

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

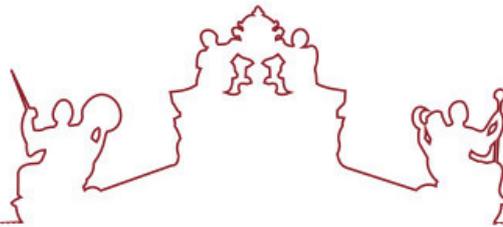
Relatório de Estágio

**Ideação Suicida: Avaliar, prevenir, intervir e cuidar –
Intervenção do Enfermeiro Especialista na Comunidade**

João Miguel Farinha Mourinho

Orientador(es) | Raúl Alberto Carrilho Cordeiro

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

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

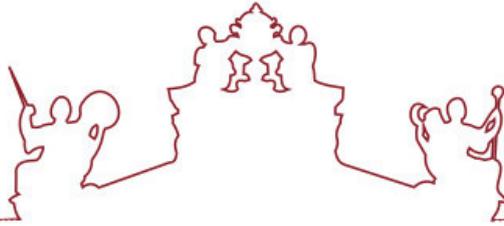
Relatório de Estágio

**Ideação Suicida: Avaliar, prevenir, intervir e cuidar –
Intervenção do Enfermeiro Especialista na Comunidade**

João Miguel Farinha Mourinho

Orientador(es) | **Raúl Alberto Carrilho Cordeiro**

Évora 2022



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Maria Ruivo (Universidade de Évora)

Vogais | Lara Guedes de Pinho (Universidade de Évora) (Arguente)
Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos (Instituto Politécnico de Setúbal -
Escola Superior de Saúde)
Raúl Alberto Carrilho Cordeiro (Instituto Politécnico de Portalegre) (Orientador)

“No contexto profissional, aprendi com os doentes que o que está em causa numa situação de doença, não é apenas, nem principalmente, um processo fisiopatológico, mas antes e sobretudo, uma experiência humana. Enquanto tal, pode ser ou não muito enriquecedora dependendo não só de quem a vive, mas também, de com quem a vive. Aqui, podem assumir papel de destaque os técnicos de saúde. Foi também através do contacto com estes, principalmente com os enfermeiros, que aprendi o que não vinha nos livros, ou seja, que a arte da presença pode fazer a diferença no contexto da experiência humana de doença.”

Manuel José Lopes

AGRADECIMENTOS

Ao professor Doutor Raul Cordeiro,

uma palavra de agradecimento especial ao meu orientador, Professor Raúl, pelo acolhimento, dedicação e oportunidade de desenvolver capacidades profissionais e pessoais. Acompanhou-me em cada passo deste processo, nunca me deixou divagar, demonstrando o rumo do sucesso. Resta-me agradecer e felicitar o excelente ser humano e profissional que me encaminhou de forma exemplar.

**À Enfermeira Chefe e Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Lúcia
Vieira,**

um agradecimento muito sentido ao seu exemplo de profissionalismo e humanização. O seu amor pelo Doente Mental fez-me abrir novos horizontes e perspetivas profissionais nunca antes idealizadas. A sua amizade, carinho e compreensão refletem-se em toda a luz que transmite. Grato pelo prazer que é cruzar-me diariamente consigo!

À equipa multidisciplinar do serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Leiria,

agradeço sem diferenciação de classes, por transportar de cada um de vós vivências diárias singulares que permitem o meu crescimento pessoal e profissional. Um exemplo de serviço, profissionalismo e prestação de cuidados. O meu sincero obrigado!

À Joana,

pois sem a tua presença, carinho, compreensão nada seria possível de alcançar. Juntos nos propusemos a diversas metas e realizações, juntos as enfrentámos e nos apoiámos. Em momentos de fraqueza sempre me deste a mão sem nunca me deixares cair. Foste tu a responsável por esta meta, é a ti que a devo. O meu grande “obrigado” a uma Mulher simplesmente única que me faz diariamente acreditar no AMOR e nos sonhos que a vida transporta. AMO-TE JOANA!

À Leonor,

pela disponibilidade e ajuda que sempre demonstraste naqueles momentos caóticos em que já não sabemos quase quem somos. Agradeço-te de coração pela tua compreensão nas fases em que a ausência e a falta de tempo era notória. Muito obrigado, minha querida!

À Aurora,

que deu a esta etapa uma nova vida, a sua vida! Surgiste na fase final desta realização para me ofereceres aquele estímulo, aquela felicidade que em ti encontrei e me modificou para toda a minha existência. Escrevo isto ouvindo os teus balbuciaros, observando o teu sorriso, interiorizando as gargalhadas que me enchem o coração. Vens até mim, e a meu colo escrevemos agora juntos as primeiras palavras do lindo livro que é a vida! Estarei sempre aqui para ti minha bebé! AMO-TE INCONDICIONALMENTE!

IDEAÇÃO SUICIDA: AVALIAR, PREVENIR, INTERVIR E CUIDAR – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA COMUNIDADE

RESUMO

O suicídio apresenta-se como um grave problema de saúde pública que não escolhe classe, género, idade ou região. É digno de nota que em Portugal, em média suicidam-se três pessoas diariamente sendo que o número de tentativas de suicídio revela-se 25 vezes superior aos atos consumados.

Impulsionados pelas transformações a que a sociedade se encontra sujeita, são cada vez mais evidentes sentimentos de desesperança, tristeza e desespero que se traduzem muitas das vezes em pensamentos de ideação suicida proporcionando um impacto negativo inevitável não só no indivíduo, mas também na sua família e pessoas significativas.

Mobilizando as competências especializadas, o enfermeiro desempenha um papel essencial ao nível da avaliação, prevenção, intervenção e cuidados adequados à pessoa que evidencie ideação ou comportamentos suicidas.

O presente documento baseia-se na evidência das intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na comunidade com foco na adoção de estratégias de prevenção da Ideação Suicida. É igualmente apresentado um projeto de Consulta de Enfermagem de Prevenção do Suicídio, com vista a uma implementação futura garantido a prestação de cuidados de qualidade e consequentes ganhos para a Saúde Mental.

Palavras-chave: Suicídio; Saúde Mental; Enfermagem de Saúde Mental; Prevenção; Intervenções.

SUICIDAL IDEATION: ASSESSMENT, PREVENTION, INTERVENTION AND CARE - INTERVENTION OF THE SPECIALIST NURSE IN THE COMMUNITY

ABSTRACT

Suicide is a serious public health problem that does not choose class, gender, age or region. It is noteworthy that in Portugal, an average of three people commit suicide every day, and the number of suicide attempts is 25 times higher than the number of completed acts.

Driven by the transformations that society is subjected to, feelings of hopelessness, sadness and despair are increasingly evident, which often translate into thoughts of suicidal ideation, providing an inevitable negative impact not only on the individual, but also on his family and significant people.

By mobilizing specialized skills, nurses play an essential role in assessment, prevention, intervention, and appropriate care for people who show suicidal ideation or behaviors.

This document is based on the evidence of the interventions of the Specialist Nurse in Mental and Psychiatric Health in the community with a focus on the adoption of strategies to prevent suicidal ideation. A project for a Suicide Prevention Nursing Consultation is also presented, with a view to a future implementation ensuring the provision of quality care and consequent gains for Mental Health.

Keywords: Suicide; Mental Health; Mental Health Nursing; Prevention; Interventions.

ABREVIATURAS

BDI	Escala de Depressão de Beck
CE	Consulta Externa
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	Direção Geral de Saúde
EE	Enfermeiro Especialista
EEESMP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
IRIS	Índice de Risco de Suicídio
IS	Ideação Suicida
MCDT	Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica
OE	Ordem dos Enfermeiros
PNPS	Plano Nacional de Prevenção do Suicídio
QIS	Questionário de Ideação Suicida
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SU	Serviço de Urgência
TS	Tentativa de Suicídio
UIDEPP	Unidade de Internamento de Doentes em Evolução Prolongada de Psiquiatria
WHO	World Health Organization

ÍNDICE

I.	INTRODUÇÃO	10
II.	CONTEXTO CLÍNICO	12
III.	CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA E NORMATIVA	13
III.1.	Teoria das Transições	14
III.1.1.	Natureza das transições	15
III.1.1.1.	Consciencialização	16
III.1.1.2.	Envolvimento	17
III.1.1.3.	Mudança e Diferença	17
III.1.1.4.	Período de tempo	17
III.1.1.5.	Pontos e situações críticas	18
III.1.2.	Fatores determinantes	18
III.1.2.1.	Condições pessoais	18
III.1.2.2.	Condições sociais e comunitárias	20
III.1.3.	Padrões de resposta	21
III.1.4.	Terapêuticas de Enfermagem	22
III.2.	A Prática de Enfermagem	22
IV.	METODOLOGIA DO PROJETO	24
IV.1	Diagnóstico de Situação	26
IV.1.1.	O risco e a proteção do suicídio	28
IV.1.2.	O papel do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	33
IV.2	Definição de Objetivos	36
IV.3	Planeamento	37

IV.4	Execução	41
IV.5	Avaliação	42
IV.6	Divulgação dos resultados	43
V.	DISCUSSÃO	45
V.1.	Análise das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	46
V.2.	Análise das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	51
V.3.	Análise das Competências de Mestre em Enfermagem	58
VI.	CONCLUSÃO	61
VII.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS		70
	Anexo I – Terapêuticas de Enfermagem	71
	Anexo II – Questionário de Ideação Suicida (QIS)	73
	Anexo III – Índice de Risco de Suicídio (IRIS)	75
	Anexo IV - Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)	77
	Anexo V – Questionário de Avaliação do Programa “COMVIDA”	79
	Anexo VI – Plano de Cuidados do Estudo de Caso	81
	Anexo VII – Apresentação do Projeto de Consulta de Enfermagem de Prevenção do Suicídio	90

I. INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio integra-se na 5ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, lecionado na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora. Nele é refletido todo um percurso académico desenvolvido no decorrer dos estágios realizados visando uma análise crítica e reflexiva perante as atividades neles desenvolvidas e as competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) e ao Mestre em Enfermagem.

Devemos olhar para a Saúde Mental como parte integrante da nossa saúde e bem-estar geral, sendo um direito humano essencial (WHO, 2022), em que a mesma se pode ver influenciada por uma diversidade de fatores que deverão de ser abordados sob estratégias de promoção, prevenção, tratamento e recuperação (WHO, 2021).

Nomeando a temática do documento, o suicídio apresenta-se como um problema de larga escala ao nível da Saúde Mental afetando pessoas e as suas famílias independentemente do seu contexto, país ou idade sendo que a nível mundial estima-se que em que a cada 100 mortes, 1 seja por suicídio tornando-se assim uma das principais causas de morte, em especial foco na população jovem (WHO, 2022).

Consideramos de grande importância e sensibilidade a abordagem do suicídio no contexto atual e nas perspetivas futuras da Saúde Mental no seio da sociedade. Com base nos dados relatados pela World Health Organization (WHO) em 2022, as perturbações mentais como a ansiedade e a depressão sofreram um aumento e 25% no primeiro ano da pandemia COVID-19 (WHO, 2022), revelando-se o último como fator preponderante de risco de suicídio (Santos, 2014).

Pretendemos com o desenvolvimento deste relatório demonstrar o que o EESMP, detentor de competências diferenciadas, poderá contribuir numa continuidade de cuidados no campo da suicidologia através de processos de avaliação, prevenção, intervenção e cuidados de enfermagem. Desta forma o trabalho realizado demonstra o processo de aprendizagem e aquisição de competências, considerando também a componente de investigação e a componente empírica da intervenção terapêutica, como forma de traduzir as vivências experienciadas em conhecimento e saber.

Como objetivo geral do atual relatório perspetivamos:

- ✓ Evidenciar as intervenções do EEESMP na prática especializada promovendo a adoção de estratégias de prevenção da Ideação Suicida (IS).

Após a definição do objetivo geral, considerámos os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Capacitar de competências gerais e específicas de Enfermeiro Especialista (EE) adequadas à prática clínica e seu contexto;
- ✓ Projetar intervenções relevantes à prestação de cuidados de enfermagem na comunidade sinalizada com o foco IS presente;
- ✓ Conceber um projeto de consulta de enfermagem de prevenção do suicídio com vista à sua implementação;
- ✓ Capacitar a equipa de enfermagem do serviço onde decorreu o estágio final, acerca da temática e suas intervenções.

No decorrer deste relatório são expostos alguns dos momentos, originários do conhecimento pessoal e da reflexão crítica, que conduziram à aquisição, mobilização e desenvolvimento das competências pessoais e profissionais especializadas.

O documento encontra-se estruturado, além do presente contexto introdutório, em cinco parcelas distintas: Contexto Clínico, onde abordamos a caracterização dos contextos da prática clínica; Contextualização Teórica e Normativa, que destaca a teoria de enfermagem utilizada e suas envolvências na prática especializada; Metodologia de Projeto onde podemos encontrar o projeto de consulta de enfermagem de prevenção do suicídio, já referido anteriormente, com a devida fundamentação teórica de forma a evidenciar a sua futura prática baseada na evidência; Discussão, onde estabelecemos a imprescindível relação da prática clínica com o perfil do EE, do EEESMP, e o perfil do grau de Mestre; Conclusão, onde realçamos a importância das experiências captadas mediante contexto clínico e da temática desenvolvida, avaliamos os contributos do trabalho quer pessoais quer para a prática especializada de enfermagem, levantando algumas problemáticas e sublinhando a importância e o contributo que o projeto desenvolvido pode ter não só perante o utente mas também perante o EEESMP.

Este Relatório de Mestrado em Enfermagem encontra-se redigido de acordo com as diretrizes do novo acordo ortográfico português, e referenciado de acordo com as normas da 7ª Edição da American Psychological Association.

II. CONTEXTO CLÍNICO

O desenvolvimento e a formação são aspetos que se nutrem de processos de transformação, aquisição e contextualização do saber sendo que o contexto onde tais factos ocorrem torna-se preponderante. Particularmente na formação do enfermeiro a componente prática demonstra-se como uma importante e fundamental parcela na evolução das competências e no desenvolvimento das aprendizagens do estudante de enfermagem (Martinho et al., 2014).

Os ensinamentos clínicos são portanto, parte integrante do sucesso do estudante onde não só existe a consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos, mas também onde a prática reflexiva se assume como um diálogo entre pensar e concretizar, através do qual capacita o estudante a tornar-se mais hábil, baseando-se na ciência da ação que envolve a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e também a reflexão sobre a reflexão (Schon, 1983).

Podemos considerar o contexto clínico como um momento de análise e reflexão onde a partilha de emoções, sentimentos, comportamentos, valores e experiências é estimulada. Neste contexto, desenvolvemos as individualidades e assim tomamos consciência dos nossos progressos, analisamos as nossas intervenções de uma forma crítica e repensamos as estratégias a desenvolver face a situações idênticas que possam ocorrer no futuro, de maneira a que a nossa autonomia seja promovida enquanto pessoa e profissional de saúde. Os elementos descritos de autorreflexão e autoavaliação apresentam-se como necessário para o desenvolvimento das nossas competências e para a melhoria da prática da enfermagem no sentido em que a avaliação das competências significa mais do que avaliar o desempenho ou uma determinada habilidade (Rabais & Amendoeira, 2013).

A aquisição, construção e reconstrução de conhecimentos em contexto clínico ocorreu em dois locais distintos: Serviço de Psiquiatria e Saúde MEntal em contexto de internamento de utentes agudos, que decorreu no período de 17 de maio de 2021 a 02 de julho de 2021, e numa Unidade de Saúde Mental Comunitária no período de 09 de maio de 2022 a 29 de julho de 2022.

A escolha dos referidos contextos para o desenvolvimento dos ensinamentos clínicos objetiva a aquisição e a prática das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o EEESMP.

III. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA E NORMATIVA

As competências especializadas inerentes ao desenvolvimento enquanto EEESMP, são definidas por um percurso onde o contexto teórico e normativo visa a consolidação da prática por base de uma matriz teórica e conceptual coesa juntamente com os normativos profissionais da atualidade.

Nas últimas seis décadas as teorias de enfermagem têm-se apresentado bastante ativas na literatura, contribuindo assim de uma forma preponderante para o crescimento da profissão. A necessidade do aparecimento deste tipo de literatura ocorre devido à perceção que em tempos transatos a qualidade, o tipo de cuidados prestados aos utentes e a sua eficácia não eram suportados por documentação escrita. Assim, a enfermagem foi impulsionada à procura da sua autonomia, da definição e objetivação dos seus atos, construindo assim uma identidade própria e coesa (Tomey & Alligood, 2002). Os autores anteriormente referidos, defendem que o conhecimento que se adquire é certificado pela teoria, esta que aumenta a qualidade na prática clínica onde descreve, explica e antevê os fenómenos. Assim o conhecimento teórico na profissão de enfermagem dá corpo à própria profissão, sendo que os métodos desenvolvidos sustentam o pensamento crítico e a tomada de decisão, aumentando assim a eficácia e qualidade dos cuidados de enfermagem. Com a formulação e desenvolvimento das teorias aumentou naturalmente a compreensão da componente prática fornecendo autonomia ao profissional de saúde, e permitindo o ensino e a investigação dentro da enfermagem (Alligood, 2010).

São diversas as teorias formuladas para a prática da profissão, existindo variados caminhos e ideologias a seguir. Nenhum errado nem mais certo que o outro. Diferentes, mas sempre com o objetivo de uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados e do desenvolvimento do profissional de saúde.

Particularmente no que respeita à área de Saúde Mental e Psiquiátrica, através de uma análise critico-reflexiva estas teorias permitem-nos desenvolver estratégias de treino e promoção de comportamentos quer dos utentes, seus familiares ou comunidade onde os mesmo se inserem. (Bittencourt et al., 2018)

No decorrer do processo formativo, baseando-nos no contexto pessoal da prática clínica e de acordo com os nossos valores pessoais e correntes de pensamento, optamos por seguir

maioritariamente os princípios adotados pela Teoria das Transições de Afaf Meleis pois defendemos que o significado que atribuímos aos momentos que a vida nos proporciona e a forma como lidamos com eles não se poderão considerar sob uma perspectiva individual. A família, a comunidade, os recursos pessoais e do meio envolvente e também o significado das experiências e vivências passadas irão caracterizar e definir o ser humano (Meleis, 2010).

Meleis apresenta-se como um exemplo vivo do contributo para a mudança do paradigma da enfermagem e sua evolução. (Bittencourt et al., 2018). Nascida em 1942 no Egipto, tornou-se como a primeira enfermeira diplomada com grau de Doutor no seu país. Já a sua mãe, também enfermeira de profissão, deu o seu ativo contributo para o progresso da profissão estabelecendo programas graduados e pós-graduados no Egipto. Meleis atribui assim, à sua mãe a responsabilidade da sua paixão pela enfermagem, devido às suas vivências no decorrer da sua infância e adolescência (Alligood, 2010). Formada com Bacharelado em Ciências de Enfermagem pela Universidade de Alexandria em 1961, muda-se para os Estados Unidos onde em 1954 adquire o grau de Mestre em Enfermagem, e em 1966 o grau de Mestre em Sociologia. Em 1966 termina o Doutoramento em Filosofia em Psicologia Médica e Social. Meleis distingue-se particularmente nas especialidades de saúde das mulheres, saúde global e teoria das transições. (Alligood, 2010).

III.1. Teoria das Transições

Podemos afirmar que a transição leva a um processo de transformação, na forma de ser e estar do utente, fazendo emergir assim uma nova definição e concetualização dessa mesma forma de ser e de estar, tornando-se assim a transição num foco de atenção para a classe de enfermagem aquando de interferência com a saúde do utente ou quando os comportamentos face à resposta da transição influenciam negativamente o estado de saúde (Chick & Meleis, 1986).

A transição não espelha um ato de mudança sendo que a mesma é acompanhada por processos de aquisição e interiorização de novos saberes, alterações comportamentais e uma nova definição dos significados, esta que impulsiona a uma redefinição do “eu”. As mudanças apresentam-se como um processo externo, como por exemplo mudar uma rotina, um estilo de

vida. Enquanto que a transição pode ser classificada como um processo interno. A mudança sujeita-se a uma determinada situação enquanto que a transição se rege pela vivência dessa mesma situação. Desta forma a transição pode ser adquirida por um processo de mudança (Chick & Meleis, 1986).

Podemos caracterizar a transição como um processo organizado e faseado, considerando-se assim como portador de três fases características: o processo, a percepção e a rutura (Chick & Meleis, 1986). A transição é assim uma sequência de fluxo e movimento, este que ocorre num determinado período de tempo sem limites definidos (Canaval et al., 2007). No que respeita à duração da transição, esta não tem um período de tempo definido, variando de pessoa para pessoa, compreendendo a antecipação quando esta ocorre, e a estabilidade na nova perspetiva alcançada pela transição. A percepção existente é influenciada por fatores como o ambiente e as características particulares da pessoa sendo esta, o significado atribuído ao que é experienciado. Assim, a percepção é a base de influência dos resultados da transição. Já a rutura aponta para uma desagregação, com o estabelecido previamente, compromissos ou relações sendo que, a pessoa que ativa no processo de transição encara com uma rutura do suporte sentimental e de conforto nas vivências a que está habituada (Chick & Meleis, 1986).

Resultante de uma revisão de estudos no âmbito da investigação, surge em 2000 a Teoria de Médio Alcance das Transições, sendo este tipo de teoria específica da prática de Enfermagem detalhado sobre a componente prática, a diversidade etária do utente e as ações, intervenções e efeitos esperados pela transição. A Teoria das Transições têm ganho espaço na saúde, sendo alvo de diversos debates e utilizações, oferecendo assim uma nova linha de pensamento desenvolvida à luz da ciência proporcionando aos Enfermeiros as Práticas Baseadas na Evidência (Alligood, 2010).

Meleis define assim a sua teoria ao redor de três conceitos centrais: o Tipo/Natureza das Transições, os seus Fatores Determinantes e os Padrões de Resposta à Transição (Meleis, 2010).

III.1.1. Natureza das transições

As transições podem ser diferenciadas consoante o seu tipo, padrão e propriedades. Estudos referem que os enfermeiros fazem uma reflexão acerca das diferentes situações em que se deparam como sendo um processo de transição (Meleis, 2012).

De acordo com o tipo, as transições podem-se apresentar como de saúde/doença, de desenvolvimento, de situação e de organização. (Schumacher & Meleis, 1994). Quando referimos transições de saúde/doença podemos afirmar que está relacionado com a modificação da condição de saúde do utente, seja esta mudança por razões crónicas ou agudas (Meleis et al., 2000). No que respeita às transições de desenvolvimento, estas estão relacionadas com situações de desenvolvimento, seja ele individual ou familiar, como por exemplo a aquisição da parentalidade ou até a passagem à idade adulta, ou o próprio envelhecimento (Canaval et al., 2007; Meleis et al., 2000). De salientar que as transições poderão ocorrer não só a nível individual ou familiar, mas também organizacional, definidas assim por mudanças no campo social, político ou económico ou até por mudanças intra organizacionais implicando alterações na estrutura ou dinâmica da mesma (Meleis et al., 2000; Meleis & Trangenstein, 1994).

No que respeita ao padrão da transição, este apresenta-se como algo complexo uma vez que poderão ocorrer diversas transições em simultâneo durante um certo período temporal (Schumacher & Meleis, 1994). De forma classificativa, as transições poderão ser únicas ou múltiplas, por sequência ou em simultâneo, e com relação entre si ou individuais (Meleis et al., 2000).

Relativamente às propriedades das transições, as mesmas são de um elevado grau de complexidade e multidimensionais, sendo que existem propriedades próprias e individuais como a consciencialização, o envolvimento, a mudança e a diferença, o período temporal e os pontos e situações críticas (Meleis et al., 2000).

III.1.1.1. Consciencialização

Esta característica refere-se ao conhecimento, perceção e reconhecimento. A consciencialização de uma mudança é necessária para que se desenvolva o processo de transição (Bridges, 2016). Primeiramente, devemos reconhecer as mudanças com o objetivo de afirmar a reorganização de uma nova forma de viver, ser e estar. Forma-se assim uma lógica entre o processo de transição e as perceções e respostas da pessoa aquando de transições semelhantes (Meleis, 2010, 2012). Consciencializar envolve o reconhecimento da mudança, e a compreensão de que o vivido não se encontra da mesma forma. Assim, este processo é parte essencial à transição. (Bridges, 2016). No entanto existe uma disparidade de ideias no que concerne à consciencialização, enquanto crucial no processo de transição. Em certa parte

defende-se que mesmo sendo a consciencialização parte capital do processo de transição, não causa impedimento do início do processo transaccional (Meleis et al., 2000). Meleis, também numa obra transaccional refere a essencialidade da consciencialização para dar progresso à transição. (Chick & Meleis, 1986)

III.1.1.2. Envolvimento

Consideramos envolvimento a todo o processo de aceitação da pessoa nos seus próprios processos transaccionais (Chick & Meleis, 1986). O grau do ato de consciencialização afeta o grau do envolvimento, este que não pode nem consegue ocorrer sem a existência da consciencialização. Ter conhecimento pode tornar-se numa poderosa arma, pois o nível de envolvimento varia consoante a consciência que a pessoa tem acerca das mudanças sociais, ambientais, físicas ou emocionais e suas consequências. Informar e preparar para a mudança e uma atitude ativa na mudança das atividades de vida são indicativo de envolvimento no processo de transição (Bridges, 2016; Chick & Meleis, 1986; Meleis et al., 2000).

III.1.1.3. Mudança e Diferença

Um estado de mudança ou um estado de diferença que a pessoa possa apresentar na sua vida diária são fatores essenciais ao processo de transição, no entanto não significam que essa pessoa consumou a transição (Meleis et al., 2000). Mudança envolve a sua natureza, a importância compreendida de uma determinada situação, a sua temporalidade bem como o esperado a nível pessoal, familiar e social. Já a diferença manifesta-se quando existe um confronto entre a realidade vivida e as expectativas, existindo assim um sentimento pessoal de diferença e aos olhos de terceiros apresentar distinção (Meleis et al., 2000). Podemos assim afirmar, que a diferença origina alterações do comportamento e da perceção. Desta forma as transições são o espelho de uma mudança e resultam em mudança (Meleis et al., 2000).

III.1.1.4. Período de tempo

A transição apresenta-se como um período de tempo que tem sua origem na antecipação, perceção ou demonstração do processo de mudança. Decorre sob alguma instabilidade, angustia até atingir um ponto estável, este que coincide com um novo começo. Podemos afirmar

que as transições têm a sua origem num fim, largando o passado e iniciando um novo e diferente presente. Não se consegue definir um limite de tempo no processo transaccional, este mesmo irá depender de uma diversidade de fatores bem como da pessoa envolvida (Chick & Meleis, 1986; Meleis et al., 2000; Schumacher & Meleis, 1994)

III.1.1.5. Pontos e situações críticas

No decorrer do processo de transição poderão existir pontos críticos sendo estes inerentes a um aumento da consciencialização. Incertezas, instabilidades são sentidas aquando os níveis de consciência da mudança e da diferença estão elevados. Podemos ainda considerar pontos críticos no final, estes instaurados por novas maneiras de vivenciar as experiências, novos hábitos e rotinas, novas formas de ser e de estar. Neste aspeto, enquanto EEESMP devemos ter especial consideração a cada ponto ou situação crítica, pois a sua identificação e descrição atempada revela-se fundamental no planeamento e implementação de intervenções de enfermagem (Meleis et al., 2000).

III.1.2. Fatores determinantes

Cada pessoa lida de forma diferente com o processo de transição, não só porque cada processo é único e próprio da pessoa mas também devido a condicionantes de valores, crenças e atitudes estas que incorporam a o carácter pessoal (Meleis et al., 2000). Enquanto EEESMP somos uma peça fulcral na capacitação da transição. Para isto necessitamos de compreender as condições envolventes, sendo elas pessoais, sociais e comunitárias pois poderão ser quer um auxílio, quer um obstáculo na transição (Meleis et al., 2000).

III.1.2.1. Condições pessoais

Significados, atitudes e crenças, estatuto social e económico, nível de preparação e nível de conhecimento são as condições pessoais a ter em consideração num processo transaccional.

Significados

A interpretação da realidade serve de base para a construção dos significados, e é através deles que a pessoa vai construindo a sua forma de ser e de estar, de agir e de sentir relativamente ao que lhe é significativo e ao mundo que a rodeia (Meleis et al., 2000). Existe uma íntima relação entre os significados e as transições sendo que podem ser considerados como positivos, neutros e negativos. Assim, consoante a consideração, eles podem promover ou comprometer o processo de transição.

Atitudes e Crenças

No processo de transição, o acreditar ganha peso na medida em que a pessoa acredita ou não na sua capacidade de alterar o comportamento e assumir uma mudança, interferindo assim na atitude perante a vivência da transição (Meleis et al., 2000). Em enfermagem, na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) podemos observar onze atitudes representativas da opinião acerca do que influencia a ação (OE, 2015a).

No que respeita às crenças, resultam do que é apreendido pela educação ao longo da vida, pelo ambiente cultural em que a pessoa se insere, pela sociedade significativa e pelas vivências sentidas até ao momento, afetando diretamente a forma de se relacionar com a transição. Crer é acreditar, não significando que assim o seja. Esse crer é construído sobre o eu, sobre o outro, sobre a aptidão, a capacitação, a possibilidade ou impossibilidade (Macintosh, 1994). No que respeita à enfermagem, as crenças estão descritas na CIPE como cinco, abordando a cultura, a saúde, a espiritualidade, a religião, e a crença errónea (OE, 2015a).

Estatuto socioeconómico

A componente social e económica diferencia o acesso a recursos, proporcionando diferentes vivências e resultados em saúde, consoante o poder que a pessoa apresenta a este nível, tornando-se por vezes uma condicionante ao processo de transição (Meleis et al., 2000; Moscrop et al., 2019). É de conhecimento público as desigualdades em saúde respeitantes ao estatuto socioeconómico a nível mundial, estas que se refletem nos resultados apresentados pelas entidades de saúde. Um estudo desenvolvido em Portugal em quatro unidades de saúde do Norte, revela que as pessoas com um fraco estatuto social e económico recorre menos a serviços diferenciados e especializados em comparação com pessoas com estatuto

socioeconómico meio-elevado. Assim, as dificuldades mais emergentes apresentadas pela população com baixo estatuto socioeconómico recaem sobre a aquisição de medicação e a realização de MCDT's (Teixeira et al., 2016). Salienta-se a importância do conhecimento do estado socioeconómico da pessoa, particularmente pelo EEESMP de forma a que este consiga caracterizar o acesso aos cuidados de saúde e fornecer respostas que correspondam à necessidade, pois na transição o poder socioeconómico adquire um poder significativo, podendo revelar-se um fator desfavorável e inibitório no seu processo (Meleis et al., 2000).

Nível de preparação e nível de conhecimento

Quando existe preparação, podemos referir que estamos a adquirir conhecimento de forma a efetuar algo para o qual nos estamos a preparar, definindo estratégias e expectando o que irá acontecer. Tal fato traduz-se nas transições uma vez que essa preparação poderá ser útil na sua vivência (Meleis et al., 2000), potenciando assim a transição com a antecipação das necessidades e suas consequências.

Os conhecimentos adquiridos influenciam a construção dos significados tornando mais justa e fidedigna a interpretação da realidade. (Mezirow, 2000). Sendo o conhecimento, segundo a CIPE, definido como um “conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação apreendida ou competência; conhecimento e reconhecimento da informação”(OE, 2015a), é parte integrante dos focos de enfermagem estes que se adequam aos vários tipos de transição. Conhecimento gera competência perante a evidência do domínio do conhecimento, habilidades e comportamentos fundamentais na lide de novas circunstâncias (Canaval et al., 2007)

III.1.2.2. Condições sociais e comunitárias

Como fator condicionante da transição, os recursos da comunidade podem assim interferir com os processos transacionais. (Meleis et al., 2000). Uma comunidade com recursos adequados, com suporte e informação, tende a oferecer uma resposta adequada às necessidades facilitando deste modo a transição. Já uma comunidade com baixos recursos, escassez de informação e desorganizada está vulnerável a condicionar negativamente as experiências e vivências da transição (Meleis et al., 2000). Também a sociedade pode ser determinante na transição. Recordemos que comunidade e sociedade são distintas, uma vez

que comunidade representa um conjunto de pessoas enquanto unidade social ou uma coletividade (OE, 2015a). A sociedade por sua vez respeita a um grupo de pessoas culturalmente comuns compartilhando um determinado território (Meleis et al., 2000).

Os estigma e o estereótipo naturalmente presente na sociedade, pode condicionar as transições, sendo que o desenvolvimento de cada sociedade vai interferir na forma como são compreendidos os fenômenos (Meleis et al., 2000). Em Saúde Mental e Psiquiátrica o estigma ainda permanece bastante ativo trazendo consequências para todos os envolvidos no processo de saúde e vivências do doente mental, sendo o próprio o mais lesado, embora afete também as suas famílias e até mesmo os profissionais de saúde envolvidos no processo. Evidencia-se naturalmente uma relação entre estigma e promoção de atitudes positivas uma vez que se houver redução do estigma existe por consequência, um aumento nas atitudes positivas para com o doente mental. (Gil et al., 2016). Enquanto EEESMP podemos desempenhar um papel fundamental a este nível promovendo a aceitação e consequente redução do estigma, através das nossas bases de conhecimento bem como da experiência profissional.

III.1.3. Padrões de resposta

Sendo a transição desenvolvida ao longo do tempo, a evidência dos indicadores do processo transacional, oferecem-nos a possibilidade de avaliar e intervir precocemente promovendo desta forma resultados saudáveis e positivos (Meleis et al., 2000). Assim os padrões de resposta à transição são passíveis de monitorização, esta que permite-nos identificar os níveis de conhecimento e desempenho que necessitamos para atuar face às condições apresentadas (Meleis, 2012; Meleis et al., 2000). Podemos considerar as transições como saudáveis ou ineficazes, sendo que o que as distingue é a mestria ou a dificuldade ao nível comportamental e sentimental no desempenho do novo papel e identidade. Entende-se assim por mestria o domínio de competências face à nova condição (Meleis, 2012). São então indicadores do sucesso transacional o bem-estar emocional, o nível de mestria e as relações interpessoais (Meleis, 2012; Meleis & Trangenstein, 1994; Schumacher & Meleis, 1994).

III.1.4. Terapêuticas de Enfermagem

Enquanto EEESMP, desempenhamos um papel terapêutico no sentido da promoção, prevenção e intervenção, no que respeita ao desempenho de papeis (Meleis, 2012). O papel ao ser desenvolvido implica a vertente comportamental e concecional, sendo o comportamento respeitante à ação observável e a conceção à parte cognitiva (Kramer, 1970). A partilha, observação e treino de acordo com os modelos disponíveis são fulcrais para o correto desenvolvimento de um novo papel, proveniente de interações, adquirindo forma através das respostas, interpretações e interações com os outros (Meleis, 2012).

Como constituinte da definição de Terapêuticas de Enfermagem (Anexo I) apresenta-se a suplementação de papeis (*role supplementation*), que faz face à insuficiência no desempenho do papel (Meleis, 2012). Já a insuficiência de papeis (*role insufficiency*) revela as dificuldades de desempenho ou reconhecimento do papel e de como este é percecionado pela própria pessoa e pelos seus significativos (Meleis, 2012). Havendo insuficiência do papel, existe a necessidade de o suplementar. Especificamente nesta terapêutica definiram-se as componentes, estratégias e o processo. Relativamente às componentes foi assinalado a clarificação do papel (*role clarification*) e o desempenho do papel (*role taking*). No que respeita às estratégias identificou-se o treino do papel (*role rehearsal*) e a modelagem do papel (*role modeling*). Por sua vez, no processo identificou-se a comunicação esta que abre caminho a todas a estratégias (Meleis, 2010, 2012).

III.2. A Prática de Enfermagem

Enquanto EEESMP, no processo transacional, somos considerados os principais agentes facilitadores dos utentes e suas famílias interferindo, com base no conhecimento, nas mudanças e exigências refletindo-se na vida quotidiana (Meleis & Trangenstein, 1994). Esta consideração assume uma importância significativa na componente normativa da profissão. Assim, no que respeita ao desenvolvimento de aprendizagens profissionais, devemos demonstrar

capacitados de autoconhecimento, este que é centrado na prática da profissão interferindo assim na fixação de relações terapêuticas e multiprofissionais (OE, 2019). Da mesma forma e em concordância com as Competências Específicas do EEESMP considera-se que ostentamos um grau de conhecimento elevado e consciência enquanto pessoa e profissional de saúde, resultante das vivências e dos processos de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional. (OE, 2018b)

De salientar ainda que o EEESMP “para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais” (OE, 2018b). Desta forma é possível estabelecer relações com o utente, aumentando assim o seu juízo crítico sobre os problemas e capacitando-o para encontrar o caminho certo para a sua resolução. Contextualiza-se ainda que a nossa profissão, segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (OE, 2015b). Também o Código Deontológico do enfermeiro defende que as nossas intervenções realizam-se com base na preocupação da defesa da liberdade e dignidade da pessoa e do próprio profissional (OE, 2015b). Consideramos assim que a referência teórica optada correlaciona-se com a componente normativa que regula a profissão, demonstrando que o EEESMP assume um papel imprescindível em todo o processo terapêutico na procura e promoção da saúde.

IV. METODOLOGIA DO PROJETO

O ensino clínico em enfermagem assume o papel fulcral na aquisição de conhecimentos e no desenvolvimento do saber, permitindo-nos enquanto estudantes experienciar e vivenciar situações do quotidiano, confrontando-nos com a realidade de forma objetiva (Carvalho, 2003). É em contexto clínico que nos inserimos, de forma a construir saberes e atitudes profissionais, mobilizando a componente teórica adquirida, para a prática (Alarcão & Rua, 2005).

Muitas são as vezes que os estágios são vistos como um momento de aplicação linear da prática, ou seja, tudo o que nos foi transmitido durante as aulas teóricas vamos agora aplicar nos utentes. No entanto, o estágio apresenta-nos muito mais que uma mera oportunidade de desenvolver as aprendizagens anteriores. Proporciona-nos uma aprendizagem única, onde existe uma construção do saber pessoal através das seguintes componentes: Realista, permitindo-nos vivenciar a realidade da atividade profissional; Técnica, facultando-nos a aquisição de conhecimentos a praticar e refletir, desenvolvendo assim competências específicas, Interativa, ligando-nos aos profissionais e aos utentes; Analítica, que nos permite compreender e construir juízo crítico acerca do experienciado; Reflexiva, envolvendo-nos na exploração e justificação do “como”, dos “porquês” de dos “para quê”; Interdisciplinar, pois oferece-nos saberes em diversas áreas disciplinares para a situação em concerto; Integradora, de saberes e impulsionadora de novos pensamentos e ações; Projetiva, permitindo-nos projetar no futuro; Holística, favorecendo a mobilização de competências a nível do conhecimento, da relação e da ética; Metapraxeológica, ao nos impulsionar sobre a reflexão das nossas ações, vivências e suas consequências; Metacognitiva, devido a nos levar a pensar sobre nós próprios, permitindo-nos explorar o conhecimento do nosso “eu”; Construtivista e Transformadora, fazendo-nos aprofundar, repensar, construir e reconstruir sobre os saberes disciplinares e profissionais; Prospetiva, antevendo o futuro profissional que iremos ser; Seletiva, fazendo uma triagem sobre boas ou más práticas profissionais (Alarcão & Rua, 2005; Peixoto & Peixoto, 2017).

No decorrer dos dois estágios realizados, houve a preocupação de proporcionar uma continuidade do processo de aprendizagem e aquisição de competências. Podemos referir que no decorrer dos mesmos, somos confrontados com uma panóplia de situações clínicas todas elas distintas, mesmo tratando-se de patologias idênticas. Tal fato, torna o ensino clínico bastante enriquecedor e desafiante, no entanto, suscita-nos dúvidas e questões para as quais nós próprios teremos de procurar resposta e fazer escolhas.

Elegendo a temática da prevenção do suicídio como área a explorar em contexto clínico, embora o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) tenha sido implementado e contribuindo bastante para o desenvolvimento dos cuidados, consideramos a necessidade de um especial enfoque sobre o tema, pois temos observado uma sociedade em transformação com diversas problemáticas presentes e em ascensão.

Salientamos aqui outra vertente, as Tentativas de Suicídio (TS) que nos gera preocupação e que se apresenta atualmente pouco explorada e com dados pouco fidedignos. As TS por norma não apresentam um registo e monitorização adequada, não havendo assim um acompanhamento do utente com comportamentos autolesivos. Desta forma há todo um trabalho a desenvolver desde a base da problemática, realçando a preocupação de que mesmo não se sabendo muito acerca da epidemiologia real das TS, sabemos que as mesmas poderão sofrer reincidências chegando à consumação do ato (DGS, 2013).

Considerámos assim a pertinência da realização dos ensinamentos clínicos em contextos distintos, internamento e comunitário, de forma a compreender, desenvolver e perspetivar os cuidados de enfermagem ao utente com IS.

Na existência de processos de sofrimento mental perante um foco gerador de alterações ao normal padrão psíquico da pessoa, a necessidade de intervenção e cuidados de enfermagem alarga-se à família e comunidade, envolvendo os cuidados na atenção prestada a uma pessoa, seus familiares ou a um grupo de pessoas com o objetivo de ajudar na situação utilizando as competências e qualidades que se destacam nos profissionais de enfermagem (Fonseca, 2015; Hesbeen, 2000) .

O tipo de cuidados diferenciados necessita de profissionais qualificados e detentores quer de competências técnicas, quer humanas, de forma a mobilizar conhecimentos para concretizar um cuidado com ganhos em saúde. Em Saúde Mental e Psiquiátrica cuidar baseia-se na relação terapêutica com o utente conseguindo proporcionar um ambiente terapêutico. Assim, enquanto EEESMP devemos-mos mobilizar como recurso terapêutico do utente e planejar as intervenções. É desta forma imprescindível, que nós, portadores de Competências Específicas, atuemos para que haja um correto planeamento das intervenções e projetos a desenvolver (Ruivo et al., 2010).

Podemos considerar a Metodologia de Projeto como reflexiva, uma vez que se baseia na investigação de uma forma sistemática, controlada e ativa com o objetivo de uma identificação de problemas e a operacionalização de ações práticas sendo que o próprio alvo do projeto é

ativo na sua elaboração uma vez que contribui para conhecer a realidade de forma a que possamos intervir e transformá-la (Ruivo et al., 2010).

Apresentando-se como prolongada e faseada, a Metodologia de Projeto percorre as suas cinco etapas: Diagnóstico de Situação; Definição de Objetivos; Planeamento; Execução e Avaliação; Divulgação de Resultados (Ruivo et al., 2010).

O projeto elaborado centra-se numa prática especializada proporcionando uma intervenção ativa do EEESMP na avaliação e prevenção dos comportamentos da esfera suicidária uma vez que este “compreende processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a Saúde Mental é afetada pelos fatores contextuais” (OE, 2018b) . Desta forma pretendemos oferecer à comunidade um importante recurso de saúde, pois as perspetivas futuras não são animadoras, perspetivando-se um aumento das taxas de suicídio num futuro próximo, muito por responsabilidade da fase pandémica, com consequências na redução de cuidados diferenciados na Saúde Mental e também pelo novo estilo de vida adotado, com um aumento da carência de relações sociais e da redução dos apoios socioeconómicos (Sufrate-Sorzano et al., 2022). É assim, emergente impulsionar estratégias e delinear intervenções de forma à obtenção de resultados num prazo não longo, considerando que a necessidade tem tendência em aumentar.

IV.1 Diagnóstico de Situação

Esta primeira etapa tem como finalidade a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação e/ou problema identificado, com base na descrição da realidade onde pretendemos atuar provocando mudanças ou alterações (Ruivo et al., 2010).

Consideramos que o suicídio deve ser um foco de atenção especialmente preocupante ao nível da Saúde Mental e Psiquiátrica, visto que perspetiva-se que sua incidência sofra um aumento constante ao longo do tempo caso os esforços de prevenção e tratamento não tiverem apoio a nível económico e legislativo (DGS, 2013).

Atuar na prevenção é considerado imprescindível, considerando que o suicídio é atualmente responsável por mais de uma em cada 100 mortes no mundo, sendo que anualmente em média 800 000 pessoas morrem vítimas de suicídio (WHO, 2019). Apesar de complexa, a prevenção é concretizável visto que existem fatores de risco e sinais de alarme identificáveis. Por norma o suicídio resulta de um processo longo que pode iniciar por IS e passar por diversos atos até ao desfecho letal. A ambivalência entre o viver e o morrer também se encontra normalmente presente (Brás et al., 2014). Desta forma, é possível sinalizar e identificar atempadamente as pessoas em risco de forma a intervir prevenindo assim a ocorrência de TS.

Sabendo que a efetividade da prevenção resulta da “sinergia de estratégias que permitem a identificação precoce e o correto tratamento das perturbações mentais pelos profissionais de saúde”(Santos et al., 2012), impulsionamos-mos neste projeto que vai ao encontro das missão preconizada pelo Programa Nacional Para a Saúde Mental (2017) visando:

- ✓ Assegurar o acesso equitativo a cuidados de qualidade a todas as pessoas com problemas de Saúde Mental do País, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis;
- ✓ Promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de Saúde Mental;
- ✓ Reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da Saúde Mental das populações;
- ✓ Promover a descentralização dos serviços de Saúde Mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias;
- ✓ Promover a integração dos cuidados de Saúde Mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização.

O projeto ao qual damos o nome de “COMVIDA”, visa a prestação de cuidados de enfermagem em contexto comunitário no âmbito da prevenção do suicídio, baseando-nos no Modelo Comunitário de Saúde Mental este que defende a promoção dos cuidados de saúde em locais mais acessíveis aos utentes estabelecendo uma oferta a nível preventivo, terapêutico e reabilitativo (Fornelos et al., 2018), tentando dar alguma resposta à carência de acompanhamento em ambulatório à pessoa com doença mental, sendo que menos de 20% têm este tipo de cuidados no domicílio (Almeida, 2015).

IV.1.1. O risco e a proteção do suicídio

A identificação precoce de fatores de risco e sinais de alarme, uma atempada intervenção terapêutica e o desenvolvimento de ações direcionadas ao utente, família e comunidade são parte integrante das funções do EEESMP (Simões et al., 2014) desenvolvendo assim um papel crucial no que respeita à prevenção do suicídio.

Os fatores de risco associados ao suicídio advêm da evidência clínica e epidemiologia, representando a probabilidade de um acontecimento. Por vezes podemos confundir os fatores de risco com os sinais, no entanto eles poderão ser distintos. Os sinais resultam na sua generalidade da componente semiológica dando-nos a perceção da gravidade da situação e da sua iminência (Santos, 2014).

Fatores de Risco

Na literatura é possível encontrar uma multiplicidade de conceções de fatores de risco de suicídio. No entanto, muitos deles assemelham-se e outros complementam-se. Assim, optamos por considerar os seguintes:

✓ **Género**

As mulheres apresentam uma maior taxa de tentativas de suicídio. Contudo, é o sexo masculino que domina a consumação do ato, com uma taxa de suicídios bem-sucedidos situada em 70% nos homens e 30% nas mulheres. As mulheres tentam a cometer intoxicações medicamentosas voluntárias, enquanto os homens recorrem a meios mais violentos e agressivos, como o recurso a armas de fogo ou enforcamento. Na procura de ajuda, o sexo masculino considera tal ato como uma fraqueza, enquanto o sexo feminino tende a recorrer a amigos e até mesmo profissionais para o efeito (Santos, 2014; Townsend, 2011)

✓ **Idade**

Nos últimos anos a taxa de suicídio em idade adolescente (15-19 anos) e no jovem adulto (20-24 anos) tem vindo a aumentar mundialmente Também após os 45 anos no sexo masculino e após os 55 no sexo feminino o número de suicídios tende sofrer um aumento (Santos, 2014). Em fim de vida ou seja, na 3ª idade os indicadores revelam um pico de crescimento na taxa de suicídio (Townsend, 2011).

✓ Estado Civil

É de realçar este fator, visto que as estatísticas são evidentes. Considera-se um aumento a duplicar do número de suicídios em solteiros comparativamente com as pessoas casadas. Se analisarmos as pessoas divorciadas, separadas ou viúvas o aumento expressa-se em quatro a cinco vezes mais comparativamente com as casadas (Jacobs et al., 2010; Santos, 2014).

✓ Hereditariedade e Neuroquímica

Nos últimos anos tem-se sugerido a existência de uma relação genética no suicídio. Não se encontram estudos com os quais podemos afirmar que o suicídio é hereditário, no entanto observa-se uma maior predisposição em famílias com historial de suicídio entre os seus membros (Santos, 2014). A componente neurobiológica revela uma relação com o suicídio, no sentido em que se tem evidenciado uma relação do ato com as funções serotogénicas. Também um decréscimo acentuado de monoaminoxidase plaquetária revela-se presente em famílias com uma alta incidência suicidária (Santos, 2014).

✓ Religião

Considera-se um aumento da predisposição suicidária em ateus e protestantes sendo que os católicos, judeus e muçulmanos revelam uma menor incidência. Também algumas crenças orientais, e seitas cristãs dão ênfase ao suicídio individual ou coletivo demonstrando a defesa da sua honra ou o sacrifício em prol da soberania (Santos, 2014).

✓ Maus tratos e abusos na infância

Esta vertente tem vindo a ganhar terreno nos fatores de risco de suicídio. Pouco explorado no passado por ser considerado tabu, este fator apresenta-se como tema bastante atual e cada vez mais desmistificado. A pessoa que sofre de violência doméstica, abusos sexuais ou *bullying* é cada vez mais considerada predisponível para apresentar IS e consumir o ato (Santos, 2014).

✓ Isolamento

A falta de ligação afetiva familiar ou social impulsiona o risco de suicídio. O abandono, a solidão, o isolamento apresentam-se como marcantes na estrutura de diversos suicídios efetuados (Santos, 2014).

✓ Dificuldades académicas

Na adolescência e na idade jovem este fator encontra-se bastante evidente. O insucesso escolar, o aumento do grau de exigência não acompanhado pelo estudante, as dificuldades de

acesso ao ensino superior e as dificuldades em entrar no mercado de trabalho, demonstram-se em forma de desespero constituindo assim fortes razões para o ato suicidário (Santos, 2014).

✓ Estatuto socioeconómico

As pessoas que constituem as classes altas bem como as de classes baixas, apresentam maior taxa de suicídio perante as pessoas de classe média (Sadock et al., 2015). Na generalidade trabalhadores rurais, pessoas com profissões de baixo rendimento económico, a par de profissionais de saúde apresentam uma maior predisposição ao suicídio. No entanto, o fator mais considerado neste campo é o desemprego e os problemas associados. A desesperança, o desespero aliado à predisposição para o desenvolvimento de depressões, abuso de álcool e drogas promove consideravelmente o risco de suicídio (Santos, 2014).

✓ Motivos passionais ou familiares

Considerámos equacionar este fator devido à relevância que possa ter para a pessoa. Muitas vezes a tristeza sentida, com a perda de alguém é considerada como uma fase depressiva da pessoa, com sentimentos de profunda angústia. Todavia, devemos considerar os desgostos causados pela perda como um fator que por si só predispõe ao ato do suicídio. A perda de ligações afetivas com a rutura de uma relação, o falecimento de alguém bastante significativo tais como conjugue, pai, filho, é assinalado como um fator de risco importante a ter sempre em consideração (Santos, 2014).

✓ Doenças somáticas

Utentes oncológicos, renais, com dor crónica, com perda de mobilidade, sensibilidade ou funcionalidade são considerados como predisponíveis ao ato suicidário. A desesperança sentida, o desespero causado pela condição de vida em que a pessoa se encontra, leva-a a estruturar o suicídio como forma de terminar com o sofrimento. De notar, que o grupo com maior risco se situa em utentes com perturbações do sono ou com utilização de medicação antidepressiva (Santos, 2014).

✓ Saúde Mental

No “mundo” que é a Saúde Mental e as suas diversas patologias, várias são as que expõe o utente ao risco de suicídio. O alcoolismo e os comportamentos aditivos apresentam-se entre os fatores mais valorizados (Santos, 2014). No entanto, são as perturbações de humor, nomeadamente a depressão, que se apresenta como principal responsável, atribuindo 80% da responsabilidade dos atos (Sadock et al., 2015). Também a esquizofrenia, perturbações de

personalidade e de ansiedade podem conduzir a um comportamento suicida (Jacobs et al., 2010).

Sinais de Alarme

Devemos destacar a importância e valorização dos sinais de alarme pois estes indicam a iminência de um comportamento suicida. Aliado aos fatores de risco, quanto maior o número de sinais presentes, maior o perigo (Santos, 2014).

De acordo com a classificação apresentada pelas *guidelines* da *American Psychiatric Association* (2010), podemos considerar os seguintes sinais de alarme:

- ✓ Depressão, melancolia, tristeza profunda, desesperança e pessimismo;
- ✓ Abuso repentino de álcool e drogas;
- ✓ Expressão de sentimentos e pensamentos relativos ao suicídio;
- ✓ Isolamento progressivo com afastamento de familiares e amigos;
- ✓ Alterações nos hábitos alimentares ou de sono;
- ✓ Sentimentos de desespero, culpa ou inutilidade;
- ✓ Descontrole sobre o próprio comportamento;
- ✓ Impulso e agressividade crescente;
- ✓ Perda de rendimento escolar ou de interesse nas aulas;
- ✓ Falta de interesse nas atividades quotidianas;
- ✓ Perfeccionismo excessivo;
- ✓ Problemas com as autoridades;
- ✓ Procura ativa de meios ou substâncias letais;
- ✓ Desapego de bens pessoais ou valiosos;
- ✓ Despedida ou insinuação que não estará presente no futuro.

A consolidar estes sinais de alarme encontramos os sinais de perigo (Jacobs et al., 2010):

- ✓ Morte recente, o suicídio de familiar ou alguém próximo da pessoa;
- ✓ Conflitos com os pais;
- ✓ Fim de um relacionamento;
- ✓ Casos de suicídio de alguém da mesma escola, comunidade ou de personagens famosas mediáticas;
- ✓ Perda de estatuto social ou humilhação em público;
- ✓ Abuso sexual ou *bullying* recente;
- ✓ Doença ou debilitação física resultante de um acidente.

Fatores de proteção

Enquanto EEESMP devemos considerar os fatores de proteção associados ao suicídio, pois também eles nos permitem avaliar e agir enquanto profissionais de saúde. Estes fatores revelam características e circunstâncias, que quando presentes associam-se à prevenção de comportamentos autolesivos e a atos suicidas (DGS, 2013).

Assim, consideramos os fatores presentes no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017, distinguindo-se:

- ✓ Fatores individuais – refletem-se na capacidade que a pessoa tem em resolver os seus problemas e conflito, a iniciativa de solicitar ajuda, a consciência do próprio valor pessoal, a abertura que demonstra para novas vivências e aprendizagens, o desenvolvimento de estratégias comunicativas e o empenho em novos projetos de vida definidos;
- ✓ Fatores familiares – traduzem-se no bom relacionamento familiar, suporte, apoio e confiança;
- ✓ Fatores sociais – manifesta-se pela pessoa se encontrar a desempenhar um cargo laboral, em ter facilidade de acesso e articulação com serviços de saúde, sociais e comunitários, e em apresentar valores culturais e religiosos saudáveis.

IV.1.2. O papel do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Não esquecendo todos os outros elementos de uma equipa multidisciplinar, o enfermeiro é aquele que se encontra mais próximo do utente e que se situa na primeira linha de intervenção para com este. Para avaliar é necessário entender, e para executar é necessário avaliar. Desta forma, consideramos pertinente dividir as ações do EEESMP neste projeto em duas fases distintas: Colheita de Dados e Diagnóstico e Intervenções.

Colheita de Dados

De forma a construir o Diagnóstico de Enfermagem, consideramos essencial a elaboração de uma colheita de dados consistente e fidedigna. Optamos por utilizar a Entrevista de Ajuda, a Avaliação e o Processo de Enfermagem.

A importância da entrevista destaca-se pelas suas interações verbais e não verbais entre o enfermeiro e o utente, ao longo da qual o utente pode utilizar determinados modos de fazer e estar em prol da compreensão dos seus papéis, contextos, características, assunto tratado, objetivos visados e do tempo acordado para este fim (Chalifour, 2009). A eleição da Entrevista de Ajuda é justificada pelo facto do utente com perspetivas de IS, necessitar de uma modificação da sua vivência e comportamento. O objetivo principal da Entrevista de Ajuda passa pela “compreensão profunda (ou renovada) da situação para a qual o utente pede ajuda, a descoberta do modo como experimenta a situação que lhe causa problema, a clarificação progressiva da sua vivência e a descoberta de meios ou recursos que permitem uma mudança” (Salomé, 1986).

No que respeita à Avaliação efetuada pelo EEESMP, é necessário partir de um princípio de valorização da perceção e do comportamento do utente. Esta valorização acarreta o emergir de esforços para que se consiga realizar uma avaliação do risco de suicídio, documentar essa avaliação e envolver toda a equipa multidisciplinar com o objetivo de criação de um plano de segurança determinado pelos resultados da avaliação efetuada (Simões et al., 2014). O EEESMP ao valorizar esses comportamentos e perceções, inicia o processo de Relação Terapêutica com o utente conseguindo uma proximidade, empatia e Relação de confiança que facilita toda a colheita de dados e a posterior intervenção. Uma vez estabelecida a Relação Terapêutica surge

um contexto que nos possibilita interagir com o utente, explorando as suas necessidades e desenvolver estratégias, de forma a reduzir o risco de suicídio como um fator de proteção (New Zealand Guidelines Group & Ministry of Health, 2003).

A avaliação familiar deve ter tomada em consideração, principalmente quando perspetivamos intervir na família, permitindo-nos a elaboração de diagnósticos mais estruturados e consequentemente intervir mais efetivamente.

Também uma correta avaliação do risco de suicídio é indispensável ao nível da sua prevenção. Realçamos que é errónea a ideia de que ao abordar a pessoa acerca do que pensa sobre o suicídio, sobre a sua vontade de morrer e qual o seu plano, aumenta a probabilidade de um comportamento suicida, não existindo assim nenhuma evidência científica que o comprove (New Zealand Guidelines Group & Ministry of Health, 2003). Ao realizar a avaliação, devemos promover os fatores de proteção e de risco que nos permitem reforçar ou atenuar essa mesma avaliação. Devemos realizar essa avaliação no decorrer de uma entrevista, e recorrer à utilização de instrumentos de avaliação do risco de suicido. Esses instrumentos deverão complementar a avaliação e nunca definir em ato isolado pois são elementos facilitadores da recolha de informação, mas não substituem o julgamento crítico do EEESMP. Assim, optamos pela utilização de três instrumentos de avaliação:

- ✓ Questionário de Ideação Suicida (QIS) (Anexo II)
- ✓ Indicador de Risco de Suicídio (IRIS) (Anexo III)
- ✓ Inventário depressivo de Beck-II (BDI-II) (Anexo IV)

A avaliação do estado mental do utente é outra medida crucial a adotar. A associação entre o suicídio e a doença mental assume uma inquestionável ligação (Bertolote et al., 2004; Santos et al., 2012). Mesmo sem qualquer diagnóstico de doença mental evidenciado, devemos avaliar o estado mental da pessoa, uma vez que existem evidências que o ato suicidário é efetuado num estado de grave perturbação mental, este que poderá ser reversível e tratado quando corretamente abordado. Resultante deste tipo de avaliação, o caminho a percorrer incide na definição de intervenções, no estabelecimento de um plano de segurança adequado e por fim, minimizar ou até mesmo anular o risco de suicídio futuro (Simões et al., 2014). No decorrer da avaliação do estado mental do utente, o EEESMP deverá considerar as seguintes questões (New Zealand Guidelines Group & Ministry of Health, 2003; Registered Nurses Association of Ontario, 2009):

- ✓ Identificar as morbidades psiquiátricas, agudas e crónicas;
- ✓ Avaliar todos os fatores protetores e de risco associados ao comportamento;
- ✓ Identificar problemas significativos, interpessoais e de conflito;
- ✓ Identificar fatores de stress e preocupações sociais como o desemprego e a doença crónica;
- ✓ Identificar padrões de pensamento e comportamento disfuncional;
- ✓ Consultar familiares e amigos, sempre que possível;
- ✓ Avaliar, a curto prazo, risco persistente de comportamento da esfera suicidária;
- ✓ Avaliar os fatores que contribuem para o risco a longo prazo;
- ✓ Realizar a avaliação dentro do contexto de uma equipa multidisciplinar, sob supervisão psiquiátrica;
- ✓ Estabelecer diagnósticos de enfermagem;
- ✓ Prescrever cuidados de enfermagem.

Diagnósticos e Intervenções

O EEESMP, através das competências adquiridas, tem a capacidade de estabelecer o diagnóstico de Saúde Mental da pessoa, família, grupo e comunidade (OE, 2018b). O Diagnóstico de Enfermagem define-se por um “rotulo atribuído por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de enfermagem”(OE, 2015a). Desta forma os diagnósticos resultam da avaliação feita pelo enfermeiro sobre o estado de um foco de atenção (Sequeira, 2006).

Para além da utilização do Diagnóstico de Enfermagem, formulados de acordo com a CIPE, consideramos pertinente e uma mais valia, no âmbito do projeto, serem igualmente elaborados considerando o sistema classificativo North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), garantindo assim uma uniformização da linguagem utilizada em enfermagem.

A formulação de um Diagnóstico de Enfermagem deverá ser específica, criteriosa, estabelecida sobre a colheita de dados, não interpelada com sinais ou sintomas e ser específica apenas da área de enfermagem e não de outras áreas. (Amaral, 2010). Realçamos a importante vantagem na utilização de sistemas como a CIPE na construção de diagnósticos permitindo

“demonstrar que a prática de enfermagem é válida e legítima em qualquer circunstância, avaliando os resultados sensíveis aos cuidados, mediante as respostas às intervenções de enfermagem, permitindo ainda a documentação de todo o trabalho do enfermeiro, em suporte informático, igual em todo o mundo” (Amaral, 2010).

Respeitante às intervenções de enfermagem, estas têm como objetivo o aumento dos resultados do utente trazendo ganhos para a saúde. O tratamento oferecido com base no conhecimento científico adquirido e no juízo crítico do EEESMP, define as intervenções de enfermagem sendo que as mesmas se refletem em atividades centradas no utente. Assim, “as intervenções derivam da aplicação das atividades de diagnóstico visando a identificação de problemas e têm um papel de extrema importância para a construção de um plano de cuidados para o doente/família (Carvalho, 2012). É com as intervenções definidas que partimos para a procura da resolução dos diagnósticos identificados e para tal iremos optar por delinear um plano de cuidados de acordo com a CIPE e o Padrão de Documentação de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica.

IV.2 Definição de Objetivos

No que respeita ao projeto elaborado, foram delineados os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

- ✓ Atuar na prevenção de comportamentos suicidas/ parasuicidas na população alvo.

Objetivos Específicos

- ✓ Oferecer à comunidade um recurso de saúde centrado na prevenção e consciencialização;
- ✓ Estabelecer sinergias com os Cuidados de Saúde Primários e Instituições;
- ✓ Promover a Saúde Mental da população mediante iniciativas abertas à comunidade;
- ✓ Intervir em contextos de crise;
- ✓ Acompanhar o utente referenciado até termo do seu diagnóstico.

IV.3 Planeamento

Definido como a terceira fase de um projeto, o planeamento é a fase onde devemos elaborar um esboço do projeto, efetuar um levantamento dos recursos necessários, identificar as limitações, definir as atividades a desenvolver bem como os métodos e técnica de pesquisa, e realizar a calendarização do projeto (Ruivo et al., 2010)

De acordo com o projeto preconizado, definimos os seguintes aspetos:

Referenciação para a “COMVIDA”

Ao identificar qualquer tipo de fator ou sinal de risco de suicídio, a referenciação do utente à consulta de enfermagem, seja ela em ambulatório ou em contexto de Consulta Externa (CE), deverá ser realizada pelos seguintes meios:

- ✓ Utente – Por iniciativa do próprio utente, reconhecendo a necessidade de ajuda, através da sua presença junto da equipa de enfermagem ou do seu contacto telefónico com a equipa;
- ✓ Família ou pessoas significativas – Pela observação ou divulgação do utente, a quem lhe é mais significativo, que se encontra em risco de suicídio ou que necessita de ajuda, através da presença junto da equipa de enfermagem ou do seu contacto telefónico com a equipa;
- ✓ SU– Pelo médico psiquiatra que considere necessário um acompanhamento externo como continuidade de cuidados;
- ✓ Internamento – Pelo médico e/ou enfermeiro que, no momento da alta hospitalar considere que o utente reúne critérios para assumir uma continuidade de cuidados em ambulatório;
- ✓ CE – Pelo médico (psiquiatra ou de outra especialidade) ou pelo enfermeiro que considere que o utente necessite de alguma avaliação ou continuidade de cuidados;
- ✓ Cuidados de Saúde Primários – Pelo Médico de Família ou Enfermeiro de Família que considere a necessidade de uma avaliação especializada;
- ✓ Consultorias – Discussão periódica partilhada de diagnósticos psiquiátricos e sua orientação terapêutica;

- ✓ Instituições – A par das famílias, pela divulgação do utente ou pela observação técnica que o utente necessita de uma avaliação.

Seguimento pela “COMVIDA”

Ao ser referenciado, o utente deverá ser avaliado a curto prazo sofrendo assim um processo de triagem, que irá definir o tipo de acompanhamento caso haja essa necessidade. Definimos assim três acompanhamentos distintos ao utente com risco de suicídio:

- ✓ Baixo risco – Acompanhamento feito periodicamente pela equipa de enfermagem baseado em Intervenções Psicoterapêuticas, Psicoeducativas, e Psicossociais ao utente/ família;
- ✓ Risco moderado – Acompanhamento feito periodicamente pela equipa de enfermagem, Equipa Médica, e/ou Equipa Social incidindo em Intervenções Psicoterapêuticas, Psicoeducativas, e Psicossociais ao utente/ família, numa avaliação médica diferenciada e/ ou numa avaliação Social caso se justifique;
- ✓ Alto Risco – Referenciação do utente em perigo iminente de suicídio para o médico psiquiatra presente no SU com vista a uma avaliação e intervenções a realizar em contexto hospitalar.

Critérios de Inclusão e Exclusão na “COMVIDA”

Foram definidos critérios de inclusão e exclusão de utentes de forma a sistematizar e caracterizar os cuidados prestados.

São critérios de inclusão:

- ✓ Idade superior a 14 anos de idade;
- ✓ Utente com IS/ Risco de Suicídio seguido em CE, Unidade de Saúde Mental Comunitária ou com internamento no último ano;
- ✓ Utente com diagnóstico de IS/ Risco de Suicídio não acompanhado no Centro Hospitalar há mais de 1 ano;
- ✓ Utente não conhecido que evidencie critérios de IS/ / Risco de Suicídio.

São critérios de exclusão:

- ✓ Utente institucionalizado permanentemente;
- ✓ Utente com síndrome demencial;
- ✓ Utente com debilidade mental;
- ✓ Utente com alterações graves do comportamento, que necessite de encaminhamento ao SU ao abrigo da Lei de Saúde Mental.

Recursos

Na perspetiva de um correto funcionamento do projeto após a sua implementação, considerámos a necessidade de garantir alguns recursos humanos e materiais.

Recursos Humanos:

- ✓ 3 EEESMP;
- ✓ 1 Médico Assistente;
- ✓ 1 Médico Interno de Especialidade;
- ✓ 1 Técnico Superior de Serviço Social;
- ✓ 1 Psicólogo.

Recursos Materiais:

- ✓ Meio de transporte para deslocação ao domicílio;
- ✓ Gabinete para realização de consulta;
- ✓ 2 telemóveis;
- ✓ 1 computador portátil.

Perspetivas

Com este projeto, ao que podemos considerar um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, perspetivamos a redução do número de recorrências ao SU por IS (estruturada e não estruturada) e TS com conseqüente redução do número de internamentos por IS ou TS. Deste modo e naturalmente definimos também como metas a alcançar, a redução do índice de TS bem como do índice de suicídio consumado.

Garantias

Para garantir a qualidade dos cuidados prestados e a eficácia dos mesmos devemos assegurar a formação contínua dos profissionais de saúde envolvidos no projeto, fomentar a partilha de conhecimentos no seio da equipa multidisciplinar, elaborar e impulsionar ações de formação a nível regional e nacional respeitantes ao projeto “COMVIDA” apresentado a sua metodologia e os resultados obtidos. Também temos de certificar uma ativa promoção da Saúde Mental na comunidade, através do desenvolvimento de programas e atividades para o efeito.

Valias

Neste projeto reconhecemos a importância de valorizar a motivação dos profissionais envolvidos e suas características formativas especializadas bem como estarmos em paralelismo com o Plano Nacional de Saúde Mental. É pertinente salientar a perspetiva futurista da “COMVIDA” esta que entra em total sinergia com a missão da instituição de saúde, prevenindo e promovendo a saúde da comunidade.

Limitações

Resta-nos clarificar as prováveis limitações adjacentes ao “COMVIDA”:

- ✓ Financiamento necessário - face aos recursos humanos e materiais necessários ao correto funcionamento do projeto;
- ✓ Escassez de recursos – na capacidade atempada de resposta da instituição, na obtenção de profissionais diferenciados, capacitados e motivados;

- ✓ Horário de funcionamento do serviço - sendo este um projeto aliado à CE de Psiquiatria, o horário comum de funcionamento fixa-se entre as 9h e as 17h em dias úteis, sendo este passível de alargar quer com uma escala de prevenção da equipa de enfermagem, quer com o recrutamento de um maior número de EEESMP de forma a providenciar o alargamento do horário;
- ✓ Dificuldade na análise dos indicadores – devido à escassez de dados registados e mensurados em anos transatos;
- ✓ Resistência na adesão da comunidade – como em qualquer nova implementação, a comunidade tende a oferecer resistência devido à pouco *feedback* do serviço, aos hábitos e rotinas em que as pessoas se encontram confortáveis;
- ✓ Presença de estigma – na Saúde Mental, em qualquer serviço a ela associada, ainda é notoriamente evidente o preconceito existente quer por parte do utente portador de doença mental, sua família e comunidade onde este se insere. Resta-nos dissuadi-lo e captar as mentalidades para um novo conceito através da oferta de experiências e vivências positivas.

Ressalva-se que sendo o “COMVIDA” um projeto desenvolvido no âmbito académico, e cuja implementação depende de diversas autorizações e processos protocolares como parecer do Conselho de Administração, da Comissão de Ética, de protocolos com a Administração Regional de Saúde, e na impossibilidade de assegurar a sua emissão e concretização, justifica a ausência de um cronograma, facto ainda fundamentado pela característica contínua que o projeto apresenta, não perspetivando o término da sua execução.

IV.4 Execução

Na fase de execução do projeto pretendemos concretizar o supracitado, conforme planeado e descrito.

É de realçar a importância que damos a esta etapa, uma vez que vemos todo o nosso projeto a passar da fase mental para a fase real onde naturalmente diversos problemas surgem aos

intervenientes, e ao serem resolvidos potenciam as competências adquiridas na realização do projeto (Nogueira, 2005).

Nesta fase poderão surgir imprevistos, uma vez que se trata de um processo de operacionalização de algo novo, sem qualquer referência ou guião. Desta forma, por vezes termos de optar por realizar algumas alterações no decorrer da Execução estas que devem ser analisadas e resolucionadas, como medidas de recuperação, garantindo que os objetivos iniciais não sofrem qualquer tipo de comprometimento (Ruivo et al., 2010). Também poderão existir contratempos que poderão causar consequências indesejáveis e inevitáveis, o que leva a que o projeto seja dinâmico, e que os responsáveis pelo mesmo estejam despertos para esse fato e capacitados para resolver questões que possam surgir, com a eficiência, celeridade e adaptabilidade necessárias.

Este projeto, foi desenvolvido à luz de um estágio de mestrado, e como referido anteriormente, não foi possível a sua implementação, também a execução, bem como as fases restantes não tiveram a oportunidade de ser colocadas em prática. Contudo, é de grande relevância referir que, embora não tenham sido realizadas todas as fases essenciais ao projeto, o mesmo capacitou-nos perante a aquisição de competências resultantes da realização da sua metodologia e da temática associada.

IV.5 Avaliação

A avaliação do projeto envolve a análise da concretização dos objetivos aos quais nos propusemos inicialmente, questionando o trabalho desenvolvido e a sua pertinência, com o intuito de, caso necessário, intervir de forma a melhorar a sua coerência, eficiência e eficácia (Ruivo et al., 2010).

A Metodologia de Projeto é particularmente caracterizada por ter uma avaliação continua (Leite et al., 2001) permitindo voltar a pontos anteriores de modo a facilitar uma reestruturação e análise da situação, bem como dos objetivos, ação, seleção de meios e análise dos resultados obtidos (Carvalho & Diogo, 2001).

Nesta fase, ao avaliar intermediamente o projeto podemos constatar que o mesmo se encontra com a coesão necessária para ser executado, carecendo apenas de autorizações e disponibilidade de terceiros. No que respeita, aos objetivos propostos, podemos afirmar que ainda nenhum foi alcançado, pois apenas através da sua execução é passível de avaliação.

De salientar que os resultados do programa ao que o projeto se propõe, serão avaliados através de três instrumentos de avaliação: QIS (Anexo II), IRIS (Anexo III) e BDI-II (Anexo IV). As referidas escalas serão aplicadas na avaliação inicial ao utente e mensalmente até ao momento de a pessoa atingir critérios para alta da consulta. Também de referir a pertinência de resposta por parte dos utentes ao Questionário de Avaliação do Programa (Anexo V), que é composto com seis itens de resposta fechada e um item de resposta aberta, onde a pessoa poderá tecer a sua crítica, opinião ou sugestão, oferecendo assim um importante parecer construtivo de forma a promover a melhoria de projetos futuros (Ruivo et al., 2010).

IV.6 Divulgação dos resultados

A divulgação dos resultados de um projeto é a fase em que damos a conhecer à população e outras entidades a importância do projeto, e de que forma se poderá solucionar um determinado problema (Ruivo et al., 2010). O autor defende ainda, que com esta fase damos a conhecer os esforços realizados pela instituição no processo de melhoria de cuidados e fornecemos informação científica servindo de exemplo aos outros serviços e instituições.

Desta forma pretendemos divulgar os resultados à população, através da promoção de atividades lúdicas e recreativas, e utilização de meios de comunicação social (rádio local, jornal regional, televisão e redes sociais). No que respeita à divulgação no seio dos profissionais de saúde e comunidade científica, esta passará pela realização de ações formativas a nível institucional, regional e nacional respetivamente, participação em conferências, encontros e congressos através de pósteres e comunicações orais, e divulgação dos resultados obtidos até à data. Enquanto divulgação, também é nosso objetivo a publicação anual de um artigo científico em revistas associadas à área da saúde, perspetivando atingir publicações em revistas de arbitragem científica, preferencialmente 1º e 2º quartil, de forma a fornecer uma importante

partilha de conhecimento e interesse de científico aumentando naturalmente o prestígio pessoal, do serviço e da instituição.

Considerando que o projeto se insere no Relatório de Estágio no âmbito de um mestrado e sendo alvo de avaliação e prestação de prova pública perante júri, assumimos também que este é um momento de partilha de conhecimentos, não só pelo exposto, mas pelas críticas tecidas, o que nos remete à melhoria de cuidados em enfermagem. Assim podemos afirmar que tal fato se constitui como um momento de divulgação dos resultados.

V. DISCUSSÃO

Podemos definir enfermagem como uma disciplina do conhecimento, que se operacionaliza numa profissão (Nunes, 2018), e que apresenta como objetivo a prestação de cuidados ao ser humano ao longo do seu ciclo vital e em grupos sociais, em que o mesmo se integra de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde objetivando uma a obtenção de uma capacidade funcional o mais rápido possível (OE, 2015b).

A enfermagem tem sido alvo de um processo em constante evolução por consequência da dignificação e complexidade da profissão em correlação com o aumento da autoexigência e procura do conhecimento pelos enfermeiros no decorrer das suas carreiras (Cantante et al., 2020). Tal facto, deve-se em grande parte aos cuidados de saúde assumirem, cada vez mais uma maior importância e exigência técnico-científica o que leva à necessidade de diferenciar e especializar os profissionais de saúde (OE, 2019).

Assumimos que apresentamos responsabilidades acrescidas, levando-nos a prestar cuidados de saúde baseados na evidência científica, de forma a prestar cuidados diferenciados e aplicar da forma mais correta o saber o conhecimento que transportamos de uma forma onde o respeito pela dignidade humana deverá ser imperativo. Na particularidade dos cuidados em Saúde Mental o nosso foco deverá centrar-se na “promoção da Saúde Mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental”(OE, 2018a).

No que respeita ao processo de aquisição de competências, pretende-se dotar o enfermeiro com conhecimentos, atitudes, habilidades e valores, compreendendo que a competência em enfermagem é uma das bases na qualidade e segurança dos cuidados prestados (Oliveira & Queirós, 2015). A melhoria continua de qualidade da profissão só é passível de atingir através de uma constante atualização de conhecimentos e competências, onde o EEESMP é capacitado de integrar a melhor evidência na sua prática e elaborar uma conceção de cuidados corretamente estruturada.

No decorrer dos estágios que realizamos, e concordando com a conceptualização de Phaneuf (2005), mobilizamos as nossas capacidades pessoais, os nossos saberes, e o saber-fazer, aplicados aos cuidados de enfermagem prestados. Assim devemos ir ao encontro das

capacidades adquiridas, efetuando uma análise reflexiva onde exista um confronto com as competências às quais nos propusemos a alcançar aquando da integração do curso de mestrado.

V.1. Análise das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

“O enfermeiro especialista é aquele a que se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”(OE, 2019), sendo que as suas Competências Comuns são partilhadas por todos os profissionais titulados independentemente da sua área de especialidade, incidindo na elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão. Também essas competências baseiam-se num exercício profissional especializado na área formativa, de investigação e assessoria (OE, 2019). Podemos afirmar que as Competências Comuns do EE passam pela capacitação do enfermeiro em desenvolver, fomentar e promover os seus quatros domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria continua da qualidade; Gestão de cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Assim, independentemente do ramo da especialidade pela qual optamos, devemos assegurar a obtenção das seguintes Competências Comuns onde o enfermeiro:

- ✓ Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- ✓ Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- ✓ Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- ✓ Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- ✓ Garante um ambiente terapêutico e seguro;
- ✓ Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

- ✓ Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados;
- ✓ Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- ✓ Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. (OE, 2019)

No decorrer dos estágios efetuados fomos sujeitos ao desenvolvimento de intervenções que nos colocaram, quase que inconscientemente a assumir os pressupostos das competências.

Os cuidados prestados e as intervenções permitiram-nos intervir e discutir os projetos terapêuticos com os utentes com que nos deparámos bem como com a restante equipa multidisciplinar, processo este que foi norteado pela ética e deontologia que a nossa profissão assume. Em especial consideração no que respeita à prática de enfermagem com utentes com distúrbio ou doença mental assumimos sempre o pressuposto de que muitas das vezes temos de assegurar a proteção dos direitos do utente quando este não o consegue fazer. Devemos assim “garantir o respeito pela dignidade humana e assegurar a proteção dos direitos fundamentais, atendendo à situação de vulnerabilidade, estigmatização e incapacidade”(Nunes, 2014). Tomamos de exemplo a pratica do sigilo, presente como direito do utente no artigo 6º da Lei n.º 15/2014 aquando de uma entrevista realizada a uma utente internada por abuso de substâncias, a própria nos solicita para não referir aos seus pais que aguardavam para a visita, o seu diagnóstico, concretamente os seus consumos.

No entanto nem sempre nos foi possível reger pelos Direitos do Utente, tal como os casos de internamento compulsivo onde atua a Lei de Saúde Mental que determina que o tribunal pode decretar internamento compulsivo quando “o portador de anomalia psíquica grave que crie, por força dela, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e se recuse submeter-se ao necessário tratamento médico pode ser internado em estabelecimento adequado”(Lei n.º 36/98). No decorrer do estágio em contexto de internamento esta situação foi experienciada. A incompatibilidade com as competências do EE no que respeita à promoção e proteção dos direitos humanos é notória quando um doente em regime de internamento compulsivo nos confronta com a sua recusa a qualquer ato terapêutico, exigindo assinar um termo de responsabilidade para a sua saída da unidade hospitalar, e nós perante tal situação não podemos aceder ao seu pedido nem respeitar a sua escolha, revogando assim o ponto número 1 do artigo 2º da Lei n.º 15/2014 que estabelece que “o utente dos serviços de saúde tem direito à escolha dos serviços e prestadores de

cuidados de saúde, na medida dos recursos existentes”, e o ponto número 2 do artigo 3º da Lei n.º 15/2014, que define que “o utente dos serviços de saúde pode, em qualquer momento da prestação de cuidados de saúde, revogar o consentimento”.

No decorrer dos estágios procuramos sempre promover a igualdade de acesso aos cuidados de saúde com base no direito à opção, agindo sempre com o princípio da justiça, satisfazendo as necessidades do utente numa equidade ajustada. Assim, mobilizamos os recursos pessoais e os que se encontram disponíveis na circunstância da prestação de cuidados com uma finalidade própria, efetuando sempre uma reflexão acerca do ato pois só desta forma o aperfeiçoar profissional é possível.

Verificamos que assumimos o papel de uma governação clínica dinamizada aquando das intervenções que fomos desenvolvendo. Vejamos, no decorrer do Estágio I onde elaboramos um Estudo de Caso definindo um plano de cuidados (Anexo VI) centrado no utente e suas necessidades, onde se desenvolveram intervenções no âmbito da melhoria e recuperação do seu estado de saúde, tivemos de partir da caracterização dos problemas e situações que se desejariam modificar. De seguida definiu-se quais os resultados a alcançar analisando a forma de fazer, as estratégias, e as atividades pertinentes a desenvolver junto do utente. Com estes aspetos definidos seguiu-se a execução do planeado, monitorizando e controlando as ações de forma a corrigir algum aspeto que necessite de alguma mudança ou ajuste. Posteriormente, no final de cada etapa procedemos a uma avaliação de modo a constatar se os objetivos propostos inicialmente foram atingidos. Todo este processo assume a essência do conceito de governação clínica que aponta a uma melhoria continua da qualidade da prática (Rodrigues & Felício, 2017). Da forma semelhante, o Estágio Final contribuiu para o desenvolvimento desta competência específica, espelhada nas intervenções junto do utente em contexto comunitário. Também o projeto realizado, visando a construção de uma consulta de enfermagem de prevenção do suicídio passa pela mesma caracterização abraçando as práticas de qualidade em enfermagem, embora não se tenha iniciado a sua execução e fases subsequentes devido a todos os processos institucionais a respeitar.

Na prática de enfermagem, enquanto enfermeiros generalistas já nos é intrínseca a prática segura e a gestão do ambiente. No caso da prática especializada devemos impulsionar esses conceitos remetendo a prática para a promoção de um ambiente terapêutico e seguro, que devemos adequar às circunstâncias promovendo a efetividade terapêutica e a prevenção de incidentes (OE, 2019). Quando falamos em ambiente terapêutico remetemos-mos para o envolvimento da família no processo de cuidados ao utente assegurando a satisfação das suas

necessidades. No que se refere ao contexto de internamento, decorrendo este em ambiente protegido, torna-se mais facilitador todo o processo de aquisição e desenvolvimento desta competência. Já em relação aos cuidados na comunidade não se pode afirmar o mesmo. As deslocações ao ambiente diário do utente facilitam no sentido em que o próprio se encontra confortável e conseqüentemente mais disponível para receber qualquer tipo de intervenção. No entanto, temos de nos ajustar e inserir no seu meio onde a conceção de um ambiente terapêutico é essencial à redução do risco tornando-se esta competência imprescindível especialmente devido ao fato de nos encontrarmos perante um utente que poderá apresentar a sua condição psíquica alterada traduzindo-se em comportamentos inesperados, inadequados e impulsivos.

Recordamos o caso de uma visita domiciliária periódica em que a utente se encontrava na sua habitação com a mãe. Acompanhada por apresentar o autocontrolo do impulso comprometido e, em situação de crise apresentar um humor irritável com comportamento agressivo presente, a utente recebeu-nos com uma postura adequada, e com um contacto fácil. O fato de a mesma já conhecer a equipa de enfermagem facilitou a relação terapêutica mantida. No entanto aquando da intervenção psicoterapêutica que visava a modificação do comportamento, a melhoria da autocompetência, o controlo do humor e o aconselhamento (Butcher et al., 2020), a sua mãe que se encontrava com limitações físicas no quarto intervém com juízos críticos destrutivos acerca das opções e projeções que a utente estava a estabelecer connosco. Perante tal situação, os níveis de ansiedade da utente começaram a aumentar apresentando-se inquieta, com um humor tendencialmente irritável. Perante tal situação coube à equipa de enfermagem intervir junto da mãe promovendo o envolvimento e o apoio familiar visto ter-se levantado o diagnóstico do processo familiar comprometido. Desta forma conseguimos garantir um ambiente terapêutico e seguro numa situação que se revelou tanto preocupante como desafiante para a equipa de enfermagem.

Respeitante à competência de gestão de cuidados de enfermagem descrita no Regulamento n.º 140/2019 pertencente às Competências Comuns do EE, foi trabalhada em prol da comunicação que foi existindo com os enfermeiros orientadores, onde muita das vezes se expunham ideologias distintas o que contribuiu em muito na progressão profissional e pessoal. De realçar, o fato de que nos sentimos como parte integrante da equipa de enfermagem e não como meros espectadores do trabalho desenvolvido pelos profissionais especializados. As reuniões multidisciplinares são o espelho disso mesmo, onde a nossa opinião foi mantida em consideração, tornando-se útil na definição do plano terapêutico do utente e na escolha dos

recursos a utilizar em cada contexto. As intervenções por nós realizadas eram expostas perante a restante equipa ao mesmo tempo que eram alvo de avaliação pelos restantes profissionais e traduzidas em ganhos para a saúde do utente. Entre muitas outras garantias retidas no processo de comunicação com a equipa, a qualidade de cuidados era desta forma assegurada.

Ao avaliar o nosso percurso no ensino clínico, este decorreu por consequência do investimento pessoal ao qual nos propusemos com vista a aumentar o nosso autoconhecimento. As ideias debatidas, a gestão dos cuidados, as intervenções realizadas e até mesmo os resultados obtidos derivam de características e competências adquiridas tais como a assertividade e a comunicação, que se tornaram uma arma fundamental em processos onde a pressão e os conflitos estiveram presentes. Recordando situações em que o utente se encontrava em conflito com a restante família e com os próprios profissionais, o estabelecimento de uma relação terapêutica tornou-se uma peça fundamental no desbloqueio da situação, conseguindo-se assim instaurar uma empatia de forma a gerir eficazmente o ambiente. Esta contextualização ressalva que a relação terapêutica vai muito mais além dos processos de mudança e crescimento do utente, assumindo uma posição marcante no crescimento profissional e pessoal do terapeuta (Rogers, 2009).

Nunes (2018), defende que a praxis na profissão de enfermagem necessita de capacidades insubstituíveis em relação ao respeito por Si e pelo Outro, de iniciar, manter e concluir relações de ajuda, de desenvolvimento do potencial do outro e de capacitação de uma prática baseada no profissionalismo e na evidência científica. Agregado à praxis em enfermagem encontram-se elementos subjetivos sendo estes relacionados com a definição de valores, interpretação e conceção de juízos, treino de sentidos e educação. Também é possível verificar elementos objetivos relacionados com os resultados obtidos, a superação de barreiras e as formas de trabalho utilizadas (Nunes, 2011). Cabe-nos a nós profissionais de saúde, utilizar esta práxis de uma forma correta e proativa. Salientamos o fato de sermos inteiramente responsáveis por basear a nossa praxis clínica e especializada em evidência científica. Perante o exposto podemos afirmar que o trabalho elaborado no âmbito da unidade curricular Estágio I, e o desenvolvimento do projeto com vista a uma melhoria contínua de cuidados, bem como a sua posterior apresentação à equipa multidisciplinar do serviço que integramos no Estágio Final, contribuíram em peso para a aquisição de competências a nível da investigação e formação e consequente ascensão na prática de cuidados especializados. Expostos aos problemas identificados no decorrer dos ensinamentos clínicos, procuramos na evidência científica um porto seguro para suportar

a nossa tomada de decisão e intervenções realizadas tendo sempre em consideração bases de conhecimento atuais, fidedignas, válidas e pertinentes.

V.2. Análise das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

O EE é definido no REPE como um profissional titulado de habilitações “que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (OE, 1996).

Podemos afirmar que os cuidados especializados acrescentam uma importante valia na prestação de cuidados com imensos ganhos para a saúde. Na especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica, é digno de nota esses ganhos em pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental, diminuindo assim o seu grau de incapacidade que as perturbações.

Focando-se a enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na “promoção da Saúde Mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental”(OE, 2018b), a prática da especializada norteia-se por quatro Competências Específicas que assumem que o EEESMP:

- ✓ Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- ✓ 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. (OE, 2018b)

Destacando a primeira competência enunciada, consideramos o autoconhecimento, um dos elementos essenciais para a prática de enfermagem diferenciada uma vez que nos consideramos como um instrumento terapêutico necessitamos de albergar um vasto conhecimento do próprio “Eu” enquanto ser humano e concomitantemente enquanto profissionais. É necessário interiorizar o saber pessoal, este que se define como a capacidade que o temos perante o nosso autoconhecimento, sendo preponderante na prática profissional, pois “se na prestação de cuidados usamos o nosso “eu” como instrumento terapêutico, então, para que essa ação seja eficaz, precisamos de ser detentores de um autoconhecimento elevado e de possuímos uma noção de integração do “eu”” (Lopes, 2006). O percurso académico preparou-nos neste sentido, no entanto não basta munirmos-mos de conceitos e definições para atingir tal estadio.

É essencial entrar no terreno da prática para estabelecer relações terapêuticas, realizar intervenções sejam elas de cariz psicoterapêutico, socioterapêutico e psicoeducacional. Recordamos o Estágio I como exemplo dessa afirmação onde realizamos um Estudo de Caso em que os diagnósticos levantados no Plano de Cuidados (Anexo VI) iam ao encontro da temática escolhida para desenvolvimento do presente relatório. Podemos afirmar que o trabalho desenvolvido com e para o utente nos capacitou na medida em que a relação terapêutica se tornou o pilar das nossas intervenções. Assim pudemos construir um plano de cuidados baseado na identificação de diversos fatores pessoais como os sentimentos, as emoções e os valores.

A capacidade de comunicação tornou-se um fator influente, uma vez que permitiu que conseguíssemos transmitir e receber diversa informação com o objetivo de uma melhoria da relação terapêutica não só necessariamente através de palavras, mas também através de reações corporais, emocionais e respostas comportamentais que iam sendo monitorizadas com o intuito de chegar ao objetivo principal, o utente. Vejamos o caso em que numa entrevista na sua fase inicial, nos encontramos perante uma utente com IS. Ao observar pessoa, é notória a presença de ansiedade apresentando inquietude dos membros inferiores e sudorese plantar. As suas respostas são curtas, vagas em por vezes evasivas acompanhadas de uma postura tensa. O seu olhar não nos é dirigido e a sua expressão facial apresenta-se hipomímica. Perante tais fatos observáveis não estava a ser possível proporcionar um ambiente terapêutico com a utente, mesmo tentando abordar um assunto neutro de forma a diminuir a ansiedade presente. Como antecipámos a disposição da sala de forma a que nos colocássemos em posição que permitisse o toque caso houve-se essa necessidade, pegámos na mão da utente que se encontrava no seu colo, inquieta e sudorética. Eis que ela começou a chorar enquanto nos apertava cada vez mais

a nossa mão. Sem colocar qualquer questão, a mesma inicia um discurso espontâneo debitando conteúdo relativo ao seu motivo de acompanhamento, evidenciando os problemas que impulsionaram aos pensamentos suicidas. O contacto visual estabelece-se. A expressão muda conseqüentemente. A relação terapêutica é estabelecida, a empatia e confiança é depositada no profissional de saúde que demonstra estar ali para a ajudar. Utilizamos assim um dos nossos instrumentos mais valiosos na prática: o nosso corpo e as suas expressões. Fizemos-mos valer do nosso conhecimento diferenciado e dos instrumentos pessoais chegando até à utente na forma de garantir um dos princípios mais básicos, mas cada vez mais difíceis de atingir: a relação humana.

Podemos então afirmar que ao intervir com e para o utente estamos a percorrer um caminho até ao nosso foco primordial: trabalhar o utente. Constatamos que por vezes os limites da relação profissional são complicados de definir, pois ao estabelecer uma relação empática e terapêutica estamos a permitir a nós próprios entrar no mundo de quem se encontra à nossa frente de forma a compreender tudo o que envolve a problemática associada. Ao explorar o mundo do outro estamos de certa forma a assumi-lo sendo, em momentos, difícil de construir uma barreira entre o profissional e o pessoal. É necessário ter especial atenção a este aspeto de forma a que não haja comprometimento de todo o processo terapêutico.

Também no Estágio Final em cada saída ao terreno do utente, embora com um tempo muito mais curto para desenvolver qualquer tipo de intervenção, procuramos sempre adaptar-nos às circunstâncias de forma à obtenção de ganhos em saúde. A relação empática por vezes já se encontra estabelecida, uma vez que em muitos casos estamos perante um utente previamente acompanhado periodicamente pela equipa da comunidade, o que se revela como um fator facilitador no estabelecimento da relação terapêutica. Desta forma, e consoante as necessidades encontradas, procura-se a cada visita realizar intervenções de acordo com as competências psicoterapêuticas, socio terapêuticas e psicoeducacionais singulares do EEESMP. Foi-nos permitido acompanhar utentes cujo seu diagnóstico médico incidia com a temática abordada no relatório podendo assim utilizar intervenções específicas perante os diagnósticos levantados e já abordados. Tomamos de exemplo uma das abordagens psicoterapêuticas que particularmente nos despertou à atenção não só pela sua aplicabilidade que poderá ser feita em curtas sessões, mas também pelos resultados obtidos. A terapia de Gestalt fundada por Perls, apresenta-se como uma experiência relacional orientada para o utente na medida em que o seu foco se centra no presente e nas vivências atuais da pessoa, no “aqui e agora”, visando o

autoconhecimento, a aceitação, a autoresponsabilidade e o crescimento pessoal (Kelly & Howie, 2011).

Na prática clínica descrevemos o exemplo de uma das técnicas utilizadas na linha de atuação gestáltica. Perante uma utente com IS em que diagnosticámos Humor Depressivo, Ansiedade em grau moderado e um Processo Familiar comprometido, resolvemos aplicar a técnica da Cadeira Vazia como forma de resolução de conflitos ou situações pendentes de resolução interagindo com os seus sentimentos e sensações que lhe iam surgindo. Recorrendo assim à dramatização, iniciamos a sessão a clarificar o motivo da nossa intervenção e informar a utente dos procedimentos e objetivos do que se ia realizar. Tendo conhecimento, por visitas anteriores, de que a utente apresentava um Processo Familiar comprometido, nomeadamente com conflitos com os filhos existindo um corte de contato após um processo de separação, resolvemos utilizar a “presença” dos mesmos perante uma cadeira vazia de forma a que ela pudesse realizar um “encontro” afim de estabelecer um contato emocional de forma a realizar um desbloqueio as suas emoções e uma autoaceitação dos acontecimentos. Desta forma, após a intervenção realizada pudemos constatar perante o diálogo com a utente, uma diminuição da sua ansiedade constatado pela nossa observação dos sinais de ansiedade, pela diminuição da frequência cardíaca (avaliada no início e final da intervenção), e pela própria utente referindo que se sentia “muito mais calma e aliviada” referindo ainda que lhe “foi retirado um peso de cima”.

Em correlação com a segunda competência referida, a intervenção EEESMP recai sobre a promoção e proteção da Saúde Mental, e sobre a prevenção da doença. A promoção da Saúde Mental deve ser considerada logo a partir dos primeiros anos de vida onde o “Eu” começa a ser construído e a ganhar linhas orientadoras na formação do futuro adulto. Passa também pela idade adulta e até pela terceira idade sendo a mesma adaptável a contextos totalmente distintos. A prevenção é considerada moldável podendo ser realizada em qualquer ambiente seja ele escolar, laboral, hospitalar ou comunitário. As vivências a que fomos sujeitos remetem-nos para o utente adulto em contexto hospitalar e comunitário.

Gostaríamos de recordar um utente no qual intervimos em contexto comunitário com a particularidade de ser uma intervenção em crise, esta que “pressupõe que a pessoa que vivencia uma situação de crise recebe o suporte adequado na ajuda para lidar com a situação antes de ocorrer a deterioração física ou emocional”(Sequeira & Sampaio, 2020b). Ao chegar ao ambiente comunitário do utente, neste caso a sua habitação, após apresentação da equipa multidisciplinar, das nossas funções e objetivos de intervenção, e estabelecimento de laços de

confiança, procuramos contatar com a pessoa e sua companheira, com base na comunicação verbal e não verbal, mantendo sempre o contato visual. A aceitação, a oferta de disponibilidade e a escuta ativa foram promotoras do respeito implementado na situação descrita, facilitando assim o estabelecimento de uma relação empática ao fim de alguns minutos de estarmos com o utente. Após a empatia estabelecida procurámos avaliar as dimensões do problema que nos levou até ali. Um utente com IS não estruturada e elevados níveis de ansiedade, com o fator socioeconómico como principal fator de risco de suicídio, apresentando alguns sinais de alarme como tristeza profunda, sentimentos de desespero e culpa, e falta de interesse nas atividades quotidianas. Uma das principais preocupações do mesmo era o fato de, devido a fatores sociais, o seu filho fosse retirado pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. Perante tal avaliação intervimos no sentido da estimulação da expressão dos sentimentos, no desenvolvimento de estratégias de *coping*, na identificação de sistemas de apoio disponíveis para solucionar o seu problema orientando o utente no sentido de desenvolver e manter os sistemas de apoio, no apoio à sua tomada de decisão, no estabelecimento de um “contrato de não suicídio”, no incentivo à adesão terapêutica que, no decorrer da intervenção apercebemo-nos que estava comprometida e na instrução da técnica de relaxamento. De acordo com principais intervenções realizadas no momento descrito restou-nos agendar sessões de seguimento, encaminhar o utente para sistemas de apoio na comunidade bem como referenciar para o serviço social da equipa comunitária. Analisando o relato deste caso que particularmente ficou marcado pelas condições biopsicossociais, podemos considerar que efetuamos uma ativa exploração das unidades de competência que referimos anteriormente.

A terceira competência referida remete-nos a uma panóplia de tarefas desempenhadas ao longo dos ensinamentos clínicos que contribuiram para a sua interiorização. Perante utentes com diferentes patologias associadas encontramos necessidades distintas a serem colmatadas. É com base no nosso diagnóstico que recorremos às intervenções adaptadas e às necessidades identificadas quer na pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, tendo por suporte a utilização da linguagem CIPE. Baseámos a nossa linha de raciocínio na Teoria das Transições de Alaf Meleis com vista a uma prática de enfermagem de qualidade e consequentemente crescimento profissional. Os cuidados prestados foram considerados na perspetiva de que “um acontecimento na saúde da pessoa e família/familiar cuidador é por si só um fator desencadeante de mudança de vida de um indivíduo” (Meleis, 2010).

Vamos recordar um caso particularmente sensível de uma utente que realizou uma tentativa de suicídio e apresenta-se com uma ideação suicida com plano estruturado. Como já

referimos anteriormente, existem diversos fatores de risco que influenciam os pensamentos suicidas, e particularmente o isolamento sociofamiliar da pessoa, o seu estado civil e a sua situação profissional estavam presentes na situação relatada. No entanto o fator de risco que mais influenciou o despertar de uma série de sinais de alarme (tristeza, depressão, expressão de pensamentos de morte, isolamento progressivo, sentimentos de culpa, anedonia e procura de meios letais) recaí sobre um motivo familiar, em que entre os seus filhos/as existiram tentativas de abuso sexual, concretamente da parte de um dos seus filhos à sua filha mais nova. Olhamos para a este caso em particular como uma afirmação à Teoria das Transições sendo que um determinado acontecimento desencadeou na utente uma mudança na sua vida. Desta forma consideramos a necessidade de a pessoa ser sujeita a um processo de transição de forma a iniciar um processo de alteração comportamental e uma redefinição dos significados atribuídos a determinada situação, redefinindo-se também a si própria (Chick & Meleis, 1986). As intervenções a realizar neste caso deverão recair sobre o processo referido de maneira a que exista uma aceitação e consciencialização da pessoa, restabelecendo-se em si, na sua família e na sociedade. De salientar que não nos foi possível iniciar um processo contínuo de cuidados devido ao caso nos ser apresentado no final do estágio, não existindo da nossa parte mais nenhum acompanhamento e envolvimento.

Ao assumirmos o papel de terapeuta de referência, o que acontece sistematicamente em contexto comunitário, estamos a comprometermos-nos com a continuidade de cuidados ao utente, fomentando-o a desenvolver conhecimentos e estratégias adaptativas de forma a que o seu problema de saúde seja gerido e manejado da melhor forma. Uma gestão de caso desenvolvida pelo EEESMP vai resultar “numa valorização do desenvolvimento de relações de confiança mútua, e numa profunda compreensão e validação das necessidades individuais e recursos da pessoa, promotoras do seu autocuidado, em situações complexas e crónicas, utilizando a comunicação e os recursos disponíveis para produzir qualidade em cuidados de saúde.”(Almeida & Amendoeira, 2015). Realçando o projeto elaborado podemos afirmar que este foi desenvolvido à luz do PNPS, visando oferecer um importante contributo na prevenção efetiva do suicídio e consequentemente impulsionar a promoção e proteção da Saúde Mental.

Realizámos psicoeducação em contexto comunitário e hospitalar, sempre com o objetivo de auxiliar o utente e suas pessoas significativas a compreender, interiorizar e manejar doença mental, trazendo grandes contributos como o aumento da adesão à terapêutica, o controlo da ansiedade, a integração social e comunitária e consequentemente a melhoria da sua qualidade de vida. Todos os progressos que a pessoa apresentasse foram reforçados positivamente de

forma a facilitar o seu processo de *recovery*. Até mesmo o simples exemplo de convencer uma utente acompanhada em contexto comunitário que nunca saía de casa por se apresentar num estado depressivo com uma anedonia constante, a receber a nossa visita no café da aldeia e a saborear um pastel de nata, para nós como EEESMP e para a própria utente revelou-se uma enorme conquista que não pode deixar de ser referida e congratulada.

As intervenções psicoterapêuticas realizadas nos estágios basearam-se na relação de ajuda que se centrou no “aconselhamento, psicoterapia, relações humanas, relações terapêuticas, relações interpessoais, ensino ou, simplesmente, cuidar do outro, sendo que todas elas têm como principal objetivo a utilização da comunicação para compreender as necessidades da outra pessoa para que consiga lidar com mais eficácia com o seu problema levando à sua redução ou resolução”(Coelho et al., 2020).

No que concerne à quarta competência enunciada admitimos que o seu desenvolvimento se encontra declarado na exposição discutida até este ponto. A coordenação, desenvolvimento e implementação de programas psicoeducativos e o treino em Saúde Mental espelham-se nas intervenções terapêuticas realizadas ao longo do ensino clínico, tal como a unidade de competência que assume que o EEESMP deverá desenvolver processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos com vista à reestruturação mental do utente atuando na prevenção da sua incapacidade com recurso a processos adaptativos ao utente e ao contexto (OE, 2018b). Também a unidade de competência que evoca a promoção da reabilitação psicossocial do utente, de forma a promover a sua autonomia e funcionalidade em diferentes contextos através da aquisição de competências individuais e mudanças ambientais (OE, 2018b), é retida não só aquando das intervenções realizadas mas também em todo o processo comunitário que o Estágio Final nos permitiu desenvolver, demonstrando assim que “os novos desenvolvimentos na Saúde Mental comunitária apontam para a importância da consideração dos direitos humanos, para a perspetiva de recuperação (*recovery*) e para a necessidade de promover a participação de organizações de utentes e famílias”(Fazenda, 2009). Vejamos o exemplo de uma utente que se encontrava numa fase depressiva com IS não estruturada, a qual nos foi referenciada para uma intervenção comunitária. Ao estabelecer contato com a utente percecionámos que a mesma sempre foi muito ativa na sociedade, praticando desporto e participando em eventos sociais. Há cerca de um ano que a mesma não mantinha as atividades em que habitualmente participava, restringindo-se a ficar por casa na companhia dos filhos e dos seus animais, estando com baixa médica perante a sua atividade laboral. Após o estabelecimento de uma relação empática com a utente e conseqüente relação terapêutica, abordamos todas aquelas atividades

que considerámos promotoras da sua saúde, explicado todas as consequências benéficas e quais os seus ganhos. Com a envolvimento da sua pessoa mais significativa, o seu filho, procurámos estabelecer novas rotinas e novos hábitos em torno do seu estilo de vida, com vista à sua modificação. Verificámos o sucesso da nossa intervenção e a prática de qualidade baseada na evidência aquando da segunda visita efetuada, espaçada por um mês, percecionámos na utente um humor completamente diferente do encontrado inicialmente, resultado das rotinas implementadas em conjunto, sendo que a mesma naquele momento praticava desporto duas vezes por semana, além das caminhadas que fazia diariamente com o seu grupo de amigas, e já tinha retomado a sua atividade laboral onde referiu que se encontrava feliz e a “fazer o que mais gostava e que lhe dava prazer”. Desta forma assumimos uma promoção da sua Saúde Mental, impulsionando uma reabilitação psicossocial com a introdução de mudanças ambientais na vida diária da pessoa.

Analisando o nosso percurso académico podemos-nos assumir como instrumento terapêutico reconhecendo o domínio técnico adquirido, onde é abrangido o conhecimento captado, a perícia, e o domínio do “eu” englobando as características particulares de cada profissional. “É na expressão consciente das suas qualidades pessoais e profissionais que se situa a base de todas as suas intervenções. Em diversas situações de ajuda serão as suas qualidades humanas que se constituirão como os principais utensílios”(Chalifour, 2009).

V.3. Análise das Competências de Mestre em Enfermagem

Sustentando-nos no Decreto-Lei n.º 65/2018 que estabelece o Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior, considera-se que o título de mestre deve ser atribuído aqueles que demostrem:

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

- ✓ Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- ✓ Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- ✓ Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- ✓ Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. (Decreto-Lei n.º 65/2018)

A primeira competência mencionada transporta-nos para os conhecimentos adquiridos no decorrer da licenciatura, ou seja, para a origem do estadió do desenvolvimento do mestre. Assim o percurso académico foi sustentado pelos conhecimentos do primeiro ciclo de estudos que nos formou enquanto enfermeiros generalistas. No decorrer do percurso profissional fomentamos o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem sendo a prática diária baseada na evidência científica. Assim, “o que os enfermeiros fazem na sua ação é utilizar um conjunto de conhecimentos que recriam enquanto atuam, e ao recriarem estão encontrando novas soluções, novos processos, ou seja, criando novos conhecimentos. Esses conhecimentos de natureza diversa agrupam-se em padrões, quais sejam: empírico, conhecimento factual, descritivo e verificável (evidências científicas)”(Queirós, 2016). Estes permitiram aplicações originais, sendo o caso do projeto elaborado, construindo assim uma resposta original as necessidades que foram identificadas por nós.

Atendendo à segunda competência, a aplicação do conhecimento e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, é considerada no exemplo já descrito do projeto de melhoria uma vez que o mesmo permitiu, com a validação de profissionais capacitados e com base na evidência científica, desenvolver a capacidade de criar algo exequível que visa solucionar um problema atual e de urgente intervenção. Sublinhamos assim que a enfermagem pode-se entender como a arte de cuidar através dos conhecimentos adquiridos.

Referindo agora a emissão de juízos em situações de informação limitada ou incompleta, envolvendo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais, podemos assegurar que nas intervenções estabelecidas precedemos a um planeamento das mesmas onde através da reflexão dos casos em conjunto com a equipa multidisciplinar demonstrámos capacidade de integração da evidência científica na nossa prática clínica e no processo de investigação.

No que concerne à capacidade de comunicação de conclusões e conhecimentos, é de salientar que, além do percurso profissional até à data, esta transporta-nos para os momentos de formação em serviço realizados bem como para a exposição em reunião multidisciplinar do projeto da consulta de enfermagem de prevenção do suicídio (Anexo VII), considerando que a prova pública a que nos propomos com o presente relatório enaltece em larga escala esta capacidade que devemos reter.

Realçamos, portanto, que a frequência do presente ciclo de estudos não nos confere um grau de conhecimento de excelência, mas permite-nos adquirir as ferramentas fundamentais para o seu fortalecimento e para a prática diferenciada de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. O Mestre em Enfermagem fomenta a procura científica do conhecimento permitindo encontrar respostas às problemáticas encontradas, identifica as necessidades no conhecimento da restante equipa e promove a formação enquanto elemento diferenciado. Concluimos assim que com base na iniciativa, proatividade e perseverança podemos contribuir em larga escala para uma Saúde Mental mais “saudável”, prestando, concebendo, gerindo e supervisionando os cuidados de enfermagem com o objetivo principal de uma melhoria contínua da qualidade em saúde.

VI. CONCLUSÃO

Analisando o contexto atual na área da saúde deparámo-nos com o aumento das exigências o que reporta a que os profissionais exijam cada vez mais de si, tornando-se proativos na procura do conhecimento científico de forma a aplicar na sua prática diária. Em Enfermagem, o objeto da prática profissional centra-se no ser humano em toda a sua dimensão e vulnerabilidade, o que leva o enfermeiro a desenvolver e aprimorar, além do seu saber e do saber fazer, o saber ser e o saber estar visando fomentar a essência da relação terapêutica, imprescindível na prática de enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica (Sequeira & Sampaio, 2020a).

Concordamos que um dos princípios chave para o futuro do desenvolvimento da Saúde Mental e Psiquiátrica são os cuidados centrados no *recovery* visto que durante grande parte da História da Psiquiatria o doente mental era considerado como irrecuperável progredindo assim a sua doença para um estado de deterioração (Bond et al., 2001). Esta afirmação remete-nos às evidências do passado, no entanto, em pleno século XXI ainda se constata esta perspetiva embora mais reduzidamente, quer na sociedade, quer em alguns profissionais de saúde.

De acordo com a estrutura que demos ao nosso percurso académico, foi desempenhado um papel proativo na procura do conhecimento e no desenvolvimento de trabalho em concordância com os objetivos aos quais nos propusemos, assumindo estarmos integrados na visão do Programa Nacional para a Saúde Mental que se propõe a assegurar o acesso a serviços habilitados a promover a Saúde Mental da população, prestar cuidados de qualidade e facilitar a reintegração e recuperação das pessoas com doença mental (DGS, 2017).

Afirmado como um problema de saúde pública, na atualidade o suicídio é considerado severamente preocupante, uma vez que temos vindo a verificar a nível nacional um aumento das taxas de mortalidade por suicídio nos últimos anos, não só comprovado pelos dados estatísticos e bibliografias existentes, mas também pela experiência profissional na área, constatando um aumento de internamentos por TS e IS, fato que cada vez mais consideramos fruto de uma mudança no paradigma da sociedade, aliada às respostas ineficazes do sistema de saúde.

Propusemo-nos ao desenvolvimento pessoal e profissional, incidindo na IS como área a abordar, cuja consideramos de extrema importância num período pós-pandémico, onde nos vimos muitas vezes obrigados ao isolamento social e à carência de acesso a cuidados de saúde

diferenciados. A acrescentar a diminuição do poder económico e a perspetiva não animadora do surgimento de uma crise económica foram fatores que influenciaram na nossa opção temática uma vez que constituem um severo risco para a Saúde Mental da população, com especial alarmismo no campo dos pensamentos suicidas.

Enquanto profissionais de saúde, no terreno da Saúde Mental e de acordo com as vivências experienciadas, consideramos alarmante a atual recorrência ao SU de utentes que apresentam IS ou mesmo TS que pela necessidade de permanecer em ambiente protegido, ficam internados no serviço de Psiquiatria. Com uma grande variabilidade da faixa etária, do género, dos fatores de risco, e das patologias associadas, percecionamos um grave aumento do sofrimento mental da população em geral. Sem a oportunidade de recorrer a dados estatísticos concretos devido à ausência de respostas institucionais e à pouca informação fidedigna disponível, consideramos emergente atuar nesta necessidade cada vez mais comum da sociedade.

Procurámos realizar um percurso académico baseado na evidência científica, sustentado numa procura constante pelo conhecimento, construindo assim competências que nos permita a prática de uma enfermagem diferenciada. De forma, a compreender os fenómenos associados à pessoa com a qual intervimos, consideramos a Teoria das Transições de Alaf Meleis como um exemplo irreprovável de como ao longo do ciclo de vida ocorrem mudanças e alterações no estado do utente.

No âmbito das nossas intervenções adotamos uma postura especialmente preventiva e recuperadora da doença mental, onde o grande exemplo do afirmado foi a elaboração do projeto “COMVIDA” que visamos, já como EEESMP, implementar dando assim poder à importância que os enfermeiros têm na prestação de cuidados de qualidade em contexto comunitário, ocorrendo processos de avaliação, prevenção, intervenção e cuidado.

A dificuldade de interpretação do utente com IS não nos permite padronizar um plano de intervenção concreto, havendo assim a necessidade de adaptarmo-nos a diferentes contextos e características, fator esse trabalhoso, mas bastante desafiante no que respeita à prática especializada de enfermagem. Assim, ocorreu o nosso percurso académico com muito trabalho, o que exigiu uma enorme dedicação onde apostámos numa constante atualização do conhecimento inserido num processo de investigação e interesse, mas também com desafios estimulantes muito por culpa do interesse pessoal pelo contributo que expectámos dar para uma melhoria de cuidados de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e consequentemente

o seu reconhecimento, considerando que este Mestrado foi apenas o início de uma (ainda) longa caminhada na e pela Saúde Mental.

Com a implementação do projeto realizado procuramos oferecer o especial contributo à Enfermagem Especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica no sentido de desmistificar o conceito (estigmatizante) de Saúde Mental e o “tabu” da palavra “Suicídio” perante a sociedade, uma vez que esta, mesmo que em pleno século XXI, ainda é um dos principais fatores limitativos da evolução e mesmo da prestação de cuidados diferenciados de Saúde Mental. Salientamos a intenção de promover e estimular uma autonomia nas intervenções do EEESMP, com base nos conhecimentos diferenciados que sustentam a prática especializada da profissão. Verificámos também a necessidade cada vez mais emergente de estudos de investigação relevantes na área da prevenção do suicídio pela enfermagem uma vez que nos deparámos com poucas evidências e divulgações recentes. Assim esperamos que a colocação em prática do projeto e os resultados obtidos impulsionem a corrente investigadora na área, o que por natural consequência nos remete a um aumento da qualidade dos cuidados prestados, proporcionando ganhos para a saúde não só do doente, mas também de toda a sociedade.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382.
- Alligood, M. (2010). *Nursing Theorists and Their Work* (8.^a ed.). Elsevier.
- Almeida, J. (2015). *Joint Action on Mental Health and Welbeing: Towards Community-based and Socially Inclusive Mental Health Care - Análise da Situação em Portugal*.
- Almeida, S., & Amendoeira, J. (2015). O enfermeiro gestor de caso no empowerment da pessoa com doença mental crónica. *Revista do Instituto Politécnico de Santarém*.
- Amaral, A. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental*. Lusociência.
- Bertolote, J., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: Revisiting the evidence. *Crisis*, 25(4), 147–155.
- Bittencourt, M., Marques, M., & Barroso, T. (2018). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(18), 125–132.
- Bond, G., Becker, D., Drake, R., Rapp, C., Meisler, N., Lehman, A., Bell, M., & Blyler, C. (2001). Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice. *Psychiatric Services*, 52(3), 313–322.
- Brás, M., Cruz, J., & Saraiva, C. (2014). Estratégias gerais de prevenção dos atos suicidas. Em C. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: Dos Conceitos à Prática Clínica* (1.^a ed., pp. 473–483). Lidel.
- Bridges, W. (2016). *Transitions: Making Sense of Life's Changes* (4.^a ed.). Da Capo Lifelong Books.
- Butcher, H., Dochterman, J., Bulechek, G., & Wagner, C. (2020). *NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem* (7.^a ed.). Guanabara Koogan.
- Canaval, G., Deisy-Jaramillo, C., Haydee-Rosero, D., & Germán-Valencia, M. (2007). La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el postparto. *Aquichan*, 7(1), 8–24.
- Cantante, A., Fernandes, H., Teixeira, M., Frota, M., Rolim, K., & Albuquerque, F. (2020). Sistemas

de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. *Ciencia e Saude Coletiva*, 25(1), 261–272.

Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: perspectivas dos actores*. Lusociência.

Carvalho, A., & Diogo, F. (2001). *Projecto Educativo* (4.ª ed.). Edições Afrontamento.

Carvalho, J. (2012). Diagnósticos e intervenções de enfermagem centradas no processo familiar, da pessoa com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2(8), 52–57.

Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica - Estratégias de Intervenção*. Lusodidata.

Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: A Nursing Concern. Em P. L. Chinn (Ed.), *Nursing Resarch methodology - Issues and Implementation* (pp. 237–257). Aspen.

Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Lleixà Fortuño, M., & Roldán Merino, J. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 23, 63–72.

Decreto-Lei n.º 65/2018 - Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior, Pub. L. No. Diário da República, 1.ª série — N.º 157, 4147 (2018).

DGS. (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017. Em *Programa Nacional para a Saúde Mental*.

DGS. (2017). *Programa Nacional Para a Saúde Mental*. Direção Geral de Saúde.

Fazenda, I. (2009). Novos Desenvolvimentos em Saúde Mental e Comunitária. *PsiLogos*, 7(1&2), 111–119.

Fonseca, E. (2015). Formação: Uma Narrativa para a prestação de cuidados de enfermagem. *Nursing Magazine Digital*, 1–7.

Fornelos, A., Martins, M., Felizardo, M., Roque, M., & Pina, P. (2018). Equipa de Intervenção Comunitária em Saúde Mental - A Realidade de um Hospital Geral. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 16, 35–44.

Gil, I., dos Santos, J., & Loureiro, L. (2016). Estigma em estudantes de enfermagem: Antes e depois do contacto com pessoas com transtornos mentais. *Revista Enfermagem*, 24(1), 1–7.

- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Lusociência.
- Jacobs, D., Baldessarini, R., Conwell, Y., Fawcett, J., Horton, L., Meltzer, H., Pfeffer, C., & Simon, R. (2010). Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. *American Psychiatric Association*.
- Kelly, T., & Howie, L. (2011). Exploring the influence of gestalt therapy training on psychiatric nursing practice: Stories from the field. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(4), 296–304.
- Kramer, M. (1970). Role conceptions of baccalaureate nurses and success in hospital nursing. *Nursing Research*, 19(5), 428–438.
- Lei n.º 15/2014, Pub. L. No. Diário da República n.º 57/2014, Série I (2014).
- Lei n.º 36/98 - Lei de Saúde Mental, (1998).
- Leite, E., Malpique, M., & Santos, M. (2001). *Trabalho de projeto: aprender por projetos centrados em problemas* (4.ª ed.). Edições Afrontamento.
- Lopes, M. (2006). *A Relação Enfermeiro Doente como Intervenção Terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance*. Formasau.
- Macintosh, J. (1994). Belief-in revisited: a reply to Williams. Em *Religious Studies* (Vol. 30, Número 4, pp. 487–503). Cambridge University Press.
- Martinho, J., Pires, R., Carvalho, J., & Pimenta, G. (2014). Formação e desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem em contexto de ensino clínico em saúde mental e psiquiatria. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, ESPECIAL 1*, 97–102.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2012). Theoretical nursing: development and progress. Em *ASHA Leader* (5.ª ed., Vol. 14, Número 6). Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, M., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255–259.

- Mezirow, J. (2000). *Learning as Transformation: Critical Perspectives on a Theory in Progress* (1.^a ed.). Jossey-Bass Publishers.
- Moscrop, A., Ziebland, S., Roberts, N., & Papanikitas, A. (2019). A systematic review of reasons for and against asking patients about their socioeconomic contexts. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 1–15.
- New Zealand Guidelines Group, & Ministry of Health. (2003). *Assessment and Management of People at Risk of Suicide* (May).
- Nogueira, N. (2005). *Pedagogia os Projectos. Etapas, papeis e atores* (1.^a ed.). Editora Erica.
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem: Fundamentos e Horizontes*. Lusociência.
- Nunes, L. (2014). Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental Notas preambulares. *Encontro do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*.
- Nunes, L. (2018). *Para uma epistemologia de enfermagem*. Lusociência.
- OE. (1996). *Decreto de Lei nº 161/96 - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros* (Diário da República: Série I-A, nº205).
- OE. (2015a). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2015*. Lusodidata.
- OE. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*.
- OE. (2018a). *Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2018b). *Regulamento n.º 515/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica* (Diário da República: 2.^a Série, nº151).
- OE. (2019). *Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* (Diário da República: 2.^a Série, nº26).
- Oliveira, L., & Queirós, P. (2015). Tradução , Adaptação Cultural E Validação Da Nurse Competence Scale (Ncs) Para a População Portuguesa. *Revista Investigação em Enfermagem, fevereiro*, 77–89.
- Peixoto, T., & Peixoto, N. (2017). Pensamento crítico dos estudantes de enfermagem em ensino

clínico: uma Revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(13), 125–138.

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

Queirós, P. (2016). O conhecimento em enfermagem e a natureza dos seus saberes. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem, 20*(julho), 18–20.

Rabiais, I., & Amendoeira, J. (2013). Educar em Enfermagem : um processo de reflexividade na interação Educate in Nursing : a process of reflexivity in interaction. *Cadernos de Saude, 6*, 55–68.

Registered Nurses Association of Ontario. (2009). Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour: Nursing Best Practice Guideline Shaping the Future of Nursing. Em *Nursing Best Practice Guidelines*. Registered Nurses Association of Ontario.

Rodrigues, A., & Felício, M. (2017). Governação Clínica e de Saúde Cuidados de Saúde Primários: Perguntas e Respostas Essenciais. *e da Saúde nos Cuidados de Saúde Primários*.

Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa*. Padrões Culturais.

Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percurso, 15*, 1–38.

Sadock, B., Sadock, V., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (11.^a ed.). Wolters Kluwer.

Salomé, J. (1986). *Relation d'aide et formation à l'entretien*. Presses Universitaires de Lille.

Santos, J., Façanha, J., Gonçalves, M., Erse, M., Cordeiro, R., & Façanha, R. (2012). Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária. *Cadernos OE, 1*(4), 106.

Santos, M. (2014). Da proteção e do risco. Em C. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: Dos Conceitos à Prática Clínica* (1.^a ed., pp. 111–125). Lidel.

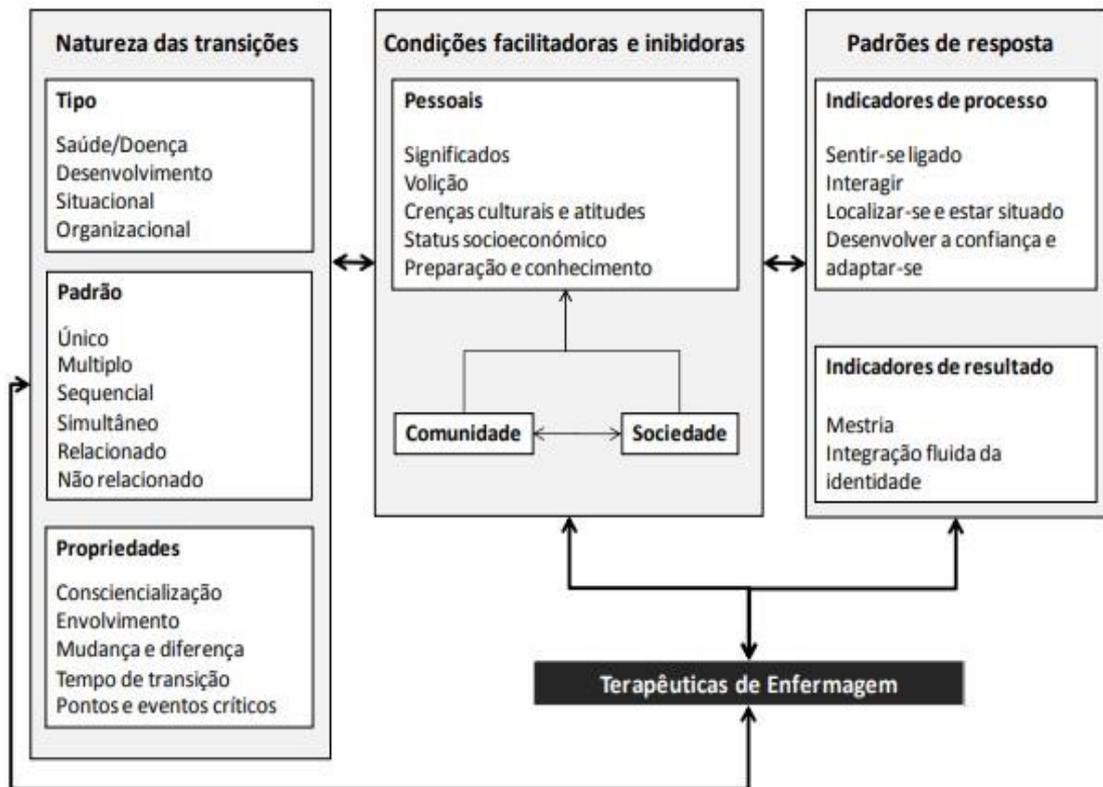
Schon, D. (1983). *The Reflective Practitioner -How professionals think in action*. Basic Books.

Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of nursing scholarship, 26*(2), 119–127.

- Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica - do diagnóstico à intervenção em saúde mental*. Quarteto Editora.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020a). *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (1.ª ed.). Lidel.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020b). Intervenção em Crise. Em C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (1.ª ed., pp. 220–224). Lidel.
- Simões, R., Erse, M., Façanha, J., & Santos, J. (2014). Enfermagem em suicidologia. Em C. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: Dos Conceitos à Prática Clínica* (1.ª ed., pp. 193–202). Lidel.
- Sufrate-Sorzano, T., Pérez, J., Juárez-Vela, R., Garrote-Cámara, M., Viñaspre, R., Molina-Luque, F., & Santolalla-Arnedo, I. (2022). Umbrella review of nursing interventions NIC for the treatment and prevention of suicidal behavior. *International Journal of Nursing Knowledge, July*, 1–12.
- Teixeira, V., Macedo, A., Borges, C., Carrapa, S., China, S., & Cunha, R. (2016). O impacto do nível socioeconómico na acessibilidade aos cuidados de saúde primários: estudo em quatro unidades de saúde do Norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 32(6), 376–386.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2002). Introdução à Teoria de Enfermagem: História, Terminologia e Análise. Em A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5.ª ed., pp. 3–14). Lusociência.
- Townsend, M. (2011). O Cliente Suicida. Em M. C. Townsend (Ed.), *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6.ª ed., pp. 273–287). Lusociência.
- WHO. (2019). Suicide in the world: Global Health Estimates. *World Health Organization, Geneva*.
- WHO. (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030*. World Health Organization.
- WHO. (2022). *Transforming mental health for all*. World Health Organization.

ANEXOS

Anexo I – Terapêuticas de Enfermagem



Teoria de médio alcance da transição. Fonte: Adaptado de Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K (2000)

Anexo II – Questionário de Ideação Suicida (QIS)

Questionário de Ideação Suicida (Q.I.S.)

Versão portuguesa de Ferreira & Castela (1999)

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

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

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

Anexo III – Índice de Risco de Suicídio (IRIS)

IRIS - Índice de Risco de Suicídio

F. A. Veiga, J. Andrade, P. Garrido, S. Neves, N. Madeira, A. Craveiro, J.C. Santos, C.B. Saraiva

Identificação: _____

SOCIODEMOGRAFIA - Ponderação 1

- **Sexo** Masculino → 1 Feminino → 0
 - **Idade** ≥ 45 → 1 < 45 → 0
 - **Religiosidade** Não → 1 Sim → 0
- Existem factores de natureza religiosa ou espiritual suscetíveis de frenar a passagem ao acto ?

CONTEXTOS - Ponderação 2 Não → 0 Sim → 2

- **Isolamento** - vive só, sem apoio familiar ou social ?
- **Perda recente marcante** - luto, desemprego, perda material ou de estatuto
- **Doença física** - incapacitante ou terminal
- **Abuso actual** de álcool ou substâncias
- **Doença psiquiátrica grave** - descompensação actual de psicose, depressão major unipolar ou bipolar, perturbação grave da personalidade
- **História de internamento psiquiátrico**
- **História familiar de suicídio**

ESFERA SUICIDA

- **História pessoal de comportamentos suicidários**

Ponderação 3 Não → 0 Sim → 3

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

- **Plano suicida**

Apura-se a existência de plano organizado, consistente, letal e exequível ?
- valorizar actos preparatórios recentes (exs: carta de despedida, testamento), bem como o acesso a meios letais (exs: arma de fogo, pesticidas / herbicidas)

Não → 0 Sim → Atribuir directamente o valor 20 ao Score Total do Índice

SCORE TOTAL

Anexo IV - Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)

Inventário Depressão de Beck - Versão Português

(Ponciano, Cardoso e Pereira, 2004)

0	<input type="checkbox"/>	Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo(a)
1	<input type="checkbox"/>	Tenho ideias de pôr termo à vida mas não sou capaz de as concretizar
2	<input type="checkbox"/>	Sinto que seria melhor morrer
2	<input type="checkbox"/>	Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse
2	<input type="checkbox"/>	Tenho planos concretos sobre como hei-de pôr termo à minha vida
3	<input type="checkbox"/>	Matar-me-ia se tivesse oportunidade
0	<input type="checkbox"/>	Habitualmente não choro mais do que costume
1	<input type="checkbox"/>	Choro agora mais do que costumava
2	<input type="checkbox"/>	Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo deixar de fazê-lo
3	<input type="checkbox"/>	Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo que tenha vontade
0	<input type="checkbox"/>	Não ando agora mais irritado(a) do que costumava
1	<input type="checkbox"/>	Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
2	<input type="checkbox"/>	Sinto-me permanentemente irritado(a)
3	<input type="checkbox"/>	Já não consigo ficar irritado(a) por coisas que me irritavam anteriormente
0	<input type="checkbox"/>	Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas
1	<input type="checkbox"/>	Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter
2	<input type="checkbox"/>	Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas
3	<input type="checkbox"/>	Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito
0	<input type="checkbox"/>	Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente
1	<input type="checkbox"/>	Actualmente sinto-me menos seguro(a) de mim mesmo e evito tomar decisões
2	<input type="checkbox"/>	Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda das outras pessoas
3	<input type="checkbox"/>	Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão
0	<input type="checkbox"/>	Não acho que tenha pior aspecto do que costumava
1	<input type="checkbox"/>	Estou aborrecido(a) porque estou a parecer velho(a) ou pouco atraente
2	<input type="checkbox"/>	Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente
3	<input type="checkbox"/>	Sinto que sou feio(a) ou que tenho um aspecto repulsivo
0	<input type="checkbox"/>	Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente
1	<input type="checkbox"/>	Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a trabalhar
1	<input type="checkbox"/>	Não consigo trabalhar tão bem como de costume
2	<input type="checkbox"/>	Tenho de despender um grande esforço para fazer seja o que for
3	<input type="checkbox"/>	Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja
0	<input type="checkbox"/>	Consigo dormir tão bem como antes
1	<input type="checkbox"/>	Acordo mais cansado(a) de manhã do que era habitual
2	<input type="checkbox"/>	Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer
3	<input type="checkbox"/>	Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas
0	<input type="checkbox"/>	Não me sinto mais cansado(a) do que é habitual
1	<input type="checkbox"/>	Fico cansado(a) com mais facilidade do que antigamente
2	<input type="checkbox"/>	Fico cansado(a) quando faço seja o que for
3	<input type="checkbox"/>	Sinto-me tão cansado(a) que sou incapaz de fazer o que quer que seja
0	<input type="checkbox"/>	O meu apetite é o mesmo de sempre
1	<input type="checkbox"/>	O meu apetite não é tão bom como costumava ser
2	<input type="checkbox"/>	Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente
3	<input type="checkbox"/>	Perdi por completo todo o apetite que tinha
0	<input type="checkbox"/>	Não tenho perdido/ganho muito peso, se é que perdi algum ultimamente
1	<input type="checkbox"/>	Perdi/Ganhei mais de 2,5 kg de peso
2	<input type="checkbox"/>	Perdi/Ganhei mais de 5 kg de peso
3	<input type="checkbox"/>	Perdi/Ganhei mais de 7,5 kg de peso
0	<input type="checkbox"/>	A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual
1	<input type="checkbox"/>	Sinto-me preocupado(a) com dores e sofrimento, ou má disposição de estômago, prisão de ventre ou outras sensações físicas desagradáveis
2	<input type="checkbox"/>	Estou tão preocupado(a) com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa
3	<input type="checkbox"/>	Encontro-me totalmente preocupado(a) pela maneira como me sinto
0	<input type="checkbox"/>	Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual
1	<input type="checkbox"/>	Encontro-me menos interessado(a) pela vida sexual do que costumava estar
2	<input type="checkbox"/>	Actualmente sinto-me muito menos interessado(a) pela vida sexual
3	<input type="checkbox"/>	Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual

Anexo V – Questionário de Avaliação do Programa “COMVIDA”

Anexo VI – Plano de Cuidados do Estudo de Caso

Diagnóstico de Enfermagem (CIPE)	Intervenções de Enfermagem	Atividades/ Recursos	Resultados esperados	Avaliação
Risco de suicídio: grau elevado	Executar apoio emocional; Executar escuta ativa; Executar reestruturação cognitiva; Orientar sobre estratégias de redução de risco de tentativa de suicídio; Explorar os pensamentos suicidários; Explorar o plano suicidário; Focalizar os fatores de proteção; Explorar alternativas ao comportamento suicidário; Ensinar sobre estratégias de redução de risco de suicídio; Disponibilizar apoio emocional; Envolver a família e pessoas significativas; Providenciar atendimento especializado multidisciplinar; Realizar “contrato de não suicídio”; Preparar plano de segurança; Orientar cuidador sobre estratégias de prevenção do suicídio; Executar programa de prevenção do suicídio; Executar programa de primeira ajuda em Saúde Mental; Executar programa de Saúde Mental positiva; Executar relação de ajuda; Vigiar ideação suicida; Gerir segurança ambiental; Gerir regime medicamentoso.	Questionário de Ideação Suicida (QIS); Indicador NOC de Resultado para Autocontrolo do Suicídio; Índice de Risco de Suicídio (IRIS).	Risco de suicídio: diminuído.	Avaliação no turno da manhã até atingir o resultado esperado. Durante a hospitalização.

<p>Ansiedade: moderada</p>	<p>Disponibilizar suporte emocional; Gerir ambiente; Ensinar sobre a ansiedade; Executar intervenção psicoeducativa; Executar relação de ajuda; Orientar sobre estratégias de redução de ansiedade; Apoiar na aceitação de situações desconfortáveis; Assistir a identificar situações que precipitem ansiedade; Assistir a colocar o problema em perspetiva; Incentivar na procura de uma atitude positiva; Incentivar a manter a atitude positiva; Apoiar o uso de mecanismos de defesa adequados; Encorajar a expressão de sentimentos, perceções e medos; Assistir a identificar as causas da ansiedade; Incentivar a manter uma ingestão nutricional adequada; Incentivar a promoção do sono; Incentivar a prática de exercício físico; Executar técnicas de relaxamento; Orientar sobre uso de técnicas de relaxamento; Executar escuta ativa; Administrar medicação para reduzir a ansiedade, conforme apropriado; Observar sinais verbais e não verbais de ansiedade; Vigiar ansiedade.</p>	<p>Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS); Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21).</p>	<p>Ansiedade reduzida.</p>	<p>Avaliação no turno da manhã até atingir o resultado esperado. Durante a hospitalização.</p>
----------------------------	---	---	----------------------------	---

<p>Autocontrolo comprometido: impulso</p>	<p>Ensinar sobre estratégias de autocontrolo; Executar apoio emocional; Executar técnica de resolução de problemas; Treinar técnicas de autocontrolo; Vigiar autocontrolo: impulso; Oferecer reforço positivo para resultados bem-sucedidos; Encorajar a autorrecompensa por resultados bem-sucedidos; Auxiliar e avaliar a maneira como resultados mal sucedidos poderiam ter sido evitados por outras escolhas comportamentais; Oferecer oportunidade para a prática de resolução de problemas dentro do ambiente terapêutico; Encorajar a prática de resolução de problemas em situações sociais e interpessoais fora do ambiente terapêutico, seguida de avaliação dos resultados.</p>	<p>Avaliação direta.</p>	<p>Autocontrolo melhorado: impulso reduzido.</p>	<p>Avaliação no turno da manhã até atingir o resultado esperado. Durante a hospitalização.</p>
<p>Autoimagem comprometida</p>	<p>Executar aconselhamento; Disponibilizar apoio emocional; Executar intervenção psicoeducativa; Executar reestruturação cognitiva; Executar relação de ajuda; Promover autoestima; Encorajar na identificação as suas forças; Reforçar as forças pessoais identificadas; Encorajar a autoaceitação; Encorajar o contacto ocular na comunicação;</p>	<p>Escala de Autoestima de Rosenberg.</p>	<p>Sem compromisso da autoimagem.</p>	<p>Avaliação no turno da manhã até atingir o resultado esperado. Durante a hospitalização</p>

	<p>Encorajar a expressar afirmações positivas; Assistir a identificar respostas positivas dos outros; Evitar crítica negativa; Transmitir confiança na capacidade de o doente lidar com a situação; Assistir na definição de metas; Assistir a reavaliar as perceções negativas; Encorajar o aumento da responsabilidade; Explorar sucessos prévios; Encorajar o doente a aceitar novos desafios; Elogiar os progressos; Gerir o ambiente; Realizar verbalizações positivas acerca do doente; Ensinar sobre autoconceito; Vigiar autoconceito.</p>			
Insónia	<p>Avaliar sono; Ensinar sobre padrão de sono; Avaliar evolução da resposta à medicação; Gerir regime medicamentoso; Determinar o padrão de sono/vigília do doente; Explicar a importância do sono adequado; Determinar os efeitos dos medicamentos sobre o padrão do sono; Monitorizar sono;</p>	Avaliação direta.	Sem insónia.	<p>Avaliação no turno da noite até atingir o resultado esperado.</p> <p>Durante a hospitalização.</p>

	<p>Monitorizar a participação em atividades que produzam fadiga durante o período acordado para evitar cansaço excessivo;</p> <p>Gerir o ambiente para promover o sono;</p> <p>Monitorar a ingestão de alimentos e as bebidas na hora de dormir em busca de itens que facilitem o sono ou interfiram nele;</p> <p>Ajudar a limitar o sono durante o dia, proporcionando atividades que promovam o estado acordado, conforme apropriado.</p>			
Humor depressivo	<p>Avaliar evolução da resposta à medicação;</p> <p>Avaliar tristeza;</p> <p>Encorajar afirmações positivas;</p> <p>Estabelecer confiança;</p> <p>Encorajar a expressão de sentimentos;</p> <p>Gerir emoção negativa;</p> <p>Disponibilizar apoio emocional;</p> <p>Gerir regime medicamentoso;</p> <p>Vigiar equilíbrio do humor;</p> <p>Executar questionários de autorrelato;</p> <p>Avaliar o humor;</p> <p>Determinar se o doente apresenta riscos à sua segurança ou à de outras pessoas;</p> <p>Iniciar as precauções necessárias para salvaguarda do doente ou de outras pessoas com risco de dano físico;</p> <p>Monitorar a capacidade de autocuidado;</p> <p>Vigiar sono;</p>	<p>Escala de Avaliação de Hamilton para a Depressão (HAM-D);</p> <p>Inventário Depressivo de Beck– II (BDI-II).</p>	Humor depressivo diminuído.	<p>Avaliação no turno da manhã até atingir o resultado esperado.</p> <p>Durante a hospitalização.</p>

	<p>Promover a atividade física; Monitorizar e promover a adesão ao regime medicamentoso. Executar relação de ajuda; Executar entrevista motivacional; Executar programa de Saúde Mental positiva; Executar reestruturação cognitiva; Treinar competências sociais.</p>			
<p>Adesão ao Regime terapêutico/ medicamentoso comprometida</p>	<p>Avaliar atitude face ao regime de terapêutico; Avaliar barreiras à adesão; Avaliar conhecimento sobre regime de terapêutico; Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso; Assistir no reconhecimento sobre o regime terapêutico; Assistir no reconhecimento sobre o regime medicamentoso; Ensinar sobre o regime terapêutico; Ensinar sobre o regime medicamentoso; Incentivar à adesão; Demonstrar administração da medicação; Estabelecer confiança; Estabelecer prioridades do regime terapêutico; Gerir regime medicamentoso; Promover adesão à medicação; Promover a consciencialização; Promover o envolvimento; Promover a autoeficácia;</p>	<p>Avaliação direta.</p>	<p>Adesão ao regime terapêutico /medicamentos o.</p>	<p>Avaliação no turno da manhã o resultado esperado. Durante a hospitalização.</p>

<p>Processo familiar comprometido</p>	<p>Promover o envolvimento familiar; Reconhecer os pontos fortes da família; Avaliar desempenho de papéis; Avaliar medo de ser uma sobrecarga para outros; Avaliar processo familiar; Colaborar com a família e doente; Estabelecer confiança; Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidados; Determinar a adequação das redes sociais existentes; Identificar o grau de apoio da família; Identificar o grau de suporte financeiro da família; Determinar os sistemas de apoio atualmente em uso; Determinar as barreiras ao uso de sistemas de apoio; Monitorar a situação familiar atual; Determinar os processos familiares típicos; Determinar a rutura nos processos familiares típicos; Facilitar o contato dos familiares.</p>	<p>Avaliação direta.</p>	<p>Sem compromisso do processo familiar.</p>	<p>Avaliação no turno da manhã até atingir o resultado esperado. Durante a hospitalização.</p>
<p>Comportamento interativo comprometido</p>	<p>Ensinar sobre comportamento interativo; Executar aconselhamento; Estabelecer limites; Executar técnica de modificação do comportamento; Treinar habilidades de comunicação; Treinar competências sociais; Orientar cuidados sobre formas de interação social satisfatórias.</p>	<p>Avaliação direta.</p>	<p>Comportamento interativo sem compromisso.</p>	<p>Avaliação no turno da manhã até atingir o resultado esperado. Durante a hospitalização</p>

<p>Falta de iniciativa (volição)</p>	<p>Promoção de uma mudança de comportamento; Determinar a motivação para mudar; Ajudar a identificar pontos fortes e reforçá-los; Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por desejáveis; Oferecer feedback em termos de sentimentos quando constatado o doente está livre de sintomas; Evitar mostrar rejeição ou depreciação enquanto o doente luta para mudar comportamentos; Oferecer reforço positivo a decisões tomadas com independência; Encorajar a compreender o próprio comportamento; Auxiliar a identificar mesmo os pequenos sucessos; Identificar o problema em termos comportamentais. Identificar o comportamento a ser modificado em termos concretos e específicos; Fragmentar o comportamento a ser modificado em unidades menores e mensuráveis de comportamento; Estabelecer objetivos comportamentais; Estabelecer um ponto de partida de ocorrência do comportamento antes de começar a mudança; Discutir o processo de modificação do comportamento. Envolver o cuidador no processo; Promover a aprendizagem do comportamento desejado; Avaliar as mudanças de comportamento.</p>	<p>Avaliação direta.</p>	<p>Iniciativa presente.</p>	<p>Avaliação no turno da manhã até atingir o resultado esperado. Durante a hospitalização.</p>
--------------------------------------	---	--------------------------	-----------------------------	--

**Anexo VII – Apresentação do Projeto de Consulta de Enfermagem de
Prevenção do Suicídio**

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



5º Curso de Mestrado em Enfermagem
Unidade Curricular: Estágio Final

Consulta de Enfermagem de Prevenção do Suicídio "COMVIDA"

João Mourinho; 47700
Leiria 2022

INTRODUÇÃO

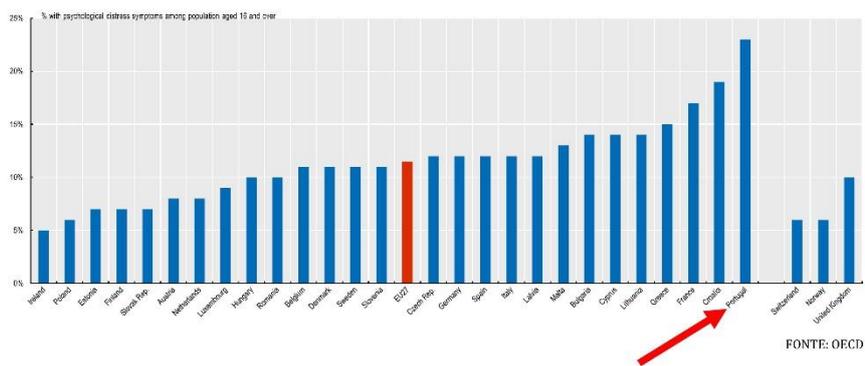
- ✓ Estima-se que em período pré-pandémico cerca de 970 milhões de pessoas sofriam de doença mental (WHO, 2022);
- ✓ O suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes e 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade (WHO, 2019);
- ✓ A depressão e a ansiedade aumentaram mais de 25% apenas no primeiro ano da pandemia (WHO, 2019);
- ✓ Desigualdades sociais e económicas, emergências de saúde pública, guerra e crise climática estão entre as ameaças estruturais globais à saúde mental (WHO, 2019).

INTRODUÇÃO

- ✓ A insegurança vivida no mundo impulsionada por uma diversidade de fatores, o medo e a intolerância ao desconhecido resultam em comportamentos negativos (Rubin & Wessely, 2020);
- ✓ “Os diversos episódios que sucedem às pessoas ao longo da vida, inclusive desde a tenra idade, vão deixando marcas por vezes difíceis de curar” (Neves, 2020);
- ✓ A qualidade de dados é fraca uma vez que o diagnóstico medico apresenta uma margem de erro significativamente grande no que respeita ao suicídio consumado e, ainda maior é o deficit de dados e diagnósticos relativos as tentativas de suicídio (Bachmann, 2018);

INTRODUÇÃO

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE DISTURBIO MENTAL NA EUROPA- 2018



INTRODUÇÃO

QUAL A IMPORTÂNCIA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO?

A efetividade da prevenção resulta da “sinergia de estratégias que permitem a identificação precoce e o correto tratamento das perturbações mentais pelos profissionais de saúde” (Santos et al., 2012).

INTRODUÇÃO

- ✓ É de grande necessidade haver uma intervenção ativa do enfermeiro especialista na avaliação e prevenção deste tipo de comportamentos, uma vez que este “compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais”(Regulamento n.º 140/2019);
- ✓ É emergente impulsionar estratégias e delinear intervenções de forma à obtenção de resultados a um médio prazo uma vez que as perspetivas futuras não são animadoras esperando-se um aumento das taxas de suicídio num futuro próximo muito por responsabilidade da fase pandémica, com consequências na redução de cuidados diferenciados na saúde mental e também pelo novo estilo de vida adotado que com carência de relações sociais e apoios socioeconómicos (Sufrate-Sorzano et al., 2022).

INTRODUÇÃO

ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

- ✓ Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- ✓ Avalia as necessidades da saúde mental do utente;
- ✓ Promove, protege e previne em saúde mental;
- ✓ Estabelece o diagnóstico de enfermagem em saúde mental;
- ✓ Identifica os resultados esperados;

INTRODUÇÃO

ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

- ✓ Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental;
- ✓ Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental;
- ✓ Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental;
- ✓ Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental;
- ✓ Promove a reabilitação psicossocial dos utentes com doença mental.

OBJETIVOS

ATUAR NA PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS SUICÍDAS/ PARASUICIDAS NA POPULAÇÃO ALVO

- ✓ Oferecer à comunidade um recurso de saúde centrado na prevenção e consciencialização;
- ✓ Estabelecer sinergias com os Cuidados de Saúde Primários e Instituições;
- ✓ Promover a Saúde Mental da população mediante iniciativas abertas à comunidade;
- ✓ Intervir em contextos de crise;
- ✓ Acompanhar o utente referenciado até termo do seu diagnóstico.

REFERÊNCIAÇÃO PARA A “COMVIDA”



SEGUIMENTO DA “COMVIDA”



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO “COMVIDA”

- ✓ Idade superior a 14 anos de idade;
- ✓ Utente com Ideação Suicida (IS) / Risco de Suicídio seguido em Consulta Externa, Unidade de Enfermagem Comunitária ou com internamento no último ano;
- ✓ Utente com diagnóstico de IS / Risco de Suicídio não acompanhado na instituição há mais de 1 ano;
- ✓ Utente não conhecido que evidencie critérios de IS/ Risco de Suicídio.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DA “COMVIDA”

- ✓ Utente institucionalizado permanentemente;
- ✓ Utente com síndrome demencial;
- ✓ Utente com debilidade mental;
- ✓ Utente com alterações graves do comportamento que necessite de encaminhamento ao SU ao abrigo da Lei de Saúde Mental.

RECURSOS

<u>HUMANOS</u>	<u>MATERIAIS</u>
<ul style="list-style-type: none">✓ 3 Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria✓ 1 Médico Assistente✓ 1 Médico Interno de Especialidade✓ 1 Técnico Superior de Serviço Social✓ 1 Psicólogo	<ul style="list-style-type: none">✓ Meio de transporte para deslocação ao domicílio✓ Gabinete para realização de consulta✓ 2 telemóveis✓ 1 computador portátil



PRESPETIVAS:

- ✓ Reduzir o índice de internamentos por IS e Tentativas de Suicídio (TS);
- ✓ Reduzir as idas ao SU por IS e TS;
- ✓ Reduzir o índice de TS;
- ✓ Reduzir o índice de Suicídio consumado.



GARANTIR:

- ✓ Formação contínua dos profissionais;
- ✓ Partilha de conhecimentos;
- ✓ Sessões de formação;
- ✓ Promoção da Saúde Mental na comunidade através do desenvolvimento de atividades.





VALORIZAR:

- ✓ Motivação dos profissionais;
 - ✓ Formação especializada;
 - ✓ Paralelismo com o Plano Nacional de Saúde Mental;
 - ✓ Visão futurista;
 - ✓ Sinergia com os objetivos institucionais.
- 



LIMITAÇÕES:

- ✓ Financiamento;
 - ✓ Escassez de recursos;
 - ✓ Horário de funcionamento do serviço;
 - ✓ Dificuldade na análise de indicadores;
 - ✓ Resistência na adesão da comunidade;
 - ✓ Presença de estigma.
- 

