidade, morbilidade e incapacidade), geram custos económicos elevados ou estão associadas a violações dos direitos humanos. Estas perturbações prioritárias incluem a depressão, a psicose, as autolesões e o suicídio, a epilepsia, a demência, as perturbações associadas ao consumo de substâncias e as perturbações mentais e comportamentais em crianças e adolescentes. O Guia de Intervenção do mhGAP (GI-mhGAP) é um recurso que facilita a aplicação das diretrizes do mhGAP baseadas em provas em contextos de cuidados de saúde.

Do Guia original, apenas foi extraída o módulo que aborda os comportamentos suicidários e autolesivos, temática em estudo e de desenvolvimento no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Sobre a estrutura do documento, a secção “Avaliação” é apresentada sob a forma de um fluxograma com vários pontos de avaliação clínica. O módulo começa com as manifestações comuns da doença suspeita, acima das quais se encontra uma série de perguntas de avaliação clínica às quais, por sua vez, deve ser dada uma resposta afirmativa ou negativa que encaminha o profissional de saúde para outras instruções para uma avaliação clínica final. É importante que os utilizadores do GI-mhGAP comecem a avaliação desde o início e avancem através de todos os pontos de decisão para completar uma avaliação clínica abrangente e um plano de gestão.

A secção “Gestão” consiste em pormenores de intervenção que fornecem informações sobre a forma de tratar as perturbações específicas que foram avaliadas. Isto inclui intervenções psicossociais e farmacológicas e outras técnicas, quando necessário.

A secção “Seguimento” fornece informações pormenorizadas sobre a forma de prosseguir a relação clínica e instruções detalhadas para a gestão do acompanhamento.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica deve reger-se pelos princípios dos cuidados essenciais para todas as pessoas que procuram cuidados de saúde, incluindo as que sofrem de perturbações MNS assim como prestar apoio à família ou cuidadores. Deve procurar promover o respeito pela privacidade das pessoas, incluindo a pessoa com perturbações MNS, que procuram cuidados de saúde; fomentar as boas relações entre os utentes e os prestadores de cuidados de saúde; e garantir que os cuidados são prestados de forma solidária, sem juízos de valor e sem estigma. O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) deve incluir elementos essenciais da prática clínica da saúde mental e deve visar fornecer à família e cuidadores uma breve panorâmica da avaliação e da gestão das perturbações MNS em contextos de cuidados de saúde.

COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS/SUICÍDIO

O suicídio é o ato de retirar deliberadamente a própria vida. A autolesão é um termo mais lato que se refere ao envenenamento ou à automutilação intencional, que pode ou não ter uma intenção ou um resultado fatal. Qualquer pessoa com idade igual ou superior a 10 anos que apresente uma das seguintes condições deve ser questionada sobre pensamentos ou planos de autolesionar-se no último mês e sobre comportamentos autolesivos no último ano:

- » Qualquer uma das perturbações MNS
- » Dor crónica
- » Perturbações emocionais agudas

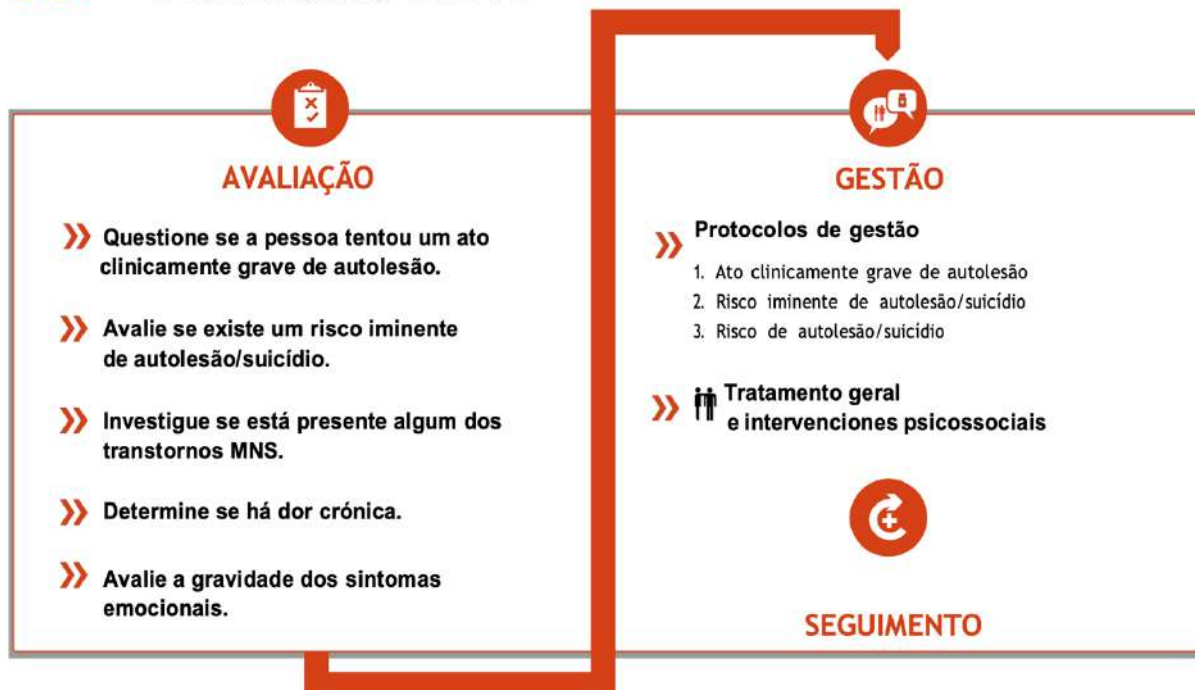
Analisar a presença de pensamentos, planos e comportamentos autolesivos durante a avaliação inicial e, posteriormente, periodicamente, conforme necessário. Abordar o estado mental e o sofrimento emocional da pessoa.

ACONSELHAMENTO CLÍNICO:

As perguntas sobre comportamentos autolesivos NÃO provocam comportamentos autolesivos. Muitas das vezes reduzem a ansiedade associada aos pensamentos ou comportamentos autolesivos e ajudam a pessoa a sentir-se compreendida. No entanto, é importante estabelecer uma relação com a pessoa antes de fazer perguntas sobre os comportamentos autolesivos. Pedir à pessoa que lhe explique as razões que a levam a praticar comportamentos autolesivos...



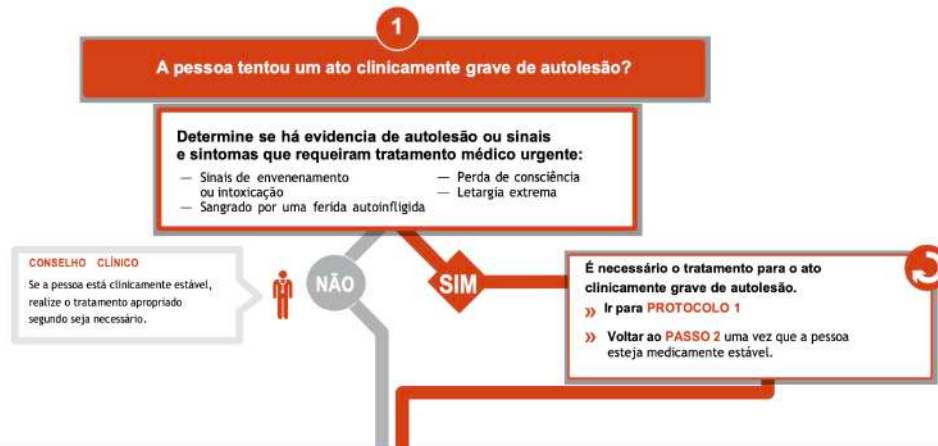
SUI » Panorama breve

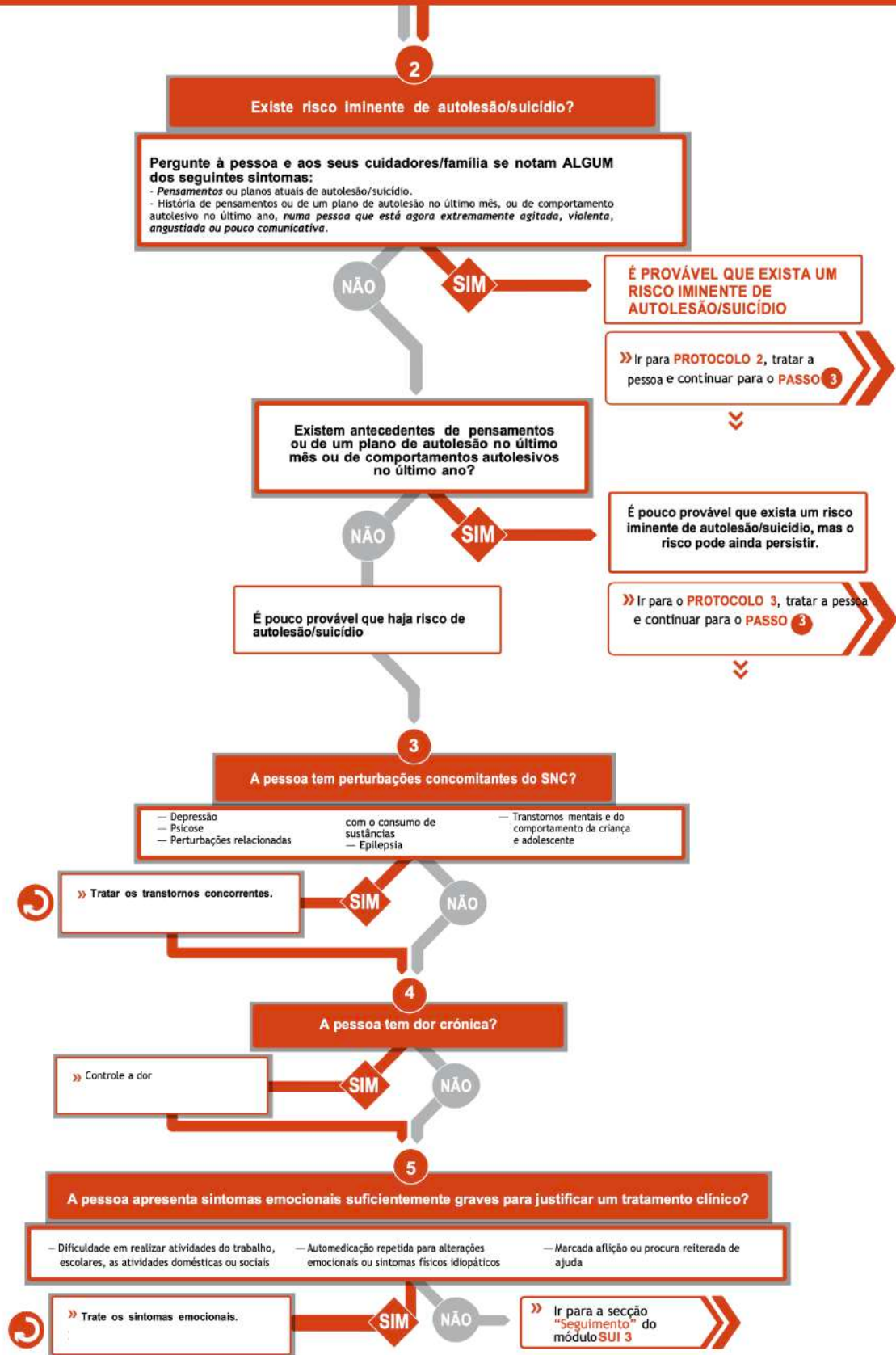


SUI 1 » Avaliação

AVALIE A POSSIBILIDADE DE AUTOLESÃO/SUICÍDIO SE A PESSOA APRESENTA ALGUM DOS SEGUINTE SINAIS OU SINTOMAS:

- Desesperança e desespero extremos, pensamentos/planos/comportamentos presentes ou passados de autolesão ou tentativa de suicídio, atos de automutilação com sinais de envenenamento ou intoxicação, hemorragias provocadas por feridas autoinfligidas, perda de consciência ou letargia.
- Qualquer uma das doenças MNS prioritárias, dor crónica ou perturbações emocionais graves.





SUI 2 » Gestão

PROTOCOLO

1

Ato clinicamente grave de autolesão

- » **Em todos os casos:** Coloque a pessoa num ambiente seguro e conveniente na unidade de saúde.
- » ❌ **NÃO** deixe a pessoa sozinha.
- » **Trate medicamente a lesão ou a intoxicação.** Se há intoxicação aguda com pesticidas, siga as indicações da secção "Tratamento de intoxicação com pesticidas". (2.1)
- » Se require hospitalização, continue a monitorizar estreitamente a pessoa para prevenir o suicídio.
- » Cuide a pessoa com autolesão (2.2)
- » Ofereça e ative o apoio psicossocial. (2.3) 
- » Dê apoio aos cuidadores. (2.4)
- » Consulte um especialista em saúde mental, se possível. 
- » Mantenha contacto regular e **seguimento** periódico. 

PROTOCOLO

2

Risco iminente de autolesão/suicídio

- » Elimine os meios de autolesão/suicídio.
- » Crie um ambiente seguro e propício; se possível, disponha de uma área tranquila e separada para esperar o tratamento.
- » ❌ **NÃO** deixe a pessoa sozinha.
- » Supervise e atribua a um membro do pessoal ou a um familiar para garantir a segurança da pessoa em todo momento.
- » Atenda ao estado mental e à alteração emocional.
- » Proporcione psicoeducação à pessoa e aos seus cuidadores. (2.5) 
- » Ofereça e ative o apoio psicossocial. (2.3) 
- » Dê apoio aos cuidadores. (2.4)
- » Consulte um especialista em saúde mental, se possível. 
- » Mantenha contacto regular e **seguimento** periódico. 

PROTOCOLO

3

Risco de autolesão/suicídio

- » Ofereça e ative o apoio psicossocial. (2.3) 
- » Consulte um especialista em saúde mental, se possível. 
- » Mantenha contacto regular e **seguimento** periódico. 

2.1 Tratamento por intoxicação de pesticidas

- » Se a unidade de cuidados de saúde dispuser de um conjunto mínimo de competências e recursos, tratar o doente utilizando o documento da OMS, Clinical Management of Acute Pesticide Intoxication (Gestão Clínica da Intoxicação Aguda por Pesticidas.) http://www.who.int/mental_health/publications/9789241596732/en/, em inglês).
- Caso contrário, transferir imediatamente a pessoa para uma unidade de saúde que disponha dos seguintes recursos:**
 - Competências e conhecimentos para reanimar pessoas e avaliar as características clínicas de envenenamento por pesticidas;
 - Aptidões e conhecimentos para tratar as vias respiratórias; em especial, para entubar e prestar assistência respiratória até que seja possível colocar um ventilador;
 - Atropina e meios para a sua administração intravenosa se estiverem presentes sinais de envenenamento colinérgico; e
 - Diazepam e meios para a sua administração intravenosa se a pessoa desenvolver convulsões.
- » Considerar a administração de carvão ativado se a pessoa estiver consciente, der o seu consentimento informado e se apresentar para receber cuidados uma hora após a intoxicação.
- » Não se recomenda a emese forçada.
- » ❌ Não se deve dar líquidos por via oral.

Atenção à pessoa com autolesão

- » Colocar a pessoa num ambiente seguro e de proteção numa unidade de saúde (❌ não deixar a pessoa sozinha). Se a pessoa tiver de esperar pelo tratamento, providenciar um ambiente que minimize o desconforto; se possível, colocar a pessoa numa área separada e tranquila, sob supervisão constante e em contacto com um membro do pessoal designado ou um familiar para garantir a sua segurança em todos os momentos.
- » Eliminar o acesso a meios de autolesão.
- » Consultar um especialista em saúde mental, se possível. 
- » Mobilizar a família, os amigos e outras pessoas relevantes ou os recursos comunitários disponíveis para acompanhar e apoiar a pessoa durante o período de risco iminente (ver secção "Oferecer e ativar apoio psicossocial"). (2.3)
- » Tratar a pessoa com comportamentos autolesivos com o mesmo cuidado, respeito e privacidade concedidos aos outros e ser sensível ao sofrimento emocional associado às lesões autoprovocadas.
- » Incluir os cuidadores/família se a pessoa quiser o seu apoio durante a avaliação e o tratamento; se possível, a avaliação de enfermagem deve incluir uma entrevista pessoal entre a pessoa e o enfermeiro para tratar de questões privadas.
- » Prestar apoio emocional aos membros da família e/ou aos cuidadores, se necessário. (2.4)
- » Assegurar a continuidade dos cuidados.
- » Para a prevenção das autolesões, não é recomendada a hospitalização em serviços não psiquiátricos de um hospital geral. No entanto, se o internamento num hospital geral (não psiquiátrico) for necessário para o tratamento das consequências clínicas das lesões autoprovocadas, a pessoa deve ser acompanhada de perto para evitar que continue a autolesionar-se durante o internamento.

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS



22 Oferecer e ativar o apoio psicossocial

» Prestar apoio à pessoa

- Investigue as razões e as formas de continuar vivo.
- Centre-se nos pontos fortes da pessoa e incentive-a a falar sobre a forma de como os problemas anteriores foram resolvidos.
- Se dispuser de recursos humanos suficientes, considere aconselhamento em resolução de problemas para ajudar a pessoa que teve comportamentos autolesivos no último ano.

» Ativar o apoio psicossocial

- Mobilizar a família, os amigos, as partes interessadas e outros recursos disponíveis para garantir que a pessoa é acompanhada de perto enquanto o risco de autolesão/suicídio persistir.
- Aconselhar a pessoa e a família/cuidadores a restringir o acesso a meios de autolesão /suicídio (por exemplo, pesticidas ou substâncias tóxicas, medicamentos sujeitos a receita médica, armas de fogo, etc.) quando a pessoa tem pensamentos ou planos de autolesão/suicídio.
- Otimizar o apoio social dos recursos comunitários

disponíveis. Estes incluem recursos informais, como a família, os amigos, os conhecidos, os colegas e os líderes religiosos; ou recursos formais da comunidade, se disponíveis, como centros de crise e centros locais de saúde mental.

23 Apoio aos cuidadores

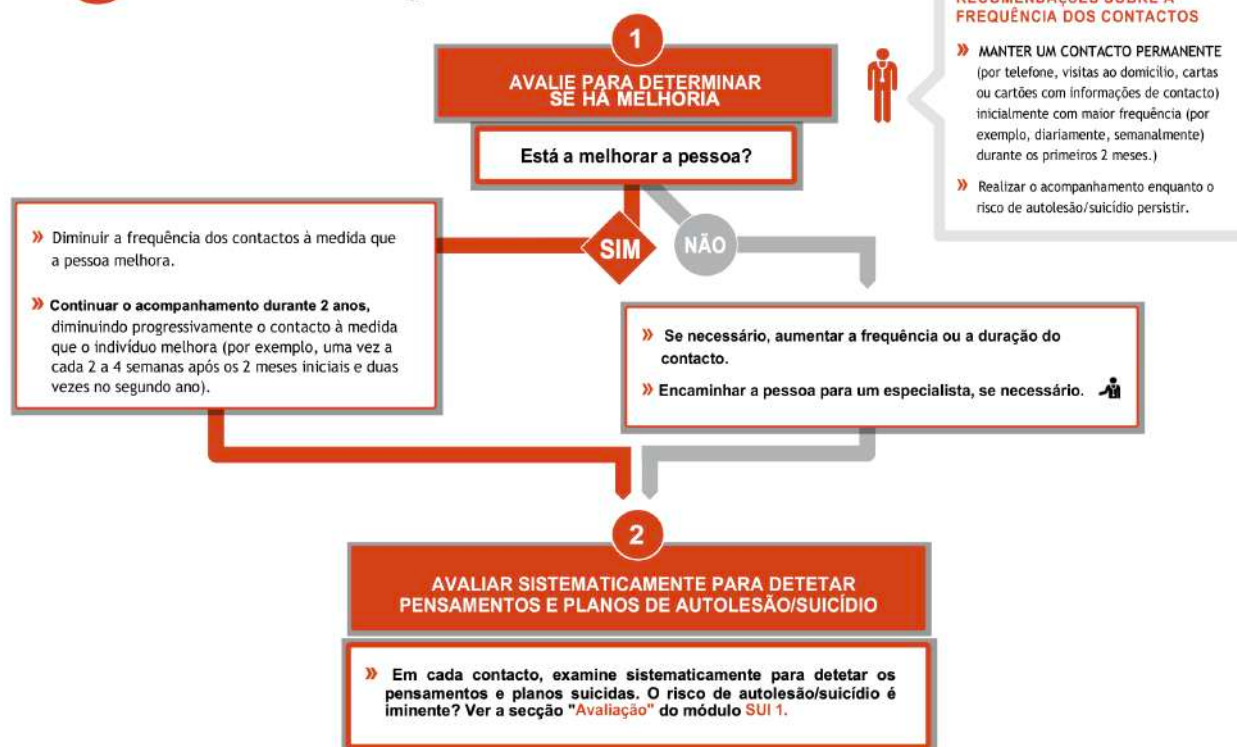
- » Informar os cuidadores e os membros da família que questionar sobre o suicídio ajudará frequentemente a pessoa a sentir-se aliviada, menos ansiosa e mais compreendida.
- » Os cuidadores e os familiares de pessoas em risco suicídio padecem frequentemente altos níveis de stress. Dê-lhes apoio emocional, se precisarem.
- » Informe os cuidadores de que, embora se possam sentir frustrados com a pessoa, devem evitar expressar hostilidade e críticas duras em relação à pessoa vulnerável em risco de autolesão/suicídio.

24 Psicoeducação

» Mensagens fundamentais para o indivíduo e para os cuidadores

- Se tiver pensamentos de autolesão/suicídio, procure imediatamente a ajuda de um familiar, amigo ou profissional de saúde de confiança.
- Não há problema em falar sobre suicídio. Falar sobre o suicídio não leva ao ato de suicídio.
- Os suicídios podem ser evitados.
- Ter um episódio de autolesão/suicídio é um indicador de sofrimento emocional grave.
- A pessoa não vê uma opção ou uma solução. Por isso, é importante fornecer à pessoa apoio imediato para lidar com problemas emocionais e fatores de stress.
- Os meios de autolesão (por exemplo, pesticidas, armas de fogo, medicamentos) devem ser retirados de casa.
- A rede de relações sociais, incluindo a família e outras pessoas relevantes, é importante para fornecer apoio social.

SUI 3 » Seguimento



Bibliografia

Mental Health and Substance Use. (2019). MHGAP Intervention Guide - versión 2.0. www.who.int. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>

FIM

PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS E AUTOLESIVOS

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

2

Como atuar perante o indivíduo

3

Gestão dos cuidados de saúde primários do indivíduo não referenciado

09, 10 e 17 de NOVEMBRO

15:00h a 16:30h

Aforo limitado! Inscrições

Formador
Enf. Pedro Rocha
Orientação

eSEP
Escola Superior de Enfermagem do Porto

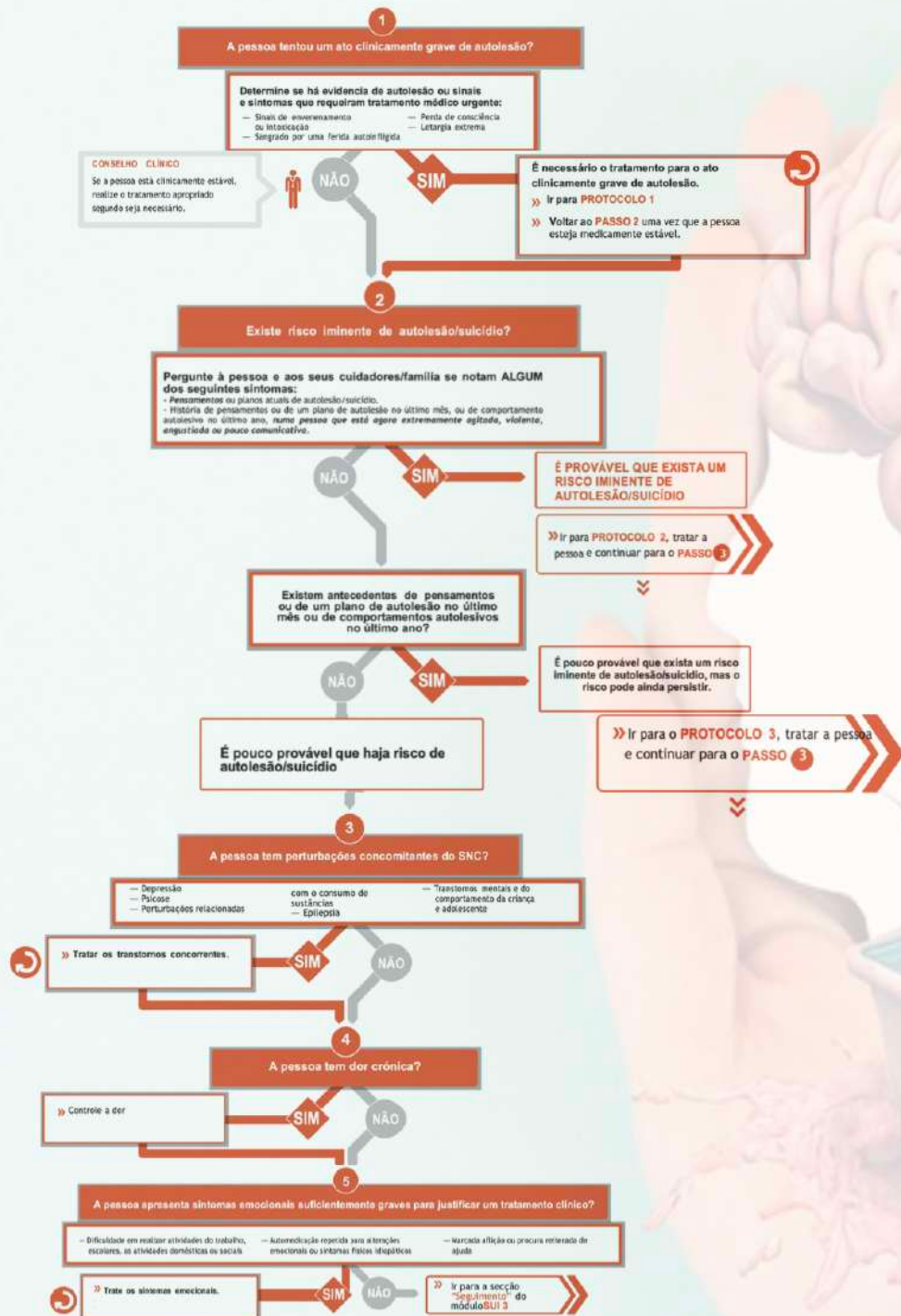


Anexo VII - Cartaz oferecido na IPLSM nos CSP - Contexto Comunitário

SUI 1 » Avaliação

AVALIE A POSSIBILIDADE DE AUTOLESÃO/SUICÍDIO SE A PESSOA APRESENTA ALGUM DOS SEGUINTE SINAIS OU SINTOMAS:

- Desesperança e desespero extremos, pensamentos/planos/comportamentos presentes ou passados de autolesão ou tentativa de suicídio, atos de automutilação com sinais de envenenamento ou intoxicação, hemorragias provocadas por feridas autoinfligidas, perda de consciência ou letargia.
- Qualquer uma das doenças MNS prioritárias, dor crônica ou perturbações emocionais graves.



Recomendações para os comportamentos suicidários e autolesivos nos CSP



Na sequência de ideação e/ou comportamento suicida, recomenda-se a realização de uma avaliação holística do indivíduo, bem como a avaliação dos fatores de risco e de proteção
(avalia-t 2012). (Nível D)



Autores: Pedro Rocha, Júlia Marques, Paula Campos

Qualquer pessoa que fale sobre suicídio deve ser levada a sério. As pessoas que morrem por suicídio expressaram frequentemente pensamentos suicidas ou mostraram sinais de alerta às famílias ou aos profissionais de saúde (NZGG 2008). *(Nível C)*

As notas de caso devem ser complementadas com entrevistas estruturadas. (NZGG 2008). *(Nível C)*
Que os profissionais expliquem ao utente e aos seus familiares o objetivo da avaliação e a sua finalidade, e que tentem envolvê-los como parte ativa do processo terapêutico. (avalia-t 2012). *(Nível Q)*

Ao avaliar um indivíduo com múltiplas tentativas de suicídio, recomenda-se que as causas ou precipitantes de cada tentativa sejam avaliadas de forma independente (avalia-t 2012). *(Nível C)*

Que a entrevista clínica seja orientada para a recolha de dados objetivos/descritivos e subjetivos (narrativa do doente, pensamentos e ideias) e que a entrevista seja adaptada: ambiente e circunstâncias, tempo disponível, condições do entrevistado e preparação do entrevistador (avalia-t 2012). *(Nível D)*

Integrar a informação do doente e de outras fontes, como a família, amigos, parentes e outros profissionais de saúde ou prestadores de cuidados. (avalia-t 2012). *(Nível D)*

Ao avaliar o risco de ideação e/ou comportamento suicida, devem ser considerados principalmente os seguintes fatores:

- Presença de tentativas de suicídio anteriores e abuso de substâncias. *(Nível D)*
- Presença de perturbações mentais, sinais e sintomas de depressão, sintomas específicos como desespero, ansiedade, agitação, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida grave (ideação suicida persistente e elaborada, incluindo planeamento), bem como acontecimentos stressantes e disponibilidade de métodos. *(Nível D)*
- Fatores de risco associados à repetição, doença física, cronicidade, dor ou incapacidade, história familiar de suicídio, fatores sociais e ambientais, e história de suicídio no meio ambiente. *(Nível C)*
- Acontecimentos de vida stressantes (novidade dos especialistas)
- Traços de personalidade persistentes de impulsividade (novidade dos especialistas)
- História atual ou passada de abuso e/ou violência sexual (novidade dos especialistas)
- História do assédio moral (novidade dos especialistas)

A estimativa do risco de suicídio de um indivíduo deve ser feita através do julgamento clínico do profissional, tendo em conta a presença de fatores de risco e fatores de proteção. (avalia-t 2012) *(Nível D)*

Toda a informação recolhida ao longo do processo de avaliação deve ser devidamente registada no processo clínico (avalia-t 2012) *(Nível D)*

Recomenda-se não substituir a entrevista clínica pela utilização de escalas auto e hetero-aplicadas, embora estas forneçam informações complementares na avaliação (avalia-t 2012). *(Nível D)*

Entre as diferentes escalas, são recomendadas as escalas de desesperança, ideação suicida e intencionalidade suicida de Beck. São também recomendados os itens de comportamento suicida do Inventário de Depressão de Beck e da Escala de Avaliação da Depressão de Hamilton (avalia-t 2012). *(Nível C)*

Embora não validada, a escala SAD PERSONS é igualmente recomendada pela sua facilidade de aplicação (avalia-t 2012). *(Nível D)*

*Nível C - provas científicas compostas por estudos classificadas como 2+, diretamente aplicáveis à população e que demonstrem um elevado grau de coerência entre as provas científicas extrapoladas de estudos classificados como 2+.

** Nível D - Provas científicas de nível 3 ou 4; ou provas científicas extrapoladas de estudos classificados como 2+.



Boas Práticas Clínicas



- Deve ser encorajada a comunicação da sintomatologia, dos sentimentos e dos pensamentos do doente associados ao comportamento suicida e facilitar o envolvimento do doente e das pessoas que lhe são próximas na tomada de decisões (avalia-t 2012).
- Nos casos de ideação e/ou comportamento suicida, o tempo de atendimento deve ser flexível e ajustado às características da pessoa.
- Devem ser evitadas atitudes negativas em relação a pessoas com ideação suicida e/ou comportamentos suicidas repetidos, privilegiando um atendimento profissional (avalia-t 2012).
- Todas as pessoas que comuniquem lesões autoprovocadas ou intenções suicidas devem ser tratadas como se estivessem numa situação de potencial emergência até que os profissionais de saúde estejam convencidos do contrário (NZGG 2008).
- Os serviços de saúde devidamente preparados devem participar na avaliação, na intervenção em situações de crise e na ligação com os serviços de saúde mental (NZGG 2008).
- A avaliação da ideação e/ou comportamento suicida deve ser efetuada numa sala de entrevistas separada que permita ao indivíduo ter privacidade (NZGG 2008).
- Não há provas que sugiram que perguntar diretamente sobre a presença de ideação ou intenção suicida aumente o risco de suicídio em pessoas que não tiveram pensamentos suicidas, ou que piore o risco naquelas que os têm (NZGG 2008).
- O estado mental e a ideação e/ou comportamento suicida podem variar consideravelmente ao longo do tempo. Qualquer pessoa em risco deve ser reavaliada regularmente, especialmente se as suas circunstâncias tiverem mudado (avalia-t 2012).

Avaliação e gestão da ideação e/ou comportamento suicida nos Cuidados de Saúde Primários

1. Recomenda-se que os enfermeiros sejam treinados na avaliação e tratamento da ideação e/ou comportamento suicida (avalia-t 2012). *Nível D*
2. Recomenda-se que as perguntas ao indivíduo sobre a sua ideação suicida sejam feitas de forma gradual: de forma calorosa e empática (avalia-t 2012). *Nível D*
3. Na sequência de uma tentativa de suicídio, deve ser avaliada a condição física do doente e decidida a necessidade de encaminhamento (avalia-t 2012). *Nível D*
4. Após uma tentativa de suicídio recomenda-se que se avalie (*Nível D*):
 - Características da tentativa
 - Tentativas anteriores de autoagressão
 - Fatores sociodemográficos (rede de apoio)
 - Perturbações mentais associadas
 - História familiar (avalia-t 2012).
5. Em caso de ideação suicida, recomenda-se o encaminhamento urgente para uma consulta de psiquiatria se (*Nível D*):
 - Perturbação mental grave
 - Comportamento autoagressivo grave anterior
 - Elaboração de um plano de suicídio
 - Expressão de intenção suicida que permanece no final da entrevista
 - Situação sociofamiliar de risco ou falta de apoio
 - Dúvidas sobre a gravidade da ideação ou o risco de intenção imediata. (avalia-t 2012)
6. Em caso de tentativa de suicídio, recomenda-se o encaminhamento urgente para um serviço de urgência se (*Nível D*):
 - Há necessidade de tratamento médico das lesões produzidas, não susceptíveis de ser tratados em ambulatório.
 - Intoxicação voluntária com diminuição do nível de consciência ou agitação (após estabilização do doente).



Em caso de tentativa de suicídio, e na ausência dos pontos anteriores, recomenda-se o encaminhamento urgente para o serviço de psiquiatria se:

- Elevada letalidade do plano, independentemente do resultado
 - Presença de doença mental grave
 - Comportamento autoagressivo grave recente
 - Tentativas de suicídio anteriores
 - Situação sociofamiliar de risco ou falta de apoio
 - Dúvida sobre a gravidade da tentativa ou o risco de repetição. (avalia-t 2012)
7. Qualquer pessoa com mais de 10 anos de idade que sofra de qualquer uma das seguintes doenças deve ser questionada sobre pensamentos ou planos de autolesão no último mês e sobre atos de automutilação no último ano:
 - Qualquer outra desordem prioritária (consultar o plano principal GI-mhGAP) - Dor crónica
 - Perturbações emocionais agudas

Avaliar os pensamentos, planos e atos de autolesão durante a avaliação inicial e, posteriormente, periodicamente, conforme necessário. Abordar o estado mental e o sofrimento emocional da pessoa. (mhGAP 2016)

Boas Práticas Clínicas nos CSP



- Recomenda-se a exploração de pensamentos suicidas em indivíduos com suspeita de ideação suicida e fatores de risco (avalia-t 2012).
- A formação dos enfermeiros deve centrar-se na avaliação dos riscos, no apoio a pessoas com fatores de risco que não apresentem ideação ativa ou comportamento suicida e na deteção de casos para encaminhamento.
- A gestão da ideação suicida repetida, ou qualquer ideia que constitua um plano, e os casos de comportamento devem ser encaminhados.
- Se a presença de ideação suicida for confirmada, será necessário fazer perguntas específicas para avaliar a frequência, persistência, reestruturação, desenvolvimento de um plano e possibilidade de o realizar (avalia-t 2012).
- Em doentes com ideação suicida e risco de suicídio, é recomendado:
 - Explicar aos familiares a necessidade de controlo e administração de medicamentos, bem como o seu armazenamento.
 - Acompanhamento constante por membros da família e/ou cuidadores, bem como restrição do acesso a métodos letais.
 - Aceitação pelo doente e pela família do acompanhamento e encaminhamento para o serviço de psiquiatria. (avalia-t 2012)
- Em caso de ideação e/ou comportamento suicida, deve ser considerada a possibilidade de encaminhamento prioritário para a psiquiatria (no prazo de uma semana) quando estiverem reunidas todas as circunstâncias seguintes:
 - Alívio após a entrevista
 - Intenção de controlo dos impulsos suicidas
 - Aceitação do tratamento e das medidas de confinamento acordadas
 - Apoio sociofamiliar efetivo (avalia-t 2012).
- Todas as informações relativas ao doente serão registadas no processo clínico, bem como a justificação fundamentada do tipo de encaminhamento (avalia-t 2012).
- Deve haver uma comunicação adequada entre os serviços de saúde mental e os CSP (avalia-t 2012).



112

NÚMERO EUROPEU DE EMERGÊNCIA

800 24 24 24



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

**SERVIÇO DE ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO
(SNS 24)**

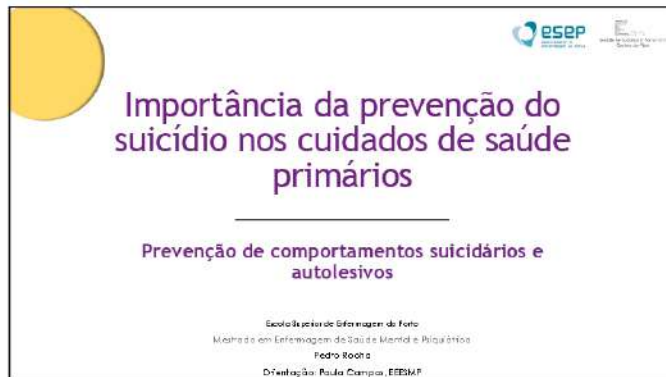
213 544 545

SOS VOZ AMIGA

Referências Bibliográficas

- Guia da prática clínica de prevenção e tratamento do comportamento suicida. Agência da Avaliação de Tecnologias da Saúde da Galiza (avalia-t). Santiago de Compostela: *Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*; 2012. Disponível em: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf.
- Guia da Prática Clínica Avaliação e gestão de pessoas com risco de suicídio, *The assessment and management of people at risk of suicide*. Wellington, Nova Zelândia: *New Zealand Guidelines Group and Ministry of Health*; 2008 https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/suicide_guideline.pdf.
- Manual de intervenção mhGAP (*Mental health Gap Action Programme*) do Programa de Ação para Superar as Lacunas em Saúde Mental OMS de 2016 <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/guia-intervencio%20humanitaria-mh-gap.pdf>

Anexo IX - Diapositivos da apresentação da sessão 1 nos CSP - Contexto Comunitário



Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

Prevenção de comportamentos suicidários e autolesivos

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Pedro Rocha
Orientação: Paula Campos, EBEP

1



CONTEÚDOS DAS 3 SESSÕES

1. Importância da prevenção do suicídio nos CSP
2. Como atuar perante o indivíduo
3. Gestão dos cuidados de saúde primários do indivíduo não referenciado

2

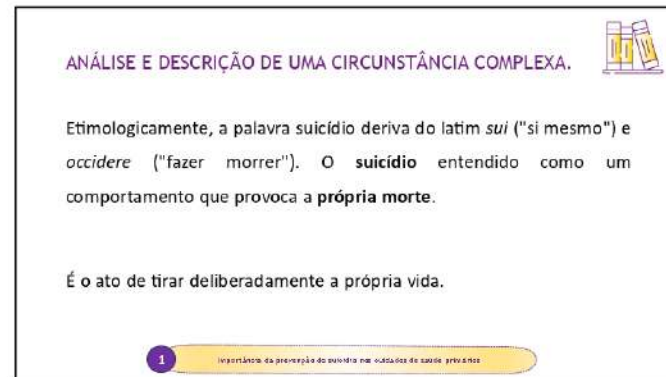


Antes de começar...
pode RESPONDER?

<https://forms.gle/ZD4yA1f646kQLz7AG>

Click to start

3



ANÁLISE E DESCRIÇÃO DE UMA CIRCUNSTÂNCIA COMPLEXA.

Etimologicamente, a palavra suicídio deriva do latim *sui* ("si mesmo") e *occidere* ("fazer morrer"). O **suicídio** entendido como um comportamento que provoca a **própria morte**.

É o ato de tirar deliberadamente a própria vida.

1 Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

4

ANÁLISE E DESCRIÇÃO DE UMA CIRCUNSTÂNCIA COMPLEXA.

O suicídio afeta **todas as culturas** ao longo da história, todos os **grupos sociais**, ambos os **sexos** e todas as **faixas etárias**.

As circunstâncias envolvidas, a sua prevalência e os seus alvos **não são homogêneos**.

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

5

ANÁLISE E DESCRIÇÃO DE UMA CIRCUNSTÂNCIA COMPLEXA.

Embora raramente ocorra de forma voluntária em indivíduos saudáveis, na maioria dos casos está subjacente a uma **doença mental** ou **física**.

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

6

ANÁLISE E DESCRIÇÃO DE UMA CIRCUNSTÂNCIA COMPLEXA.

É um **fenómeno complexo** que afeta, de forma bidirecional, o indivíduo, o ambiente social e os cuidados de saúde.



1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

7

ANÁLISE E DESCRIÇÃO DE UMA CIRCUNSTÂNCIA COMPLEXA.

A abordagem é complexa e não deve centrar-se exclusivamente no indivíduo em risco, mas requer uma **intervenção comunitária e multidisciplinar** para ser eficaz.

Problema de SAÚDE PÚBLICA

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

8

MAGNITUDE E DADOS EPIDEMIOLÓGICOS



O suicídio está entre as **três causas de morte mais frequentes** na faixa etária dos **15-25 anos**.

Estes registos estão a ocorrer em **idades cada vez mais jovens** e os jovens são agora considerados o **grupo de maior risco de suicídio** num terço dos países do mundo.



1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

9

MAGNITUDE E DADOS EPIDEMIOLÓGICOS



De acordo com as estimativas da OMS, o suicídio é uma das **10 principais causas de morte de qualquer país**.



1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

10

MAGNITUDE E DADOS EPIDEMIOLÓGICOS



Existe uma falta de unificação nos critérios para considerar um suicídio nas fontes de registo nos diferentes estudos e países.



Compromete a análise dos dados sobre os suicídios

(suicídios consumados, tentativas de suicídio, estudo longitudinal do problema, comparação entre grupos populacionais).

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

11

MAGNITUDE E DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

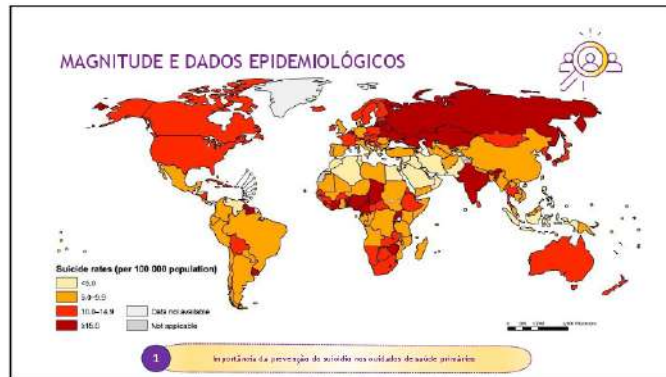


- Em Portugal suicidam-se **3 pessoas por dia**.
- Portugal está em **20.º lugar** da região europeia (OMS, 2021).
- Há **3 vezes mais** homens a cometer suicídio do que mulheres.

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

12



13



14

MAGNITUDE E DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

O panorama é desolador:

os suicídios de **menores de idade duplicaram**,

e o

suicídio nas pessoas com mais de **80 anos aumentou 20%**.

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

15

Transcendência e impacto

A questão está intimamente relacionada com os problemas de saúde e sociais, especialmente a **saúde mental**,

"A epidemia silenciosa que não se fala".

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

16

Transcendência e impacto



O impacto sobre o indivíduo de um suicídio consumado é a **morte**, a **pior expectativa possível**.



É essencial considerar se teria sido uma **morte evitável**.

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

17

Transcendência e impacto



Nas tentativas de suicídio e nos suicídios “falhados”, a carga psicológica é tão elevada que é considerada um dos principais fatores de previsão do suicídio.



Culpa, estigma social, hostilidade

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

18

Transcendência e impacto



O impacto psicológico e social na **família** e na **sociedade** é difícil de quantificar. Em média, um suicídio individual **afeta** intimamente pelo menos **6 outras pessoas**. Se ocorrer numa instituição de ensino ou no local de trabalho, tem um impacto em **centenas de pessoas**.

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

19

Transcendência e impacto



É importante recordar que as vítimas de suicídio provêm frequentemente de famílias com problemas sociais difíceis, como o **alcoolismo**, a **violência** ou o **abuso de crianças**.

Neste contexto, os **sentimentos ambivalentes** já existem e o suicídio serve para os aumentar.

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

20

Transcendência e impacto



Sentimentos e sequelas que o ato suicida provoca na família
TRISTEZA E SOMATIZAÇÃO FÍSICA
Ressaca (contra o familiar suicida, contra os profissionais de saúde, contra si próprio)
Fracasso (do papel na família) e sentimentos de culpa (própria e dos outros)
Miedo de repetir o comportamento suicida
Sentimentos de traição, abandono e rejeição
Segredos
Pensamentos distorcidos da realidade
Luto patológico

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

21

Análise dos custos



As análises socioeconómicas de custo-eficácia do investimento preventivo em diferentes países mostram que, por cada euro investido na deteção e tratamento do comportamento suicida, são devolvidos 3 euros ao sistema de saúde.

Um exemplo é o estudo McDaid (2017) no Reino Unido, em que a estimativa é que 15 dólares são devolvidos ao sistema por cada dólar investido, incluindo o impacto no emprego.

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

22

COMO ENFERMEIRO, QUANDO DEVO SUSPEITAR QUE ESTOU PERANTE UM RISCO DE SUICÍDIO?

- MITOS QUE IMPEDEM UMA INTERVENÇÃO CORRETA -

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

23

O **enfermeiro** de família tem uma posição única no sistema de cuidados de saúde para conhecer os utentes e prestar-lhes **cuidados de saúde abrangentes e integrados**.

Conhece a história de vida dos seus utentes e tem a responsabilidade de lhes prestar cuidados de saúde abrangentes.

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

24

O EF dispõe de:

- ferramentas como a história clínica informatizada e a possibilidade de aplicar técnicas de entrevista clínica semiestruturada, com as quais se pode gerar um ambiente de **confiança** e de **escuta ativa**.
- agendas mais versáteis que podem ser moduladas em função das necessidades.

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

25

A acessibilidade, devido à proximidade física dos centros e às listas de espera mais curtas do que noutros contextos, facilita a deslocação dos indivíduos aos **centros de saúde**.

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

26

A responsabilidade pelos nossos utentes obriga-nos a **conhecer**, **tratar** e **desmistificar os mitos** em torno do suicídio que dificultam uma abordagem rigorosa e eficaz do problema.

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

27

“As pessoas que falam de suicídio raramente se suicidam”.

Falso: Muitas vezes, as pessoas que morrem por suicídio dão algum sinal e incluso recorrem ao sistema de saúde nos dias anteriores.

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

28

“Questionar uma pessoa sobre o suicídio pode induzir um comportamento suicida”, ou “Falar sobre suicídio com uma pessoa em risco pode encorajá-la a suicidar-se”.

Não é verdade. Perguntar sobre o suicídio ajuda a pessoa a criar um ambiente de confiança, permite-lhe falar sobre o problema, libertar a sua ansiedade ao sentir-se compreendida.

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

29

“Quem se quer matar não o diz”.

Costuma ser ao contrário. As pessoas que estão a pensar em suicidar-se dão muitas vezes diferentes sinais.

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

30

“As pessoas que tentam suicidar-se não querem realmente acabar com as suas vidas, estão apenas a tentar chamar a atenção”.

Ao fazer esta afirmação, está-se a correr um elevado risco de vida pois a pessoa está em sofrimento e a pedir ajuda.

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

31

“Se desafiarmos uma pessoa com risco de suicídio, ela não tentará, recuará.”

É contraindicado desafiar uma pessoa em risco de suicidar-se.

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

32

“As crianças não se suicidam”.

O suicídio ocorre em qualquer idade e tende a aumentar nas idades mais jovens.

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

33

PRESENÇA DE DOENÇA FÍSICA OU MENTAL

História de doença física ou mental



dor, incapacidade, a desesperança, sentimento de sobrecarga em relação aos cuidadores, iatrogenia terapêutica, perda de capacidade económica, o estigma social...

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

34

PRESENÇA DE DOENÇA FÍSICA OU MENTAL

Todos os **sintomas das perturbações afetivas** (sintomas emocionais, cognitivos, somáticos e comportamentais) podem alimentar a ideação suicida, e a concomitância de doença orgânica e perturbações afetivas aumenta o risco de suicídio.

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

35

PRESENÇA DE DOENÇA FÍSICA OU MENTAL

Em termos de doenças mentais, a **depressão** é a mais propensa ao suicídio. As pessoas afetadas por depressão grave têm um risco de suicídio **20 vezes superior** ao da população em geral e **15%** delas morrem após uma tentativa de suicídio.

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

36

PRESENÇA DE DOENÇA FÍSICA OU MENTAL

CONSENSO DE ESPECIALISTAS EM SAÚDE MENTAL

1. A depressão e certas doenças físicas têm uma relação bidirecional que dificulta o diagnóstico, tem um impacto no prognóstico e coloca necessidades específicas de intervenção e acompanhamento.
2. Os doentes diagnosticados com depressão devem ser rastreados em relação a doenças físicas ou aos seus fatores de risco. Do mesmo modo, os doentes com doenças físicas devem ser rastreados em relação à depressão.
3. Os doentes com depressão e doença física devem ser rastreados quanto à presença de ideação ou risco de suicídio. Se estiverem presentes, deve ser considerado o encaminhamento urgente para os serviços de saúde mental.
4. A presença de doença física em doentes com depressão pode condicionar, mas não excluir, a escolha do tratamento antidepressivo. A melhor alternativa farmacológica deve ter em conta o tipo de doença física comórbida e os efeitos secundários e interações dos diferentes antidepressivos.
5. A psicoterapia, isoladamente ou em combinação com psicofarmacos, tem-se revelado eficaz no tratamento da depressão ligeira a moderada na maioria dos doentes com doença física comórbida e contribui para a recuperação global do doente. As psicoterapias que demonstraram maior eficácia neste tipo de doentes foram as de orientação cognitivo-comportamental.

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

37

OUTRAS SITUAÇÕES RELACIONADAS COM O INDIVÍDUO QUE IMPLIQUEM UM RISCO DE SUICÍDIO

- A **pobreza** e a **instabilidade social**, fatores que nem sempre podem ser alterados pelo indivíduo.
- Um **baixo nível de escolaridade**.
- Algumas profissões, como **polícias**, **forças armadas** e **profissionais de saúde**,

tanto pelo isolamento profissional que isso pode implicar como pela responsabilidade.

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

38

OUTRAS SITUAÇÕES RELACIONADAS COM O INDIVÍDUO QUE IMPLIQUEM UM RISCO DE SUICÍDIO

- As **novas profissões**, como os *influencers*, os *gamers*, etc., recebem os ciberataques, a exposição contínua e o ciberassédio, a depressão e, paradoxalmente, a **solidão**. Além disso, podem servir de modelo ou ter um **efeito mimético** sobre aqueles que estão a pensar em pôr termo a uma vida difícil.
- Pessoas **presas**, **institucionalizadas** num ambiente difícil, isoladas dos seus grupos de referência e **estigmatizadas**.

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

39

OUTRAS SITUAÇÕES RELACIONADAS COM O INDIVÍDUO QUE IMPLIQUEM UM RISCO DE SUICÍDIO

- Pessoas em situação de **perda**
(por exemplo, emprego, casa, parceiro, membro da família).
- Pessoas em situação de **mudança**, mudanças sociais e demográficas
(por exemplo, da escola para a universidade, da universidade para a vida laboral).

1

Importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

40

OUTRAS SITUAÇÕES RELACIONADAS COM O INDIVÍDUO QUE IMPLIQUEM UM RISCO DE SUICÍDIO

- História de **abuso físico ou sexual**.

Os maus tratos sexuais e físicos, sobretudo na infância.

- Crenças religiosas.

Parecem ser protetoras contra o suicídio. Os ateus têm as taxas de suicídio mais elevadas.

1

a importância da prevenção de suicídio nos cuidados de saúde primários

OUTRAS SITUAÇÕES RELACIONADAS COM O INDIVÍDUO QUE IMPLIQUEM UM RISCO DE AUTÓLISE

- **LGBTIQ** (lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, intersexuais, *queer*).

São muito vulneráveis, estigmatizados, com dificuldades de emprego, isolados, vítimas de violência.

④

Importância da proteção do usuário em unidades de saúde privadas

Transcendência e impacto

[illegible]

1

insistência a pregação da autoridade nos assuntos de segurança

Escalada da autolesão: processos de autolesão, ideação suicida, ideação passiva de morte, plano suicida, tentativa de suicídio, suicídio consumado

Definições dos conceitos de autolesão e suicídio	
Autolesão e o gesto suicida	- Conduta e omissão, autolesão, potencialmente suicida - A pessoa não tem intenção de se matar - É uma violência e ferimento de si mesmo para causar algum fim - Este tipo de comportamento pode não causar lesões, apenas dores ou causar o morte (gesto suicida) não intencional - Um ato intencional em que são transmitidos pensamentos, desejos ou intenções de pôr termo à própria vida - Há graves implicações ou explicitas de que esse ato de comunicação não constitui, por si só, um comportamento suicida - Os outros dois tipos de comunicação são suicida: - suicídio autolesão - suicídio
Comunicação suicida	Comportamento potencialmente mortal e autolesivo, no qual se pode verificar o seguinte: a) a pessoa deseja utilizar a intenção aparente de matar para algum fim; b) A pessoa tem um certo grau, determinado de indeterminação, de intenção suicida; comportamento suicida intencional Comportamento suicida intencional de intenção suicida que pode resultar em suicídio, sendo ou não intencional, autolesão com grau indeterminado de intenção suicida

9

importante da prevenção do suicídio nas unidades de saúde primárias

Escalada da autolesão: processos de autolesão, ideação suicida, ideação passiva de morte, plano suicida, tentativa de suicídio, suicídio consumado

Definições dos conceitos de autolesão e suicídio	
Ideação suicida	- É o pensamento a ideação, o desejo da morte a própria vida. - Os pensamentos vão desde um desejo de morrer até um plano completo de tentativa de suicídio. - O espectro da ideação suicida engloba tipicamente um questionamento potencial que propõe sucessivamente para pensamentos de morte, pensamentos de suicídio e até planos de suicídio.
Tentativa de suicídio	- Conduta autointencional autolesão e não fatal. - Existem provas, implícitas ou explícitas, da intenção de causar a morte. - Conduta que pode ou não resultar em lesão, independentemente da intenção do método.
Plano de suicídio	Proposta de um método para a execução de um potencial comportamento suicida.
Suicídio	Morte autointencional com provas implícitas ou explícitas da intenção de causar a morte.

1 Importância da prevenção do suicídio nas unidades de saúde primárias

45

Escalada da autolesão: processos de autolesão, ideação suicida, ideação passiva de morte, plano suicida, tentativa de suicídio, suicídio consumado



1 Importância da prevenção do suicídio nas unidades de saúde primárias

46

BARREIRAS E RECURSOS PARA ENFRENTAR O PROBLEMA. IMPORTÂNCIA DE UMA INTERACÇÃO EFICAZ

Relativos ao próprio indivíduo. O indivíduo como centro do processo

Variáveis que promovem a resiliência ao suicídio em adolescentes e jovens. FATORES INTERNOS	
Cognitivos	- Autoconceito positivo - Auto-regulação e flexibilidade cognitiva - Estilo de atribuição positiva - Resilientes para viver
Ativos	- Autocontrole emocional - Esperança - Autoestima - Diversidade - Perseverança e em relação aos objetivos face às adversidades
Comportamental	- Controle dos impulsos - Competências para pedir apoio e ajuda imediata - Expressão de emoções - Gestão de conflitos
Personalidade	- Sentido do humor - Empatia - Procura do sentido da vida

1 Importância da prevenção do suicídio nas unidades de saúde primárias

47

BARREIRAS E RECURSOS PARA ENFRENTAR O PROBLEMA. IMPORTÂNCIA DE UMA INTERACÇÃO EFICAZ

Depende do ambiente social e familiar. Rede de apoio

Variáveis que promovem a resiliência ao suicídio em adolescentes e jovens. FATORES EXTERNOS	
- Apoio social emocional. - Experiências precoces de resolução não violenta de conflitos entre pares. - Relações positivas com a família, os colegas da escola e os professores. - Redes sociais estruturadas (família, amigos e vizinhança). - Dificuldade de acesso a métodos de suicídio. - Sentido de pertença a um grupo ou cultura. - Ativismo social. - Ampliação dos valores relacionados com a identidade sexual e étnica. - Disponibilidade e facilidade de acesso a serviços comunitários e de saúde mental. - Formação em diversidade sexual e étnica para profissionais.	

1 Importância da prevenção do suicídio nas unidades de saúde primárias

48

BARREIRAS E RECURSOS PARA ENFRENTAR O PROBLEMA. IMPORTÂNCIA DE UMA INTERACÇÃO EFICAZ



Relativo ao sistema de saúde e profissionais de saúde

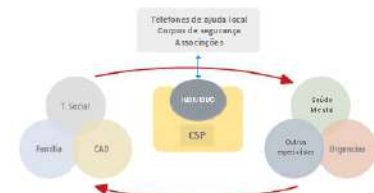
- Preparar o fim de vida: tratar os assuntos pendentes, preparar um testamento, doar objetos ou bens e desapegar-se.
- Isolamento pessoal e social.
- A melhoria súbita e inesperada faz com que se sinta suficientemente forte para levar a cabo os seus planos de suicídio.
- Mudanças súbitas de comportamento.
- Atitudes de indiferença sobre métodos de automutilação e suicídio.
- Aquisição de instrumentos que podem ajudar o suicídio sem motivação aparente.
- Perda de interesse por passeios, obrigações e aparência pessoal.
- Verbalizar ideias ou indiretamente a ideia ou a possibilidade de suicídio, com frases como: "Não tenho mais utilidade para esta vida", "Quero desapegar-me", "A vida não vale a pena se viver sozinho..."
- Anunciar ao cônjuge ou ao pai/mãe a intenção de suicídio, com a ameaça poder-se entender do como um pedido de ajuda.
- Dar consentimento a pessoas próximas para a sua assistência e falta de vontade de viver e não ao profissional de saúde.
- Falar sobre informações do seu ambiente pessoal.
- Verbalizar estados de solidão, de isolamento, de incapacidade para enfrentar o quotidiano.
- Expressar sentimentos de impotência, desamparo, depressão, desesperança.

1

a importância da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

49

RELAÇÃO MULTIDISCIPLINAR DOS INTERVENIENTES NA PROTEÇÃO CONTRA O SUICÍDIO



6

importância da prevenção do suicídio em cuidados de saúde primários.

50



Sobre um caso...

- Mulher, solteira, 40 anos de idade, vive sozinha.
 - História de **hipotiroidismo** e **depressão**.
 - Abandona o tratamento e recusa acompanhamento psicológico.
- Isolada socialmente:**
- É importante não perder a confiança da doente. Apresenta **tristeza, desespero e isolamento**.
 - No terceiro episódio depressivo, manifesta **ideias suicidas**.

1

insuficiência da prevenção do suicídio nos cuidados de saúde primários

51

BIBLIOGRAFIA

Subido por [www.biblioteca.org.br](#) (Internet). Unidade Rio de Janeiro, RJ, Brasil: Instituto Brasileiro de Informática em Educação (IBIE), 2022. Disponível em: <https://www.biblioteca.org.br/doc/id/201156>. Acesso em: 06 de outubro de 2022. Arquivo em PDF, 100156a.pdf.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) ในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสังเกตแบบย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลทางการแพทย์ของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในประเทศไทย ซึ่งครอบคลุมระยะเวลาตั้งแต่ปี 2550 ถึง 2560

Copyright © 2013 by Elsevier Inc. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage or retrieval system, without permission in writing from Elsevier Inc.

[illegible]

bioRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2014.07.24.083119>; this version posted July 24, 2014. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted bioRxiv a license to display the preprint in perpetuity. It is made available under aCC-BY-NC-ND 4.0 International license.

Kostenlos heruntergeladen von: www.studocu.com

© 2011 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 270: 101–108

Correspondence: Dr. J. A. Sánchez-Cabeza, IREC, Universidad de León, 24071 León, Spain. E-mail: jsanchez@leu.es

Recibido: 14 de julio de 2011; revisión aceptada: 14 de agosto de 2011. Publicado: 14 de diciembre de 2011. Para citar este artículo: *Ally, D. F. (2012). El uso de la tecnología en la enseñanza de la matemática en la educación superior. Una revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Educación*, 49(1), 1-14.*

El presente trabajo es el resultado de una investigación realizada en el marco del proyecto de investigación "Análisis de la gestión de la calidad en las empresas de servicios de salud", financiado por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT) a través del Programa de Apoyo a la Investigación Científica (PAIC) del Ministerio de Educación Superior, Ciencia y Tecnología (MESPCT).

bioRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/151101>; this version posted May 10, 2017. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted bioRxiv a license to display the preprint in perpetuity. It is made available under aCC-BY-NC-ND 4.0 International license.

© 2011 The Authors. Journal compilation © 2011 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 270: 103–111

52

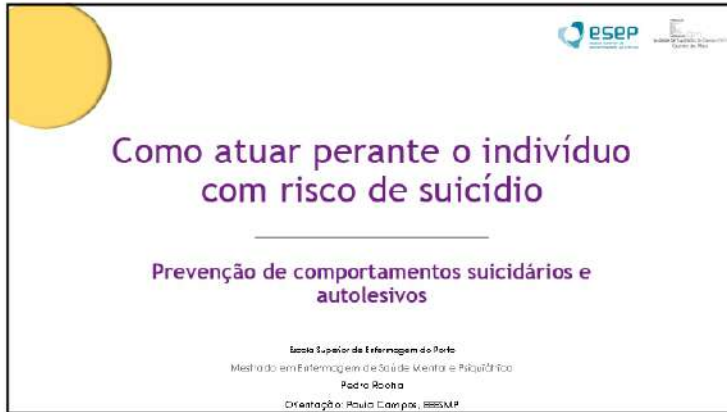
53



<https://forms.gle/6V7bPs7nfbk0PT6sq5>



Anexo X - Diapositivos da apresentação da sessão 2 nos CSP - Contexto Comunitário



Logo of ESEP (Escola Superior de Enfermagem do Porto) and the Faculty of Health Sciences of the University of Porto.

Como atuar perante o indivíduo com risco de suicídio

Prevenção de comportamentos suicidários e autolesivos

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Mestrado em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica
Patrícia Rocha
Criação: Paula Lampert, BBSM.P

1

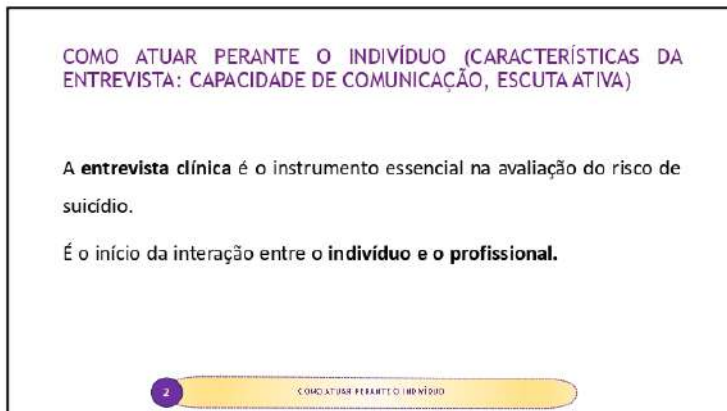


CONTEÚDOS DAS 3 SESSÕES

1. Importância da prevenção do suicídio nos CSP
2. Como atuar perante o indivíduo
3. Gestão dos cuidados de saúde primários do indivíduo não referenciado



2



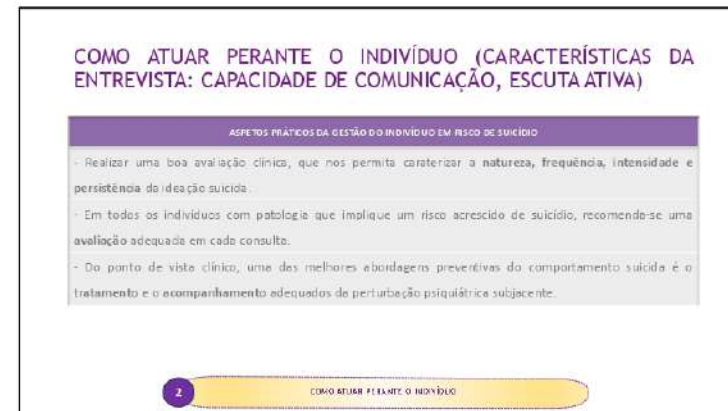
COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO (CARACTERÍSTICAS DA ENTREVISTA: CAPACIDADE DE COMUNICAÇÃO, ESCUTA ATIVA)

A **entrevista clínica** é o instrumento essencial na avaliação do risco de suicídio.

É o início da interação entre o **indivíduo** e o **profissional**.

2 COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

3



COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO (CARACTERÍSTICAS DA ENTREVISTA: CAPACIDADE DE COMUNICAÇÃO, ESCUTA ATIVA)

ASPECTOS PRÁTICOS DA GESTÃO DO INDIVÍDUO EM RISCO DE SUICÍDIO

- Realizar uma boa avaliação clínica, que nos permita caracterizar a natureza, frequência, intensidade e persistência da ideia suicida.
- Em todos os indivíduos com patologia que implique um risco acrescido de suicídio, recomenda-se uma avaliação adequada em cada consulta.
- Do ponto de vista clínico, uma das melhores abordagens preventivas do comportamento suicida é o tratamento e o acompanhamento adequados da perturbação psiquiátrica subjacente.

2 COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

4

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO (CARACTERÍSTICAS DA ENTREVISTA: CAPACIDADE DE COMUNICAÇÃO, ESCUTA ATIVA)

ASPECTOS PRÁTICOS DA GESTÃO DO INDIVÍDUO EM RISCO DE SUICÍDIO

- Efetuar uma avaliação social e familiar, a existência de perturbações mentais, tentativas de suicídio anteriores e antecedentes familiares.
- Construir uma aliança terapêutica e envolver o indivíduo na tomada de decisões.
- Tentar obter o máximo de informação e apoio possível da família.

2

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

5

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO (CARACTERÍSTICAS DA ENTREVISTA: CAPACIDADE DE COMUNICAÇÃO, ESCUTA ATIVA)

ASPECTOS PRÁTICOS DA GESTÃO DO INDIVÍDUO EM RISCO DE SUICÍDIO

- Utilizar escalas psicométricas para apoio.
- Planear um acompanhamento regular, mais intenso no início e espaçado com a melhoria.
- Registo no processo clínico dos resultados da avaliação efetuada e das medidas tomadas.
- Se for detetado um elevado grau de risco de suicídio e a recusa em receber a ajuda oferecida, deve resultar na hospitalização involuntária do indivíduo.
- O profissional de saúde só é penalmente responsável quando o suicídio era um comportamento previsível e evitável e a sua atitude foi descuidada ou negligente.

2

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

6

Uma boa avaliação clínica requer:

- Inquirir sobre a existência de perturbações psiquiátricas e psicológicas e a sua gravidade.
- Avaliar o grau de intenção suicida, a frequência e a intensidade dos pensamentos suicidas, a interferência nas atividades da vida diária, possíveis tentativas anteriores.
- Determinar o estado emocional do indivíduo, os sentimentos de culpa, a autoestima.
- É importante explorar a capacidade do indivíduo para se ver a si próprio e aos seus problemas de forma objetiva, o enraizamento de ideias irracionais, o grau de desesperança, a medida em que quer ser ajudado e as expectativas que tem sobre a possibilidade de ser ajudado.

2

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

7

As estratégias a aplicar serão as seguintes:

- Escutar ativamente e permitir a libertação de emoções.
- Tranquilizar a pessoa se ela se mostrar preocupada com pensamentos suicidas.
- Reforçar qualquer verbalização de esperança e motivação.
- Há uma tendência para a pessoa com ideação/comportamento suicida minimizar os aspetos positivos da sua vida.
- Refletir sobre a irreversibilidade do suicídio.
- Oferecer diretrizes para melhorar o humor:
 - Procurar apoio social e encorajar a desabafar com pessoas próximas.
 - Incentivar a procura de ajuda profissional.

2

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

8

QUANTIFICAÇÃO DO RISCO. INSTRUMENTOS DE RASTREIO OU DE AVALIAÇÃO

De acordo com a OMS, a avaliação do risco de suicídio é uma atividade difícil e complexa.

A avaliação do risco de suicídio deve ter em conta principalmente:

É preciso avaliar	- Ideação suicida - Determinação - Planeamento suicida - Solidão - Consumo de álcool e de substâncias - Dificuldades sociais	Implica maior risco	- Se for persistente e não esporádico - Se o suicídio for uma decisão firme e não uma possibilidade - Se existe elaboração e disponibilidade de meios - Se falta apoio social e familiar - Se a capacidade de autocontrolo é limitada - Se existem situações de marginalização, desemprego ou falta de expectativas
-------------------	---	---------------------	--

2

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

9

QUANTIFICAÇÃO DO RISCO. INSTRUMENTOS DE RASTREIO OU DE AVALIAÇÃO

Níveis de risco de suicídio	
Risco Alto: intenção com plano e/ou método	Planeou o ato suicida e considerou um método específico
Risco médio-alto	- Planeou o ato suicida, mas não pensou no método - Pensou no método, mas não planeou o ato suicida
Risco médio	- Não há plano ou método de suicídio - Existe ideação suicida
Risco baixo	- Nenhum plano ou método de suicídio considerado - Nenhum plano suicida claro - Apresenta desesperança, culpa, ou não percebe os apoios ou valores para o ajudar
Não se deteta risco	- Não há qualquer plano ou método de suicídio - Não há ideação suicida - Não existem fatores de risco - Estão presentes alguns sintomas de estado de ânimo de baixo risco

2

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

10

Instrumentos de rastreio ou de avaliação

Existe uma vasta gama de instrumentos psicométricos concebidos para avaliar o risco de suicídio.

Os instrumentos psicométricos nunca devem substituir a entrevista e o juízo clínico;

2

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

11

Instrumentos de rastreio ou de avaliação

Escala de avaliação do risco de suicídio baseada na funcionalidade

FUNCIONALIDADES	ESCALAS DISPONÍVEIS
Não específicas do suicídio	- MINI: Entrevista Psiquiátrica Internacional (MINI). Módulo C - Escala de avaliação da depressão de Hamilton (HDRS). Item 3 - Escala de Montgomery-Asberg para a avaliação da depressão. Item 6 - Escala de Beck para a avaliação da depressão. Item correspondente ao comportamento suicida - Questionário de saúde do paciente (PHQ). Item 9

2

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

12

Instrumentos de rastreio ou de avaliação

FUNCAIONALIDADES	ESCALAS DISPONÍVEIS
Avaliam o comportamento suicida	• Escala Beck de Ideação Suicida (SSI) • Escala Paykel de Ideação Suicida (PSS) • Escala SAD PERSONS • Escala de Plutchik para avaliação do risco de suicídio (RS) • Escala Clínica Global para Avaliação da Gravidade do Risco Suicida (CGI-SS)
Avaliam os atos suicidas	• Escala Beck de Intencionalidade Suicida (BIS) • Gravidade Médica da Tentativa (MDS)
Avaliam constructos relacionados com o suicídio	• Escala de Beck para a avaliação da falta de esperança (BIS-11) • Escala de Barrat para a avaliação da impulsividade (BIS-11)

2

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

13

Instrumentos de rastreio ou de avaliação

Embora não estejam todas validadas em Portugal e não existam estudos que demonstrem as suas propriedades psicométricas, os acrónimos **SAD PERSONS** e **IS PATH WARM** podem ser úteis devido à sua facilidade de aplicação na avaliação de indivíduos com comportamentos suicidas.

2

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

14

Instrumentos de rastreio ou de avaliação

A escala **SAD PERSONS** é um instrumento utilizado para avaliar o risco de suicídio dos indivíduos.
A escala original destinava-se a adultos.

2

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

15

Instrumentos de rastreio ou de avaliação

ESCALA SAD PERSONS

S: sexo/género; os homens são avaliados com 1 ponto, enquanto as mulheres obtêm zero.
A: idade. As pessoas com menos de 20 anos ou com mais de 75 anos estão em maior risco.
D: depressão.
P: tentativa anterior de suicídio.
E: consumo de etanol (álcool) ou outras drogas.
R: perda do pensamento racional do doente.
S: indica falta de apoio social.
O: significa plano organizado.
N: indica que o doente não tem cônjuge. Nas crianças, negligência dos pais.
S: doença crónica ou debilitante. Nas crianças, presença de problemas escolares.

2

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

16

Instrumentos de rastreio ou de avaliação

Algumas perguntas que se podem formular:

- Veio a esta consulta porque tentou magoar-se a si mesmo?
- Ao longo desta semana teve alguma ideia relacionada com suicidar-se?
- Já tentou ferir-se no passado?
- Aconteceu alguma coisa na sua vida muito stressante nas últimas semanas?

2

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

17

Medidas perante a ideação/comportamento suicida -Coordenação com a Saúde Mental

Ao abordar a ideação/comportamento suicida, podemos considerar **dois** aspetos:

- A atuação geral sobre o **indivíduo**, a **família**, a **comunidade** e até o próprio profissional de saúde.
- A atuação a ter em **cada caso concreto**, os critérios de referência ou não, e portanto a articulação com os serviços de Saúde Mental.

2

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

18

ATUAÇÕES GERAIS Com o indivíduo

O **enfermeiro** de família tem uma importância extraordinária na prevenção e deteção precoce de comportamentos suicidários, devido à **relação de confiança** que habitualmente mantém com os seus utentes e que, na maioria dos casos, desenvolveu **ao longo dos anos**.

A estabilidade no posto de trabalho é essencial para garantir a continuidade dos cuidados.

2

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

19

ATUAÇÕES GERAIS Com o indivíduo

- O contacto prévio com o **enfermeiro e médico de família** é frequente antes de um suicídio.
- 75% das pessoas contactaram o seu enfermeiro/médico de cuidados primários no ano anterior ao episódio, e 45% no mês anterior.
- É necessária uma atitude pró-ativa por parte do enfermeiro/médico para detetar alterações de comportamento, situações de stress, fatores de risco, sintomas ou sinais que possam alertar para a ideação/comportamento suicida.

2

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

20

ATUAÇÕES GERAIS Com o indivíduo

Nos CSP podem apresentar-se **diferentes tipos de utentes** em relação com o comportamento suicida :

- Os que sobreviveram a uma tentativa de suicídio.
- Os que se apresentam com ideação suicida.
- Os que apresentam perturbações mentais, embora sem intenção suicida conhecida.
- Os que têm uma patologia física específica, mas que apresentam um risco oculto ou silencioso de suicídio.

2

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

21

ATUAÇÕES GERAIS Com o indivíduo

Se a pessoa tiver planeado **quando ou como** vai tirar a sua própria vida, podemos deparar-nos com situações diferentes:

- **Crise em curso:** a pessoa está a tentar tirar a sua vida e já o tentou fazer em vários momentos anteriores.
- **Crise iminente:** a pessoa tem decidido pôr termo à sua vida nas próximas horas.
- **Crise não iminente:** a pessoa planeou tirar a sua vida dentro de uma semana ou num mês, por exemplo.

2

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

22

ATUAÇÕES GERAIS Com o indivíduo

- A intervenção varia em função do tipo de indivíduo e das diferentes situações.
- Em todos os casos, deve proporcionar-se **apoio emocional** e devem ser fornecidas estratégias para mitigar a sua angústia,
- O indivíduo deve ser o foco de todas as ações levadas a cabo pela equipa dos CSP, pelos serviços de Saúde Mental/psiquiatria e por todos os profissionais envolvidos na prevenção e gestão do comportamento suicida.

2

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

23

ATUAÇÕES GERAIS Com o indivíduo

Ações a tomar:

- Estabelecer uma boa relação enfermeiro-cliente, uma relação empática em que não sejam feitos juízos de valor sobre o indivíduo.
- Realizar a psicoeducação (quando a situação clínica o permitir). Eliminar as barreiras que dificultam o acesso à consulta.
- Sensibilizar para a saúde mental e aconselhar a redução do consumo de álcool ou de outras substâncias tóxicas e limitar o acesso aos agentes farmacológicos.
- Incentivar as relações familiares e sociais.

2

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

24

ATUAÇÕES GERAIS

Com o indivíduo

Estratégias a implementar na CRISE:

1. A primeira estratégia baseia-se na **criação de uma ambivalência** relativamente à decisão de tirar a própria vida.

Para o fazer, devemos tentar levar o doente a refletir sobre os seguintes pontos:

- **Vantagens de morrer.** Começando por falar das vantagens de morrer, a pessoa experimentará um sentimento de escuta, empatia e ausência de julgamento e crítica dos seus pensamentos.

2

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

25

ATUAÇÕES GERAIS

Com o indivíduo

Estratégias a implementar na CRISE:

- **Desvantagens de viver.** Perguntar sobre as desvantagens de viver.

- **Estratégias para lidar com as desvantagens de viver.** “Já pensou em como poderia lidar com esta situação?”, “O que poderia fazer em relação a isso?”, “O que é que alguém importante para si diria para lhe ajudar a lidar com isso?”.

- **Instigar alternativas.** Se não lhe vier à cabeça nenhuma alternativa, pode ser sugerida uma, consoante a situação.

2

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

26

ATUAÇÕES GERAIS

Com o indivíduo

Estratégias a implementar na CRISE:

- **Benefícios adicionais de viver** (razões que foram importantes no passado e que fazem sentido no presente).

- **Desvantagens de morrer.** Vamos confrontar as desvantagens de morrer, perguntando à pessoa que coisas perderia, que medos tem em relação à morte, o que acontecerá quando morrer, que impacto teria nas pessoas que lhe são próximas...

2

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

27

ATUAÇÕES GERAIS

Com o indivíduo

Estratégias a implementar na CRISE:

2. A segunda estratégia é a **negociação**.

3. A terceira estratégia baseia-se no **adiamento**. Consiste em levar a pessoa a adiar a sua decisão de se suicidar.

- **Contrato verbal.** Pode ser celebrado um contrato verbal com a pessoa, no qual esta se compromete a não tentar o suicídio durante um determinado período de tempo, durante o qual podem ser experimentadas diferentes estratégias de resolução de problemas.

2

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

28

ATUAÇÕES GERAIS

Com o indivíduo

Estratégias a implementar na CRISE:

4. Incentivar o acompanhamento por pessoas próximas.

- Explicar a importância do apoio social como fator de proteção nestes casos.
- Evitar o isolamento.
- Oferecer recursos. Em função do risco, será decidido qual o recurso mais adequado à sua situação pessoal.

2

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

29

ATUAÇÕES COM A FAMÍLIA

Na prevenção e tratamento do comportamento suicida, a **família** deve desempenhar um papel importante, sobretudo no apoio ao **INDIVÍDUO**.

Deve-se ter em conta que, em muitas ocasiões, o indivíduo tem relutância em recorrer aos serviços de saúde e, neste caso, são os familiares e amigos que podem detetar os sinais que levam ao diagnóstico.

2

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

30

ATUAÇÕES COM A FAMÍLIA

Os CSP têm contacto direto com a **família** e deve ser um ponto de apoio para a família.

Entre as ações que a equipa dos CSP pode realizar com a família estão:

- **Informação e formação** sobre os diferentes transtornos mentais,
- A **psicoeducação**, tanto do indivíduo como da família.

2

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

31

ATUAÇÕES COM A FAMÍLIA

- Deve ser dada especial **atenção ao cuidador principal** do doente com perturbações mentais.

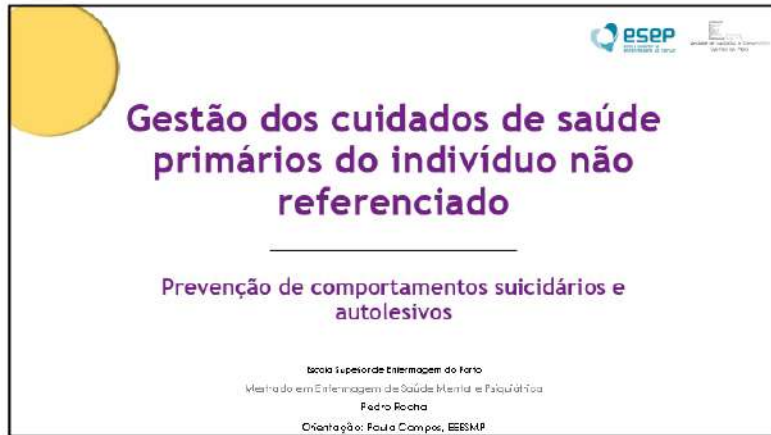
- Facilitar a **criação de grupos de apoio** de pares para sobreviventes de tentativas de suicídio.

2

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

32

Anexo XI - Diapositivos da apresentação da sessão 3 nos CSP - Contexto Comunitário



Gestão dos cuidados de saúde primários do indivíduo não referenciado

Prevenção de comportamentos suicidários e autolesivos

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
Pedro Rocha
Orientação: Paula Campos, BEESMP

esep
Escola Superior de Enfermagem do Porto
Instituto de Saúde e Ambiente
Universidade do Porto

1

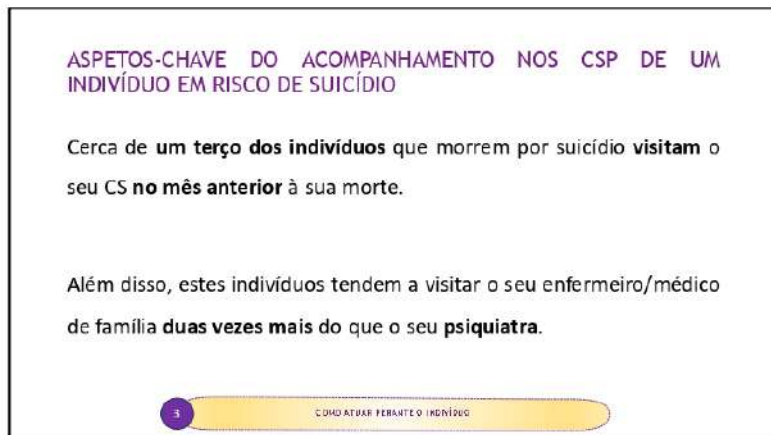


CONTEÚDOS DAS 3 SESSÕES

1. Importância da prevenção do suicídio nos CSP
2. Como atuar perante o indivíduo
3. **Gestão dos cuidados de saúde primários do indivíduo não referenciado**



2



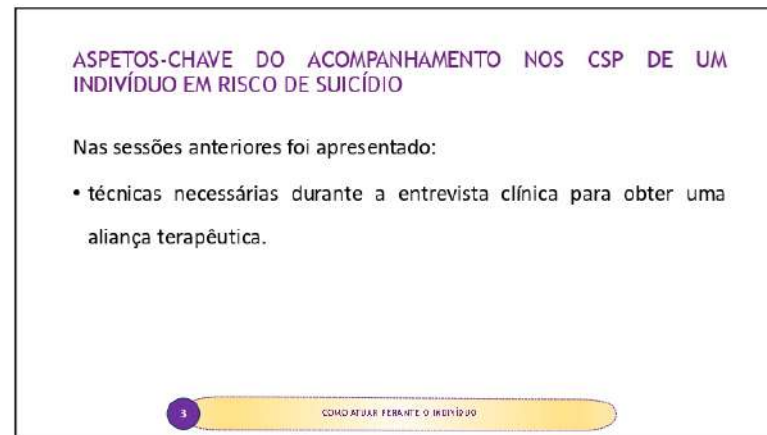
ASPETOS-CHAVE DO ACOMPANHAMENTO NOS CSP DE UM INDIVÍDUO EM RISCO DE SUICÍDIO

Cerca de **um terço dos indivíduos** que morrem por suicídio **visitam** o seu CS **no mês anterior** à sua morte.

Além disso, estes indivíduos tendem a visitar o seu enfermeiro/médico de família **duas vezes mais** do que o seu **psiquiatra**.

3 COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

3



ASPETOS-CHAVE DO ACOMPANHAMENTO NOS CSP DE UM INDIVÍDUO EM RISCO DE SUICÍDIO

Nas sessões anteriores foi apresentado:

- técnicas necessárias durante a entrevista clínica para obter uma aliança terapêutica.

3 COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

4

Como acompanhar os indivíduos em risco de suicídio sem avaliação prévia pelos Cuidados Especializados

Considerar a possibilidade de alguns indivíduos com um risco baixo/médio poderem continuar o seu acompanhamento no contexto dos CSP.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

5

Como acompanhar os indivíduos em risco de suicídio sem avaliação prévia pelos Cuidados Especializados

Prevalência de ideação e comportamento suicida na população em geral

Pensamentos suicidas	8,7 %
Planos suicidas	1,0 %
Tentativa de suicídio	0,5 %
Morte por suicídio	0,01 %

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

6

Como acompanhar os indivíduos em risco de suicídio sem avaliação prévia pelos Cuidados Especializados

Patologias que devem ser encaminhadas para SMP em caso de risco de suicídio

- Qualquer perturbação psicótica
- Perturbação da personalidade limítrofe
- Perturbação bipolar
- Perturbação depressiva maior ou perturbação depressiva maior com sintomas psicóticos
- Perturbação ativa por uso de substâncias

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

7

Como acompanhar os indivíduos em risco de suicídio sem avaliação prévia pelos Cuidados Especializados

No caso de um **doente com depressão**, o início de um **tratamento antidepressivo adequado é fundamental para evitar o risco de suicídio**.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

8

Como acompanhar os indivíduos em risco de suicídio sem avaliação prévia pelos Cuidados Especializados

O **potencial aumento do risco de suicídio** aquando da prescrição de um **antidepressivo** é uma preocupação comum dos profissionais de saúde em relação à implementação do tratamento farmacológico.



3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

9

Como acompanhar os indivíduos em risco de suicídio sem avaliação prévia pelos Cuidados Especializados

Em 2004, a FDA incluiu um **aviso** dos antidepressivos devido ao possível aumento da "**suicidalidade**".

Causou grande alarme e confusão não só entre o público, mas também entre os próprios profissionais de saúde.



5

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

10

Como acompanhar os indivíduos em risco de suicídio sem avaliação prévia pelos Cuidados Especializados

O aumento da "**suicidalidade**" resultaram na análise de ensaios clínicos com antidepressivos.

Um esclarecimento, em 2009, reviu este critério, **restringindo-o a doentes com menos de 24 anos** e aceitando que diminuía a "**suicidalidade**" em pessoas com mais de 65 anos.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

11

Como acompanhar os indivíduos em risco de suicídio sem avaliação prévia pelos Cuidados Especializados

Qual é a realidade por detrás desta questão controversa do possível aumento do suicídio após o início do tratamento com antidepressivos?

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

12

Como acompanhar os indivíduos em risco de suicídio sem avaliação prévia pelos Cuidados Especializados

Um estudo efetuado na Finlândia, **comparou os doentes que continuaram o tratamento antidepressivo** com os que **interromperam o tratamento** e concluiu que o grupo que continuou o tratamento apresentou uma diminuição significativa da mortalidade por todas as causas, incluindo o suicídio.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

13

Como acompanhar os indivíduos em risco de suicídio sem avaliação prévia pelos Cuidados Especializados

O segundo estudo, um estudo longitudinal caso-controlo (10.456 casos e 41.815 controlos), verificou que **o uso de antidepressivos também estava associado a um menor risco de tentativas de suicídio**, mesmo controlando para diversas variáveis de confusão como a gravidade da depressão, comorbilidade e tratamentos concomitantes.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

14

Como acompanhar os indivíduos em risco de suicídio sem avaliação prévia pelos Cuidados Especializados

Nos **períodos iniciais**, bem como na **descontinuação do tratamento** ou mesmo na **mudança de dose**, houve um **aumento das tentativas de suicídio**.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

15

Como acompanhar os indivíduos em risco de suicídio sem avaliação prévia pelos Cuidados Especializados

Tem havido muita especulação sobre este facto, atribuindo-se tradicionalmente este efeito **à melhoria inicial provocada pelos antidepressivos nos aspetos motores**.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

16

Como acompanhar os indivíduos em risco de suicídio sem avaliação prévia pelos Cuidados Especializados

Por outro lado, sabe-se que os antidepressivos terão um **período de latência** na sua ação, o que torna necessário educar o doente sobre o atraso do seu efeito.

O doente pode também sofrer **efeitos secundários**, como diversos sintomas de ansiedade, que contribuirão para aumentar a sua desesperança.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

17

Como acompanhar os indivíduos em risco de suicídio sem avaliação prévia pelos Cuidados Especializados

Estas situações podem ocorrer de forma semelhante quando um tratamento é interrompido abruptamente ou mesmo quando a dose é aumentada rapidamente.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

18

Como acompanhar os indivíduos em risco de suicídio sem avaliação prévia pelos Cuidados Especializados

Sobre o **consumo de substâncias** e o consumo de álcool...

Estima-se que **apenas** 25% dos doentes é avaliado relativamente a este problema.

- As **pessoas com uma perturbação psiquiátrica e uma comorbilidade com o consumo de álcool** têm um risco acrescido de suicídio.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

19

Como acompanhar os indivíduos em risco de suicídio sem avaliação prévia pelos Cuidados Especializados

Embora existam várias questões para detetar a dependência do álcool, é ainda mais relevante ter em conta que existe um risco acrescido não só com a dependência, mas também com o uso nocivo.

- AUDIT-C, apresenta uma elevada sensibilidade e especificidade para a sua deteção.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

20

Como acompanhar os indivíduos em risco de suicídio sem avaliação prévia pelos Cuidados Especializados

Questões de Risco

1. Como se relaciona o indivíduo com a família? (Adaptado de O'Carroll)

1. Não se relaciona bem com a família.
2. Não se relaciona bem com a família.
3. Não se relaciona bem com a família.
4. Não se relaciona bem com a família.
5. Não se relaciona bem com a família.

2. Quando sente, quanto tempo sente a vontade de suicídio?

1. Não sente vontade de suicídio.
2. Não sente vontade de suicídio.
3. Não sente vontade de suicídio.
4. Não sente vontade de suicídio.
5. Não sente vontade de suicídio.

3. Como se relaciona o indivíduo com a família? (Adaptado de O'Carroll)

1. Não se relaciona bem com a família.
2. Não se relaciona bem com a família.
3. Não se relaciona bem com a família.
4. Não se relaciona bem com a família.
5. Não se relaciona bem com a família.

4. Quando sente, quanto tempo sente a vontade de suicídio?

1. Não sente vontade de suicídio.
2. Não sente vontade de suicídio.
3. Não sente vontade de suicídio.
4. Não sente vontade de suicídio.
5. Não sente vontade de suicídio.

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência pensou em fazer algo de mal a si mesmo?

1. Nunca.
2. Pouco.
3. Muito.
4. Muito.
5. Muito.

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência fez algo de mal a si mesmo?

1. Nunca.
2. Pouco.
3. Muito.
4. Muito.
5. Muito.

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência fez algo de mal a si mesmo?

1. Nunca.
2. Pouco.
3. Muito.
4. Muito.
5. Muito.

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência fez algo de mal a si mesmo?

1. Nunca.
2. Pouco.
3. Muito.
4. Muito.
5. Muito.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

21

Como acompanhar os indivíduos em risco de suicídio sem avaliação prévia pelos Cuidados Especializados

- A identificação de problemas com o álcool é fundamental para prevenir as tentativas de suicídio, mesmo naqueles cujo consumo é esporádico.
- A **psicoeducação** ou um eventual tratamento específico serão essenciais para a prevenção.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

22

Como acompanhar os indivíduos em risco de suicídio sem avaliação prévia pelos Cuidados Especializados

A existência de **ansiedade** é um fator determinante no acompanhamento do doente com depressão e potencial risco de suicídio.

- 80%** dos doentes que tentaram suicidar-se referem ter experimentado ou continuar a experimentar uma **elevada ansiedade** ou agitação.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

23

Como acompanhar os indivíduos em risco de suicídio sem avaliação prévia pelos Cuidados Especializados

A **ideação suicida** está presente na maioria dos doentes com **depressão**.

A **evolução** para o **planeamento** ou **tentativa** parece estar mais relacionada com a **coexistência** de situações ou perturbações que implicam a presença de elevada **ansiedade** ou impulsividade.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

24

Como acompanhar os indivíduos em risco de suicídio sem avaliação prévia pelos Cuidados Especializados

Os resultados de estudos epidemiológicos concluem que a **comorbilidade da depressão** com qualquer perturbação de **ansiedade** ou de controlo de impulsos **amplifica o risco** de suicídio.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

25

Como acompanhar os indivíduos em risco de suicídio sem avaliação prévia pelos Cuidados Especializados

Sinais de alerta de suicídio	
Automutilação	Impulsividade ou comportamentos descuidados
Aumento de comentários sobre a morte	Sentimento de estar preso, sem alternativas
Desesperança (pode estar relacionada com vários aspetos que podem afetar o doente)	Retraimento social
Raiva, procura de vingança	Aumento da ansiedade
Consumo de álcool ou de outras substâncias	Perturbações do sono
Perda de objetivo na vida	Mudanças súbitas de humor

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

26

Como acompanhar os indivíduos em risco de suicídio sem avaliação prévia pelos Cuidados Especializados

Elaboração de um **Plano de Segurança (PS)**, que vai para além do “contrato terapêutico”, em que o doente se compromete a não realizar uma tentativa de suicídio ou qualquer outro comportamento autolesivo até à sessão seguinte.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

27

Como acompanhar os indivíduos em risco de suicídio sem avaliação prévia pelos Cuidados Especializados

- Este tipo de contrato **não tem qualquer prova da sua eficácia**, não oferece proteção médico-legal, não está centrado no doente e pode ter **efeitos paradoxais** tanto para o enfermeiro como para o doente.
- Pode dar uma **falsa sensação de segurança** ao enfermeiro e levá-lo a não realizar todas as ações terapêuticas necessárias.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

28

Como acompanhar os indivíduos em risco de suicídio sem avaliação prévia pelos Cuidados Especializados

- Para o doente, pode levá-lo a **não comunicar** o reaparecimento da ideação suicida para não provocar uma **ruptura na relação**.
- Pelo contrário, o PS aceita o risco de suicídio existente.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

29

Desenvolvimento do plano de segurança

- **Envolver** o doente no seu desenvolvimento de uma forma colaborativa, a fim de obter o seu empenho.
- **Evitar** e gerir os **medicamentos** potencialmente letais e outras situações (por exemplo, armas).
- **Evitar** o consumo de substâncias, incluindo o álcool, e evitar circunstâncias associadas que possam encorajar a recorrência da ideação suicida.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

30

Desenvolvimento do plano de segurança

- **Desenvolver**, para usar em momentos de crise, uma lista de números de pessoas importantes por ordem de importância, incluindo a possibilidade de ligar para a SOS Voz amiga / SNS24.
- **Estabelecer** o papel dos cuidados médicos (urgência, psiquiatra, CSP), de acordo com as circunstâncias locais ou temporais do episódio.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

31

Desenvolvimento do plano de segurança

- **Orientar** (quando prescrito) para **medicação SOS** em caso de aumento da ansiedade ou de ideação suicida.
- **Facilitar** formas de comunicação rápida com os prestadores de cuidados de saúde.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

32

Tratamentos somáticos

- Ao desenvolver um plano terapêutico para abordar a ideação ou o comportamento suicida, é aconselhável considerar simultaneamente o **tratamento somático e psicoterapêutico**.

Os estudos apoiam a utilização de ambos os tipos de tratamento em combinação.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

33

Tratamentos somáticos

- Os tratamentos somáticos devem centrar-se na abordagem das perturbações subjacentes específicas (depressão, perturbação bipolar...), mas podem também abranger aspetos sintomáticos da melhoria dos sintomas, como a ansiedade, a insónia ou a impulsividade...

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

34

Tratamentos somáticos

- Deve ser escolhido um antidepressivo com baixa letalidade em overdose.
- Após o início do tratamento antidepressivo, bem como quando ocorrerem ajustes de dose, o doente deve ser acompanhado mais de perto.
- O doente deve ser informado sobre o papel dos antidepressivos e sobre a necessidade de aderir ao tratamento.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

35

Tratamentos somáticos

- Utilizar **antipsicóticos** de 2.^a ou 3.^a geração no caso de depressão resistente como potenciadores ou para controlar a invasão de **pensamentos negativos**.
- Evitam-se os riscos das benzodiazepinas, controlando outros sintomas gerais como a ansiedade, a insónia ou a impulsividade.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

36

Tratamentos somáticos

- Alguns **anticonvulsivantes** (valproato, topiramato) podem melhorar a raiva, a agressividade ou a labilidade emocional.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

37

Tratamentos somáticos

- No tratamento de doentes com perturbação bipolar e risco de suicídio associado a utilização de **lítio** tem um efeito específico na redução do risco de suicídio.
- A **clozapina** está também associada a uma redução das tentativas de suicídio em doentes com **esquizofrenia**.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

38

Tratamentos somáticos

- No caso de depressão resistente (bipolar ou unipolar) com elevado risco de suicídio, deve ser considerada a utilização da eletroconvulsoterapia.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

39

Tratamentos somáticos

- Para além do seu rápido efeito antidepressivo, a **escetamina** demonstrou ser capaz de reduzir a ideação suicida.
- Administração intranasal para a depressão resistente.



3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

40

Tratamentos psicossociais

- As **psicoterapias** no tratamento da depressão...

os resultados são sempre melhores se forem complementados por uma terapia cognitivo-comportamental.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

41

Tratamentos psicossociais

- A **psicoterapia dialética** ou comportamental, baseada na hipótese de que o comportamento suicida é uma resposta a soluções desadaptativas para um sofrimento emocional intenso, é a mais utilizada no tratamento da perturbação da personalidade *borderline*.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

42

Tratamentos psicossociais

- Dependendo das características **de cada situação**, pode ser útil uma terapia de resolução de problemas ou mesmo uma terapia familiar ou de casal.
- A abordagem das perturbações associadas ao **consumo de substâncias** pode ajudar a completar o leque de intervenções nestes doentes que apresentam um aumento do comportamento suicida quando consomem substâncias.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

43

Tratamentos psicossociais

- As intervenções psicossociais **não se limitam** apenas à erradicação do comportamento suicida.
- Envolvem **aspectos gerais** que podem ajudar a melhorar o funcionamento geral do doente.
- Algumas destas intervenções implicam a aprendizagem de estratégias de **confronto**, **competências sociais**, **higiene do sono**, gestão do stress ou gestão das emoções.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

44

Tratamento de populações especiais

- **80% dos adolescentes** que tentam o suicídio apresentem uma perturbação psiquiátrica, sendo a mais frequente a depressão.
- Outras circunstâncias com relevância: **conflitos interpessoais**, as **perdas parentais**, as alterações na vinculação, a negligência nos cuidadores e o **bullying** desempenham um papel relevante como **precipitantes** de comportamentos autolesivos.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

45

Tratamento de populações especiais

- Alguns estudos encontraram uma associação entre a utilização de **ISRS** e um risco acrescido de suicídio, pelo que a utilização destes medicamentos estava **contraindicada em crianças**.
- Estudos posteriores **excluíram esta associação** e indicam mesmo uma diminuição do risco.
- Em crianças com mais de 8 anos de idade, o único ISRS aprovado para o tratamento da depressão no nosso meio é a **fluoxetina**.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

46

Tratamento de populações especiais

- No entanto, nesta faixa etária, **o papel das psicoterapias é mais importante**.
- Utilizam-se as mesmas intervenções que nos adultos, mas estas devem ser **muito mais intensas**.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

47

Tratamento de populações especiais

- Na **população idosa**, há que ter em conta que os fatores desencadeantes são geralmente a existência de **doenças crónicas limitantes**, a **solidão**, a **deterioração sociofamiliar e cognitiva**.
- Os idosos tendem a fazer **menos tentativas** de suicídio, mas mais **eficazes**, com atos premeditados, e dão menos sinais de alerta.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

48

Tratamento de populações especiais

Nesta população:

- Devem ser utilizados medicamentos antidepressivos que sejam não só eficazes mas também **seguros**, com **menor risco de interações**.
- Deve também ser dada atenção aos cuidados físicos em geral, e à **dor** em particular.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

49

Tratamento de populações especiais

- A avaliação e eventual **resolução** de situações sociofamiliares precipitantes são intervenções altamente eficazes neste grupo etário.
- **Promover** a participação dos doentes em centros de dia, a oferta de apoio domiciliário e outros recursos residenciais.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

50

Tratamento de populações especiais

- As intervenções psicoterapêuticas devem ser **breves e diretas**, focadas na resolução de problemas e nas cognições distorcidas, centradas em aspetos como o sentimento de sobrecarga que frequentemente apresentam.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

51

Os sobreviventes

- A morte por suicídio não representa apenas um custo importante em termos de **vidas humanas perdidas**.
- As consequências do suicídio afetam também as pessoas que a rodeiam.
- Calcula-se que pode afetar até uma média de **6** pessoas no **núcleo familiar** e até **80** outras pessoas entre parentes ou conhecidos,

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO



52

Os sobreviventes

Em **Portugal** o suicídio com uma média de **1100** pessoas anualmente, haveria mais de **100 000** pessoas consideradas **sobreviventes** nos últimos dez anos.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

53

Os sobreviventes

Esta estimativa **é baixa**, uma vez que inclui apenas as pessoas que perderam um ente querido ou uma pessoa significativa e cuja vida será afetada por essa perda.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

54

Os sobreviventes

- A abordagem à questão do suicídio não pode ignorar a necessidade de **abordar o luto**, bem como os cuidados a prestar aos **sobreviventes**.
- O luto é considerado *uma reação emocional fisiológica à morte de um ente querido. Envolve uma série de sintomas psicológicos, emocionais, cognitivos, físicos e comportamentais que se manifestam após a morte.*

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

55

Os sobreviventes

Modelo das cinco fases do luto de Kübler-Ross

- Negação.
- Raiva.
- Negociação.
- Depressão.
- Aceitação.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

56

Atenção específica aos sobreviventes

- Na maior parte das vezes, são os familiares mais próximos que podem **descobrir o falecido** ou mesmo **testemunhar** a morte.
- Haverá uma série de procedimentos policiais e judiciais que conduzirão a uma **maior angústia e confusão**.
- A presença de um bilhete de despedida deve ser guardada como prova pericial, o que dificulta a sua leitura e análise correta pelos familiares.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

57

Atenção específica aos sobreviventes

- A gestão do sofrimento emocional causado **durante os primeiros momentos** é fundamental para evitar possíveis complicações.
- **Encaminhar para associações de “apoio mútuo”** também pode ser importante, pois podem oferecer apoio e acompanhamento, facilitando o encontro com pessoas que sofreram experiências muito semelhantes.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

58

Atenção específica aos sobreviventes

1. **Ajudar** a compreender e a aceitar o próprio luto.

A este respeito, pode ser útil ter em mente as cinco fases.

2. **Detetar e lidar com as emoções dolorosas.**

Também pode ser útil ter em mente as cinco fases, tendo em conta as mais frequentes: *culpa* e *responsabilidade excessivas*.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

59

Atenção específica aos sobreviventes

3. Planear um futuro com significado individual.
4. Reforçar as relações interpessoais.
5. Realizar um relato do falecimento.
6. Aprender a conviver com as circunstâncias e as memórias.
7. Estabelecer uma ligação duradoura e adequada com as recordações da pessoa falecida.

3

COMO ATUAR PERANTE O INDIVÍDUO

60

O papel dos CSP

Desde os **CSP**, são necessários cuidados adequados aos sobreviventes. Um dos primeiros sintomas que normalmente aparece e que deve ser tratado nos CSP é a **insónia**.

3

COMO STIJAR PERANTE O INDIVÍDUO

61

O papel dos CSP

Reconhecimento e aceitação do luto

- Escutar **compassivamente** os relatos sobre a sua relação com o a pessoa falecida e a morte, **“revisitando”** regularmente as suas experiências de luto.

3

COMO STIJAR PERANTE O INDIVÍDUO

62

O papel dos CSP

Prestar atenção ao possível **aparecimento de sintomas** que possam constituir as **perturbações** (depressão, luto complicado), a fim de iniciar o tratamento ou o encaminhamento para os cuidados especializados.

3

COMO STIJAR PERANTE O INDIVÍDUO

63

Bibliografia

1. Lewinsohn PM, Rohlfing CL, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002;159(6):999-1004.
2. The NSDUH Report: Suicidal thoughts and behaviors among adults: National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: Office of Applied Studies, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2009 Sept 17.
3. Lindeberg TW, Rindwich JMA, Boudie TJ, Duckworth PA. Impact of the FDA black box warning on physician antidepressant prescribing and practice patterns: opening Pandora's suicide box. *Mayo Clin Proc*. 2007;82(1):15-20.
4. Haukioja J, Aarremaa M, Partonen T, Sihto S, Oksanen M, Tiihonen J, et al. Antidepressant use and mortality in Finland: a register-linkage study from a nationwide cohort. *Eur J Clin Pharmacol*. 2000;65(7):715-20.
5. Valuck RL, Ortum MC, Libbyant. Antidepressant discontinuation and risk of suicide attempt: a retrospective, nested case-control study. *J Clin Psychiatry*. 2005;70(8):1069-77.
6. Svartholmen J, Jansen K, Smitz LOM, Da Silva RM, Kapczinski F, Cardona TD. Mixed episodes and suicide risk: A community sample of young adults. *J Affect Disord*. 2020 Apr;264(4):252-7.
7. Hegerl RA, Rowe M, Ross R, Hickley SC, Sheikhan M, Cullen D, et al. The effect of adherence to practice guidelines on depression outcomes. *Ann Intern Med*. 2007 Sept 18;147(12):1320-9.
8. Diquando MA, Carter D, Liu SM, Hsu SH, Grant RC, Rounsaville K. Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry*. 2016;77(1):90-8.
9. Babor DF, Allen JN. The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007;31(12):185-99.
10. Austin M, Berman AL, Isner Jr TE, Hock MW, Silverman MM, Mandrusiak M, et al. Warning signs for suicide: theory, research, and clinical applications. *Suicide Life Threat Behav*. 2009 Jun;39(3):255-62.
11. BuschMA, Fawcett DJ, Jacob SD. Clinical correlates of inpatient suicide. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(1):14-9.

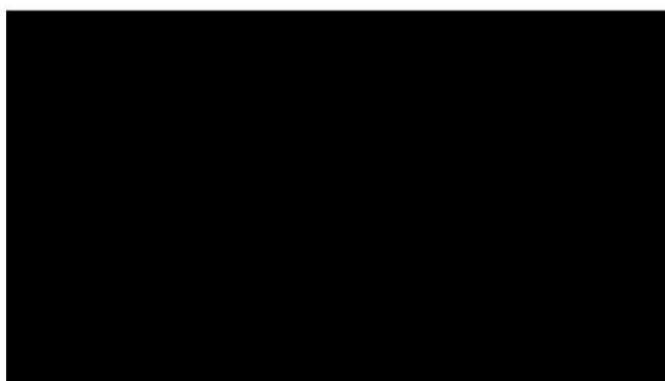
3

COMO STIJAR PERANTE O INDIVÍDUO

64

12. Mied MC, Hwang J, Sampson S, Kaslar D. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National comorbidity survey replication. *Arch. Ment. Psychiatry*. 2010; 70(10):668-76.
13. Al-Hachimi T, Sampson S, Kaslar D, Angermeyer D, Dendrel R, Cruz M. National level analysis theorectical and empirical studies on suicidal behavior: findings from the world mental health surveys. *PLoS One*. 2013; 8(1):e69313.
14. Dendrel R, Dendrel R, Angermeyer D, and Volden R. A review of the literature. *Proc. 11th European Congress on Suicide*. 2012; 102:119-125.
15. Janicke S, Martin S, Pacheco T, Santiago R. Guía de atención. Prevención del suicidio. *Qué pasará luego? Manual: Salud mental. Concejería de Sanidad*. U. G. de Asturias. Centro de Asesoramiento; 2010. 25 p. [Folleto en papel].
16. Mielzer A, Schmitt M, Wolf H. The role of management in suicidal ideation and suicidal ideation planning. *Psychiatr. Pract*. 2014; 20(2):239-44.
17. Carlisle G, Crotty R, Kennedy S, Eklund M, Ali R, Jodanis M, et al. Pharmacological Treatments for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Psychiatr. Res*. 2014; 226(1):109-20.
18. Corlett J, Langan J, Stockton S, Geddes JF. Humanistic representation of suicidal ideation in older: updated systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2013; 346(f7):f846.
19. Mielzer A, Hwang J, Green AI, Altman AG, Anand R, Berthel A, et al; International Suicide Prevention Trial Study Group. Clozapine treatment for suicidal ideation in patients with schizophrenia: a randomized trial. *Am J Psychiatry*. 2010; 167(10):1224-31.
20. Smith C, Kishor C, Galletta D, et al. The use of NCT number in the JCT-1000. *JCT-1000*. 2010; 10(1):5-8.
21. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
22. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
23. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
24. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
25. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
26. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
27. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
28. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
29. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
30. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
31. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
32. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
33. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
34. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
35. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
36. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
37. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
38. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
39. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
40. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
41. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
42. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
43. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
44. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
45. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
46. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
47. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
48. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
49. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
50. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
51. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
52. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
53. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
54. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
55. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
56. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
57. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
58. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
59. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
60. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
61. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
62. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
63. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
64. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 2014; 4(1):1-6.
65. Forcose DF, Du JQ, Quin L, Wang P, Kasper S, et al. Eketimbaso Rapid Spray for Rapid Reduction of Depressive Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder. *World J Psychiatry*. 20

26. Carrillo JJ, Perdomo M. Documentación y registro en psicología infantil [en línea]. En: Navío M, Pérez-Sola V (coordiadoras). *Depresión y Suicidio 2020. Documentos estratégicos para la promoción de la salud mental*. Madrid: Wacalia - Healthcare communication group; 2020. 175-84.
27. Agüero JJ, González L. Suicidio en población geriátrica. En: Navío M, Pérez-Sola V (coordiadoras). *Depresión y Suicidio 2020. Documentos estratégicos para la promoción de la salud mental*. Madrid: Wacalia - Healthcare communication group; 2020. 181-4.
28. Dermani. *Estimating the expected number of suicides due to the risk of ending one's life because of COVID-19*. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2020;46(1):110-9.
29. Peris-Cerdá, R, Font-Ribera, J, Martínez-Solís, A, Kung'uiri, et al. *Study of the impact of the COVID-19 pandemic on the prevalence of suicidal ideation and suicidal behavior*. *International journal of study of 1542 young bereaved adults*. BMC Psychiatry. 2021;21(1):14447.
30. Green CA, Walby FA. Suicide survivors' mental health and grief reactions: A systematic review of controlled studies. *Journal of Suicide and Life-Threat Behav*. 2008;38(1):113-20.
31. Küller-Ross C, Reesler D. On Grief and Grieving: Finding the Meaning of Grief through the Five Stages of Loss. New York, NY: Scribner; 2005. 260 p.
32. Zayas, Leticia A, Arredondo, Magalán, Gloria D, Zayas L, et al. Bereavement, Grief, consequences, and care. *Curr Psychiatry Rep*. 2014;16(2):1-10.
33. Miller IAM, Krentz F, Figueiroa O, Monnier-Stephano M. Complicated grief after suicide. *Archives of Suicide Research*. 2004;23(2):112-8.
34. Spilchen, Mathewo-Sikari, J, Arkin, C, Gocoran, Armanan, W. Health risk and psychological health of the affective of suicide in bereavement on family members of a non-bereaved and interview interview in the study in Ireland. *BMJ Open*. 2019;9(11):e021873.
35. Domínguez C. Atención a familiares y allegados de pacientes con suicidio. En: Navío M, Pérez-Sola V (coordiadoras). *Depresión y Suicidio 2020. Documentos estratégicos para la promoción de la salud mental*. Madrid: Wacalia - Healthcare communication group; 2020. 173-5.
36. Igarza C, Shaw, R, Bayes-Artés, S, et al. *Improving the quality of life of bereaved families: an online group therapy for bereaved families: a data-based practice*. *Depression and Anxiety*. 2020;37(1):130-9.





Anexo XII - Comunicação de agradecimento aos participantes da IPLSM - Contexto Comunitário



Pedro Miguel

17 de novembro de 2023, 16:16

Agradecimento pela Participação na Formação sobre Co...



Bcc: [Redacted]

[Detalhes](#)

Estimado(a) Enfermeiro(a),

Expresso a minha sincera gratidão pela sua participação na recente formação sobre comportamentos suicidários e autolesivos. A sua dedicação enriqueceu as discussões, contribuindo para um ambiente de aprendizagem colaborativo.

Entendo a importância de estar preparado para lidar com desafios na prática clínica, por isso, envio em anexo um póster e um folheto informativo sobre o tema, esperando que sejam úteis no seu quotidiano profissional.

Agradeço o tempo e empenho, acreditando que o conhecimento adquirido terá um impacto positivo na prática.

A nossa missão enquanto enfermeiros é promover a segurança e o bem-estar, contando com profissionais dedicados como vós para alcançar esse objetivo.

Em momentos desafiantes, é crucial manter a esperança, sabendo que o apoio adequado faz a diferença.

Acreditamos no poder da compaixão e na sua capacidade de desempenhar um papel fundamental na prevenção do suicídio.

Estou disponível para esclarecer dúvidas e atender a necessidades adicionais. Contamos com a vossa valiosa contribuição para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde mental.

Com os meus melhores cumprimentos,

Pedro Miguel Barbosa Da Rocha | RN, MSc

Email ep4543@esenf.pt



Flyer_v3.pdf



Poster.pdf



Anexo XIII - Planos das sessões do estágio em contexto de resposta diferenciada

Tema	Sessão 0: Avaliação Inicial						
Data	04/12/2023	Horário	Início: 10:00	Fim: 10:30	Local	Instalações da ET	
População alvo	Clientes da ET						
CrITÉrios de inclusão	- Saber ler e escrever em língua portuguesa; - Apresentar insight; - Aceitar participar voluntariamente na intervenção.						
CrITÉrios de exclusão	- Apresentar agitação psicomotora; - Apresentar estado confusional; - Apresentar sintomas positivos exacerbados; - Apresentar agressividade/hostilidade latente; - Apresentar défice cognitivo.						
Objetivos	- Promover o conhecimento sobre o funcionamento e objetivos das sessões; - Determinar o nível de risco de suicídio; - Identificar se os participantes cumprem/não cumprem os critérios de inclusão e de exclusão.						
	Duração	Conteúdos				Métodos	Recursos materiais
Introdução	5 min	- Acolhimento dos utentes e apresentação; - Quebra-gelo com recurso a tema neutro; - Início do processo de rapport: informar acerca das sessões de “prevenção de comportamentos suicidários e autolesivos” e o seu objetivo geral, esclarecimento de dúvidas e inclusão do grupo nas sessões; - Estabelecimento e formalização do contrato terapêutico, com o objetivo de potenciar o envolvimento e participação ativa em cada sessão; - Explicar o funcionamento da sessão e o objetivo concreto da sessão zero;				Expositivo	- Computador; - Cadeiras; - Mesa; - Folhas; - Canetas.
Desenvolvimento	20 min	Avaliação diagnóstica: - Avaliar disponibilidade para participar. - Avaliar risco de suicídio (Questionário Ideação Suicida de Reynolds, 1988; versão portuguesa por Ferreira e Castela, 1999) - Avaliar cognição (<i>Mini Mental State Examination</i> - MMSE, Folstein, Folstein & McHugh, 1975, com adaptação de Guerreiro e colaboradores, 1994)					
Conclusão	5 min	- Proceder ao resumo da sessão; - Clarificar todas as dúvidas existentes, abrindo espaço para que haja exposição; - Obter feedback relativamente à forma como o grupo se sentiu durante a sessão; - Agendar a próxima sessão; - Terminar a sessão, acompanhando o grupo à porta, com cumprimento de despedida formal.					

Tema	Sessão 1: Dependência de substâncias					
Data	05/12/2023	Horário	Início: 10:00	Fim: 10:30	Local	Instalações da ET
População alvo	Clientes da ET					
Objetivos	- Melhorar conhecimento sobre dependência de substâncias. - Melhorar conhecimento sobre estilos de vida; - Melhorar conhecimento sobre problemas de saúde mental. - Melhorar conhecimento sobre sintomas de dependência. - Melhorar conhecimento sobre consequências da dependência. - Melhorar conhecimento sobre tratamento. - Diagnóstico de Enfermagem: Consumo prejudicial. - Diagnóstico de Enfermagem: Risco de suicídio.					
	Duração	Conteúdos			Métodos	Recursos materiais
Introdução	5 min	- Acolhimento dos utentes e apresentação; - Quebra-gelo com recurso a tema neutro; - Estabelecimento e formalização do contrato terapêutico, com o objetivo de potenciar o envolvimento e participação ativa em cada sessão; - Explicar o funcionamento da sessão e o objetivo concreto da primeira sessão;			Expositivo	- Computador; - Cadeiras; - Mesa; - Folhas; - Canetas.
Desenvolvimento	20 min	- Dependência de substâncias: • Dependência química; • Consumo prejudicial; • Tipos de drogas; • Álcool; • Sintomas da dependência; • Consequências da dependência; • Tratamentos;				
Conclusão	5 min	- Proceder ao resumo da sessão; - Clarificar todas as dúvidas existentes, abrindo espaço para que haja exposição; - Obter feedback relativamente à forma como o grupo se sentiu durante a sessão; - Agendar a próxima sessão; - Terminar a sessão, acompanhando o grupo à porta, com cumprimento de despedida formal.				

Tema	Sessão 2: Porque é que as pessoas se suicidam?					
Data	05/12/2023	Horário	Início: 10:00	Fim: 10:30	Local	Instalações da ET
População alvo	Clientes da ET					
Objetivos	- Melhorar conhecimento sobre o suicídio. - Melhorar conhecimento sobre possíveis causas do suicídio. - Melhorar conhecimento sobre a relação entre problemas de saúde mental e o suicídio. - Melhorar conhecimento sobre a relação entre doença física e o suicídio. - Melhorar conhecimento sobre a relação entre consumo de substâncias e o suicídio. - Promover a expressão de ideias. - Diagnóstico de Enfermagem: Consumo prejudicial. - Diagnóstico de Enfermagem: Risco de suicídio.					
	Duração	Conteúdos			Métodos	Recursos materiais
Introdução	5 min	- Acolhimento dos utentes e apresentação; - Quebra-gelo com recurso a tema neutro; - Estabelecimento e formalização do contrato terapêutico, com o objetivo de potenciar o envolvimento e participação ativa em cada sessão; - Realizar breve resumo da sessão anterior.			- Expositivo - Ativo	- Computador; - Cadeiras; - Mesa; - Folhas; - Canetas.
Desenvolvimento	20 min	- O que é o suicídio? - Possíveis causas do suicídio. - Doença mental e o suicídio. - Doença física e o suicídio. - Consumo de substâncias e o suicídio; - Debate de grupo;				
Conclusão	5 min	- Proceder ao resumo da sessão; - Clarificar todas as dúvidas existentes, abrindo espaço para que haja exposição; - Obter feedback relativamente à forma como o grupo se sentiu durante a sessão; - Agendar a próxima sessão; - Terminar a sessão, acompanhando o grupo à porta, com cumprimento de despedida formal.				

Tema	Sessão 3: Falamos sobre sentimentos?					
Data	06/12/2023	Horário	Início: 10:00	Fim: 10:30	Local	Instalações da ET
População alvo	Clientes da ET					
Objetivos	- Melhorar conhecimento sobre os sentimentos associados ao risco de suicídio. - Promover a identificação de emoções e expressá-las de maneira saudável. - Promover a expressão de sentimentos de maneira saudável. - Explorar emoções. - Analisar como as emoções podem influenciar o comportamento e contribuir para o uso de substâncias. - Promover a reflexão sobre padrões emocionais pessoais e como podem afetar a vida diária. - Promover a autoavaliação sobre como as emoções podem ter contribuído para o abuso de substâncias. - Promover conhecimento sobre técnicas de enfrentamento saudáveis para lidar com emoções intensas. - Promover a autoestima					
	Duração	Conteúdos			Métodos	Recursos materiais
Introdução	5 min	- Acolhimento dos utentes e apresentação; - Quebra-gelo com recurso a tema neutro; - Estabelecimento e formalização do contrato terapêutico, com o objetivo de potenciar o envolvimento e participação ativa em cada sessão; - Realizar breve resumo da sessão anterior.			- Expositivo - Ativo	- Computador; - Cadeiras; - Mesa; - Folhas; - Canetas.
Desenvolvimento	20 min	- Identificação de Emoções. - Relação entre emoções e uso de substâncias. - Autoconsciência - Estratégias de afrontamento. - Compreensão da autoestima. - Comunicação Emocional. - Role-playing sobre como praticar a comunicação emocional.				
Conclusão	5 min	- Proceder ao resumo da sessão; - Clarificar todas as dúvidas existentes, abrindo espaço para que haja exposição; - Obter feedback relativamente à forma como o grupo se sentiu durante a sessão; - Agendar a próxima sessão; - Terminar a sessão, acompanhando o grupo à porta, com cumprimento de despedida formal.				

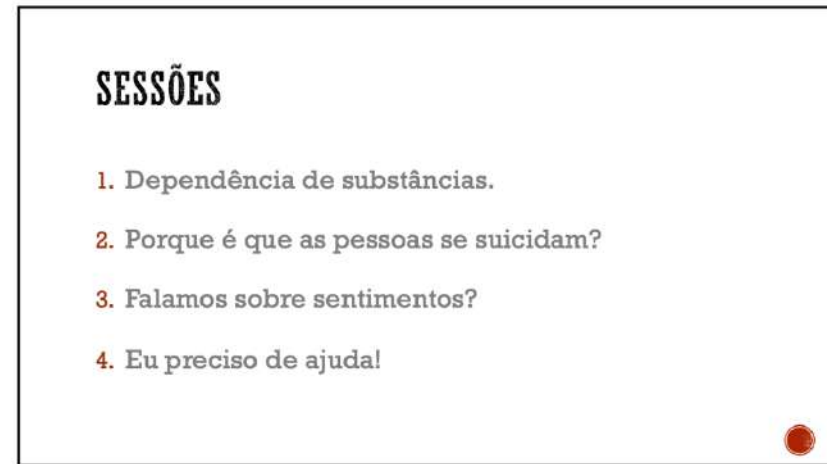
Tema	Sessão 4: Eu preciso de ajuda					
Data	06/12/2023	Horário	Início: 10:00	Fim: 10:30	Local	Instalações da ET
População alvo	Clientes da ET					
Objetivos	- Promover a identificação de sinais de alerta emocionais que podem indicar sofrimento emocional. - Melhorar conhecimento sobre os recursos de ajuda. - Promover a procura de ajuda. - Promover a importância de ter uma rede de apoio emocional durante a recuperação. - Promover a procura de apoio de familiares, amigos e grupos de apoio. - Promover estratégias para intervir e buscar ajuda quando necessário. - Promover o desenvolvimento de um plano de segurança em caso de crise.					
	Duração	Conteúdos			Métodos	Recursos materiais
Introdução	5 min	- Acolhimento dos utentes e apresentação; - Quebra-gelo com recurso a tema neutro; - Estabelecimento e formalização do contrato terapêutico, com o objetivo de potenciar o envolvimento e participação ativa em cada sessão; - Realizar breve resumo da sessão anterior.			- Expositivo - Ativo	- Computador; - Cadeiras; - Mesa; - Folhas; - Canetas.
Desenvolvimento	20 min	- Reconhecimento de Sinais de Alerta. - Sistemas de ajuda. - Envolvimento da rede de apoio. - Plano de segurança;				
Conclusão	5 min	- Proceder ao resumo da sessão; - Clarificar todas as dúvidas existentes, abrindo espaço para que haja exposição; - Obter feedback relativamente à forma como o grupo se sentiu durante a sessão; - Agendar a próxima sessão; - Terminar a sessão, acompanhando o grupo à porta, com cumprimento de despedida formal.				

Tema	Sessão 5: Avaliação final					
Data	06/12/2023	Horário	Início: 10:00	Fim: 10:30	Local	Instalações da ET
População alvo	Clientes da ET					
Objetivos	- Promover o conhecimento sobre o funcionamento e objetivos das sessões; - Determinar o nível de risco de suicídio; - Identificar pontos fortes e áreas de melhoria.					
	Duração	Conteúdos			Métodos	Recursos materiais
Introdução	5 min	- Acolhimento dos utentes e apresentação; - Quebra-gelo com recurso a tema neutro; - Estabelecimento e formalização do contrato terapêutico, com o objetivo de potenciar o envolvimento e participação ativa em cada sessão; - Realizar breve resumo da sessão anterior.			- Expositivo - Ativo	- Computador; - Cadeiras; - Mesa; - Folhas; - Canetas.
Desenvolvimento	20 min	- Avaliar risco de suicídio (Questionário Ideação Suicida Avaliar risco de suicídio (Questionário Ideação Suicida de Reynolds, 1988; versão portuguesa por Ferreira e Castela, 1999) - Avaliação geral das sessões com recurso a questionário de satisfação.				
Conclusão	5 min	- Proceder ao resumo da sessão; - Clarificar todas as dúvidas existentes, abrindo espaço para que haja exposição; - Obter feedback relativamente ao que sentiram de benefícios depois das sessões; - Terminar a sessão, acompanhando o grupo à porta, com cumprimento de despedida formal.				

Anexo XIV - Diapositivos das sessões de estágio no contexto de resposta diferenciada



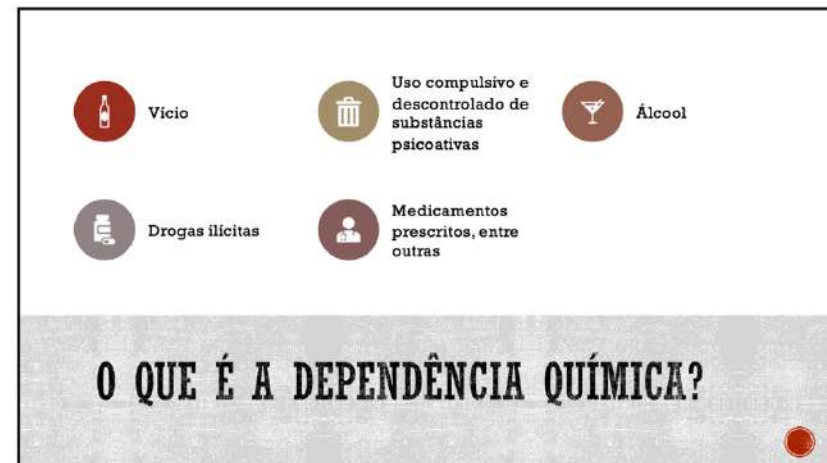
1



2



3



4



Tolerância (necessidade de doses cada vez maiores para obter o mesmo efeito).



Abstinência (manifestação de sintomas físicos e emocionais quando a substância é interrompida).



Perda de controle sobre o uso da substância e a persistência no uso.

DEPENDÊNCIA QUÍMICA

5

DEPENDÊNCIA QUÍMICA



Doença complexa e multifatorial.

Influenciada por fatores genéticos, ambientais, sociais e psicológicos.

Requer intervenções específicas, incluindo tratamento médico, terapia comportamental e suporte social.

Auxiliar na recuperação e na gestão contínua da condição.

6

CONSUMO PREJUDICIAL



Padrão de consumo de substâncias psicoativas que prejudicam a saúde.



Físicos, por exemplo, doença hepática.



Mental, como episódios de perturbação depressiva.



Consequências sociais, por exemplo, problemas familiares ou profissionais.

7

DEPENDÊNCIA



Conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos.

Caracteriza-se por um desejo irreprível.

Níveis mais elevados de consumo de substâncias.

O consumo de uma substância psicoativa assume, para uma determinada pessoa, uma prioridade muito maior em relação a outros comportamentos.

Perda de controle sobre o uso da substância.

Presença de um estado de abstinência com a cessação do consumo.

8



TIPOS COMUNS DE DROGAS

Existem diferentes tipos de drogas que são comumente usadas e podem levar à dependência, tais como:

- Drogas ilícitas (canábis, a cocaína, a heroína)
- Medicamentos prescritos (ex. opióides, benzodiazepinas)

9



SINTOMAS DA DEPENDÊNCIA DE DROGAS

Os sintomas da dependência de drogas podem variar, mas incluem:

- Desejo incontrolável de usar a substância
- Tolerância, necessitando de doses cada vez maiores para obter os mesmos efeitos
- Sintomas de abstinência quando a substância é interrompida

10



CONSEQUÊNCIAS DA DEPENDÊNCIA DE DROGAS

A dependência de drogas pode ter várias consequências na vida

- Problemas financeiros
- Desemprego
- Problemas legais
- Relacionamentos prejudicados

11



TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE DROGAS

A dependência de drogas é tratável e muitas pessoas conseguem se recuperar com o tratamento adequado.

O tratamento pode incluir:

- Terapia individual ou em grupo
- Medicamentos
- Programas de reabilitação

12

OBRIGADO



13

PORQUE É QUE AS PESSOAS SE SUICIDAM?

Sessão 2



14

SUICÍDIO

- O suicídio é um comportamento complexo causado por uma série de fatores e raramente é o resultado de um único evento ou problema.
- Muitas pessoas que cometem suicídio estavam a enfrentar dificuldades de saúde mental, como depressão no momento de sua morte.



15

SUICÍDIO



- Essa doença pode fazer com que as pessoas se sintam sem esperança e impactar sua capacidade de pensar com clareza e racionalidade.



16



17



18



19



20

DESESPERO

Sentimento intenso de falta de esperança e perspectiva para o futuro.



21

SOLIDÃO

Sensação de isolamento e falta de conexão emocional com os outros.



22

DEPRESSÃO

Um transtorno mental grave que pode envolver sentimentos persistentes de tristeza, desânimo e desesperança.



23

ANSIEDADE

Preocupação excessiva e medo constante, que podem se tornar insuportáveis.



24

CULPA

Sentir-se responsável por problemas ou situações difíceis, mesmo quando não é o caso.



25

DESAMPARO

Sentir-se impotente diante de circunstâncias ou desafios da vida.



26

IRRITABILIDADE

Um estado emocional constante de irritação e frustração.



27

FALTA DE PROPÓSITO

Sentir-se perdido ou sem um sentido claro na vida.



28

EXAUSTÃO EMOCIONAL

Cansaço emocional profundo e duradouro.



29

AUTOAVERSÃO

Sentir ódio ou desprezo por si mesmo.



30



EU PRECISO DE AJUDA

Sessão 4



31

QUEM PODE AJUDAR-ME?



32



- Centro de Saúde
- Urgências do hospital
- Família
- Amigos
- Pessoas importantes na minha vida
- Linhas telefónicas de ajuda
 - SOS Voz amiga
(213 544 545/912 802 669/963 524 660)
 - SNS 24
(808 24 24 24)



Anexo XV - Cartaz oferecido à instituição de estágio no contexto de resposta diferenciada



Autor: Pedro Rocha

Anexo XVI - Certificado de publicação de capítulo de livro

5



CERTIFICADO DE CARÁCTER CIENTÍFICO Y AUTORÍA DE CAPÍTULO DE LIBRO

Dr. JOSÉ JESÚS GÁZQUEZ LINARES, Catedrático de Universidad. Grupo de Investigación SEJ-473 "Intervención Psicológica y Médica a lo largo del Ciclo Vital" de la Universidad de Almería y perteneciente al Plan Andaluz de Investigación de la Consejería de Conocimiento, Investigación y Universidad de la Junta de Andalucía, Editor del Libro "*Innovación en salud: Estrategias emergentes para la docencia y la investigación*"

CERTIFICA, que:

PEDRO MIGUEL LOPES PEREIRA (74096257D)
ÁLVARO RAMOS ACOSTA (72073044Z)
MARIA ESPERANZA OTERO ATIENZA (49035208J)
INES GONCALVES PINTO (14536219)

son autores/as del capítulo número 8 (pp. 55-61), denominado **VALORACIÓN DEL COMPROMISO PROFESIONAL DE LAS ENFERMERAS** publicado en el libro titulado **INNOVACIÓN EN SALUD: ESTRATEGIAS EMERGENTES PARA LA DOCENCIA Y LA INVESTIGACIÓN**, editado por ASUNIVEP con número de ISBN: 978-84-09-59615-7, Depósito Legal: AL 751-2024, fecha de edición 8 de marzo de 2024 y un total de 173 páginas.

El carácter Científico de este Capítulo de Libro redactado por los autores mencionados anteriormente, viene avalado por los siguientes indicadores académicos, y técnicos:

1. El presente libro: INNOVACIÓN EN SALUD: ESTRATEGIAS EMERGENTES PARA LA DOCENCIA Y LA INVESTIGACIÓN ha sido Compilado por profesores de la Universidad de Almería.
2. Los Capítulos que aparecen en el Libro, han seguido un riguroso proceso de REVISIÓN (A TRAVÉS DEL PROGRAMA INFORMÁTICO ANTI-PLAGIO "ITHENTICATE"), constatando que NO han sido Copiados, NI plagiados, y cumplen con los requisitos de un trabajo científico.
3. El Libro está indexado en distintas Bases de Datos científicas, como Dialnet (<http://dialnet.unirioja.es>).
4. El Libro ha sido Editado por ASUNIVEP (EDITORIAL DE PRESTIGIO INDEXADA EN EL **SPI-SCHOLARLY PUBLISHERS INDICATORS**), con número de ISBN: 978-84-09-59615-7, Depósito Legal: AL 751-2024, fecha de edición 8 de marzo de 2024 y un total de 173 páginas.
5. El Libro ha sido revisado por un comité editorial, formado por especialistas Doctores en distintas áreas (Enfermería, Fisioterapia, Medicina, Psicología, etc.) que han constatado el valor científico y profesional de cada publicación realizada.
6. El Libro está publicado en formato impreso, cuenta con un número elevado de ejemplares y es distribuido a nivel nacional/internacional y diferentes Universidades españolas.
7. La difusión de la publicación ha sido de carácter nacional e Internacional, y se puede acceder al índice de contenidos en: https://ciiis.es/7/contenido/textos/descargar_libro/53

Y para que conste, firma el presente en Almería a 8 de marzo de 2024



Fdo: Dr. José Jesús Gázquez Linares
Grupo de Investigación SEJ-473
Universidad de Almería

⁵ Devido à dupla nacionalidade do autor, os seus apelidos apresentam variações entre os países Portugal e Espanha.

Anexo XVI - Certificado de participação em Congresso Científico



CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN

A favor de:

D./Dña. *PEDRO MIGUEL LOPES PEREIRA* (DNI: 74096257D)

El Congreso se ha celebrado durante los días 22 y 23 de febrero de 2024, con una duración de 20 horas, organizado por la Sociedad Científica Española para la Investigación y la Formación en Ciencias de la Salud (entidad sin fin de lucro al amparo de la Ley 1/2002 donde en sus estatutos constan de forma expresa la formación y la investigación e inscrita en el Registro de Asociaciones de la Junta de Andalucía con el número: 1-4922, Sección 1), en colaboración con el Grupo de Investigación SEJ-473 de la UNIVERSIDAD DE ALMERÍA, perteneciente al Plan Andaluz de Investigación PAIDI, de la Consejería de Universidad, Investigación e Innovación de la Junta de Andalucía. Dicha actividad cuenta con la Resolución Favorable de Reconocimiento de Interés Sanitario concedida por la Comunidad de Murcia (Orden de fecha, 1 de diciembre de 2023, Expte.18/2023, al número de registro 202390000804470), igualmente dicha actividad ha sido avalada por la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM).

Murcia, 23 de febrero de 2024



Fdo.: Dr. José Jesús Gázquez Linares
Presidente del Congreso



- FIM -