

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de 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

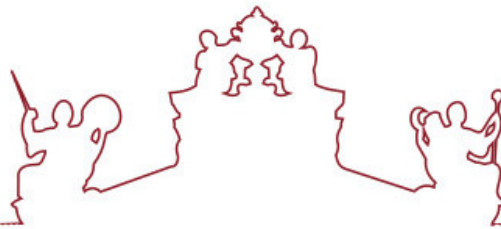
Relatório de Estágio

Prevenção do suicídio em contexto comunitário e em contexto hospitalar

Maria Albertina Delgado Pico

Orientador(es) | Maria Dulce Domingues Cabral de Magalhães

Évora 2020



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de 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

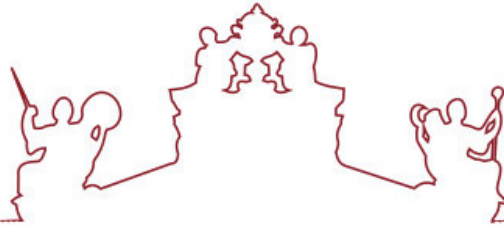
Relatório de Estágio

Prevenção do suicídio em contexto comunitário e em contexto hospitalar

Maria Albertina Delgado Pico

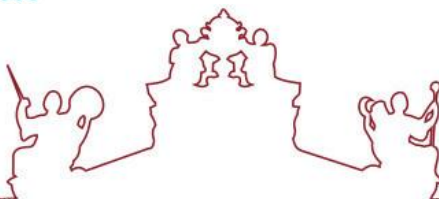
Orientador(es) | Maria Dulce Domingues Cabral de Magalhães

Évora 2020



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

- Presidente | Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro (Universidade de Évora)
- Vogal | Jorge Salvador Pinto de Almeida (Instituto Politécnico de Castelo Branco)
- Vogal-orientador | Maria Dulce Domingues Cabral de Magalhães (Universidade de Évora)



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

Prevenção do Suicídio

Em Contexto Comunitário: **Implementação do Projeto + Contigo**, em conjunto com a **UCC de Estremoz**, aos alunos do 9.º e 8.º ano, respetivamente, das Escolas Secundária/3 Rainha Santa Isabel e Básica2/3 Sebastião da Gama, de Estremoz, no ano letivo 2015/2016.

e

Em Contexto Hospitalar: **Implementação do Projeto de Intervenção Clínica**, para **Avaliação do Risco de Suicídio e Intervenções Terapêuticas** em Doentes com Sintomatologia Depressiva e/ou Comportamentos da Esfera Suicidária, Internados no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental – Serviço de Internamento, do Hospital do Espírito Santo de Évora, de 26 de Setembro de 2015 a 22 de Junho de 2016

Maria Albertina Delgado Pico

Orientador(es) Maria Dulce Domingues Cabral de Magalhães

Évora 2020

Albertina Delgado

Aos meus filhos, Joana, David e Miguel.

Que eu como mãe saiba sempre, guiá-los para longe de tudo o que descreverei nas páginas que se seguem e deixo aqui a minha empatia por todos os pais, amigos, familiares e profissionais que não o conseguiram, ou porque não puderam, não souberam, não viram, não ouviram, ou não sentiram os seus apelos.

Albertina Delgado

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que diretamente ou indiretamente participaram na elaboração ou conteúdos deste relatório, especialmente a todas as utentes, alunos e alunas, que foram os protagonistas desta aventura e que no exercício do seu “Papel Principal”, me deixaram mais enriquecida como pessoa, em conhecimento, em competências, em amizades e em relações humanas, bem como à minha família e amigos, especialmente os filhos pelo que lhes privei de mim.

Aos colegas de curso pela partilha de ideias, trabalhos em grupo, sempre dinâmicos e enriquecedores e nas colaborações e atualizações, principalmente nas novas tecnologias, onde tive algumas dificuldades, especialmente ao Pedro, ENFERMEIRO “de alma e coração”, pelo caminho que fizemos juntos durante o curso e pelo incentivo e ajuda que sempre me deu.

Agradeço a todos os professores do curso de mestrado que me incentivaram a ir mais além e também aos Srs. professores da ESE Coimbra, José Carlos Santos, Cândida Loureiro e restante equipa do Projeto + Contigo, pelo excelente trabalho de investigação e orientações.

À Sr.ª Enfermeira Carla Calça, minha Orientadora no local de Estágio. Aos Srs. Diretores de ambas as escolas de Estremoz, Sr. Professor José Salema e Sr. Professor José Espadinha e à restante equipa de Saúde Escolar e a todos os professores envolvidos, pela aceitação e interesse inequívoco, na implementação do Projeto + Contigo, nas escolas e ainda, à Câmara Municipal de Estremoz.

Ao Sr. Enfermeiro Carlos Caldeira, ao Sr. Enfermeiro Artur Mendes e à restante Equipa de Enfermagem do Serviço de Internamento de Psiquiatria do HESE, pela disponibilidade, pelos conselhos e ajuda e ainda, por me acolherem a mim e ao projeto que delineei nesse serviço.

Por fim, AGRADEÇO ESPECIALMENTE às duas pessoas que mais me incentivaram e auxiliaram na concretização dos meus objetivos, uma como Orientadora Académica, que prontamente aceitou o meu convite e a quem agradeço, pelas sugestões, orientações e pela paciência e compreensão que teve comigo, a Sr.ª Professora Dulce Magalhães, e a outra como colega e amiga que ficará para a vida, a grande ENFERMEIRA de Saúde Escolar da UCC de Estremoz, Carmen Pereira, que tive o prazer e a sorte de poder partilhar momentos de crescimento conjunto, muito trabalho e até algum sofrimento, mas sempre com alegria e profissionalismo, a que deu CONTINUIDADE...

Albertina Delgado

Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

RESUMO

A Prevenção do Suicídio é considerada pela Organização Mundial de Saúde, uma das prioridades de intervenção de Saúde Pública.

Os profissionais de saúde desempenham um papel primordial como *Gatekeepers*, ou seja, como porteiros sociais, com competências e estrategicamente bem posicionados para intervir junto de adolescentes e adultos, com comportamentos da esfera suicidária.

A Avaliação do Risco de Suicídio, a identificação dos múltiplos Fatores de Risco e de Proteção, numa boa Entrevista de Ajuda, com recurso a Instrumentos de Avaliação e autoavaliação desse risco, para se delinearem intervenções de forma estruturada, sistematizada e em permanente avaliação, são ainda a melhor forma de prevenir este fenómeno complexo e multifatorial.

O presente Relatório de Estágio, do Ensino Clínico, em contexto do Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, traduz o processo de aprendizagem e aquisição de competências necessárias aos Enfermeiros Especialistas nesta área, com a implementação de um Projeto simultaneamente com uma componente de investigação e outra componente mais empírica de intervenção terapêutica, em Contexto Comunitário (Projeto + Contigo nas Escolas de Estremoz) e Hospitalar (Internamento de Psiquiatria), respetivamente.

Palavras-Chave: Suicídio; Prevenção do Suicídio; Avaliação do Risco de Suicídio; *Gatekeepers*; Investigação; Intervenção Terapêutica; Competências.

Suicide Prevention in Community and Hospital NetWork

ABSTRACT

Suicide Prevention is considered by the World Health Organization as one of the Public Health intervention priorities.

Health professionals play a key role as Gatekeepers, with skills and strategically well placed to intervene with adolescents and adults, with behaviors of the suicidal sphere.

Suicide Risk Assessment, the identification of multiple Risk and Protection Factors, in a good Help Interview, using Risk Assessment and Self-Assessment Instruments, to outline interventions in a structured, systematic and ongoing assessment, are still the best way to prevent this complex and multifactorial phenomenon.

This Clinical Teaching Internship Report, in the context of the Master's Degree Course in Mental Health and Psychiatry Nurses, reflects the learning process and skills acquisition required by Specialist Nurses in this area, with the implementation of a Project simultaneously with a component of research and another more empirical component of therapeutic intervention, in Community Context (Project + With You in Estremoz Schools) and Hospital (Inpatient Psychiatry), respectively.

Keywords: Suicide; Suicide Prevention; Suicide Risk Assessment; Gatekeepers; Investigation; Therapeutic intervention; Skills.

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento dos Centros de Saúde

APA – Associação de Psiquiatria Americana

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CME – Câmara Municipal de Estremoz

DGS – Direção Geral de Saúde

DP - SIP – Serviço de Internamento de Psiquiatria

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EBSG – Escola Básica 2/3 Sebastião da Gama

EESM – Enfermeiro/s Especialista/s de Saúde Mental

EESMP - Enfermeiro/s Especialista/s de Saúde Mental e Psiquiatria

ESEC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESRSI – Escola Secundária/3 Rainha Santa Isabel

HESE – Hospital do Espírito Santo de Évora

IGEC - Inspeção Geral da Educação e Ciência,

IMV – Intoxicação Medicamentosa Voluntária

NIC – Nursing Interventions Classification

NOC – Nursing Outcomes Classification

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PESES – Projeto de Educação para a Saúde e Educação Sexual

PNPS – Plano Nacional de Prevenção do Suicídio

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

RCEESM – Regulamento das Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental e Psiquiatria

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

SICO – Sistema de Informação dos Certificados de Óbito

SIP – Serviço de Internamento de Psiquiatria

TEIP - Programa Territórios Educativos de Intervenção Prioritária

TS – Tentativa de Suicídio

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade de Estremoz

UNSDG – United Nations Sustainable Development Goals

ABREVIATURAS

Enf.^a – Enfermeira

Enf.^o - Enfermeiro

N.^o- Número

Sr. - Senhor

Sr.^a – Senhora

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Perfil dos suicidas e para-suicidas em Portugal

Quadro 2 – Evolução do suicídio em Portugal, a partir de 2005 até 2011

Quadro 3 – Fatores protetores resumidos

Quadro 4 – Perfil quanto ao risco de suicídio

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Hierarquização das variáveis associadas ao risco de suicídio

Tabela 2 – Fatores de risco associados aos comportamentos da esfera suicidária

Tabela 3 – Fatores Predisponentes e fatores Precipitantes de comportamentos suicidas

Tabela 4 – Referências Diretas e Indiretas de alarme ou risco de suicídio

Tabela 5 – História, sinais e sintomas de risco de suicídio

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Sinais de alarme, fatores precipitantes e risco eminente

Figura 2 – Fluxograma de tomada de decisão em situação de risco de suicídio

Figura 3 – Fluxograma do SUPRE-MISS

Figura 4 – Fluxograma Projeto+ Contigo

Figura 5 – Modelo de intervenção do Projeto + Contigo

Figura 6 – Plano de Intervenção mais contigo

Figura 7 – Resumo resultados ES 3 RSI

Figura 8 – Resumo resultados EB 2/3 SG

Figura 9 – Resultados da aplicação da Escala de Ideação Suicida de Beck

Figura 10 - Resultados da aplicação da Escala de Depressão de Beck II

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| INTRODUÇÃO | 13 |
| 1. - ANÁLISE DO CONTEXTO | 16 |
| 1.1 – Contexto Comunitário | 16 |
| 1.1.1 – Identificação e Justificação de Escolha dos Locais de Estágio | 16 |
| 1.1.2 - Caracterização dos Locais de Estágio | 18 |
| 1.1.3 – Caracterização da População Alvo | 23 |
| 1.2 - Contexto Hospitalar | 25 |
| 1.2.1- Identificação e Justificação de Escolha do Local de Estágio | 25 |
| 1.2.2 - Caracterização do Local de Estágio | 27 |
| 1.2.3 - Caracterização da População Alvo | 28 |
| 2. - DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS | 31 |
| 3. - CONCEPTUALIZAÇÃO E ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 34 |
| 3.1 – O Suicídio | 34 |
| 3.2 - Prevenção do Suicídio | 51 |
| 3.3 - A Enfermagem e o Suicídio | 54 |
| 4. - PLANEAMENTO DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA | 59 |
| 4.1 – Entrevista de Avaliação Diagnóstica como Estratégia | 59 |
| 4.2 – Relação de Ajuda como Estratégia | 62 |
| 4.3 – Avaliação do Risco de Suicídio como Estratégia | 66 |
| 4.4 – Promoção de Esperança como Estratégia | 70 |
| 4.5– Definição de Objetivos/ Resultados Esperados | 71 |
| 4.6 - O Planeamento das intervenções | 74 |
| 5. - IMPLEMENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS | 80 |
| 5.1 – Intervenções utilizadas para o desenvolvimento de Competências | 80 |
| 5.2 – Instrumentos utilizados para o desenvolvimento de competências | 87 |
| 5.3 – Resumo de entrevista | 89 |
| 6. - AVALIAÇÃO E CONTROLO | 103 |
| 7. - RESULTADOS E ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES | 107 |
| 8. - QUESTÕES ÉTICAS | 127 |
| 9. - ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS | 129 |
| 10. – CONCLUSÃO | 139 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 142 |
| ANEXOS | |

Anexo I – Autorização de estágio pelo ACES, Alentejo Central

Anexo II – População escolar por turmas ESRSI 2015/2016

Anexo III – Proposta de adesão projeto + Contigo ESRSI

Anexo IV – População escolar por turma EBSG 2015/2016

Anexo V – Proposta de adesão projeto + Contigo EBSG

Anexo VI – Certificado formação + Contigo

Anexo VII – Nota Informativa aos Pais e Encarregados e Consentimento

Anexo VIII – Quadro de aquisição de competências

Anexo IX – Fluxograma das atividades por objetivos projeto + Contigo

Anexo X - Fluxograma das atividades por objetivos internamento SIP

Anexo XI – Quadro das intervenções do projeto + Contigo

Anexo XII – Cronograma das atividades planeadas projeto + Contigo

Anexo XIII – Cronograma das intervenções/datas projeto + Contigo

Anexo XIV – Cronograma das atividades do dia + Contigo

Anexo XV – Programa das atividades do dia + Contigo nas escolas

Anexo XVI – Programa das atividades do dia + Contigo nas comunidades

Anexo XVII – Cronograma das intervenções/datas internamento SIP

Anexo XVIII – Consentimento e Questionário da recolha de dados internamento SIP

Anexo XIX – Escala BSI

Anexo XX – Escala BDI II

Anexo XXI – Escala EARS

Anexo XXII – Guia da intervenção risco suicídio

Anexo XXIII – Guião de entrevista

Anexo XIV – Dados estatísticos projeto + Contigo

INTRODUÇÃO

O suicídio é atualmente um dos maiores flagelos a nível mundial, com tendência crescente principalmente nas camadas mais jovens da população, nomeadamente no grupo etário dos 15 aos 19 anos de idade, onde passou a ser a segunda maior causa de morte, com repercussões dramáticas a nível individual, familiar, social e económico.

Perdem-se diariamente por suicídio, três mil vidas em todo o mundo. Quarenta por segundo e quase um milhão de perdas de vidas humanas por ano, preconizando a OMS (Organização Mundial de Saúde), (OMS, 2014), que aumente para 1,5 milhões, até 2020, devido a este fenómeno epidemiologicamente complexo e multifatorial, mas geralmente associado, em mais de noventa por cento dos casos, não só a diversos transtornos mentais, mas também a determinadas doenças físicas, crónicas ou associadas a dor, que aumentam duas ou três vezes mais o risco de suicídio, (OMS, 2014).

A Prevenção do Suicídio é desde o ano 2000 considerada pela OMS, uma das prioridades de Saúde Pública, continuando a priorizá-la no *WHO Mental Health Action Plan 2013-2020*, incentivando e recomendando aos profissionais de saúde, de investir nesta área de Intervenção Terapêutica, para reduzir as taxas de suicídio em todo o mundo de 10%, e para 1/3 até 2030, segundo a *UN Sustainable Development Goals (UN-SDG,2013-2020)*, em conjunto com estratégias imperativas a nível global, nacional e multissetorial em todo o mundo.

Os Profissionais de saúde, e especificamente os Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP), devido ao papel primordial que desempenham como *Gatekeepers*, ou seja, como porteiros sociais e com Competências Específicas, estão estrategicamente bem posicionados para intervir junto das pessoas com comportamentos da esfera suicidária, tanto em contexto hospitalar como comunitário, quando se sabe que pelo menos setenta por cento recorrem aos serviços de saúde antes de qualquer tentativa de suicídio.

Uma das estratégias mais recomendada é uma Avaliação do Risco de Suicídio, individual e criteriosa, que só é possível através de uma boa Entrevista e Relação Terapêutica de Ajuda em que se estabeleça um vínculo, que garanta a confiança e a colaboração, para que a pessoa possa verbalizar e exteriorizar o seu sofrimento psicológico e permita o uso de instrumentos de avaliação quer desse Risco, quer de Depressão e/ou de Ideação Suicida, baseado no conhecimento dos múltiplos fatores de risco e de proteção, (GOBP-OE, 2012).

Outras das recomendações universais da OMS, para a prevenção destes comportamentos, passam pela diminuição do acesso aos meios letais; formação de profissionais dos cuidados de saúde primários; aperfeiçoar a ligação entre serviços de saúde comunitária e serviços de saúde mental; desenvolver uma equipa ampla para a prevenção do suicídio; educação pública/comunitária, combate ao estigma em torno da doença mental e comportamentos suicidários e formação dos *media* (GOBP-OE, 2012)

Em Portugal, apesar de, a nível da Europa se encontrar entre os países com taxas mais baixas de suicídio, não deixa de ser igualmente preocupante a tendência crescente destas taxas desde o ano 2000, sendo em 2017, segundo o Instituto Nacional de Estatística, (INE), de 10,3 óbitos por 100.000 habitantes, com um total de 1061 mortes por lesões auto provocadas intencionalmente e sequelas, (INE, 2017). Este valor é seguramente subavaliado, segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), que afirma ter subido para 11,7/100.000 habitantes, desde que passou a ser feito o registo por mortes por causas violentas, na plataforma informática SICO, Sistema de Informação dos Certificados de Óbito, (DGS,2014). É no entanto, no Alentejo e especificamente no Alentejo Litoral que as taxas são as mais elevadas do país, cerca de 30,8, a taxa bruta de mortalidade.

É um fenómeno que atinge sobretudo pessoas com mais de 65 anos, cerca 40% do total de óbitos por esta causa, (INE,2017), contudo, os comportamentos para-suicidários ou auto lesivos são protagonizados maioritariamente por jovens, uniformemente distribuídos a nível nacional”, (GOBP – OE, 2012), e estão a aumentar cada vez mais entre os 15 e 19 anos.

No Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM), a prevenção do suicídio é também por isso, uma prioridade e inclui os adolescentes como uma população com intervenção prioritária, representando um grupo de elevada vulnerabilidade, também no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS).

Sendo o Alentejo uma das regiões do país com as taxas mais elevadas de suicídio, tornou-se premente encontrar estratégias de intervenção e surgiu a motivação inicial para implementar o projeto que delinee para o Estágio do Ensino Clínico, Prevenção do Suicídio, em contexto comunitário e hospitalar, que apesar de serem dois locais distintos de estágio, formam a unidade do Ensino Clínico, que se complementam e contribuem para um processo de aquisição de competências num espectro mais alargado de prevenção a todos os níveis, primária, secundária e terciária.

Esse Estágio decorreu em contexto do Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, 2014-2016, da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus,

Universidade de Évora e teve como orientador académico, a Professora Dulce Cabral Magalhães e como orientadores institucionais a Sr.ª Enfermeira Carla Calça e o Sr. Enfermeiro João Caldeira, para cada um dos contextos, respetivamente.

O presente Relatório de Estágio, traduz o processo de aprendizagem e aquisição de competências necessárias aos Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental e Psiquiatria e tem simultaneamente uma componente de investigação e outra componente mais empírica de intervenção terapêutica, de forma a abranger um leque o mais variado possível de experiências que contribuíram para esse processo de aquisição das competências.

Segui uma sequência de apresentação de acordo com a Metodologia de Projeto, e suas diferentes fases em cada contexto onde realizei o estágio, desde a análise de ambos os contextos, conceção e fundamentação das estratégias de aquisição de competências, definição de objetivos, planeamento, implementação, avaliação e controlo, apresentação e divulgação de resultados. Está dividido em 10 grandes capítulos, iniciando com a Análise do Contexto (capítulo 1), com a identificação e caracterização dos locais de estágio e da população alvo. Seguido da Descrição e Fundamentação do Processo de Aquisição de Competências (capítulo 2), onde se descreve como foi estruturado o estágio de forma a adquirir as competências a que me propus. No capítulo 3, far-se-á um Enquadramento Teórico e Conceptual sobre a temática do Suicídio, sua Prevenção e seu enquadramento nas teorias de enfermagem e atitudes dos enfermeiros perante este fenómeno. Os capítulos 4 e 5 correspondem, respetivamente, ao Planeamento e Implementação das Estratégias de Intervenção Terapêuticas utilizadas durante o estágio do Ensino Clínico em ambos os contextos, seguindo-se uma descrição do processo de Avaliação e Controlo (capítulo 6), da implementação dessas estratégias e dos Resultados desses Intervenções (capítulo 7). As Questões Éticas que foram surgindo serão apresentadas no capítulo 8 e no capítulo 9, destaco a Análise das Competências Adquiridas, como ponto primordial deste relatório, pois é todo o processo de aquisição dessas competências, que ele traduz. Finalizo com uma Conclusão (capítulo 10), que será uma reflexão geral sobre todo este processo, que culmina com este RELATÓRIO, mas não estará jamais finalizado, pois a aprendizagem e aquisição de competências, FOI, É e SERÁ uma continuidade de vivências e experiências que espero continuar a abraçar ao longo da minha vida, pessoal e profissional.

Para a elaboração deste trabalho, foi utilizada a Norma da APA (*American Psychiatric Association*), 6ª. Edição e ainda, as normas da UE e está redigido com as regras do novo acordo ortográfico. Apenas as citações de autores e trabalhos, anteriores a esse acordo, não se encontram sob essas regras, de forma a respeitar os direitos de autor, dos mesmos.

1 - ANÁLISE DO CONTEXTO

A Análise do Contexto insere-se na etapa de diagnóstico da situação, que segundo (Tavares, 1990) “é a primeira etapa, incontornável para quem faz um projeto. É o primeiro passo no processo de planeamento... que corresponde também, ao conhecimento, caracterização e análise de uma realidade, pelo que devemos assim, em primeiro lugar, contextualizar o projeto”.

Para Fernandes “ O projeto deve identificar-se, portanto, com as atividades de uma instituição...”, daí a pertinência de se conhecer em primeiro lugar, as razões pelas quais escolhemos estes e não outros locais para implementarmos o nosso projeto (Fernandes,1995).

1.1 – Contexto Comunitário

1.1.1 – Identificação e Justificação de escolha dos Locais de Estágio

Implementação do Projeto + Contigo, em conjunto com a **UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade) de Estremoz**, aos alunos do 9.º e 8.º ano, respetivamente, das Escolas Secundária/3 Rainha Santa Isabel (ESRSI) e Básica2/3 Sebastião da Gama (EBSG), de Estremoz, no ano letivo 2015/2016.

- Locais de Estágio – UCC de Estremoz, Escola Secundária/3 Rainha Santa Isabel e Escola Básica 2/3 Sebastião da Gama, de Estremoz, no ano letivo 2015/2016.
- Período de Estágio – Coincide com o período do ano letivo de 2015/2016, de Setembro 2015 a Junho de 2016.
- Equipa Implementadora do projeto:
Enf.ª Maria Albertina Delgado Pico – Aluna nº 32773, do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, com estágio autorizado pela ACES Alentejo Central, **(Anexo I)**
Enf.ª Carmen Pereira – Elemento de Equipa de Saúde Escolar da UCC de Estremoz, Enf.ª especialista em Saúde Comunitária.
- Enf.º Coordenador do projeto + Contigo: o Enf.º José Carlos Santos - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Mestre em Sociopsicologia da Saúde, Doutorado em Saúde Mental, Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Orientador de Estágio (Institucional): Enf.ª Carla Calça – Coordenadora da UCC de Estremoz – Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária.

- Orientador de Estágio (Académico): Professora Dulce Cabral Magalhães – Docente de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus, Mestre em Ecologia Humana.

Não existindo qualquer projeto de prevenção de suicídio em meio escolar, implementado, nesta região e sendo o Alentejo uma região com as taxas mais elevadas de suicídio do país (Saraiva, 2006), considerei ser pertinente e necessário implementar aquele projeto de promoção da saúde mental e prevenção do suicídio, nessas escolas e nesta região.

Acredito também que foi uma mais-valia, para todos os envolvidos e acredito ainda que, intervindo precocemente na deteção de situações problemáticas nos adolescentes, estamos a prevenir comportamentos depressivos e suicidários desses jovens ao chegarem à idade adulta e posteriormente até, “*qui ça?*”, prevenir o suicídio em idades mais avançadas.

Outras das razões prendeu-se com o facto de ser a minha área de residência, e por uma questão de maior acessibilidade e controlo dos custos, com deslocações e tempo para a realização do mesmo, devido às grandes distâncias que tiveram que se percorrer.

O interesse manifestado de forma inequívoca, quer pela coordenadora da UCC (Enf.^a Carla Calça) e equipa de Saúde Escolar, que desde logo abraçaram esta ideia, quer pelos Senhores Diretores da ESRSI, o Professor José Salema e da EBSG, o Professor José Espadinha, que logo desde o primeiro contato, foram recetivos àquele projeto, tendo vindo a ser apresentado em conselho pedagógico a 8/07/2015, na ESRSI e posteriormente na EBSG, para ser implementado no ano letivo 2015/2016, fazendo parte integrante do projeto educativo, integrado no PESES (Projeto de Educação para a Saúde e Educação Sexual), como a aceitação pela maioria dos professores, foram também razões que facilitaram a implementação do mesmo.

Apesar de nunca ter havido casos de suicídio na escola, os professores relataram que houve há uns anos o caso de um aluno da referida escola que se suicidou no domicílio e que ainda hoje, alguns dos professores referem como tendo sido um acontecimento que os marcou e que ao lembrarem-se ainda lhes provoca emoções e sentimentos fortes de impotência e culpabilização, por não terem sido capazes de detetar ou reconhecer os sinais de alerta, tendo sido essa uma das vertentes formativas e informativas desse projeto.

Além disso essas escolas pretendem também estar na vanguarda de um sistema preventivo, uma vez que os professores estão conscientes desta problemática da saúde mental, embora disponíveis para melhorar a formação nesta área.

Aquele projeto respondeu a algumas das estratégias definidas no plano de ação do Projeto Educativo 2014-2017, da Escola Secundária Rainha Santa Isabel, contribuindo para responder a algumas das metas definidas nesse plano, como é o exemplo do reforço da ligação escola-meio, tendo contribuído para isso, não só as atividades do dia 11 de março, Dia + Contigo, como comemoração do Dia Mundial da Saúde Mental, com toda a comunidade educativa e envolvimento com o resto da comunidade, mas também, porque é um projeto em rede que liga pais e encarregados de educação, assistentes operacionais, alunos e serviços de saúde, e ainda porque permitiu a criação de um circuito, ou rede de referência dos casos identificados.

Por outro lado, esse projeto inseriu-se também, na estratégia definida pela ESRSI de continuar a promover o trabalho dos clubes e projetos, proporcionando condições humanas e logísticas necessárias.

Sendo de aplicação relativamente fácil, somente foi pedido à escola a disponibilização de uma sala com computador e projetor multimédia, durante os sete momentos de intervenção, que corresponderam a sete tempos letivos de 45 min, por cada turma.

Inicialmente foi pedido um momento de sensibilização de professores, pais e encarregados de educação de Ambas as escolas, realizado no mesmo dia mas em horários diferentes, cada um com cerca de 4 horas de duração, para o qual se pediu a cedência do espaço para a referida sessão de sensibilização.

Foi também pedido aos professores que convocassem, pelas vias habituais os pais e encarregados de educação para essa sessão de sensibilização e ainda, que previssem o dia 11 de março, como Dia + Contigo, com atividades em prol da divulgação da importância da Saúde Mental do bem-estar/individual e em grupo.

Por fim e ainda, porque permitiu a **Intervenção Terapêutica Específica de Enfermagem de Saúde Mental em contexto comunitário.**

1.1.2 - Caracterização dos locais de Estágio

Ao caracterizar os locais de estágio, estarei também, desde já, a inventariar, uma parte dos recursos físicos e humanos necessários nesta fase de diagnóstico da situação e tal como preconiza Tavares (1990) “No diagnóstico da situação faz-se somente a inventariação dos recursos, ficando a análise da adequação e a previsão dos mesmos para a etapa de seleção de estratégias”

Unidade de Cuidados na Comunidade de Estremoz (UCC)

A UCC de Estremoz iniciou a sua atividade no dia 21 de Dezembro de 2009, pelas 15h30. Foi a 15.ª a iniciar atividade no país, no âmbito da reforma dos Cuidados de Saúde Primários, inserida no Agrupamento dos Centros de Saúde e com instalações próprias, contíguas ao antigo Centro de Saúde de Estremoz, agora designado UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados) de Estremoz, com quem tem protocolo. Tem também protocolos com a SUB (Serviço de Urgência Básico) de Estremoz e a USF (Unidade de Cuidados Funcionais) de Borba, com as Escolas do Concelho e com a Câmara Municipal.

O Concelho de Estremoz é um Concelho com uma área aproximada de 513,8 km², constituído por treze freguesias, uma urbana, uma semiurbana e as restantes rurais. Este Concelho é um dos 14 municípios que constituem o Alentejo Central e está englobado na denominada “zona dos mármore”, num dos principais eixos de ligação da área metropolitana de Lisboa a Madrid e à Europa, (ESRSI-PE, 2014).

Em 2011, segundo os dados do Censos (INE, 2011), residiam no Concelho de Estremoz, 14.318 indivíduos, 6813 do sexo masculino e 7505 do sexo feminino, a maioria nas freguesias de Santa Maria e Santo André (6284 e 2378, respetivamente) e os restantes (5656) nas outras 11 freguesias rurais do Concelho. Apresenta um envelhecimento claro e progressivo da população do concelho e em 2000, com um Índice de Envelhecimento, já de (222.3), muito superior portanto aos mesmos índices para o Continente (102.3) e para a própria região Alentejo (172.9), sendo o grupo dos 0 aos 29 anos de idade, o que apresenta em termos de evolução da população, as taxas mais negativas INE citado em, (CME-CE, 2006).

A UCC é constituída por uma equipa Multidisciplinar e Multiprofissional, com 5 Enfermeiros, 1 Médica (21h/semana), 1 Administrativa, 1 Auxiliar, 1 Fisioterapeuta (21h/semana), 1 Nutricionista (5h/semana), 1 Técnica de Serviço Social (14h/semana), 1 Higienista Oral (5h/semana), 1 Psicóloga (7h/semana).

Dá resposta a uma população grandemente envelhecida e presta cuidados de Saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis. Promove a educação para a saúde na integração em redes de apoio à saúde e participa, também na formação (Integração de alunos).

Tem um Plano de Ação que é discutido com o Departamento de Contratualização e acompanhado pela UAG (Unidade de Apoio à Gestão) desse departamento, tendo vários projetos em curso e colaborando em várias comemorações da saúde na comunidade.

Coordena a equipa de saúde escolar que tem parceria com as escolas, nomeadamente com a ERSI e a EBSG de Estremoz, sendo assim um veículo de contato extremamente importante entre a escola (educação) e a saúde. Respondendo, não só ao protocolo de parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação de 2006, (DGS, 2007), citado por (Santos et al., 2014) e ainda ao PNSE (Plano Nacional de Saúde Escolar), que refere que, “compete às equipas de saúde escolar zelar pela saúde física e mental das crianças e de todos os jovens” e salienta ainda que, “a saúde escolar enquanto referencial do sistema de saúde para o processo de promoção e educação para a saúde na escola, deve promover o desenvolvimento de competências na comunidade educativa que lhe permita melhorar o nível de bem-estar físico, mental e social e contribuir para a sua qualidade de vida” (DGS, 2007), (Santos et al., 2014).

A pronta aceitação da Sr.^a Enfermeira Carla Calça, Enfermeira Coordenadora desta UCC, de realizar o referido projeto em parceria com as escolas e de designar um dos elementos da equipa de saúde escolar, a Sr.^a Enfermeira Carmen Pereira, para a Formação + Contigo, que decorreu dias 15, 16 e 17, de junho de 2015, no Curso de Formação Inicial + contigo, da ARS Centro e Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEC), foram critérios de inclusão no Projeto + Contigo, considerados obrigatórios pela Equipa Coordenadora do Projeto + Contigo e condição essencial para que o mesmo pudesse, ter sido implementado em Estremoz.

Escola Secundária/3 Rainha Santa Isabel (ERSI), Estremoz

A Escola Secundária Rainha Santa Isabel é uma escola de serviço público com sede no Concelho de Estremoz não inserida no Agrupamento de Escolas de Estremoz e localiza-se num dos principais eixos de ligação da área metropolitana de Lisboa a Madrid e à Europa, na Rua Prof. Egas Moniz, 7100-125 – Estremoz e o seu diretor é o Sr. Professor José Carlos Salema. (ERSI-PE, 2014).

Esta escola, enquanto sistema aberto, tem como objetivos promover uma atitude propiciadora da aprendizagem, compatível com uma sociedade em rápida transformação, a nível científico, tecnológico, social e cultural; assumir como vetores fundamentais a qualidade, o rigor e a exigência no serviço que presta e desenvolver o espírito cooperativo, de modo a construir uma autêntica comunidade educativa, (ERSI-PE, 2014).

Tem como visão estratégica orientar-se em torno dos seguintes eixos estratégicos: Combate ao insucesso escolar/promoção do sucesso escolar; Abrangência curricular e diversidade

da oferta formativa adequadas à população escolar; Colaboração/envolvimento com pais/en-carregados de educação e restante comunidade local; Processo de aprendizagem assente na qualidade, no rigor e na disciplina, (ESRSI-PE, 2014).

É desde 2007/08, uma escola com Contrato de Autonomia celebrado com o Ministério de Educação, não fazendo parte do Agrupamento de Escolas de Estremoz e cumpre hoje as atuais exigências de conforto e segurança.

A ESRSI foi uma das várias escolas secundárias a sofrer um processo de requalificação e remodelação levado a cabo pela empresa Parque Escolar, entre julho de 2009 e dezembro de 2010. Tem 10 departamentos, 30 salas de aulas, 7 salas de arte, 5 laboratórios, biblioteca, refeitório, salas de convívio, entre as mais variadas instalações físicas, (ESRSI-PE, 2014). Esta escola está dotada de ferramentas e materiais pedagógicos inovadores que possibilitam o ensino de todas as áreas do saber. Todas as salas de aula estão equipadas com computador, vídeo-proje-tor, ligação à internet, quadro interativo e/ou quadro branco, (ESRSI-PE, 2014).

Estabeleceu parcerias com a Câmara e vários parceiros na comunidade, entre eles com o centro de Saúde e equipa de saúde escolar.

A 24 de setembro de 2014, os seus recursos humanos contavam com: Pessoal docente; 74, Professores e pessoal não docente; 37 pessoas. Em 2013/2014 tinha um total de 826 alunos e no ano letivo 2014/2015, um total de 757 alunos, dos quais previu, cerca de 87 alunos no 9º ano, no ano letivo 2015/2016, distribuídos por 4 turmas (informação recolhida diretamente pela Prof. Fernanda) e que foi uma das nossas, população alvo. **(Anexo II) e (Anexo III)**

A Responsável pelo PESES, era nesse ano letivo, A Sr.ª Professora Assunção Tabosa, do qual o Projeto + Contigo, passou a fazer parte integrante.

Escola Básica 2/3 Sebastião da Gama (EBSG), Estremoz

A Escola Básica Sebastião da Gama, antes de 1974, antigo Colégio de s. Francisco, tendo passado a escola preparatória após abril de 1974, faz parte do Agrupamento de Escolas de Estremoz (AEE), que só foi criado em 2004, do qual é a Escola Sede e fica situada no Concelho de Estremoz, Distrito de Évora, na Rua General Humberto Delgado, 7100 – 123 ESTREMOZ e como seu Diretor: José João Mendes Espadinha.

Este AEE é composto pela EBSG, que também é a sua sede, e por mais dez estabelecimentos escolares que estão dispersos por oito freguesias, encontrando-se algumas das escolas e jardins-de-infância bastante distantes da escola sede, do agrupamento. É composto pelo Jardim de Infância de Santa Maria, duas Escolas Básicas do 1º Ciclo em Santa

Vitória do Ameixial e São Domingos de Ana Loura e as restantes Escolas Básicas do 1º Ciclo com Jardim de Infância, respetivamente em Veiros, Arcos, Évora-Monte, Glória e São Bento do Cortiço e ainda, a Escola Básica / Jardim de Infância da Mata e do Caldeiro, na zona urbana da cidade de Estremoz.

Atualmente a EBSG apresenta algumas alterações na sua estrutura devido às obras para a sua requalificação, que sofreu no período de 2010-2011 e é constituída por dois blocos mais o Pavilhão Gimnodesportivo. No bloco principal encontram-se: o gabinete da Direção Executiva, os principais serviços (Secretaria, SASE, Reprografia, Bar, Papelaria e Refeitório), a Biblioteca Escolar/Centro de Recursos Educativos, a Sala de Convívio, a Sala de Professores, salas de aula e laboratórios. No segundo bloco existem algumas salas de aula e oficinas.

É um Agrupamento que sustenta a sua ação enquanto organização inclusiva, sendo esta uma das suas características que o distinguem, bem como, a implementação de medidas de promoção do sucesso educativo, nomeadamente a criação de grupos de homogeneidade relativa (IGEC, 2016). Na sua linha estratégica aposta ainda na diversificação da oferta educativa, no estabelecimento e consolidação de uma cultura de respeito pela diferença e na adesão a uma multiplicidade de projetos e concursos e ainda, o estabelecimento de parcerias com diferentes entidades, nomeadamente as equipas de saúde local numa lógica de afirmação na comunidade e na criação de condições para o desenvolvimento integral das crianças e dos alunos (IGEC, 2016).

Quando comparado com as restantes escolas públicas, apresenta valores nas variáveis de contexto bastante desfavoráveis, não sendo, no entanto, dos mais desfavorecidos. Refere-se, em particular, a idade média dos alunos, a percentagem dos que não beneficiam dos auxílios económicos da ação social escolar e a percentagem de docentes do quadro. (IGEC, 2016).

Integra o Programa Territórios Educativos de Intervenção Prioritária (TEIP) desde o ano letivo de 2009-2010, com avaliações externas periódicas pela Inspeção geral da educação e ciência, (IGEC), última em 2011.

A 19 de maio de 2016, no ano letivo 2015-2016, aquando da implementação do Projeto + Contigo na EBSG, esta apresentava uma a população escolar total de 402 alunos, num total de 21 turmas, dos quais 237 do 2º ciclo (11 turmas), 145 alunos do 3º ciclo (8 turmas) e 20 na componente vocacional 2 e 3 (2 turmas). O 3º ciclo contava com 3 turmas de 7º (60 alunos) e 8º ano (53 alunos) e 2 turmas do 9º ano (32 alunos) + a turma vocacional com 9 alunos (9 alunos). **(Anexo IV) e (Anexo V)**

Contava com 123 docentes em 2015-2016, e 37 não docentes, ambas as categorias com percentagens de exercício de funções superiores a 10 anos de experiência profissional, não contando ainda com técnicos superiores nesse ano, que só vieram integrar a equipa em 2016, entre eles duas psicólogas (partilhada com a ESRSI a tempo parcial), uma assistente social e um mediador da família.

As turmas escolhidas pelos professores para participarem no projeto foram as 3 turmas de 8º ano, das quais uma foi grupo de controlo e a turma da componente vocacional (8º e 9º).

A Responsável pelo PESES, era nesse ano letivo, A Sr.ª Professora Ana Rijo, do qual o Projeto + Contigo, passou também a fazer parte integrante.

1.1.3 - Caracterização da população alvo

O alvo primordial do projeto + contigo são os adolescentes do ensino básico e secundário, embora em projetos anteriores tenham trabalhado essencialmente com jovens do 3º ciclo, no entanto, têm sido considerados também, outros porteiros sociais ou *“gatekeepers”*, que são as pessoas com maior proximidade com os mesmos:

- **Os profissionais de saúde** dos centros de saúde da área do estabelecimento de ensino a quem é ministrada formação específica prévia (que frequentámos a 15, 16 e 17 de junho de 2015) (**Anexo VI**) e que dinamizam o projeto a nível local, que fazem o contacto com as escolas, dinamizam as sessões em sala de aula, fazem a ponte com a equipa de coordenação sempre que *necessária* (Santos et al., 2014). Estes são os porteiros designados, com um papel determinante, no desenvolvimento do processo.

“Os enfermeiros detêm conhecimentos científicos e pedagógicos que os colocam em posição privilegiada nas equipas de saúde, para desenvolverem esta formação”, (Santos et al., 2014), no entanto há ainda forte evidência de atitudes negativas em relação aos indivíduos com comportamentos suicidários e estudos com esta população mostram que a mesma foi “eficaz em promover mudanças desejadas nos participantes, tanto do ponto de vista dos conhecimentos em prevenção do suicídio como da mudança de atitudes” o que contribui “para a deteção precoce de pessoas em risco de suicídio e para melhorar a sua referenciação para tratamento/acompanhamento adequados”, (Santos et al., 2014).

- **Os professores e assistentes operacionais** que ajudam no desenvolvimento do projeto e na deteção, vigilância e monitorização de comportamentos de risco ou outros (Santos et al., 2014), são os denominados **porteiros sociais emergentes**. Os professores, “apesar da sua posição estratégica para identificarem sinais de alerta nos adolescentes, não têm um conhecimento

muito alargado sobre o suicídio (MacDonald, 2004), citado por (Santos et al., 2014) e sentem-se incapazes para lidar com alunos com doença mental (Rothi, Leavey & Best, 2008), citados por (Santos et al., 2014). Todavia, são chamados a intervir em muitas situações, nalgumas de forma isolada (Franklin et al., 2012), citado por (Santos et al., 2014). Talvez por isso não devem ser afastados do programa e das sessões de intervenção, podendo aprender pelo exemplo em vez de apenas executar as directrizes dos expert em saúde mental (Rothi, Leavey & Best., 2008), citado por (Santos et al., 2014).

- **Os Pais e Encarregados de Educação** (também **porteiros sociais emergentes**) que são chamados a participar como agentes promotores de Saúde Mental e de uma sã parentalidade na vivência familiar, numa etapa particular no desenvolvimento dos filhos, a adolescência, mas também no ciclo vital dos pais com os desafios à parentalidade nesta fase, (Santos et al., 2014). Existem, todavia algumas hesitações e receios persistem ainda nalguns espaços escolares pelo receio de *motivar para o suicídio* ou pela insegurança dos atores em abordar o assunto. Os programas incluídos nos curricula dos cursos têm menos obstáculos que os programas de rastreio, devido à não autorização dos pais (Whitney et al., 2011), citado por (Santos et al., 2014), daí a importância de serem incluídos e da necessidade de sensibilização.

- **População Alvo – Alunos das turmas do 9º ano de escolaridade da ESRSI e das turmas do 8º ano de escolaridade da EBSG, de Estremoz, no ano letivo 2015/2016.**

A população alvo foi constituída então, pelos estudantes, “os principais atores na interpretação, no desenvolvimento e na concretização do projeto + Contigo”, (Santos et al., 2014), porque são eles a quem as intervenções e estudo são dirigidas. Neste caso particular, decidiu-se juntamente com os professores, optar pelos alunos das turmas do 9º de escolaridade da ESRSI e pelos do 8º ano de escolaridade da EBSG, de Estremoz, por se considerar serem os alunos com melhores condições de maturidade, maior possibilidade de compreensão das temáticas a debater e de resposta às questões dos instrumentos de avaliação a utilizar e ainda, pela maior capacidade de participação no geral, nas atividades. Foram assim 8 turmas, com cerca de $85 + 62 = 147$ alunos previstos/ $83 + 57 = 140$ alunos efetivamente em estudo, com uma média de idades de cerca de 14-15 anos, no ano letivo de 2015/2016, num universo de cerca de $757 + 402 = 1159$ alunos, que frequentaram as referidas escolas esse ano letivo.

População de estudantes abrangida pelo projeto na ESRSI:

Grupo experimental

Ano: 9º ano de escolaridade

Turmas: 3 turmas (A, B, e C)

Nº de alunos: previstos 63 (20+21+22) alunos

Grupo de controlo

Ano: 9º ano de escolaridade

Turmas: 1 turma (turma D)

Nº de alunos: Previstos 22 alunos

Num total efetivo em estudo de **83** alunos

População de estudantes abrangida pelo projeto na EBSG:

Grupo experimental

Ano: 8º ano de escolaridade + VOC (8º e 9º)

Turmas: 3 turmas

Nº de alunos: previstos 47 (18+ 20+9) alunos/ 42 em estudo

Grupo de controlo

Ano: 8º ano de escolaridade

Turmas: 1 turma

Nº de alunos: previstos 19 alunos/ 15 em estudo

Num total efetivo em estudo de **57** alunos

Total de Alunos em projeto nas duas Escolas, ESRSI e EBSG, **140** alunos, num universo de **1159** alunos no total, a frequentar o ano 2015-2016, em ambas as escolas.

1.2 – Contexto Hospitalar

1.2.1 - Identificação e Justificação de Escolha do Local de Estágio

Implementação do Projeto de Intervenção Clínica, para Avaliação do Risco de Suicídio e Intervenções Terapêuticas em Doentes com Sintomatologia Depressiva e/ou Comportamentos da Esfera Suicidária, Internados no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental – Serviço de Internamento, do Hospital do Espírito Santo de Évora, de 26 de Setembro de 2015 a 22 de Janeiro de 2016.

- Local de Estágio – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Serviço de Internamento de Psiquiatria, do Hospital do Espírito Santo de Évora (DP- SIP do H.E.S.E.)
- Período de Estágio: No período de dia 26 de Setembro de 2015 a 22 de Janeiro 2016 (Datas no Serviço de Internamento, exceto acompanhamento telefónico)
- Elemento Implementador do projeto: Enf^a Maria Albertina Delgado Pico – Aluna nº 32773, do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
- Orientador de Estágio (Institucional): Enf^o Carlos Caldeira, Enf^o Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria a exercer funções no DP-SIP do H.E.S.E
- Orientador de Estágio (Académico): Enf^a Dulce Cabral Magalhães – Docente de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus, Mestre em Ecologia Humana.

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM)- Serviço de Internamento do Hospital Espírito Santo de Évora

Desde o início deste curso, que nos foi comunicado que teríamos que enveredar esforços para encontrar um local de estágio, tendo eu entrado em contacto com o chefe desse serviço, Enf^o Artur Mendes, que de imediato acedeu ao meu pedido e se disponibilizou para me acolher a mim e ao projeto que apresentei, pois achou pertinente a intenção de intervenção na área da sintomatologia depressiva e/ou comportamentos da esfera suicidária, visto a Depressão e as Tentativas de Suicídio estarem no topo das patologias mais frequentes nos doentes internados, nesse serviço.

Outra das razões foi também, porque constitui um campo de estágio, em contexto hospitalar que permitirá o contacto e exercício da prática de cuidados aos doentes com perturbações mentais, do foro depressivo e/ou com comportamentos suicidários, em situação aguda que justifica o internamento, o que, permite desenvolver competências a esse nível de intervenção.

Para além disso permite também, o contacto e observação com doentes, com outras patologias do foro mental e outras realidades no contexto de cuidados hospitalares.

Mas uma das razões principais prende-se com o facto de não ser utilizada no referido serviço, nenhuma escala de avaliação do risco de suicídio, nem haver um guia de intervenção para situações de risco de suicídio, pelo que considereei pertinente apresentar esta proposta de avaliação do risco de suicídio, através da aplicação de escalas adaptadas à realidade da população Portuguesa.

1.2.2 -Caracterização do Local de Estágio

O DPSM do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE) foi criado em 1992, com o objetivo de dar resposta a todos os níveis de prevenção: Prevenção Primária; Prevenção Secundária; Prevenção Terciária. Tem como missão, promover a Saúde Mental, tratar as doenças psiquiátricas, quer em ambulatório quer em internamento e pugnar pela reabilitação e reinserção sócio profissional e familiar dos doentes e tem os seguintes Serviços: Serviço de Psiquiatria; Serviço de Enfermagem; Serviço de Psicologia; Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência; Serviço Social; Serviço de Terapia da Fala; Serviço de Terapia Ocupacional; Serviço Administrativo; Serviços Gerais e o **Serviço de Internamento de Psiquiatria (SIP)**, situado no 4º Piso do Edifício do Patrocínio do H.E.S.E.

O DPSM, bem como o seu serviço de internamento, estão integrados no Hospital do Espírito Santo de Évora, que tem por sua vez por **missão**, como hospital público geral que é, integrado na rede do S.N.S., da Região Alentejo, “desenvolver a sua atividade dirigida à prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores”.

Como **visão**, “pretende dar resposta às necessidades de cuidados de saúde diferenciados da população que serve. Pretendendo que o HESE configure uma Unidade de Saúde moderna, eficiente, bem inserida na Rede de Referência Nacional e com uma estrutura física e organizacional racional, numa clara articulação com os outros hospitais da região e com os Cuidados de Saúde Primários.

Com este papel de Hospital Central do Alentejo. Pretende também alcançar a médio prazo o estatuto de Hospital de Qualidade, com elevado grau de diferenciação tecnológica.”

Desde 1 de Março de 2007, integra o setor Empresarial do Estado, como EPE ou seja, como “ pessoa coletiva de natureza empresarial, com fins lucrativos, que visa a prestação de bens ou serviços de interesse público, nas quais o Estado ou outras entidades públicas estaduais detêm a totalidade do capital...”

O SIP do HESE recebe utentes em “fase aguda”, a partir dos 15 anos de idade e está instalado no edifício do Patrocínio, desse Hospital. Tem 9 quartos, 23 camas, uma Sala de enfermagem, uma Sala trabalho, uma Sala com o carro de urgência, um Refeitório, uma Sala TV, uma Sala de terapias, uma Sala exterior (Fumadores), 2 quartos de isolamento com videovigilância e tem também vigilância no corredor, monitorizada na sala de enfermagem, o que representa já

uma evolução e ainda uma Sala de enfermagem. É um serviço misto, os utentes são distribuídos pelos quartos consoante as vagas existentes, mas separados por género.

As patologias mais frequentes (segundo o En.º Artur e a Enf.º Amália) são:

- a) Depressão; b) Tentativa de suicídio; c) Psicoses várias; d) Outros.

O Método de trabalho é por Enfermeiro Responsável. Os doentes são distribuídos pelos Enf.º. Especialistas responsáveis pela totalidade dos cuidados a cada doente, de acordo com o processo de enfermagem e plano individual de cuidados, seguindo os diagnósticos de enfermagem da CIPE e procedendo a uma Avaliação inicial, Planeamento, Intervenções e Reavaliação dos cuidados.

Há alguns protocolos de atuação no que diz respeito ao Isolamento, à Contenção Física e à Medicação SOS (Antidepressivos AD, Anti psicóticos AP, Anti HTA...), mas não existe no serviço protocolo ou guia de intervenção de atuação em relação aos utentes em risco de suicídio no serviço.

Os registos são feitos em sistema informático ALERT. Nesta plataforma informática são utilizadas algumas escalas de avaliação como, escala de Morse (avaliação do risco de queda), escala de Barthel (avaliação do grau de independência) e escala de avaliação de “*coping*” e são os resultados destas avaliações, juntamente com uma anamnese completa do doente, que sustentam a tomada de decisão e criam condições para a investigação e estudos de caso. No entanto, não é aplicada escala nenhuma para avaliação do risco de suicídio, tendo como diagnósticos de internamento mais frequentemente, utentes com sintomas depressivos e internamentos por tentativa de suicídio, o que justificou a pertinência da proposta delineada no projeto que apresentei ao SIP.

1.2.3- Caracterização da população alvo

A população alvo deste projeto de intervenção clínica, no contexto hospitalar, foram os utentes com comportamentos da esfera suicidária (tentativa de suicídio /ideação suicida/ comportamentos auto lesivos...), com sintomatologia depressiva ou outra, internados no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental - Serviço de Internamento, do Hospital do Espírito Santo de Évora, no período de setembro de 2015 a janeiro de 2016.

O perfil ou características da população alvo deste projeto, foi delineado a partir do perfil que se encaixa na literatura e em estudos anteriores sobre esta temática. Assim e segundo (Saraiva, 2006), é expectável que os doentes em risco de suicídio apresentem habitualmente o seguinte perfil em Portugal:

Quadro 1 - Perfil dos suicidas e para-suicidas em Portugal

| Para-suicida | Suicida |
|----------------------------|--------------------------------------|
| Mulher | Homem |
| <25 Anos | >45 Anos |
| Intenção Manipulativa | Intenção Suicida |
| Psicofármacos, Cortes | Corde, tóxicos, arma de fogo, etc... |
| Impulsivo | Premeditado |
| Problemas Reagudizados | Problemas Crónicos |
| Estilo de vida Caótico | Isolamento |
| Depressão <50% casos | Depressão > 50% casos |
| Distúrbio de personalidade | Alcoolismo crónico |
| Razoável saúde Física | Má saúde Física |
| Classes sociais baixas | Todas as classes sociais |
| Em todo o país | A sul de Santarém |
| Todas as estações do ano | Do Inverno ao Verão |
| Taxa +/- 250 | Taxa +/- 10 |

Adaptado Quadro nº1 Perfil dos suicidas e para-suicidas em *Estudos sobre o para-suicídio – O que leva os jovens a espreitar a morte*, cap. 2, *Tentativa de suicídio e para-suicídio*, pág. 41, (Saraiva, 2006).

O mesmo autor refere ainda, que se pode classificar esta população quanto ao risco de suicídio e estabelecer-se uma hierarquização das variáveis e um perfil de alto risco e baixo risco de suicídio, conforme se apresenta no quadro seguinte:

Tabela 1 - Hierarquização das variáveis associadas ao Risco de Suicídio:

| Variável em ordem de posição | Item |
|-------------------------------------|--|
| 1 | Idade 45 anos ou mais |
| 2 | Alcoolismo |
| 3 | Irritação, raiva e violência |
| 4 | Comportamento suicida anterior |
| 5 | Sexo (masculino) |
| 6 | Não quer aceitar ajuda |
| 7 | Duração mais prolongada do atual episódio anterior |
| 8 | Internação psiquiátrica prévia |
| 9 | Perda ou separação recente |
| 10 | Depressão |
| 11 | Perda de saúde física |
| 12 | Desempregado/aposentado |
| 13 | Solteiro, viúvo ou desempregado |

Adaptado da tabela 1 Fatores Associados ao Risco de Suicídio do *Compêndio de Psiquiatria*, cap. 29 “Emergências Psiquiátricas”, pág. 479, (Kaplan & Sadock, 1990)

Assim e de acordo com os índices, as pessoas sozinhas, solteiras, divorciadas ou viúvas suicidam-se mais do que as outras. Pessoas com redes sociais de apoio, com família próxima e amigos chegados, que estabelecem laços fortes têm mais hipóteses de receber ajuda no caso de estarem em crise. Além disso, a existência de padrões sociais no suicídio indicam que há critérios de sazonalidade, geográficos, laborais, de género (feminino e masculino), etários, entre outros, a ter em linha de conta.

A Sociedade Portuguesa de Suicidologia traça o perfil tipo do suicida (de acordo com quadros acima):

É homem, tem mais de 45 anos, tem intenção suicida, usa métodos letais como o enforcamento, arma de fogo ou veneno e premedita o ato. É viúvo ou divorciado, está desempregado, vive no sul do país. Não se suicida na primavera, vive em localidades mais pequenas, está deprimido em mais de 50% dos casos. Padece de alcoolismo, vive isolado e sofre de doença crónica.

Já o para-suicida é do sexo feminino, tem menos de 25 anos, é casado e está empregado. Tem uma intenção manipulativa e usa como método letal cortes ou psicofármacos. A tentativa de suicídio corresponde a um ato impulsivo. Vive em qualquer parte do País, e o ato não corresponde a um padrão sazonal. Vive em localidades maiores, urbanas. A depressão está presente em menos de 50% dos casos e é frequente padecer de um distúrbio da personalidade, um conjunto de características que revelam má adaptação nas relações interpessoais e fraca capacidade crítica.

Há ainda indicadores que apontam, nesta população, para a existência de um importante fundo genético na questão suicida. Por um lado, porque o suicídio se encontra relacionado com a doença mental grave, muitas vezes de natureza hereditária, por outro porque há evidência de histórias familiares de suicídio.

A revista Time refere que foi recentemente identificado um gene (SKA2) bastante importante no controlo dos sentimentos negativos e no controlo da impulsividade que, por este motivo, pode interferir na ideação suicida.

(<http://lifestyle.sapo.pt/vida-e-carreira/comportamento/artigos/os-misterios-do-suicidio?pagina=2>)

2 - DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Das competências específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP), fazem parte, não só “um conhecimento profundo de si próprio” (F1), e a “capacidade de assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos ou comunidade, na otimização da saúde mental” (F2), (OE, 2011), como também Ajudar a Pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto (F3), (OE, 2011), sendo necessário para adquirir esta última, conceber, planificar e desenvolver projetos de desenvolvimento comunitário participativo, para o estabelecimento de ambientes promotores de saúde mental, em estreita colaboração entre os cuidados de saúde primários e os parceiros sociais (F3.3.3), (OE, 2011), comprometendo-se com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria, nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-se nelas, pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, e respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes... (F3.3.1), (OE, 2011).

Dessas competências dos EESMP referidas atrás, devem também fazer parte as competências de “Prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, Socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à Pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (F4), sendo capaz de executar uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente (F 2.1), e dentro desta última, ser capaz de desenvolver a capacidade de avaliar fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental assim como fatores predisponentes de perturbação mental na comunidade e grupos (F 2.1.2), (OE, 2011).

O EESMP deve também ser detentor da capacidade de estabelecer diagnósticos de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade (F3.1), tendo para isso que saber avaliar e detetar situações de emergência psiquiátrica e o seu nível de risco com vista à intervenção de emergência (F3.2.7) e ainda, dentro da primeira, ser capaz de avaliar o potencial de abuso, negligência e risco para o próprio e os outros, nomeadamente relativo a suicídio, homicídio, e outros comportamentos auto destrutivos, de forma a ajudar os clientes e famílias a assegurar um ambiente o menos restritivo possível que garanta a segurança para o cliente e terceiros (F3.1.8), (OE, 2011).

Em ambos os contextos comunitário e hospitalar, em que estagiei e tive a oportunidade de poder implementar o Projeto de Prevenção do Suicídio a que me propus, durante o estágio do Ensino Clínico, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, estiveram por base estas competências (F1, F2, F3 e F4) dos EESMP, com algumas das unidades de competência que referi atrás e dentro destas, das capacidades que terei que desenvolver, entre outras, para as adquirir, e que fazem parte do Regulamento das Competências Específicas, do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (RCEESM) (DR, 2011). **(Anexo VIII)**

Este processo de aquisição de competências visou essencialmente, e tal como preconiza esse Regulamento, que eu como enfermeira deste Mestrado, fosse capaz de mobilizar-me a mim mesma, como instrumento terapêutico, desenvolver vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico, que me permitissem durante a prática profissional, mobilizar essas competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.

Para tal é necessário o estabelecimento de uma relação de confiança e parceria com os clientes, de forma a aumentar o insight sobre os problemas que apresentarem e a capacidade de encontrar novas vias de resolução e adequação das respostas, para os problemas específicos de doença mental. Deve também, através desta prática clínica, cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo de todo o ciclo vital, desenvolvendo uma compreensão e intervenções terapêuticas eficazes na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção e tratamento da doença mental e na reabilitação psicossocial dessas pessoas (RCEESM) (DR, 2011).

Estas competências específicas e distintas do EESM permitem o desenvolvimento de um juízo clínico, também ele singular e distinto perante as respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, que podem gerar sofrimento, alterações e doença mental (RCEESM) (DR, 2011).

Orientei grande parte da minha pesquisa e trabalhos durante todo o curso de mestrado, para a temática do Suicídio e sua prevenção, temática recomendada pela OMS, de intervenção prioritária, pela sua relevância, quer no Plano Nacional de Saúde Mental, quer no Programa Nacional para a Prevenção do Suicídio, sendo considerado como um problema de saúde pública prioritário, de forma a preparar-me para poder intervir, de forma sistematizada e baseada, na evidência científica, quer em contexto comunitário, quer em contexto hospitalar, para adquirir as competências específicas do EESMP.

O estágio dividiu-se assim em dois momentos complementares e coerentes entre si, pois “a ocorrência de comportamentos da esfera suicidária na adolescência aumenta o risco de problemas na idade adulta (Wesserman et al, 2010 & Santos, 2014) citados por (Santos et al, 2014), e por isso, foi necessário e prioritário começar por intervir numa 1.ª Fase, em meio escolar e meio comunitário, onde precocemente se podem detetar desde logo, comportamentos da esfera suicidária e numa 2.ª Fase, em adultos internados em serviço de Psiquiatria, em meio hospitalar, onde muitas vezes vêm culminar situações depressivas graves, e comportamentos suicidários, não detetadas atempadamente, em fases precedentes.

Em ambos os contextos, foi seguida uma metodologia de projeto, passando inicialmente por uma pesquisa e fundamentação teórica, baseada em evidências científicas, em artigos, livros, trabalhos científicos nesta temática e informação por via informática, em bases de dados de pesquisa académica, como por exemplo MEDLINE, para a sua conceptualização, delimitamento dos objetivos e análise dos contextos, seguida de uma fase de planeamento e preparação das atividades a desenvolver, estratégias de intervenção terapêutica e instrumentos de avaliação a utilizar, segundo um cronograma previamente elaborado.

Durante todas as fases e especificamente na fase de implementação, foi sendo sempre realizada uma avaliação e adequação contínuas ao contexto e aos problemas apresentados pela população alvo, de forma a atingir os objetivos, quer pessoais, quer dessa população. Por fim, uma apresentação dos resultados e uma análise reflexiva sobre esses resultados, fazendo sempre um paralelismo com os dados teóricos e no final, uma análise de todo este processo de aquisição de competências.

Este processo de aquisição de competências foi um *continuum* de aprendizagem, de auto e heteroavaliação, adaptativo e em constante adaptação, com duas funções primordiais ou seja, uma conjugação de uma componente de investigação e outra componente mais empírica de intervenção terapêutica, nos contextos comunitário e hospitalar respetivamente, de forma a abranger um leque o mais variado possível de experiências, que contribuíram para essa aquisição das competências do EESMP, que poderão ser consultadas em maior detalhe no quadro das competências a desenvolvidas, em (Anexo VIII) delimitadas e descritas e analisadas reflexivamente mais adiante neste relatório.

3. CONCEPTUALIZAÇÃO E ENQUADRAMENTO TEÓRICO

3.1 – O Suicídio

A minha motivação pessoal e familiarização com esta temática foram os primeiros critérios metodológicos e os alicerces, para querer desenvolver esta problemática da **importância da avaliação do risco de suicídio**, como **estratégia de intervenção** na **prevenção** do mesmo e, da consequente contribuição para a **promoção da saúde mental**, desenvolvida durante a implementação do projeto a que me propus em ambos os contextos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), suicidam-se diariamente, em todo o mundo, cerca de 3000 pessoas, uma a cada 40 segundos e, por cada pessoa que se suicida, 20 ou mais cometem tentativas de suicídio, (WHO, 2009), citado em, (GOBP – OE, 2012). À escala mundial, o suicídio apresenta uma taxa de mortalidade global de 16 por 100.000 habitantes, constituindo a 13ª causa de morte, a 3ª no grupo etário dos 15 aos 34 anos e a 2ª nos jovens dos 15 aos 19 anos, daí a importância de uma intervenção que abranja estes dois grandes grupos sociodemográficos.

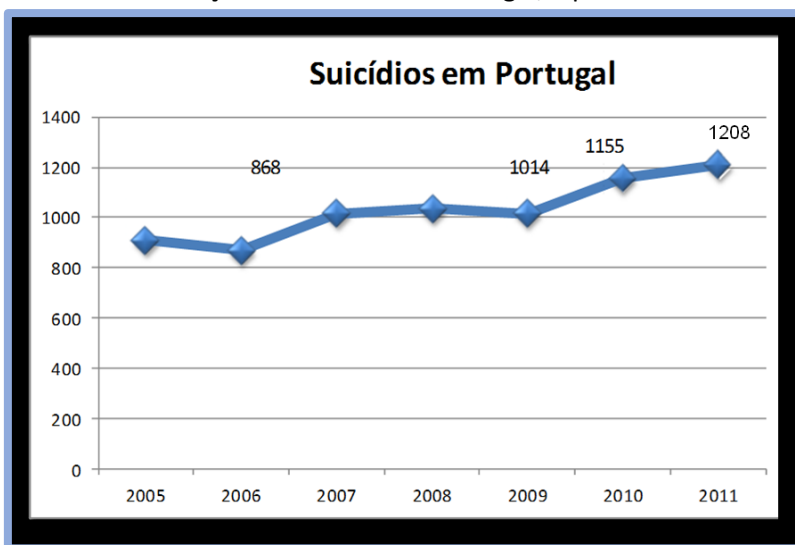
As tentativas de suicídio representam assim, a 6ª causa de défice funcional permanente e os dados da OMS, indicam que as taxas de suicídio aumentaram 60% nos últimos 45 anos, sobretudo nos países em vias de desenvolvimento. Na maioria dos países da Europa, o número anual de suicídios supera o das vítimas de acidentes de viação. Nos 27 países da União Europeia a taxa média de suicídio por 100.000 habitantes foi, em 2010, de 9,4, enquanto o número de mortes por acidentes de viação, foi de 6,5 por 100.000 habitantes, variando as taxas de suicídio entre o máximo de 28,5 na Lituânia e 2,9 na Grécia, (DGS-PNPS, 2013).

Num estudo feito na Europa, em 15 nações, entre 1991 e 1992 verificou-se um dos maiores picos de suicídio com variações de taxas entre um máximo de 38,7 por 100.000 habitantes, por ano na Hungria e, um mínimo de 14,9 por 100.000 habitantes, por ano na Polónia.

As Taxas internacionais de Suicídio, podem variar de mais de 25 por 100.000 habitantes, na Escandinávia, Suíça, Alemanha Ocidental, Áustria, países do Leste da Europa, considerado o cinturão do suicídio, e Japão, até menos de 10 por 100.000 habitantes, na Espanha, Itália, Irlanda (países tradicionalmente católicos), Egipto e Holanda, (Kaplan & Sadock, 1990). Os últimos dados apontam a lituânia com taxas globais recorde de 42,1/100.000 habitantes, chegando a taxas de suicídio no sexo masculino de 74,3 e 13,9 no sexo feminino.

Em Portugal, tem-se assistido a um aumento do número de suicídios, embora este fenómeno só tenha ultrapassado as mil ocorrências registadas em 1986, (Godinho, 2013). Na última década, segundo dados do Eurostat, a taxa de suicídios tem oscilado entre, 4,5 por 100.000 habitantes, em 1999 e 10,3 por 100.000 habitantes, em 2010 e agora em 2019, com picos em 2002 (10,1), 2003 (9,4) e 2004 (9,6), aumentando sempre a partir daí, (Godinho, 2013), conforme se pode verificar no quadro 4.

Quadro 4 – Evolução do suicídio em Portugal, a partir de 2005 até 2011



Adaptado de gráfico 3, Óbitos por lesões auto provocadas, 2005-2011, (Godinho, 2013), INE

Na literatura variam um pouco os valores representados acima mas o que é evidente, é que as taxas têm tendencialmente aumentado, havendo picos em 2002 (11,7), 2003 (10,5) e 2004 (11,5), segundo os autores, em períodos de instabilidade política e crise económica, (Godinho, 2013), (INE, 2017) e (SPS, 2019).

Assim, há em Portugal, mais de 1000 suicídios por ano, verificando-se um aumento desde o ano de 2000. Em 2017 contabilizaram-se 1061 mortes por lesões auto provocadas intencionalmente e sequelas. Atualmente a taxa de mortes por suicídio ronda os 10,3/100.000 habitantes (INE, 2017), com maior incidência a sul de Santarém, com aumento das taxas na zona urbana de Lisboa e caracteriza-se por ser um fenómeno que atinge sobretudo pessoas idosas, maioritariamente na faixa etária dos 55 aos 64 anos. Contudo, os comportamentos para-suicidários são protagonizados maioritariamente por jovens, uniformemente distribuídos a nível nacional”, (GOBP – OE, 2012).

Estes valores são seguramente subavaliados, pois desde que passou a ser feito o registo por mortes por causas violentas, na plataforma informática SICO, Sistema de Informação dos Certificados de Óbito, a Direção Geral de Saúde (DGS), afirma ter subido para 11,7/100.000 habitantes, (DGS,2014). É no entanto, no Alentejo e especificamente no Alentejo Litoral que as taxas são as mais elevadas do país, cerca de 30,8, a taxa bruta de mortalidade. (INE, 2017).

Assim, “considerando-se que mais de 900.000 casos de suicídio ocorrem anualmente através do mundo...”, (De Leo et al., 2002), citado por (Bertolote, 2013), e que “os comportamentos suicidários são um problema de saúde pública”, a OMS passou, a partir do ano 2000, a considerar “o suicídio e sua prevenção como uma das prioridades de saúde pública”, (WHO, 1998), citado por (Bertolote, 2013), incentivando e recomendando, para se investir na prevenção destes comportamentos da esfera suicidária.

Esta problemática, justifica-se assim como prioritária de intervenção, tendo em conta as recomendações da Ordem dos Enfermeiros (O.E.), (GOBP – OE, 2012), para um “crescente investimento na compreensão destes problemas”, e pela “urgência e necessidade de incrementar, apoiar e dinamizar investigação nesta área do conhecimento” e mais especificamente, as recomendações para que, os enfermeiros participem com “funções e contributos na redução do risco e prevenção dos comportamentos suicidários”, incluindo os “instrumentos de avaliação de risco e de intervenção” e ainda, com implementação de “estratégias para melhoria das práticas nos contextos de internamento e comunitários”, (RNAO, 2009; Santos, 2010), citado em (GOBP – OE, 2012), e ficaria por si só, justificada e validada como estratégia possível, a adotar neste projeto de intervenção clínica, nesta área.

Bertolote, (2013), refere ainda que, “... numa revisão de literatura internacional dos últimos 25 anos sobre os casos de suicídio de maiores de 18 anos investigados quanto ao diagnóstico psiquiátrico, revelou que 98% dos casos, eram portadores de um transtorno mental por ocasião do ato suicida” e se, por um lado esta “ perspectiva de saúde pública agrega a vertente dos direitos humanos”, ou seja, «o direito a decidir o quando e o como da própria morte» ”, por outro lado, atribui a “possibilidade, se não a obrigação, das autoridades sanitárias... de investigar o quanto daquele «quando» e «como», é realmente o resultado de uma decisão equilibrada, e, de proporcionar ajuda àqueles cuja decisão está tisonada por um transtorno mental, que lhes perturba as capacidades de avaliação, de cognição e de tomada de decisões”.

Assim “quase 95% dos pacientes que cometem ou tentam suicídio, têm doença mental diagnosticada, e desses, os distúrbios depressivos respondem por 80% dessa cifra” (Kaplan &

Sadock, 1990). Segundo a OMS (2000), cerca de 20% das pessoas que tentam suicidar-se, se não obtiverem ajuda especializada, repetem essa ação no prazo de um ano, aumentando a probabilidade de eventualmente morrerem por suicídio. O risco de suicídio, tornou-se realmente muito grande entre doentes deprimidos”, “ cerca de 15 a 20% mais elevado”, (Kaplan & Sadock, 1990).

Todos estes dados refletem de forma inequívoca a importância da avaliação de risco de suicídio, como estratégia de prevenção do mesmo, e justificam a opção por esta problemática neste projeto, tanto em contexto comunitário, como em contexto hospitalar.

Aspetos históricos do Suicídio

Numa brevíssima análise histórica, o suicídio foi sempre acompanhado por sentimentos de ignomínia, associado a ideias de loucura, crime, sacrifício, culpa, vergonha ou pecado. Albert Camus ensaiou em “O Mito de Sísifo” a síntese das sínteses ao dizer que só há um verdadeiro problema filosófico: a questão do suicídio. Decidir se a vida merece ou não ser vivida é responder a uma pergunta fundamental da filosofia (Saraiva, 2010), citado por (Tavares, 2014).

É difícil precisar quando o primeiro suicídio ocorreu, mas ele parece estar sempre presente na história da humanidade. Ao longo da história várias civilizações fizeram as suas próprias interpretações do suicídio e estabeleceram as regras que consideraram adequadas para dissuadir tal comportamento. Segundo Frazão (2007), citado por (Tavares, 2014), na Antiga Grécia, um indivíduo não se podia matar sem o prévio consenso da comunidade, porque o suicídio constituía um atentado contra a estrutura comunitária. O suicídio era condenado politicamente ou juridicamente. Eram recusadas as honras de sepultura regular ao suicidado clandestino, e a mão do cadáver era amputada e enterrada à parte. Por sua vez, o Estado tinha poder para vetar ou autorizar um suicídio bem como induzi-lo. Por exemplo, em 399 a.C., Sócrates foi induzido a envenenar-se.

No Egito, se o dono dos escravos ou o Faraó morriam, eram enterrados com os seus bens e os seus servos, os quais se deixavam morrer junto ao cadáver do seu amo.

Se quatro séculos antes e quatro séculos depois de Cristo o suicídio foi, ora tolerado ora reprimido, a sua reprovação foi-se reforçando durante os primeiros séculos da era cristã até ser totalmente condenado no século V por Santo Agostinho e pelo Concílio de Arles (452 d.C.), seguido depois pelos de Orleans, Braga, Toledo, Auxerre, Troyes, Nimes, e culminando com a condenação expressa de todas as formas de suicídio no "Decret de Gratien", (Frazão,2007), citado por, (Tavares, 2014).

A Europa cristã acaba com as diferenças entre o suicídio legal e ilegal: “matar-se” era atentar contra a propriedade do outro e o outro era Deus, o único que criou o homem e quem, portanto, deveria matá-lo. A vida do indivíduo deixa de ser um património da comunidade para ser um dom divino e “matar-se” equivale a um sacrilégio. O suicida não teria direito aos rituais religiosos, os seus herdeiros não recebiam os bens materiais, e o seu cadáver seria castigado publicamente, podendo ser exposto nu ou queimado. Os suicidas eram, assim, iguados aos ladrões e assassinos, e o Estado e a Igreja fizeram tudo para combater os suicídios, (Frazão, 2007), citado por, (Tavares, 2014).

A partir da Renascença, período de maior liberdade religiosa, o suicídio aumentou mantendo-se assim até aos dias de hoje. Este aumento é atribuído, principalmente aos problemas causados pela Revolução Industrial e pelo Capitalismo nascente, os quais diminuíram o apelo à Religião, (Saraiva, 2010), citado por (Tavares, 2014).

No século XVIII, Montesquieu e Rousseau procuraram razões mais sociológicas, expurgando o suicídio de considerações teológicas. A Revolução Francesa refletiria esta nova orientação ao despenalizar na lei “os crimes cometidos pelo próprio sobre si mesmo”, afinal o suicídio. Todavia, noutros países o suicídio seria crime até ao século XX, como por exemplo aconteceu em Inglaterra até 1961, antes da publicação do “*Mental Health Act*”, (Saraiva, 2010), citado por (Tavares, 2014).

O nosso país foi um dos pioneiros a acabar com a escravatura, e também o foi a não condenar o suicida frustrado. Desde 1886 é no entanto passível de punição, o incitamento ou ajuda, com o pormenor de que, no último Código Penal (1995), (Saraiva, 2010), citado por (Tavares, 2014), surgiu um novo tipo de crime, a propaganda do suicídio.

Conceitos

Do ponto de vista clássico, há uma tríade relevante em suicidologia quanto à eventualidade de um determinado ato levar à morte: letalidade, exequibilidade e intencionalidade. Se os dois primeiros constructos parecem mais evidentes, diríamos menos filosóficos, em função da escolha do método suicida e da facilidade de o levar a cabo, o terceiro âncora nas profundezas da mente, da vontade, da consciência, da luta interna (Saraiva, 2010), citado por (Tavares, 2014).

Consideramos pertinente apresentar algumas definições dos diversos comportamentos ou sentimentos que, de alguma forma, estão associadas aos comportamentos suicidários.

Segundo Schmitt et al., (2001):

Ideação Suicida – “é uma alteração no conteúdo do pensamento que se caracteriza por apresentar basicamente, ideias recorrentes e/ou permanentes de perda de vontade de viver, desejo de estar morto, desejo de acabar com a própria vida e desejo de autodestruição. Constitui-se na motivação intelectual para o suicídio. O chamado plano suicida estabelece-se na evolução da ideação suicida”.

Ato Suicida – “é a alteração na conduta do paciente que faz com que ele aja, voluntária e intencionalmente, buscando provocar a sua própria morte” ... a execução do ato (da qual tem conhecimento que pode levar à morte), tem dois desfechos: a) provoca a morte ... chamado suicídio ou b) falha em provocar a morte ... tentativa de suicídio.

Risco de Suicídio - “é a probabilidade de que a ideação suicida leve ao ato suicida e tenha como desfecho a morte autoinduzida. A presença de uma ideação suicida constitui um risco de suicídio que deve obrigatoriamente ser avaliado e quantificado”.

Suicídio - A palavra suicídio (etimologicamente *sui*= de si mesmo; *caedere*= ação de matar) foi utilizada pela primeira vez por Desfontaines em 1737, e significa morte intencional auto – infligida, isto é quando a pessoa, por desejo de escapar de uma situação de sofrimento intenso, decide tirar a sua própria vida (Costa, 2010), citado por (Tavares,2014). Ainda segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS,2000), citado por (Tavares,2014), “O suicídio hoje é compreendido como um transtorno multidimensional, que resulta de uma interação complexa entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos”.

Fatores de risco / Fatores precipitantes

Os comportamentos suicidas são fenómenos complexos e multifatoriais e por isso de difícil explicação, uma vez que resultam da interação de múltiplos fatores (biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais) (Saraiva, 2006; DGS, 2013; Santos et al., 2012), citados por (Santos et al., 2014).

Neste contexto, (Araújo et al., 2010) citados por (Santos et al., 2014), referem que os fatores de risco são elementos que podem desencadear ou associar-se ao desenvolvimento do comportamento suicidário, não sendo, necessariamente, o fator causal.

Não havendo evidente consenso acerca de que fatores, contextos ou combinações de circunstâncias conduzem à adoção de comportamentos suicida ou autolesivo apresentam-se aqui alguns dos fatores de risco ou precipitantes mais importantes na tabela 1:

Tabela 1 -Fatores de risco associados aos comportamentos da esfera suicidária

| | |
|-------------------------|---|
| Psicopatológicos | <ul style="list-style-type: none"> • Depressão endógena, esquizofrenia, alcoolismo, toxicod dependência e distúrbios da personalidade • Modelos suicidários familiares, pares sociais, histórias de ficção e/ou notícias veiculadas pelos <i>media</i> • Comportamentos suicidários prévios • Ameaça ou ideação suicida com plano elaborado • Distúrbios alimentares (bulimia) |
| Pessoais | <ul style="list-style-type: none"> • Ter entre 15 e 24 anos ou mais de 45 • Pertencer ao sexo masculino e raça branca • Morte do cônjuge ou de amigos íntimos • Escolaridade elevada • Presença de doenças de prognóstico reservado (HIV, cancro) • Hospitalizações frequentes, psiquiátricas ou não • Família atual desgredada: por separação, divórcio ou viuvez |
| Psicológicos | <ul style="list-style-type: none"> • Ausência de projetos de vida • Desesperança contínua e acentuada • Culpabilidade elevada por atos praticados ou experiências passadas • Perdas precoces de figuras significantes (pais, irmãos, cônjuge e filhos) • Ausência de crenças religiosas |
| Sociais | <ul style="list-style-type: none"> • Habitar em meio urbano • Residir em meio rural a sul do tejo • Desemprego • Mudança de residência • Emigração |

Fonte: Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2009) Adaptado de GOBP-OE-MCEESMP (2012), para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária Nº4 da OE (2012)

A presença de um transtorno mental é um dos mais importantes fatores de risco para o suicídio. Em geral, admite-se que, cerca de 90% a 98% das pessoas que se suicidam têm um transtorno mental por ocasião do suicídio. Os transtornos do humor, em especial os estados depressivos, representam o diagnóstico mais frequente entre os portadores de doença mental que cometeram suicídio. Segundo a OMS, o diagnóstico de transtorno do humor pode ser feito entre 20,8% e 35,8% dos suicídios fatais. A comorbilidade de transtornos do humor, como a depressão, com transtornos por uso de substâncias, como o alcoolismo, é a mais frequente.

Importa, contudo, considerar que cada indivíduo lida com a tensão e o sofrimento de diferentes formas, e a presença de múltiplos fatores de risco não implica necessariamente que

a pessoa cometa suicídio. Na maioria das vezes, é a junção de alguns dos fatores supra mencionados que despoletam uma sensação de desespero suficientemente intensa para colocar a **ideia de suicídio**.

Será ainda importante efetuar uma distinção entre os fatores predisponentes, ou seja, aqueles remotos, distais, que criam o terreno no qual eclodem os comportamentos suicidas, e os fatores precipitantes, proximais, que os desencadeiam.

Os fatores precipitantes de comportamentos suicidas, estão associados a uma série de situações que implicam perdas, reais ou simbólicas, ou mudanças de *status*, no geral, para pior, (Bertolote, et al., 2010).

Os fatores predisponentes e precipitantes estão descritos na Tabela seguinte:

Tabela 2 – Fatores predisponentes e fatores precipitantes de comportamentos suicidas

| Fatores Predisponentes | Fatores Precipitantes |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Sexo (masculino: suicídio; Feminino: tentativas) ● Idade (mais jovem: tentativa; idoso: suicídio) ● História familiar de suicídio, alcoolismo, ou outros. ● Perturbações mentais ● Tentativa(s) prévia(s) ● Presença de doença física ● Presença de desesperança ● Estado civil: Divorciado, viúvo ou solteiro ● Abuso físico, emocional ou sexual na infância ● Estar desempregado ou reformado ● Isolamento social ● Pertencer a uma minoria étnica ● Pertencer a uma minoria sexual (homossexuais, transsexuais) ● Baixo nível de Inteligência | <ul style="list-style-type: none"> ● Separação Conjugal ● Rutura de relação amorosa ● Rejeição afetiva/social ● Alta recente de hospitalização psiquiátrica ● Graves perturbações familiares ● Perda de emprego ● Modificação da situação económica ou financeira ● Gravidez indesejada (principalmente para solteiras) ● Vergonha ● Medo de ser descoberto (por algo socialmente indesejável) ● Perda de familiar |

Fonte: (Bertolote et al., 2010)- Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica, vol 32. pp. 87-95, Revista Brasileira de Psiquiatria

É importante conhecer não só os fatores de risco mas também os fatores precipitantes, bem como os sinais de alarme risco eminente. Especialmente em adolescentes é importante

compreender que estes comportamentos estão envolvidos em medo e ambivalência e normalmente comunicam essa intenção (60 a 70% comunicam e mais 83% tiveram contacto com um profissional de saúde um ano antes da sua morte e mais de 66% durante o mês anterior) (Anderson & Standen 2007) (Santos et al, 2012) citados por (Santos et al, 2014).

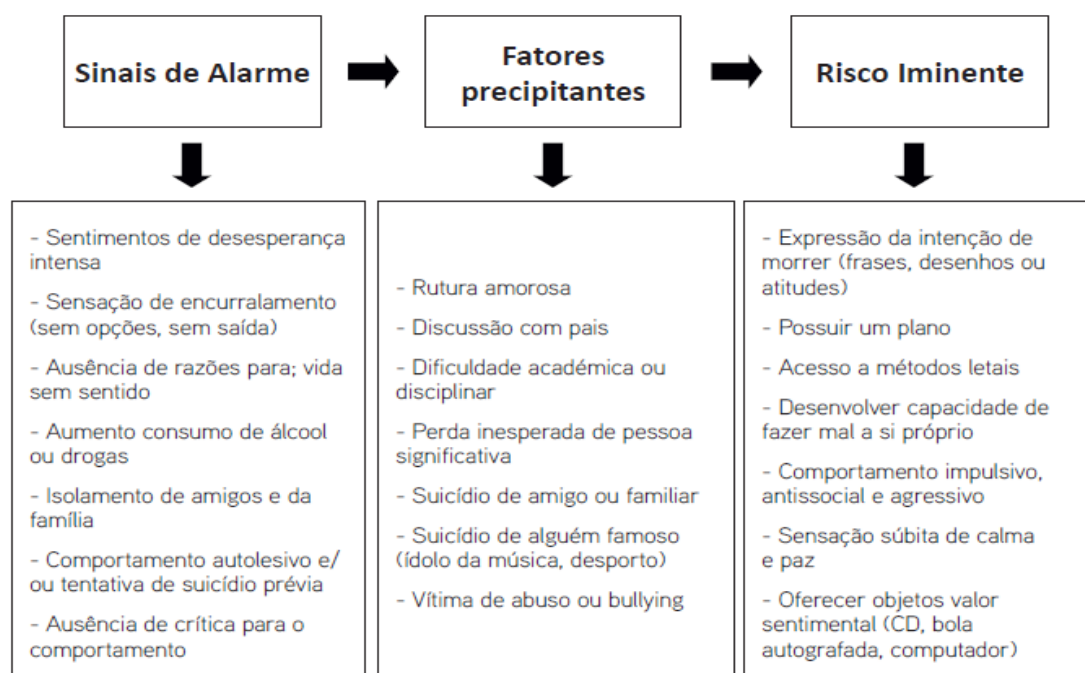
É importante valorizar mesmo se parece ser superficial ou estratégia de manipulação, como se alerta na tabela 3 e na Figura 1:

Tabela 3 – Referências diretas e indiretas de alarme ou risco de suicídio

| Referências diretas | Referências indiretas |
|---|--|
| <p>“vou-me matar”</p> <p>“qualquer dia mato-me”</p> | <p>“já não aguento mais”</p> <p>“é impossível aguentar isto”</p> <p>“qualquer dia vou-me embora”</p> |

Fonte: Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2009) Adaptado de GOBP-OE-MCEESMP (2012), para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária Nº4 da OE (2012)

Figura 1 - Sinais de alarme, fatores precipitantes e risco iminente



Adaptado de Figura 2- Sinais de alarme, fatores precipitantes e risco iminente in (Bycroft, 2010; Santos et al, 2012) (Projeto + Contigo) pág.44 (Santos et al, 2014)

Os fatores de proteção reduzem o risco de suicídio. Embora não eliminem o risco de suicídio, podem contrabalançar o peso imposto por circunstâncias difíceis da vida e estão expostos na tabela 4:

Tabela 4 – Fatores de proteção

| | |
|--|---|
| Recursos pessoais | autoestima capacidade de resolução de problemas estratégias de coping (Walsh & Eggert, 2007), citado por (Santos et al, 2014). (Fergusson, Beautrais & Horwood, 2003), citado por (Santos et al, 2014). esperança atitudes positivas face aos problemas (Roswarski & Dunn, 2009), citado por (Santos et al, 2014). |
| Recursos familiares | apoio familiar cuidados parentais preservados coesão familiar apoio familiar na escola comunicação entre família vivência de relacionamentos estáveis e de confiança (DGS, 2013b; Fortune et al., 2008; Thompson et al., 2005; Walsh & Eggert, 2007; Wyman et al., 2010), citados por (Santos et al, 2014). |
| Recursos sociais e comunitários | apoio social percepção de integração (Taliaferro et al., 2008; Walsh & Eggert, 2007; Thompson et al., 2005), citado por (Santos et al, 2014). envolvimento em atividades desportivas ou em atividades de grupo estruturada, clima escolar positivo importância elevada atribuída à escola (Fortune et al., 2008), citado por (Santos et al, 2014). sentimento de pertença a uma família, a uma escola, a um grupo, a uma instituição ou a uma comunidade, (DGS, 2013), citado por (Santos et al, 2014). fácil acesso aos cuidados de saúde com informação acerca dos serviços disponíveis, bem como comunidades informadas e sensibilizadas para as questões envolvidas na saúde mental e suicídio (Diekstra, 2008; Kutcher & Chehil, 2007; Garlow et al., 2008; Mann et al., 2005; DGS, 2013b), citado por (Santos et al, 2014). |

Fonte: Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2009) Adaptado de GOBP-OE-MCEESMP (2012), para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária Nº4 da OE (2012)



Quatro 5 - Fatores protetores resumidos

| Fatores protetores |
|--|
| Ausência de transtorno mental |
| Gravidez |
| Senso de responsabilidade para com a família |
| Suporte social positivo |
| Religiosidade |
| Estar empregado |
| Satisfação elevada com a vida |
| Presença de criança na família |
| Capacidade de resolução de problema positiva |
| Capacidade de adaptação positiva |
| Teste de realidade intacto |
| Relação terapêutica positiva |

Adaptado de Tabela 3 – *Fatores protetores para o comportamento suicida*, p. 90, (Bertolote et al.,2010).

Identificação do risco de suicídio

Os melhores indicadores de risco de suicídio são:

- Tentativa de suicídio anterior constituem cerca de 40% maior risco;
- Três primeiros meses após última tentativa;
- Quanto maior intenção suicida, maior é o risco;
- Transtorno depressivo (Kaplan & Sadock ,1990).

Não há como prever quem cometerá ou não suicídio, mas é possível avaliar o risco individual que cada paciente apresenta, baseado nos fatores de risco e de proteção investigados na entrevista. (Bertolote, 2010).

Existem vários instrumentos de avaliação de risco de suicídio e de ideação suicida que podem e devem ser utilizados. (Exemplo: Inventário de Beck, ISM, MMSE, IACLIDE, QIS e outros).

Embora várias escalas e estratégias tenham sido propostas para esse fim, infelizmente nenhuma delas demonstrou eficiência plena para a detecção de risco de suicídio. GOBP-OE-MCEESM (2012).

O conhecimento do perfil dos suicidas e dos para-suicidas em Portugal é fundamental para que se possa atuar na prevenção dos comportamentos suicidários.

Quadro 1- Perfil dos suicidas e para-suicidas: demografia em Portugal

| Para-suicida | Suicida |
|----------------------------|--------------------------------------|
| Mulher | Homem |
| <25 Anos | >45 Anos |
| Intenção Manipulativa | Intenção Suicida |
| Psicofármacos, Cortes | Corde, tóxicos, arma de fogo, etc... |
| Impulsivo | Premeditado |
| Problemas Reagudizados | Problemas Crónicos |
| Estilo de vida Caótico | Isolamento |
| Depressão <50% casos | Depressão > 50% casos |
| Distúrbio de personalidade | Alcoolismo crónico |
| Razoável saúde Física | Má saúde Física |
| Classes sociais baixas | Todas as classes sociais |
| Em todo o país | A sul de Santarém |
| Todas as estações do ano | Do Inverno ao Verão |
| Taxa +/- 250 | Taxa +/- 10 |

Adaptado Quadro nº1 Perfil dos suicidas e para-suicidas em *Estudos sobre o para-suicídio*, (Saraiva, 2006) – *O que leva os jovens a espreitar a morte*, cap. 2, *Tentativa de suicídio e para-suicídio*, pág. 41

Pode assim, classificar-se quanto ao risco de suicídio e estabelecer-se uma hierarquização das variáveis e um perfil de alto risco e baixo risco de suicídio.

Tabela 4 - Hierarquização das variáveis associadas ao Risco de Suicídio:

| Variável em ordem de posição | Item |
|------------------------------|--|
| 1 | Idade 45 anos ou mais |
| 2 | Alcoolismo |
| 3 | Irritação, raiva e violência |
| 4 | Comportamento suicida anterior |
| 5 | Sexo (masculino) |
| 6 | Não quer aceitar ajuda |
| 7 | Duração mais prolongada do atual episódio anterior |
| 8 | Internação psiquiátrica prévia |
| 9 | Perda ou separação recente |
| 10 | Depressão |
| 11 | Perda de saúde física |
| 12 | Desempregado/aposentado |
| 13 | Solteiro, viúvo ou desempregado |

Adaptado da tabela 1 Fatores Associados ao Risco de Suicídio do *Compêndio de Psiquiatria*, cap. 29 “Emergências Psiquiátricas”, pág. 479, (Kaplan & Sadock, 1990)

Quadro 7 - Perfil quanto ao Risco de suicídio:

| Baixo Risco | Alto Risco |
|-------------------------|-------------------|
| Abaixo dos 45 anos | Acima dos 45 anos |
| Mulher | Homem |
| Não-branco | Branco |
| Vive com outras pessoas | Vive só |
| Boa Saúde | Saúde Suficiente |

Fonte: Adaptado da tabela 34.1 do *Tratado de Psiquiatria Clínica: 1362*

Tabela 5 - História, Sinais e Sintomas de Risco de Suicídio

| | |
|---|---|
| 1 | Tentativa ou fantasia de suicídio anteriores |
| 2 | Ansiedade, depressão, exaustão |
| 3 | Disponibilidade dos meios para o suicídio |
| 4 | Preocupação com o efeito do suicídio sobre os membros da família |
| 5 | Ideação suicida verbalizada |
| 6 | Preparação de um testamento, resignação seguindo-se a depressão agitada |
| 7 | Crise vital próxima, como luto ou cirurgia iminente |
| 8 | História familiar de suicídio |

Adaptado da tabela 3 História, Sinais e Sintomas de Risco de Suicídio do *Compêndio de Psiquiatria*, cap. 29 “Emergências Psiquiátricas”, pág. 480, (Kaplan & Sadock, 1990)

“A adolescência é considerada uma etapa do desenvolvimento que ocorre desde a puberdade até à idade adulta e tem sido entendida como uma passagem que implica o distanciamento da infantilidade e a busca de um estado adulto e imaturo. Constitui um marco importante na formação da personalidade e dos diferentes sistemas que a integram”, (Lopes et al.,2001), citado em (OE, 2012).

“Esta passagem é considerada extremamente relevante para a construção do indivíduo quer a nível físico quer a nível psicossocial. Neste percurso, o adolescente é confrontado com uma série de problemas e desafios a nível pessoal, familiar, grupal e social que exigem um esforço de reorganização para a sua resolução.

Existem segundo vários autores três tarefas relacionadas com o desenvolvimento, que caracterizam esta fase”, (Sampaio, 2002); (Saraiva, 2006); (Oliveira, 2006; 2008); (Batista, 2010), citados em, (OE, 2012).

- Alteração da relação com os pais
- Alteração da relação com os pares
- Alteração da relação com o próprio corpo

Saraiva, (2006), citado em (OE, 2012), descreve de uma forma bastante atual os obstáculos e dificuldades que se debatem os jovens, “todos temos que ser ganhadores, belos e perfeitos. A irradiar autoestima deslumbrante, com uma armadura psicológica a toda a prova. Sempre na crista da onda. No frenesim da busca de ousadias e desafios. O céu é o limite...”. “A sociedade onde vivemos «não autoriza a mágoa de qualquer luto não ensina que amanhã haverá um novo dia e o sol voltará a nascer. Os jovens de hoje vivem apressados de mais, numa fúria de tudo ou nada, de preto ou branco. Sem equilíbrios, sem pontes para concórdias, vítimas de radicalismos de inflexibilidade mental”.

Os adolescentes representam, assim, um grupo de elevada vulnerabilidade, (OE, 2012), sendo que, segundo a OMS, o suicídio é a terceira causa de morte nos adolescentes e as automutilações a quinta causa de doença ou de incapacidade.

Sendo um grupo referenciado como especial e de alto risco, também as intervenções têm que ser especialmente dirigidas e adaptadas e importante, conhecer os dados epidemiológicos especialmente ligados à adolescência, identificando os fatores de risco e os fatores protetores e delinear intervenções preventivas em que a psicoeducação tem um papel de especial relevo principalmente nas escolas

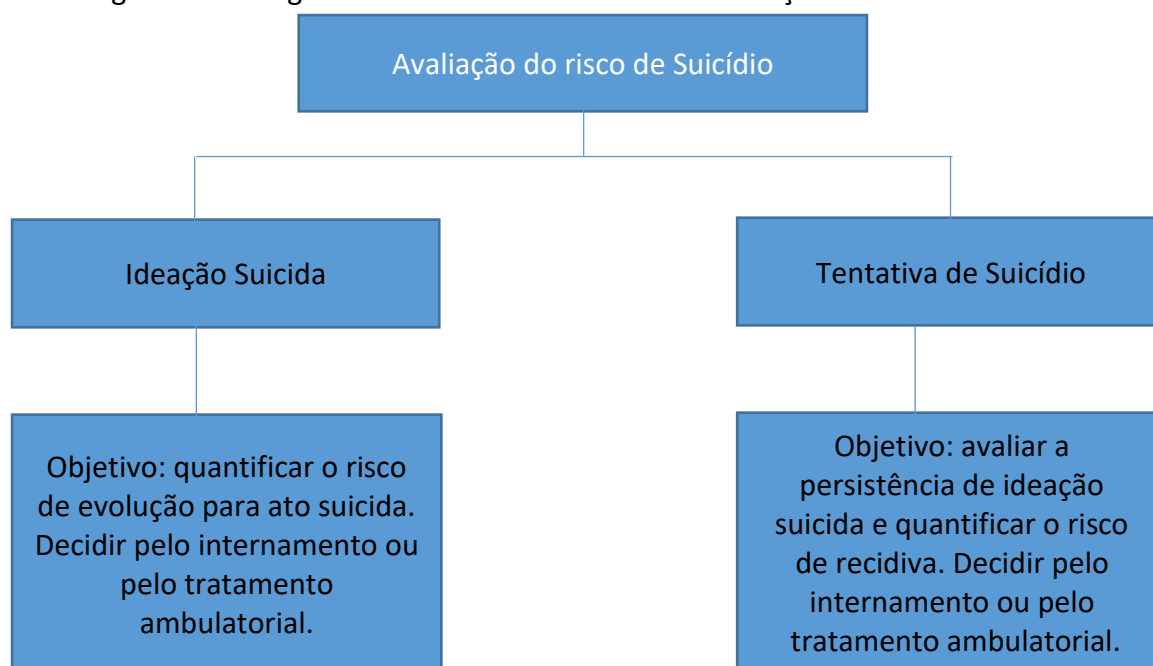
Avaliação do risco de suicídio

Identificar e avaliar o risco de suicídio implica reconhecer que existe esse risco de suicídio e reconhecer esse risco, implica por sua vez conhecer os sinais de alarme....

O objetivo principal da avaliação do risco de suicídio é identificar fatores que podem aumentar ou diminuir o risco de suicídio num indivíduo, quantificar/estimar o nível geral de risco de suicídio e desenvolver um plano de tratamento que contemple a segurança do indivíduo, concentrando-se nos riscos que podem ser modificados. Existem no entanto fatores de risco que não são modificáveis como o sexo, o género e outros dados ligados à história pessoal e familiar do doente (Tavares 2014).

“O risco de suicídio deve ser avaliado ao se constatar uma ideação suicida ou tentativa de suicídio ... visando-se a quantificar o risco de recidiva do acto”, (Schmitt et al., 2001), pelo que nos apresenta um fluxograma de tomada de decisão em situação de risco de suicídio, o qual adaptamos:

Figura 2 - Fluxograma de tomada de decisão em situações de risco de suicídio



Adaptado de (Schmitt et al.,2001), FIGURA 9.2 - Fluxograma da tomada de decisão em situação de risco de suicídio, cap. 9 – p: 151, Risco de Suicídio: Avaliação e Manejo – in Quevedo J., “Emergências Psiquiátricas”.

“A avaliação do risco de suicídio depende, na realidade, de muitos e variados factores, mas há que ter especialmente em conta, no caso da depressão, o nível etário, por um lado, e as características e a natureza da forma depressiva por outro...”, (Fonseca, 1988). Mas antes de vermos os fatores de risco é necessário conhecer, dados epidemiológicos do suicídio, (Schmitt et al., 2001), refere que, “o estudo das taxas de suicídio é primordial para a compreensão” e que a “constatação da sua variação em diferentes grupos fornece pistas para desvendar os possíveis fatores de riscos associados”.

Intervenções e Tratamento das Pessoas em Risco de Suicídio

A avaliação e tratamento do indivíduo que tentou o suicídio comporta quatro fases:

- Tratamento das complicações médicas resultantes do Ato;
- Entrevista para avaliação do risco de suicídio;
- Decisão sobre a necessidade de Internamento;
- Planeamento do tratamento subsequente em regime de internamento ou em ambulatório.

A **primeira** abordagem a um indivíduo que tentou o suicídio, deve ser centrada sobre o tratamento das complicações médicas decorrentes, tais como cortes, fraturas, intoxicações, etc.

Em 1999 a OMS lançou o (SUPRE-MISS), uma iniciativa mundial para a prevenção do suicídio. Uma das ações integrantes do SUPRE, foi a elaboração de Manuais direcionados a grupos sociais e profissionais específicos particularmente relevantes na prevenção do suicídio, nomeadamente, clínicos gerais, professores, conselheiros, profissionais dos media, sobreviventes, guardas prisionais, etc.

A **segunda fase** corresponde à avaliação do risco de uma nova tentativa. Nesta fase deve ocorrer a entrevista clínica ao indivíduo, que visa à obtenção de um número considerável de informações. Deve também permitir formar uma ideia a respeito da personalidade do indivíduo, principalmente no que diz respeito a mecanismos de defesa e de adaptação (*coping*) adotados em situações de crise. Desde o início, é preciso tentar o estabelecimento de um vínculo que garanta a confiança e a colaboração do indivíduo num momento em que ele se possa encontrar enfraquecido, hostil e nem sempre disposto a colaborar. A noção simplista de que o indivíduo menciona ou tentou o suicídio tão somente para “manipular”, deve ser rejeitada.

O profissional deve partir de perguntas mais abrangentes, não-diretivas, incentivando o indivíduo a falar livremente. Gradualmente, deve passar-se a investigar a ideia suicida. Perguntas objetivas devem, então, ser feitas com o intuito de contribuir para a avaliação do risco de suicídio. A simples negativa do indivíduo quanto à intenção de nova tentativa de suicídio não deve, por si só, encerrar a avaliação clínica (Bertolote *et al.*, 2010).

A **terceira parte** é a mais delicada, e consiste na decisão de internar o indivíduo ou não. O internamento pode trazer prejuízos para o mesmo, do mesmo modo que a decisão de não internar pode significar uma nova tentativa. É importante ressaltar, no entanto que, não internar, representa um tratamento menos traumático para o indivíduo, perante os familiares e a sociedade, aumentando consideravelmente a sua esperança de recuperação.

A Associação Psiquiatria Americana (APA), elaborou um documento onde constam orientações que os peritos consideraram relevantes, para auxiliar o médico psiquiatra no processo de avaliação e tratamento do indivíduo que tentou o suicídio (Jacobs, e Brewer, 2004), citados por (Bertolote *et al.*, 2010).

As orientações apresentadas surgem como recomendações que o Médico deve contemplar na decisão de internamento do indivíduo que tentou o suicídio, mas que não devem excluir a avaliação objetiva e subjetiva dos dados obtidos durante a entrevista.

O Tratamento em regime ambulatorio pode ser mais benéfico do que a hospitalização se, o indivíduo tem ideação suicida crônica e/ou comportamentos autoagressivos, mas sem tentativas prévias graves, se têm apoio sócio familiar e se já se encontra a ser seguido em regime de ambulatorio.

Os **Contratos não suicidas**, embora amplamente utilizados, não devem excluir a necessidade de se efetuar uma avaliação criteriosa do risco de suicídio. Não foi demonstrado que os contratos possam permitir diminuir o nível de vigilância do indivíduo em risco de suicídio.

As diretrizes da APA, enfatizam que a alta do indivíduo que fez uma tentativa de suicídio, não deve ser baseada na sua vontade ou relutância, mas sim numa avaliação dos riscos e fatores de proteção presentes em que o contrato atua apenas como uma forma de facilitar a comunicação, entre o indivíduo e os profissionais estabelecendo um vínculo entre os intervenientes, que efetuam um compromisso de cumplicidade em que este promete não tentar o suicídio e procurar ajuda se esses pensamentos surgirem. O contrato de não-agressão não é recomendado em situações de emergência, doentes psicóticos ou impulsivos (Bertolote *et al.*, 2010).

A **quarta fase** corresponde ao tratamento a efetuar após a tomada de decisão sobre a necessidade de internamento, ou não, é variável, e vai de encontro à experiência, conhecimento e preferência de cada médico e os profissionais que assistem o indivíduo com tentativa de suicídio.

Em geral, o tratamento deve ser efetuado num ambiente o menos restritivo possível, ainda que seja assegurada a segurança do indivíduo. A escolha da forma como se deverá efetuar o tratamento será baseada na estimativa do risco de suicídio, determinado através da avaliação psiquiátrica e da avaliação da tentativa de suicídio.

O tratamento farmacológico deve ser de acordo com o transtorno diagnosticado:

- Antidepressivos - SSRIs/SNRI- melhoram os sintomas de depressão mas não reduzem taxa de suicídio;
- Anti psicóticos-Especialmente a clozapina reduz taxas de suicídio nos doentes esquizofrénicos;
- O lítio reduz as taxas de suicídio e a recidiva (estabiliza o Humor);
- ECT- Em casos agudos reduz taxas de suicídio e a longo prazo como manutenção previne recidiva. (Schmitt, 2001).

A Terapia cognitiva comportamental e a Terapia dialético-comportamental (Com evidência de nível IB), está provado em estudos a utilidade do uso associado destas terapias.

A Terapia interpessoal; Terapia sistêmica e Terapia de grupo (a necessitar de melhor evidência),(RNAO,2009), citado em (GOBP-OE-MCEESMP,2012).

Os tratamentos somáticos são, muitas vezes, focados no alívio dos sintomas agudos, enquanto, que as psicoterapias tendem a ter metas mais amplas e de longo prazo relacionadas com o funcionamento psicossocial do indivíduo.

Intervenções de pósvenção

Considerando que o suicídio é um fenómeno complexo e abrangente, cabe também fazer menção, aquelas pessoas que circundam o individuo que faz tentativa de suicídio ou que o concretiza, neste caso, os sobreviventes. Para (Campbell, 2002), citado por (Tavares, 2014), o sobrevivente é aquele individuo que é significativamente afetado pela morte de alguém que comete suicídio. A *postvention* é uma intervenção realizada após um suicídio, em grande parte sob a forma de apoio ao luto (família, amigos, profissionais e colegas). Os familiares e amigos da vítima de suicídio podem estar em risco aumentado de suicídio. O objetivo é apoiar as pessoas afetadas, e reduzir a possibilidade de “contágio” do suicídio.

Postvention, apesar de não ter tradução para português, alguns autores (Saraiva, 2010), citado por (Tavares, 2014), referem-se ao termo como pós-venção e inclui procedimentos para aliviar o sofrimento dos indivíduos enlutados, reduzir o risco de comportamento suicida por imitação, e promover a recuperação saudável da comunidade afetada. *Postvention* também pode assumir muitas formas, dependendo da situação em que o suicídio ocorre. As escolas e universidades podem incluir nos planos de estratégias, intervenções *postvention*, que consistem em aconselhamento individual e em grupo oferecidos aos sobreviventes (pessoas afetadas pelo suicídio de um indivíduo).

3.2 - Prevenção do Suicídio

Como neste projeto, quer em contexto comunitário, mais especificamente em ambiente escolar, quer em contexto hospitalar, mais especificamente no serviço de internamento de psiquiatria, se trata essencialmente de intervenção específica de enfermagem, no que diz respeito à prevenção de comportamentos suicidários, considere importante abordar aqui esta questão da prevenção do suicídio de forma mais detalhada.

Como já vimos, o suicídio qualificado pela OMS 1988, como problema de saúde pública devido aos índices elevados e alarmantes de suicídio e comportamentos suicidários, transversalmente a praticamente todos os países, sendo um fenómeno complexo, multifacetado e multifatorial, implica também que a sua prevenção se torna uma “tarefa multifacetada e com diversos intervenientes. Não sendo exclusiva da saúde, esta tem um papel crucial da mesma” (Simões, 2013)

Além do indivíduo com comportamento da esfera suicidária e, sempre que possível, os profissionais de saúde devem envolver todas as pessoas que constituem o suporte familiar e social deste indivíduo na avaliação, gestão de crises e no tratamento subsequente.

As abordagens psicoeducativas dirigidas aos pais de adolescentes com comportamento suicida, focadas na comunicação intrafamiliar, nas técnicas comportamentais e na resolução de problemas, permitem uma maior compreensão do comportamento adotado, assim, como permitem clarificar aspetos relacionados com a adolescência e a sua associação aos comportamentos suicidas. Também permitem identificar alterações no estado mental e reduzir o grau de emoção expressa na família.

A prevenção do suicídio requer a conjugação de esforços de todos, que devem ter início desde a infância. A estabilidade familiar associada a uma educação adequada deve ser promovida. Medidas de controlo ambiental devem ser criadas, onde se limita o acesso a meios que potencialmente possam ser utilizados para cometer o suicídio (ex: armas, pesticidas, etc). O sistema nacional de saúde deve desenvolver estratégias de atuação que contemplem o tratamento dos que padecem de doença mental, de forma efetiva. Nesta perspetiva seria expectável que a disseminação apropriada de informação junto dos vários intervenientes neste processo poderia contribuir para a prevenção do suicídio. Nesse sentido a OMS (2004; 2005), citado por (Tavares, 2014), fez as seguintes recomendações para a prevenção do suicídio:

- Identificar e reduzir a disponibilidade e o acesso aos meios para se cometer suicídio (ex. armas de fogo, substâncias tóxicas);
- Melhorar os serviços de suporte à saúde, reforçar o apoio social e promover a reabilitação de pessoas com comportamento suicida;
- Melhorar os procedimentos diagnósticos e subsequente tratamento das perturbações mentais;
- Aumentar a atenção dirigida a profissionais de saúde em relação às suas atitudes e tabus em relação à prevenção do suicídio e às doenças mentais;

- Aumentar o conhecimento, por meio da educação pública, sobre doença mental e o seu reconhecimento precoce;
- Auxiliar os meios de comunicação social a noticiar apropriadamente os suicídios e tentativas de suicídio;
- Incentivar a pesquisa na área da prevenção do suicídio, encorajar a colheita de dados das causas de suicídio e evitar a duplicação dos registos estatísticos;
- Promover formação para indivíduos e profissionais que se encontram na linha de frente (*gatekeepers*) e que entram primeiro em contato com indivíduos sob risco de suicídio.

Refletir sobre a importância das estratégias apresentadas, pode servir inicialmente para a consciencialização da existência de um problema, pouco falado e portanto um pouco esquecido. Algumas medidas que poderiam ser equacionadas, segundo Saraiva (2010), citado por (Tavares,2014), em Portugal, resultam da análise das estratégias apresentadas anteriormente:

- Existência de uma legislação mais rígida sobre aquisição e armazenamento de pesticidas, cujo cumprimento fosse assegurado por inspeções regulares, com avultadas coimas para os infratores.

- A restrição ao uso e porte de arma de fogo deveria ser muito mais rigorosa através de um rastreio cuidado de testes médicos e psicológicos exigentes. Isto é válido também para a passagem da carta de caçador.

- A nível da comunidade seria determinante uma regulação sobre a comunicação social em relação ao “como dar as notícias de suicídio”, de modo a não potenciar o fenómeno da imitação. A este nível a OMS elaborou um manual para os media com indicações sobre a forma como deveriam noticiar os suicídios, reduzindo o impacto da informação, visto que alguns estudos evidenciam um aumento da ocorrência de suicídios, após se ter noticiado de forma sensacionalista um suicídio, principalmente se o suicidado se encontra entre os chamados “ídolos”.

- Promover ações de sensibilização dos reclusos e profissionais das prisões, relativamente aos sinais preditivos de suicídio. Enfatizar junto dos profissionais de saúde que trabalham com os reclusos, a importância de disponibilizar tempo para os escutar.

- Deveria haver restrições ao acesso a sítios altos através de barreiras ou redes de modo a diminuir a probabilidade de suicídio por precipitação. Casos de pontes ou falésias sobre o mar. Nesses locais de “culto suicida”, como há vários em Portugal, poderiam ser colocados cartazes com “frases específicas” e “imagens adequadas” a quem está a sofrer de ambivalência suicida

(por exemplo, uma mãe com uma criança ao colo; uma criança a passear o cão, etc.) e informação de contactos telefónicos SOS.

Embora a eficácia dos Centros SOS seja controversa em relação à diminuição das taxas de suicídio, parece inequívoca a sua ação positiva na luta contra a solidão, angústia e desespero (Saraiva, 2010), citado por (Tavares,2014).

- Atualmente existe outra área que carece de intervenção, que se tem vindo a revelar modeladora de comportamentos, a utilização da “internet”. Funciona como promotora de comportamentos pró-suicídio, através da incitação ao ato em inúmeros sites. A este nível serão precisas medidas globais, onde será necessário que a OMS os governos e os grandes servidores da internet se encontrem para equacionar soluções.

- Ao nível da saúde são reconhecidas algumas insuficiências dos médicos de família na deteção precoce dos quadros depressivos. Daí decorre o imperativo de uma melhor formação na área da saúde mental. (Saraiva, 2010), citado por (Tavares,2014).

3.3 - A Enfermagem e o Suicídio

Também nesta área de cuidados, as intervenções de Enfermagem, devem ter como base um modelo teórico bem estruturado, posicionando-se face a um paradigma de cuidados, e escolhendo a linha de uma escola de pensamento de enfermagem e mais especificamente ainda, segundo uma teórica de eleição, dentro dessa escola, para que possa orientar, reconhecer, aprofundar e resolver a situação.

“Será necessário o próprio enfermeiro posicionar-se, decisivamente, no que diz respeito aos aspetos da sua profissão. A vinculação, a uma escola de pensamento e a uma teoria, são decisivos para que a sua atuação tenha uma identidade, para que possa conseqüentemente ter sucesso”, (Godinho, 2013).

Tendo em conta tudo o que foi exposto sobre o suicídio, e que a vivência deste fenómeno é experienciada de maneira diferente, para cada pessoa, em relação ao seu ambiente, que também é diferente, consoante o contexto em que a pessoa está inserida, podemos posicionar os cuidados de enfermagem à pessoa com comportamentos suicidários, no paradigma da integração, numa perspetiva de cuidado de enfermagem orientado para a pessoa, visto este paradigma, se ter desenvolvido essencialmente, numa época marcada pelas ideias e valores,

associados ao desenvolvimento de teorias e terapias centradas na pessoa, como é exemplo, “a teoria dos sistemas de Von Bertalanffy e a terapia centrada na pessoa, desenvolvida por (Carl Rogers, 1951), bem como na fenomenologia e no existencialismo”, (Lopes, 2001).

Neste paradigma, os fenómenos perspetivam-se como multidimensionais e os acontecimentos como contextuais, e dentro deste paradigma está a Escola de Pensamento em Enfermagem da Interação, em que os “cuidados de Enfermagem são entendidos como um processo interativo, entre uma pessoa que tem necessidade de ajuda e uma outra capaz de lhe oferecer”, (Lopes, 2001), permitindo à Enfermeira “usar a sua própria pessoa de modo terapêutico”, comprometendo-se nos cuidados que presta, “tendo como finalidade a criação de condições para que a pessoa, que necessita dessa ajuda, possa desenvolver a sua personalidade”, e encontrar em si as estratégias para a resolução dos seus problemas, (Lopes, 2001).

Na Escola da Interação, “porque atribui atenção especial ao psicológico”, na sua conceção à pessoa como sendo “um sistema aberto, delimitado por fronteiras permeáveis face ao ambiente circundante... e constituída por vários subsistemas” que interagem entre si, (Lopes, 2001), “a saúde é defendida, sobre um ponto de vista dinâmico, como a capacidade de ajustamento aos *stressores* do ambiente interno e externo e pela utilização ótima dos recursos, com o objetivo de a pessoa aprofundar o seu potencial máximo de vida”, (Lopes, 2001).

Tendo em conta que a pessoa “é capaz de reconhecer as suas necessidades e de promover a sua autoformação”, (Lopes, 2001), mantendo a sua integridade e valorizando a subjetividade e a intuição, (Peplau, 1990), citada por (Lopes, 2001), a enfermeira pode desenvolver a sua atuação, tendo em conta as dimensões de cuidados, pessoa, saúde e ambiente e as quatro fases do processo de cuidados, orientação, reconhecimento, aprofundamento e resolução.

Teoria das relações interpessoais de Peplau.

Hildegard Peplau, trabalhou na relação com pessoas com necessidade, independentemente da situação de doença e é uma das teóricas desta escola de pensamento em Enfermagem. O facto de dar uma especial relevância às necessidades psicológicas, na sua teoria das relações interpessoais, considerando a pessoa como um sistema composto de características e necessidades bioquímicas e físicas, mas também psicológicas, às quais dá um acento especial, é a teórica de eleição para a prestação de cuidados à pessoa com comportamentos da esfera suicidária, pois na sua conceção de cuidados, favorece a relação interpessoal terapêutica, orientada para um fim que favorece o desenvolvimento da personalidade e visando atingir, em termos de

saúde, um nível de ansiedade, que permita essa atividade interpessoal e o cumprimento (realização, desempenho), de tarefas de crescimento pessoal, num ambiente de pessoas significativas, com as quais, aquela pessoa interage, (Kérouac et al., 1994), citado por (Lopes, 2001).

O enfermeiro assume papéis profissionais de professor, recurso, conselheiro, líder e substituto, durante as várias fases do processo de Enfermagem. Nesta teoria de Peplau, o foco de atenção por parte da enfermagem é sempre a pessoa, tendo o enfermeiro o dever de agir, com e para a pessoa, com o objetivo de produzir mudanças que influenciem de forma positiva a sua vida. As metas a serem atingidas deverão ser estabelecidas pelo enfermeiro e pela pessoa e devem coincidir, se não estão condenadas ao fracasso desde o início, (Godinho, 2013).

Teoria dos Cuidados Transpessoal de Jean Watson

Ainda numa **perspetiva de relação e de cuidado holístico, à pessoa** que apresenta sintomatologia depressiva e/ou comportamentos da esfera suicidária e, especialmente porque tem frequentemente associadas auto percepções de desesperança, sentimentos negativos e positivos e ambivalência, e ainda, a uma quase sempre, incapacidade de resolução de problemas, mas também com uma confrontação com questões existenciais de vida e de morte, podemos situar também a **teoria do cuidado transpessoal** de Jean Watson. Esta teoria está centrada no conceito de cuidado e em pressupostos fenomenológicos existenciais, que trazem o olhar para além do corpo físico. É a abertura e atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida e da morte; cuidado da sua própria alma e do ser que está sendo cuidado (Moreira et al, 2001), citados por (Tavares, 2014). Apresenta dez fatores de cuidado, os quais são a base para o cuidado transpessoal na sua visão holística. Abordam o ser humano como um todo biológico, social e espiritual unido, que não pode ser fragmentado, e leva em consideração o profissional de enfermagem como ser humano.

Nessa interação paciente/profissional, é que se dá o processo de cuidado, cerne fundamental da enfermagem (Silva et al., 2010), citados por (Tavares, 2014).

Esses fatores são: 1) formação de um sistema de valores humanístico altruísta; 2) estimulação da fé e esperança; 3) Cultivar a sensibilidade para si e para os outros; 4) desenvolvimento do relacionamento de ajuda e confiança; 5) promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos; 6) uso sistemático do método científico de solução de problemas para tomar decisões; 7) promoção do ensino-aprendizagem interpessoal; 8) promoção de um ambiente mental, físico, sócio-cultural, espiritual sustentador, protetor e/ou corretivo; 9) auxílio

com a gratificação das necessidades humanas; 10) aceitação das forças existenciais e fenomenológicas.

Além disso, a teoria abrange sete pressupostos sobre o cuidado, os quais o postulam como o atributo mais valioso que a enfermagem tem para a sociedade humana, embora ameaçado pelo contínuo crescimento tecnológico na área médica (Moreira et al., 2001) citados por (Tavares, 2014).

Os sete pressupostos são:

- O cuidado humano somente pode ser demonstrado e praticado através de relações interpessoais; o cuidado humano consiste em fatores que resultam na satisfação de certas necessidades humanas;

- O cuidado efetivo promove a saúde e o crescimento do indivíduo e de sua família;

- Para cuidar é necessário aceitar a pessoa não somente como ela é, mas também como ela poderá vir a ser;

- Um ambiente de cuidado é aquele que oferece o desenvolvimento do potencial humano (autorrealização) e permite a liberdade de escolha;

- O cuidado possui maior capacidade de autogenia, quando comparado com a cura, ou seja, por ser autógeno, o cuidado gera cuidado;

- A prática do cuidado integra conhecimento biofísico com conhecimento do comportamento humano para gerar e promover saúde para quem está doente;

- A prática do cuidado é o centro ou a essência da enfermagem (Watson, 1985), citada por (Tavares, 2014).

Estes pressupostos filosóficos permeiam o processo de cuidado humano em enfermagem, bem como, permitem o seu enfoque no conceito de pessoa como ser integral (Silva et al., 2010), citados por (Tavares, 2014).

Refletindo sobre os propósitos teóricos para quem recebe o cuidado, compreende-se que a força e relevância do estudo desenvolvido por Watson, está em que ele não só auxilia na promoção da qualidade do cuidado que os doentes devem receber, mas também oferece o cuidado que satisfaz a alma, razão pela qual muitos enfermeiros escolhem esta profissão.

Como a ciência do cuidado tem um alcance que vai do conhecimento biofísico, passando pelo intrapessoal, o enfermeiro pode evoluir na relação transpessoal, enfocando as necessidades psicossociais da pessoa, coparticipando ativamente na luta do doente que busca a autorrealização, transcendendo o cuidado no contexto da família e da comunidade, colocando em foco o que é de fato imprescindível para a teoria: o doente e não a tecnologia.

O cuidado humano transpessoal ocorre numa relação eu-tu, e este contato é um processo que transforma, gera e potencializa o processo de *healing* (curar), que se concretiza na relação terapêutica que se estabelece, (Watson, 1985), citada por (Tavares, 2014).

A teoria em questão valoriza assim o trinómio mente/corpo/espírito, centraliza-se numa perspetiva humanista, favorecendo o cuidado transpessoal e colocando a enfermagem como provedora do cuidado holístico necessário ao crescimento e desenvolvimento do homem. Nessa perspetiva considera-se, que os seus pressupostos habilitam ao seu enquadramento neste projeto de intervenção. Esta Teoria prioriza um cuidado com base no estabelecimento de uma relação que vai para além do cuidar físico. Sugere-nos que uma relação transpessoal deve proporcionar ao outro o desenvolvimento da sua autonomia, a compreensão dos fenómenos que o rodeiam, respeitando os seus valores e crenças, estando sempre presente um cuidar com amor e bondade.

4. – PLANEAMENTO DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

4.1 – Entrevista de Avaliação Diagnóstica Como Estratégia

“Ouvir verdadeiramente alguém... é como ouvir a música das estrelas, pois por trás da mensagem imediata de uma pessoa, qualquer que seja essa mensagem, há o universal

(Carl Rogers, 1983)

“O principal instrumento que a Enfermeira dispõe para realizar uma entrevista, é ela própria, com a sua sensibilidade, a sua perspicácia e a sua capacidade de observação e de contacto caloroso com a pessoa”.

(Phaneuf, 2005)

Partindo do pressuposto de Phaneuf e Carl Rogers, na sua “abordagem centrada na pessoa”, de que “os indivíduos possuem dentro de si vastos recursos para a autocompreensão...” e, de que “esses recursos podem ser ativados se houver um clima, passível de definição, de atitudes psicológicas facilitadoras”, a técnica de **entrevista de avaliação diagnóstica** pode ser uma via pela qual se pode criar esse clima facilitador, e se podem ativar esses recursos, pois é a primeira forma de intervir terapêuticamente que o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental tem à sua disposição, e estando descrita no Regulamento n.º 129/2011 (Diário da República, 2.ª série, N.º 35 de 18 de fevereiro de 2011), como fazendo parte das estratégias de intervenção terapêutica que estão na base desse processo de aquisição de competências específicas.

Margot (Phaneuf, 2005), refere-se à Entrevista, como “o principal instrumento de trabalho... mais corrente... praticamente em todos os sectores de cuidados... onde quase tudo passa pela palavra...” e define a Entrevista Clínica de Avaliação Diagnóstica como “... uma **comunicação profissional** pela qual a enfermeira instaura um processo de observação e questionamento da pessoa cuidada, com o objetivo de compreender os detalhes do seu problema de saúde e do contexto no qual este problema de saúde se situa a fim de conseguir planificar cuidados apropriados”.

Esta definição de entrevista, para além da metodologia do processo de enfermagem implícita, engloba nela mesma, outro pressuposto extremamente importante que é, o princípio da comunicação de Paul Watzlawick, citado por (Pio Abreu, 2011), em que refere que “todo o

comportamento é uma forma de comunicação” e que é “impossível não se comunicar”. O que, neste caso especial da Entrevista de Avaliação Diagnóstica, assume um papel de extrema importância pois é, através da interpretação dos signos e dos seus significados, comunicados verbal e não verbalmente e, através de uma observação, compreensão, respeito e escuta ativa da pessoa durante a “entrevista que ela consente em ter conosco... que podemos extrair dela, por exemplo os seus problemas físicos, como o sofrimento,... os seus problemas emotivos, como as suas preocupações, a sua tristeza e o seu sentimento de impotência, e as suas dificuldades relacionais com os que a cercam”, (Phaneuf, 2005).

Esta autora refere também, citando (Thibaudeau, 1986), que “esta primeira entrevista é... uma apresentação recíproca” e que “permite conhecer o melhor de dois mundos” pois, não é apenas a pessoa entrevistada que tem oportunidade de se dar a conhecer ao entrevistador (neste caso o enfermeiro especialista), mas também este tem a oportunidade de se autoconhecer e autoavaliar, desenvolvendo também essa competência específica (prevista no regulamento referido anteriormente), na “relação eu-tu”, como diria Martin Buber citado por (Rogers, 1983), desde que haja autenticidade e congruência simultânea nesse “encontro pessoal tão profundo e mútuo” pois, segundo (Rogers, 1983), “quando consigo ser congruente e genuíno, quase sempre ajudo a outra pessoa. Quando essa outra pessoa é cristalinamente autêntica e congruente, ela quase sempre me ajuda”, e só assim “estaremos vivendo como seres humanos”.

Estes pressupostos de comunicação e relação de um “ouvir criativo, ativo, sensível, acurado, empático, imparcial” (Rogers, 1983), promovem “a criação de um clima... de aceitação, interesse... e consideração” a que o autor chama de “aceitação incondicional”, e de “compreensão empática”, que “facilita a mudança” e permite que o cliente “expresse os seus sentimentos mais profundos”. Com estes alicerces e numa perspetiva de análise mais compreensiva e menos explicativa do homem, segundo (Pio Abreu, 2011), que também se apoia no método fenomenológico, poderemos então compreender o outro através da forma como este encara a sua realidade, como se posiciona face às suas vivências (como as percebe e como as vivencia), qual a sua visão do mundo (a sua verdade sobre o mundo), dos objetos e com os objetos que o circundam (que fazem parte do seu perimundo), não fazendo juízos sobre a verdade das suas opiniões.

Assim ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria é exigido como competências específicas: Assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos ou comunidade, na otimização da saúde mental (F2), mobilizando aptidões de comunicação e técnicas e entrevista, ” (REPE-EESM,2011).

É-lhe exigido também competências para “Executar uma avaliação global abrangente das necessidades em saúde mental..., nos diversos contextos sociais e territoriais..., com ênfase na história de saúde mental e sobre fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental e ainda, fatores predisponentes, capacidade de respostas humanas internas e recursos para manter a saúde, bem como o impacto desse problema na qualidade de vida e bem-estar, na sua funcionabilidade, autonomia e repercussão nos sistemas sociais...” (F2.1) e (F2.2), (REPE-EESM,2011).

Foram estas premissas, respeitando a técnica de entrevista de avaliação diagnóstica em enfermagem, interiorizada, planeada, aplicada, avaliada e supervisionada, por enfermeiros, também eles EESMP, por variadíssimas vezes, em *Roleplaying* durante o Curso de Mestrado, que permitiram uma correta aplicação e execução das entrevistas realizadas em ambos os contextos, comunitário e hospitalar.

É só através de uma minuciosa avaliação diagnóstica do estado mental momentâneo da consciência dos utentes entrevistados, do seu pensamento, atenção, memória, humor, emoções, afetos, do seu discurso, que é reflexo do seu pensamento, da sua aparência, da sua postura, da sua mobilidade, do seu comportamento e da sua conduta entre outros aspetos, que conseguimos conhecer e chegar empaticamente aquela pessoa.

Só usando uma abordagem fenomenológica, centralizada na pessoa, no que esta **sabe, pensa e sente** sobre a sua situação e sobre **o que realmente a preocupa**, com técnicas de comunicação, atitudes facilitadoras da entrevista e atitudes a evitar durante a mesma, permite que esta comunique, às vezes mesmo sem falar, só por interpretação dos “signos” e “significados” (Pio Abreu, 2011), a que o enfermeiro tem que estar atento e interpretar, para daí recolher os dados que necessita para a identificação dos problemas dessa pessoa, passíveis de intervenção de enfermagem.

Assim a entrevista “não é somente um questionamento, é em primeiro lugar uma relação que se estabelece”, e, pode ser, por si só, já um fator de recuperação para aquela pessoa, que tem aí também a oportunidade de se consciencializar dos seus problemas e começar a ganhar “*empowerment*”. Assim e de acordo com (Phaneuf, 2005), para a pessoa “a entrevista, é um momento de *empowerment*, ... isto é, um momento em que ela retoma um certo poder”, sobre si própria, sobre a sua doença e sobre a sua vida.

4.2 – Relação de Ajuda Como Estratégia

“Cuidar é ajudar o outro e com o crescimento do outro eu também cresço”

(Milton Mayeroff, 1971), citado por,(Emília Coutinho, 2004)

“Um bom relacionamento é até mais esperado, pelo paciente, do que a cura...”

(Kaplan & Sadock, 1990)

Todos nós sabemos o quanto é complexo o relacionamento entre as pessoas. Mesmo no nosso dia-a-dia, com os nossos maridos, mulheres, filhos, familiares, amigos ou apenas pessoas com que nos cruzamos. Estamos a interagir e há todo um conjunto de fatores de comunicação e relação que fazem com que, algumas dessas relações sejam mais conseguidas do que outras.

Tal como referimos nas teóricas de enfermagem, H. Peplau e Jean Watson, “se considerarmos as pessoas como sistemas abertos, à procura de um equilíbrio e em trocas constantes com o ambiente que as rodeia, que afeta e é afetado pelo outro (Pio Abreu, 2011), conseguimos alcançar a complexidade da relação interpessoal, muito mais no caso de doença, em que a própria pessoa como sistema está em desequilíbrio.

No caso das patologias do foro mental, essa desarmonia consigo próprio, com os outros e com o seu perimundo ainda é mais evidente, Pio Abreu, no seu livro “Bailado da Alma”, 2014, fala mesmo de depressão como a doença dos ritmos: em que essa perda de sincronismo, sintonia e harmonização, com os seus próprios ritmos (sono, atividades de vida diária, etc..) e com os ritmos daqueles com quem partilha a vida. (Pio Abreu, 2014)

Compreendendo desde já, que o homem é um “ser em relação” (Chalifour, 1989) e que em contexto de cuidados essa relação se torna ainda mais permanente e necessária e que, esta não é apenas “um encontro entre duas pessoas” (Carl Rogers, 2010), mas pode ser também um meio para chegar ao outro e através deste estabelecer de uma “ ponte terapêutica”, para a cura ou recuperação daquela pessoa.

A Relação Interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou um grupo de pessoas tem sido muitas vezes considerada como o cerne dos cuidados de enfermagem e muitas vezes apresentada como o pilar onde devem assentar esses mesmos cuidados.

A própria Ordem dos Enfermeiros, refere que o exercício profissional de Enfermagem se centra nessa relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas, família ou comunidades (OE, 2001).

Mas a Relação de Ajuda, e principalmente em Saúde Mental, assenta em premissas, muito mais complexas e pode ser vista como uma estratégia autónoma de intervenção terapêutica à pessoa com perturbação mental, numa conceção sistémica da mesma, centrando-se nas suas vivências, no que sabe, pensa e sente sobre a sua doença.

Se, em termos de cuidado geral de enfermagem, essa relação possa ser vista como o “cenário”, no qual decorrem esses cuidados, influenciando-os decisivamente, sejam eles qual forem, no contexto de Intervenção Terapêutica, deixa de ser o “cenário” e passa a ser a “atriz” principal, assumindo-se como Relação Terapêutica e concretizando-se através dos cuidados psicoterapêuticos, (Lopes, s/d).

É essa Relação de ajuda que permite a avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica, como um processo sequencial, onde não há verdadeiramente uma linha de separação entre ambas, e onde, de forma planeada, estruturada com intencionalidade e objetivos claros, permitindo também o desenvolvimento de algumas das técnicas de comunicação e observação, atitudes de relação de ajuda profissional, como a empatia, o respeito, a confiança e a autenticidade, quer durante o processo de avaliação diagnóstica, quer durante o processo de intervenção terapêutica.

Durante o Curso de Mestrado, fomos fomentando essa aprendizagem, deste instrumento basilar à enfermagem e ainda mais especificamente ao EESMP, através de entrevistas em contexto real e recorrendo à representação de papéis, em *Roleplaying*. Essa dramatização, permitiu, por sua vez, uma simulação de cada um dos papéis, tanto de utente, como de enfermeiro e supervisor, proporcionando não apenas, uma interiorização e vivência mais aproximada de uma situação real, mas também, ter como função testar “in vivo”, capacidades como espontaneidade, criatividade, imediatez, segurança, confiança, autenticidade, necessárias e condição obrigatória, para que a relação se estabeleça, pois estas competências específicas não só podem ser aprendidas, como treinadas, melhoradas e desenvolvidas.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, não se demitindo das competências gerais a todos os Enfermeiros, deve, face “às pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental”, (REPE-EESM, 2011), desenvolver competências distintas e específicas, de âmbito psicoterapêutico, “mobilizando-se a si

mesmo como instrumento terapêutico, desenvolvendo vivências, conhecimentos, capacidades e competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais” (REPE-EESM, 2011), que lhe permitam estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, visando não só o “aumento do seu *insight* sobre os problemas, mas também, a capacidade de encontrar novos níveis de resolução dos mesmos” (REPE-EESM,2011).

Para estabelecermos essa relação terapêutica, com o uso intencional desta estratégia, que afinal também contribui para a aquisição das competências do EESMP, tive em conta as três fases que compõem a relação de ajuda, do início, corpo e fim da relação, recorrendo a estratégias terapêuticas descritas anteriormente, instrumentos de avaliação e intervenção terapêutica, adaptados aos diagnósticos de enfermagem, que fui identificando, segundo a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 2006), NIC (Nursing Interventions Classification, 2010) e NOC (Nursing Outcomes Classification, 2010).

Uma nota sobre Sincronização e Relação Interpessoal

Sabemos pela teoria dos sistemas que cada ser humano é um sistema aberto e que “existem trocas de energia sempre que um ser, (um sistema), interage com outro”, (Pio Abreu, 2014). Sabemos também que, “quem se sincroniza e harmoniza desfruta, como que de uma energia adicional”. (Pio Abreu, 2014)

Por outro lado a neguentropia, ou entropia negativa, contraria a visão de que “a energia dentro de um sistema, caminha ao longo do tempo, para a sua dissipação” (característico dos sistemas fechados), pois todo o desenvolvimento da vida nos sistemas naturais, que são sempre sistemas abertos, estão dessa forma abertos não só à energia radiante, que provém do sol, como às trocas de energia e informação entre esses sistemas, por isso não se dissipando, mas sim renovando e reorganizando.

Outro conceito, apresentado por Carl Rogers, citando Szent – Gyoergy, é o de “Sintropia” a que, Whyte, chamou de “tendência mórfica, em que qualquer ser, tanto ao nível inorgânico como ao nível orgânico, tem sempre uma “tendência em direção a uma ordem crescente e uma complexidade inter-relacionada”... Tal como o universo está em constante construção e criação, assim como em deterioração, também no ser humano esse processo é evidente”. Quando se refere à motivação humana, que acredita que assenta num substrato, que é “a tendência do organismo à auto-realização e também àquela tendência formativa”, (Carl Rogers, 2010)

Este autor acredita também que o processo ou “capacidade tão importante que é consciência de si”, participa nessa “tendência formativa, mais ampla e criativa” e permite um funcionamento mais pleno e a uma vivência mais integral, sem barreiras, sem inibições que

permitem um “movimento em direção ao que é inteiro, à integração e à vida unificada”. Acredita por isso, que essa “tendência direcional formativa”, a par da “tendência auto-realizadora”, se trata afinal de “uma tendência evolutiva para uma maior ordem, uma maior complexidade, uma maior inter-relação” que é no fundo, o “fundamento dessa abordagem centrada na pessoa”. Acredita também, que se proporcionarmos um “clima estimulante”, onde permitimos que as pessoas “sejam”, estamos no fundo a promover essa “tendência criativa poderosa”, que permite a promoção de mudanças construtivas na personalidade e no comportamento dos indivíduos.

Logo, existe também essa tendência de Auto-organização, em “composições fractais”, que não são mais que movimentos rítmicos de sincronização, de forma espontânea e de forma a estabilizar e a organizar os sistemas. Este Modelo HKB (Haken, Kelso e Bunz, 1985), citados por (Pio Abreu, 2014), pode ser aplicado também às relações interpessoais, onde “a tendência resultante da interação é para a similitude de conformações ou para a sincronização e harmonização.

Pio Abreu defende esta ideia de que, “ a «relação», é sempre uma sincronização interpessoal duradoura”, e “ o «encontro», embora alimente «a relação», é mais efêmero, mas também implica uma sincronização” e ainda, “que um «encontro», pode ser casual ou combinado, repetido ou rotineiro, superficial ou mais conseguido, mas depende sempre da profundidade de sincronização que se estabelece” (Pio Abreu, 2014). Esta sincronização começa desde logo por estarem no mesmo local, à mesma hora, frente a frente, pela sincronização mimetizada da postura, expressão do rosto, gestos, movimentos, tom de voz.

Além disso, é também através da fala, “que é a forma de comunicar conteúdos mentais”, que as ideias passam de um para o outro, havendo uma partilha de estados mentais e o funcionamento cerebral tenderá a sincronizar-se e a tornar-se semelhante (Pio Abreu, 2014).

Para além destas sincronias, há ainda o estudo das sincronias dos ritmos fisiológicos do organismos (respiratório, cardíaco, entre outros), (Muller & Lindenberger, 2011) citados por (Pio Abreu, 2014). Com todos estes dados, podemos ver já as potencialidades destes encontros (entrevistas) e como deles podemos fazer uso, como técnica psicoterapêutica por si só e para que através destes, termos já uma intencionalidade terapêutica de “mudança”, cognitiva e comportamental, quer pelas trocas de energia, quer pela sincronização que pode estabelecer-se. Assim a importância desses encontros dependem da “abrangência (ou profundidade) das sincronias que se estabelecem” (Pio Abreu, 2014) e como uma relação pode nascer desses encontros repetidos, também a maior ou menor profundidade desta, dependerá das sincronias e harmonizações fisiológicas e mentais que se consigam estabelecer.

4.3 – Avaliação do risco de Suicídio como Estratégia

“Não há como prever quem cometerá ou não suicídio, mas é possível avaliar o risco individual que cada pessoa apresenta, baseado nos fatores de risco e de proteção” ...

(Bertolote et al., 2010).

Como já vimos “o suicídio é um problema complexo para o qual não existe uma única causa ou uma única razão. Ele resulta de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais. É difícil explicar porque algumas pessoas decidem cometer suicídio, enquanto outras em situação similar ou pior não o fazem. Contudo a maioria dos suicídios pode ser prevenida” (OMS, 2000).

Sobre a importância de se avaliar o risco de suicídio em contexto Hospitalar e comunitário, (Bertolote et al., 2010), num dos seus inúmeros trabalhos sobre esta temática, concluiu que “não há como prever quem cometerá suicídio, mas é possível avaliar o risco individual que cada paciente apresenta, tendo em vista a investigação detalhada e empática da entrevista clínica. Impedir que o paciente venha a se matar é regra preliminar e fundamental”.

E referia ainda que, a entrevista clínica é o melhor método para avaliar o risco suicida e tem dois objetivos:

- 1) Apoio emocional e de estabelecimento de vínculo;
- 2) Coleta de informações (Bertolote et al., 2010).

Para este autor esta oportunidade que os profissionais de saúde têm para explorar esses riscos, durante o internamento e nos serviços de saúde no geral, como medida de prevenção primária secundária ou terciária, não deve ser perdida e por isso, “o profissional deve estar preparado e bem treinado para a abordagem destes pacientes” (Bertolote, et al., 2010). Deve explorar “um número considerável de informações: caracterização do ato suicida (método, circunstâncias, intencionalidade), dados de cunho epidemiológico (fatores de risco, acontecimentos marcantes), fatores predisponentes e precipitantes, aspectos psicodinâmicos (conflitos, motivações, fantasias a respeito da morte), antecedentes pessoais e familiares, modelos de identificação, dados sobre a saúde física” (Bertolote, et al., 2010).

A rede de apoio social (com quem o paciente se relaciona e pode contar: em casa, no trabalho, em igreja e associações), também é muito importante, mas o mais importante é “formar uma ideia a respeito da personalidade do indivíduo, principalmente no que diz respeito a mecanismos de defesa e de adaptação (“ *coping* ”) em situações de crise (Bertolote, et al., 2010).

No final, deve-se chegar a um diagnóstico global da situação do paciente e à estimativa do risco suicida” (Bertolote, et al., 2010).

Existem, como já vimos atrás, recomendações da OMS e diretrizes de atuação da APA, face à pessoa em risco de suicídio, mas torna-se essencial avaliar, quantificar esse risco, pois só perante esses dados se pode intervir consoante o grau de risco que a pessoa apresenta e esta foi a premissa principal que levou à elaboração do Projeto de Intervenção Terapêutica que se apresenta em relatório.

Algumas das estratégias para avaliação do risco de suicídio, baseadas em evidências, estão bem expostas no guia orientador de boas práticas, para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária, (OE, 2012), que prevê essa avaliação do risco de suicídio, através da Entrevista, como se expôs acima e do recurso a escalas e outros instrumentos de avaliação, para identificação dos fatores predisponentes e fatores protetores, “pois ajuda na tomada de decisão das intervenções terapêuticas e na evolução do grau de perigosidade” (OE, 2012).

A OE preconiza assim, uma entrevista estruturada ou semi estruturada, “que estabeleça um vínculo de confiança, que leva a pessoa a colaborar verbalizar e exteriorizar o seu sofrimento psicológico” (OE, 2012), tendo presente que “é uma pessoa em sofrimento intenso que necessita de respeito e compreensão” e ainda que “esta abordagem já faz parte do tratamento e por si só pode ter uma ação terapeuta no pensamento suicida” (OE, 2012).

É defendido também que deve perguntar-se diretamente, sobre ideação suicida e intenção suicida (plano suicida), “pois quanto maior é a ideação suicida, maior é o risco de suicídio” (Schmitt et al., 2001).

Sobre o recurso aos contratos de “não suicídio verbais ou escritos, como forma de prevenir o suicídio, segundo Kaplan & Sadock, em 1990, referem ser benéficos e até aconselhados, “no início do tratamento, com o objetivo de melhorar a adesão ao tratamento e reduzir a probabilidade de mais comportamentos suicidários”, embora por si só “não garantam condições de segurança ou impedimento de suicídio” (RNAO, 2009), citado por (OE, 2012). A OE, defende um tratamento associando, tratamentos farmacológicos e psicoterapias, com “intervenções bem definidas, sistematizadas e validadas” (OE, 2012).

A terapia cognitivo-comportamental é a que tem mais evidência de utilidade nestes casos, (OE, 2012). Associar a família como fator protetor (também pode ser fator de risco) e todas as pessoas que constituem suporte familiar e social, principalmente no tratamento subsequente. (OE, 2012).

Recorrer a abordagens psicoeducativas e investir nas consultas de acompanhamento, dando continuidade aos cuidados, encaminhando e referenciando para os cuidados de saúde primários e organizando um *follow-up* e acompanhamento do utente, quer por contacto direto telefónico com o utente, quer através dos números de contacto telefónico com familiares. (OE, 2012).

Para (Saraiva et al., 2014), citado por (Santos et al., 2014) o acompanhamento após a alta hospitalar é uma das medidas seletivas preventivas, aliadas à psicofarmacologia e à psicoterapia, “comprovadamente eficaz para os comportamentos auto lesivos e atos suicidas”.

Num estudo internacional multicêntrico (SUPRE-MISS), lançado pela OMS em 2000, o acompanhamento telefónico regular e uma entrevista motivacional, aliados a um encaminhamento para o serviço da rede pública, após alta hospitalar, às pessoas que recorreram ao serviço de urgência por tentativa e suicídio, revelou-se uma “estratégia inovadora de incentivo à busca e à manutenção do tratamento”, que se revelou eficaz, após 18 meses de seguimento, em que “a percentagem de suicídios do grupo que não recebeu telefonemas periódicos foi, comparativamente, 10 vezes maior”, embora “não tenha reduzido o número de tentativas de suicídio” (Da Silva Cais et al., 2009), citados por (Bertolote et al., 2010), conforme fluxograma apresentado abaixo na figura 3:

Figura 3 – Fluxograma do SUPRE-MISS



Adaptado de Figura 1 - Fluxograma do SUPRE-MISS.(Bertolote et al., 2010).

Morgan & Owen (1990), citados por (Bertolote *et al.*, 2010), defendiam já que a melhor estratégia para populações em alto risco de suicídio (com história de tentativa de suicídio), passa também pelo “acompanhamento adequado após a alta” e não apenas pelo encaminhamento para o serviço de saúde local, preconizando assim, as indicações da (OMS, 2000), citada por (Bertolote *et al.*, 2010), para uma abordagem inicial ao doente, com um acolhimento empático, respeito pelos seus sentimentos e escolhas, mas simultaneamente adotando medidas para manter o doente em segurança. A realização de intervenções breves nas 1^{as} duas semanas após a tentativa de suicídio, com entrevistas de avaliação diagnóstica e motivacionais, estruturadas ou semiestruturadas, com recurso a escalas para avaliação sistematizada mas simples, do risco de suicídio e a realização de contrato terapêutico de não suicídio e o encaminhamento para serviço de saúde na comunidade e ainda de seguimento telefónico e visita domiciliária, nos casos que assim o exijam.

Tanto a OMS, como a APA, citados por, (Bertolote *et al.*, 2010), recomendam que para todos os doentes o atendimento, acesso e contato com os serviços de saúde, “deve ser facilitado, rápido e com seguimento terapêutico adequado”, para vislumbrar “um ponto inicial, por onde começar a organizar o caos emocional” do doente e também como “ponto de esperança, evitando o abandono do tratamento e a perda dessa oportunidade de diminuir o risco de suicídio”.

Hoje sabe-se que cerca de metade dos adolescentes pensa no ato uma hora antes, tendo um comportamento de grande impulsividade e as principais razões para tal são conseguir alívio de um estado de sofrimento mental terrível (Madge *et al.*, 2008), citado por (Santos *et al.*, 2014).

Mais recentemente tem sido associado o *bullying* aos comportamentos suicidários adolescentes, não só as vítimas, mas também os agressores (Klomek, Sourander & Gould, 2010), citado por, (Santos *et al.*, 2014), sendo o reforço dos fatores protetores e das competências sociais acompanhados pela monitorização de comportamentos, pelos professores e estudantes, importantes medidas para a sua prevenção (Kaminski & Fang, 2009), citado por, (Santos *et al.*, 2014). Também por isso um ambiente promotor de saúde mental, esclarecido e perspicaz, pode permitir a identificação de sinais de alarme e uma primeira intervenção de proximidade, que as escolas com programas de prevenção deverão ser capazes de interpretar.

O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) inclui os adolescentes como uma população com intervenção prioritária e prevê:

a) Campanhas de prevenção nas escolas (incluindo alunos, assistentes operacionais, professores e família), através do combate ao estigma em saúde mental, identificação de fatores de risco e protetores da depressão, ideação suicida, comportamentos auto lesivos e atos suicidas, em particular do recurso a substâncias psicoativas;

b) Criação de sinergias entre a escola, a família, os serviços de saúde e a comunidade, favorecendo uma visão ecológica e integradora;

c) Maior restrição do consumo de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas;

d) Aumento da cobertura de respostas de saúde mental da infância e adolescência (DGS, 2013), citado por, (Santos *et al.*, 2014).

Trabalhar a prevenção do suicídio com esta população, em meio escolar, tem-se revelado extremamente pertinente e prioritário, dado que a ocorrência destes comportamentos da esfera suicidária na adolescência aumenta o risco de problemas na idade adulta (Wasserman *et al.*, 2010; Brás & Santos, 2014), citado por (Santos *et al.*, 2014).

4.4 – A Promoção de Esperança como Estratégia

É defendido o “valor terapêutico da esperança”, assentando na premissa de que “a esperança pode não estar completamente dependente dos recursos pessoais do cliente” e pode ser “emprestada, compartilhada e promovida através e objetos ou imagens simbólicos e significativos para a pessoa” (OE, 2012).

Uma pessoa que comete uma tentativa de suicídio, é uma pessoa em crise, é uma pessoa que perdeu a esperança e segundo as recomendações da OE, existem várias estratégias que podem ser favoráveis utilizar para promover a esperança, neste mesmo período de crise.

Os Contratos de “Não Suicídio” são “acordos verbais ou escritos, em que o individuo assume que não irá recorrer a comportamentos autoagressivos e se tiver impulsos suicidas partilhará essa situação com uma pessoa de referência. Este recurso psicoterapêutico utiliza-se com frequência no início do tratamento, com o objetivo de melhorar a adesão ao tratamento e reduzir a probabilidade de mais comportamentos suicidas”, (GOBP-OE-MCEESMP, 2012).

Não há, no entanto estudos que confirmem a segurança deste procedimento. “Os contratos Não Suicídio, não garantem condições de segurança para a não concretização do comportamento e não há evidência de que ele funcione como um impedimento ao suicídio”, (RNAO,2009), citado em (GOBP-OE-MCEESMP,2012).

Deve fazer-se um tratamento associando tratamento farmacológico e tratamento com psicoterapias, mas “torna-se fundamental ter intervenções psicoterapêuticas definidas, sistematizadas e validadas”, (GOBP-OE-MCEESMP,2012).

O tratamento hospitalar deve ser rigoroso e de acordo com o transtorno psiquiátrico diagnosticado e com diagnósticos de Enfermagem identificados. Requer vigilância 24H por dia com observação minuciosa de comportamentos que denotem nova intensão suicida.

Na prática da Enfermagem, é então defendido o valor terapêutico da esperança em relação à saúde e bem-estar, sendo traduzido pelo recordar os indivíduos de que, apesar da adversidade ou circunstâncias penosas, é possível ultrapassar as dificuldades e ter uma vida preenchida de significado e objetivos. (GOBP-OE-MCEESMP, 2012)

Existem duas estratégias:

- “Kit de esperança”. Pode conter itens que representam esperança para o cliente, tais como fotografias de família, música, objetos ou imagem com simbolismo ou significativas, relatos de experiência, entre outros;

- “Empréstimo de esperança” (*Borrow Hope*). Esta técnica assenta na premissa de que a esperança pode ser emprestada e compartilhada, não estando completamente dependente dos recursos pessoais do cliente. Realçando a importância da relação e das competências individuais do enfermeiro, a promoção da esperança exige ao enfermeiro comprometimento pessoal e autoconhecimento, (RNAO, 2009), citado em (GOBP-OE-MCEESMP, 2012).

4.5 - Definição de Objetivos/ Resultados esperados

Segundo nos diz Tavares, “ ...estabelecer objetivos, consiste em definir e delimitar o caminho que queremos seguir. Eles refletem a dinâmica de quem projeta, definindo as atividades e os resultados pretendidos com a sua execução.” (Tavares,1990),

Objetivos Pessoais:

- Desenvolver competências específicas na promoção da saúde mental e prevenção do risco de suicídio de acordo com o regulamento das competências específicas do EESMP.
- Promover a Saúde e Prevenir o Suicídio.

Para conseguir atingir os meus objetivos pessoais quer nas intervenções planeadas para os alunos das escolas ESRSI e EBSG de Estremoz, quer nas intervenções terapêuticas delineadas para os utentes do SIP, do HESE, foi necessário delinear por sua vez, objetivos para cada uma das populações alvo envolvidas.

Assim, para os alunos dos, 9º e 8º anos das ESRSI e EBSG, de Estremoz, no ano letivo 2015/2016, adotamos os objetivos do projeto + contigo, delineados pela equipa coordenadora do mesmo, adaptados também aos objetivos pretendidos pela equipa implementadora do projeto

Objetivos Gerais:

- Promover a saúde mental e bem-estar nos jovens que irão frequentar as turmas do 9º e 8º ano de escolaridade na ESRSI e na EBSG de Estremoz, no ano letivo de 2015/2016.
- Prevenir comportamentos da esfera suicidária;
- Combater o estigma em saúde mental;
- Criar uma rede de atendimento de saúde mental, encaminhando os casos identificados, (Santos et al., 2014).

Para a População Alvo

Objetivos específicos para a população alvo

- 1- Reduzir o estigma
- 2- Promover habilidades sociais;
- 3- Promover o autoconceito;
- 4- Promover a capacidade de resolução de problemas;
- 5- Promover a assertividade na comunicação;
- 6- Melhorar a expressão e gestão de emoções;
- 7- Detetar precocemente situações de distúrbio mental;
- 8- Fortalecer redes de apoio nos serviços de saúde, (Santos *et al.*, 2014)

No serviço de Internamento de Psiquiatria do HESE, delineei os seguintes objetivos:

Objetivos Gerais

- Promover a saúde mental e bem-estar nos doentes com sintomatologia depressiva e/ou comportamentos da esfera suicidária, internados no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental - Serviço de Internamento, do Hospital do Espírito Santo de Évora, de 26 de setembro de 2015 a 22 de janeiro de 2016
- Prevenir comportamentos da esfera suicidária;
- Propor sistematizar a intervenção em doentes com risco de suicídio;
- Avaliar e analisar, com metodologia descritiva e correlacional a população de doentes a quem se aplicou instrumento de avaliação/quantificação do risco de suicídio e sintomatologia psicopatológica associada antes e seis semanas após as intervenções terapêuticas.

Objetivos específicos

Objetivos específicos com a população alvo:

1. Proceder a uma avaliação diagnóstica completa (com aplicação de instrumento de avaliação) dos doentes com sintomatologia depressiva e/ou comportamentos da esfera suicidária, internados no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental - Serviço de Internamento, do Hospital do Espírito no período, de 26 de setembro de 2015 a 22 de janeiro de 2016 para identificação dos focos de intervenção de enfermagem;
2. Detetar / identificar as situações de risco de suicídio através da aplicação de escalas de avaliação do risco de suicídio aos doentes;
3. Determinar/ quantificar o risco de suicídio consoante baixo risco, médio risco e risco elevado;
4. Planificar estratégias/procedimentos de enfermagem consoante o tipo de risco avaliado, com preenchimento de guia de intervenção;
5. Preparar e executar intervenções terapêuticas com base nas técnicas cognitivo-comportamentais;
6. Eliminar ou reduzir as condições que colocam em risco de suicídio;

7. Promover a aquisição de conhecimentos sobre a temática do suicídio e aspetos psicológicos associados (estratégias psicoeducacionais);
8. Fortalecer os fatores protetores do comportamento suicida, (estratégias de desenvolvimento de competências) complementando-se com os programas psicoeducacionais;
9. Ajudar o doente a desenvolver técnicas de resolução de problemas segundo o modelo de resolução de problemas (D’Zurilla);
10. Caracterizar a população alvo, em termos sociodemográficos, presença de ideação e intencionalidade suicida, risco de suicídio, e sintomatologia psicopatológica associada.

4.6 – Planeamento das Intervenções

O Projeto + Contigo é um projeto de investigação longitudinal baseado numa intervenção multinível em rede no âmbito da promoção da saúde mental e bem-estar e da prevenção de comportamentos da esfera suicidária na comunidade educativa, (Santos *et. al*, 2014). Este projeto teve início em 2009, no âmbito da componente formativa de Enfermagem de Saúde Mental Comunitária, do curso de Pós-Licenciatura de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e é um excelente exemplo de como “os percursos de formação avançada, quando bem pensados e aliando a academia, a clínica e a investigação, podem ser um real contributo para a inovação ou (re) invenção das práticas clínicas, de forma a responder aos desafios que a complexidade dos problemas e intervenções, no domínio da Saúde Mental, comportam” (Santos *et. al*, 2014).

As entidades promotoras deste projeto são a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e Administração Regional de Saúde do Centro.

As entidades parceiras, Direção Geral de Saúde, a Direção Geral dos Estabelecimentos Escolares, a Direção de Serviços da Região Centro (ex-Direção Regional de Educação do Centro), a Consulta de Prevenção do Suicídio do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (CHUC) e o Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Pediátrico dos CHUC e o Serviço de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.

Encontra-se inscrito na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), na linha Bem-estar, Saúde e Doença e envolve já vários agrupamentos de escolas no

país, especialmente na região centro, embora esteja já a ser implementado noutras regiões do país, por exemplo em Setúbal e nos Açores.

Da Equipa Coordenadora do Projeto + Contigo, de Coimbra fazem parte o **Sr. Enfermeiro José Carlos Santos (Coordenador do projeto)**, **Maria Pedro Erse**, **Jorge Façanha**, **Lúcia Marques**, **Rosa Maria Pereira Simões**, **Cândida Loureiro** e colaboradores.

A Equipa de saúde local engloba a UCC de Estremoz, com a Equipa de Saúde Escolar representada pela Sr.^a Enfermeira Carmen Pereira, responsável pela Saúde Escolar na UCC de Estremoz) e pela Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora, comigo, Enfermeira Albertina Delgado, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria- unidade curricular, a desenvolver o projeto de estágio em ensino clínico.

Tem um modelo de intervenção, multinível, ecológico como se apresenta na figura 4:

Figura 4 – Fluxograma Projeto+ Contigo



Adaptado de figura 2 – Fluxograma + Contigo – Projeto + Contigo pág.49 (Santos et al, 2014)

Consiste na formação e capacitação de porteiros sociais “*Gatekeepers*”, na identificação dos sinais e sintomas de comportamentos depressivos, auto lesivos e suicidários, junto da população adolescente em meio escolar, identificando fatores de risco e fatores precipitantes e na intervenção na promoção da saúde mental, promovendo os fatores protetores, identifi-

cando e evitando o estigma da doença mental e promovendo comportamentos de comunicação assertiva visando o bem-estar, a gestão de emoções, a capacidade de resolução de problemas e a promoção da autoestima e do autoconceito nos adolescentes e ainda na identificação e encaminhamento dos casos que necessitem de apoio.

O Projeto + contigo fundamenta-se, não só nos dados estatísticos e sociodemográficos, apresentados anteriormente, relativamente aos comportamentos da esfera suicidária nos adolescentes, mas também, tem por base toda uma experiência clínica vasta nesta área, de toda a equipa coordenadora e está ainda de acordo, com os protocolos estabelecidos entre a saúde e a educação, em 2006, em que os dois ministérios se comprometeram a incrementar um modelo de parceria para implementação dos princípios das escolas promotoras de saúde. Fundamenta-se também, de acordo com as orientações da Direção Geral de Saúde, para o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), de Promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa; Apoiar a inclusão escolar de crianças; Apoiar a inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde especiais; Promover um ambiente escolar seguro e saudável; Contribuir para a promoção de estilos de vida saudáveis; Contribuir para o desenvolvimento da promoção da saúde em meio escolar (DGS, 2007 e 2013), citado por, (Santos *et al.* 2014).

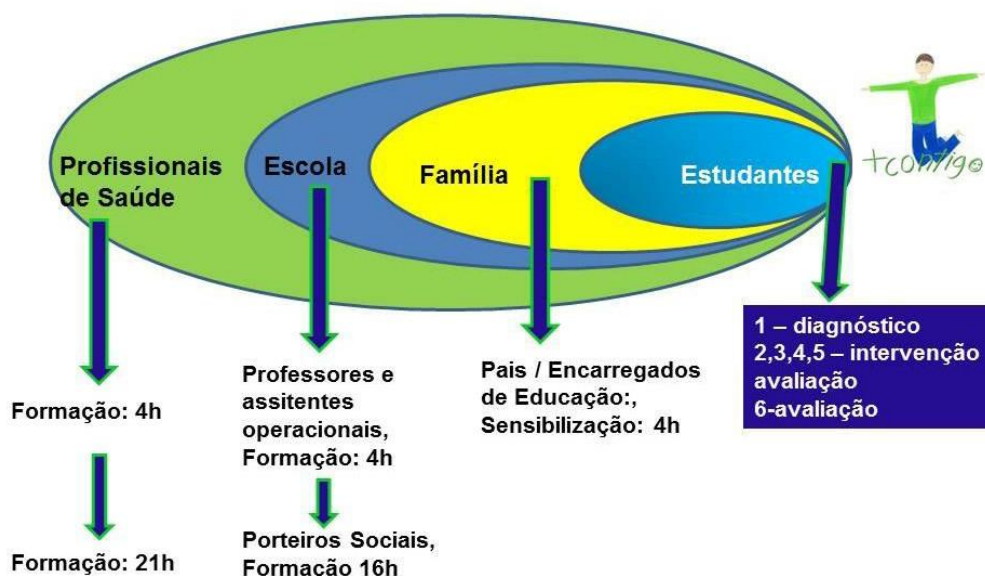
Considera ainda, de acordo com o PNSE, que “a escola é um ambiente de excelência para a promoção da saúde”, e ai poder formar os porteiros sociais, emergentes (Professores, assistentes operacionais, pais e alunos e toda a comunidade educativa) e Porteiros sociais designados (equipas de saúde locais com formação específica), (Santos *et al.* 2014), por ter “uma influência decisiva nos comportamentos das crianças e de todos os jovens, competindo à saúde escolar zelar pela sua saúde física e mental, e por isso, ser essencial esse trabalho em rede, englobando toda a comunidade educativa, equipas de saúde escolar”, (Santos *et al.* 2014), acreditando que “estas equipas multiprofissionais, estão preparados para apoiar e dinamizar a implementação/desenvolvimento de projetos de intervenção em meio escolar, partilhando saberes e experiências positivas e procurando os pontos de convergência necessários para o sucesso dos mesmos” (Santos *et al.* 2014).

Por esse motivo, a primeira aposta deste projeto, é uma aposta formativa, primeiramente dos porteiros sociais designados, ou seja as equipas de saúde locais, especificamente as equipas de saúde escolar, tendo que fazer previamente uma formação de 21 horas, promovida pelo Gabinete de Formação da ARS Centro, ministrada pela equipa coordenadora do projeto em Coimbra, em que eu e a Sr.^a Enfermeira Carmen, participamos nos dias 15,16 e 17 de junho, 2015.

Também uma sensibilização dos professores e assistentes operacionais fazem parte das premissas deste projeto, ministrada por um elemento da equipa coordenadora, sendo as restantes intervenções já da responsabilidade das equipas locais., que também incluímos no nosso plano de intervenções, como pode ser consultado na proposta de adesão ao projeto **(Anexos III e V)**

Para atingir os objetivos propostos foram planeadas atividades de acordo com o esquema apresentado em **(Anexos IX)** e **(Anexo X)**, em que pode visualizar-se as atividades que dão resposta a cada um dos objetivos específicos, para cada população alvo. Essas intervenções planeadas em projeto, no caso das escolas de Estremoz e de acordo com as indicações da equipa coordenadora do projeto + contigo, seguindo os modelos de intervenção desse projeto, que a seguir se apresentam e que consistiam em 7 momentos, dos quais, 4 são intervenções em sala de aula e 3 são momentos avaliativos previstos, e em que, o primeiro seria de avaliação diagnóstica com a aplicação dos questionários, haveria um momento avaliativo intermédio, e no final seriam aplicados novamente os questionários, no último momento avaliativo (7º momento).

Figura 5 - Modelo de intervenção do Projeto + Contigo



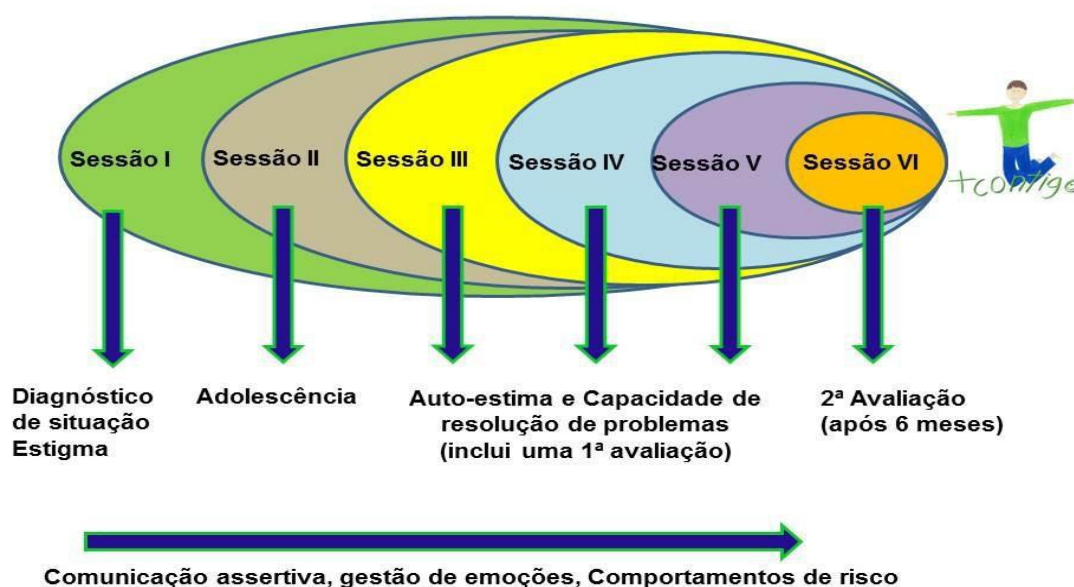
Adaptado de FIG. 1 – Modelo de intervenção do Projeto +Contigo, (Santos et al. 2014).

Cada momento de 45min cada, incluindo os momentos avaliativos, o 1º momento corresponde à fase 0, no início de setembro, com a ação de sensibilização nas escolas, aos pais. Uma sessão formativa de professores e assistentes operacionais, com a duração de 4 horas, em

que se fomenta o debate sobre mitos, práticas, apresentação e operacionalização do projeto nas escolas. O 2º momento corresponde ao preenchimento dos questionários seguida de 4 sessões de intervenção psicoeducativa em sala de aula, com temas como: o Estigma, a adolescência, a autoestima, a capacidade de resolução de problemas e o Bem-Estar, **(Anexo XI)**.

A Comunicação assertiva, gestão de emoções e comportamentos de risco, são transversais a todo o projeto nas escolas, numa metodologia expositiva, discussão de situações concretas, *roleplay* e jogos socioterapêuticos.

Figura 6 - Plano de Intervenção mais contigo



Adaptado de FIGURA 2 – Plano de intervenção +Contigo, (Santos *et al.* 2014).

O grupo de controlo participa nos momentos avaliativos bem como em todas as atividades realizadas e dinamizadas pelos alunos em projeto para toda a escola, nomeadamente cartazes alusivos ao dia da saúde mental, de combate ao estigma ou outros, (Santos *et al.*, 2014).

Cada intervenção, em sala de aula foi previamente enviada pela equipa coordenadora do projeto e estão descritas no quadro em anexo. **(Anexo XI)**. Ficou também designado como intervenção dinâmica com os alunos e comunidade, as comemorações do dia Mundial da Saúde Mental, dia 12 de março, dia + contigo.

Quanto ao planeamento das intervenções no internamento no SIP do HESE, seguiu também a mesma metodologia, foram definidos os objetivos e caracterizada a população alvo, an-

Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

teriormente apresentados e foram delineadas as atividades e intervenções para atingir os mesmos, de acordo com esquema apresentado em **(Anexo IX)** e segundo um cronograma pré- estabelecido, que também se apresenta em **(Anexo XII)**.

5.- IMPLEMENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS

5.1- Intervenções utilizadas para o desenvolvimento de competências

Após todo um trabalho prévio de preparação para a implementação do projeto nas escolas de Estremoz, nas escolas de Estremoz, especificamente, decidiu-se que os momentos de intervenção seriam durante as aulas de Educação para a Cidadania, visto a sua temática se enquadrar nos objetivos e programa da referida disciplina e ainda, por esta ser lecionada pelos respetivos Diretores de turma, o que foi considerado como uma mais-valia para a implementação do mesmo.

Foi, por essa razão, apresentado o projeto, a todos os diretores de turma e docentes da referida disciplina, em sessão especialmente preparada para esse fim, em *Power Point*, e construída uma grelha, com o cronograma final de cada uma das sessões a realizar, que foi entregue a cada um dos professores, **(Anexo XIII)**.

De forma aleatória, foi decidido, em conjunto com os professores, que o grupo experimental seria composto pelos alunos das turmas do 9º A, B, e C, e o grupo de controlo, seria constituído pelos alunos da turma do 9º D, na ESRSI.

Na EBSG, decidiu-se incluir a turma “Vocacional”, do 8º D (faz também o 9º ano), 8º B e C em grupo experimental e a turma do 8º A, como grupo de controlo, porque os professores consideraram que estes alunos poderiam beneficiar mais do projeto, como se veio a verificar

Todas as atividades se desenrolaram conforme estavam programadas, de acordo com os horários de cada uma das turmas e de acordo com os períodos escolares, à exceção da segunda avaliação, ou avaliação intermédia, que foi substituída por mais uma intervenção com os alunos, em sala de aula, de acordo com os esquemas em **(Anexo XIII)**, e de acordo com as sessões que iam sendo enviadas pela equipa coordenadora.

Cada sessão foi apresentada de acordo com as indicações da equipa coordenadora do projeto e recorrendo ao material audiovisual disponibilizado pela mesma, seguindo a metodologia do projeto + contigo atrás descrita.

As dinâmicas criadas, tanto com os alunos, como com todos os intervenientes da comunidade educativa, foi positiva e o *feedback* de todos, também ele foi positivo.

Outras atividades desenvolvidas com os alunos, foram as Comemoração do dia 11 de março / Dia Mundial da Saúde Mental, que foi designado - Dia Mais Contigo.

Dinamização de atividades relacionadas com saúde Mental, dentro das comemorações e atividades da Semana da Saúde, conforme se apresenta no cronograma no, **(Anexo XIV)**.

Comemorou-se então em ambas as escolas, no dia 11 de março, o Dia + contigo, com atividades em comum, incluindo todos os alunos, promovendo a saúde mental e em colaboração com os alunos participantes no projeto, que durante o ano foram desenvolvendo essas atividades.

Foi desenvolvido um programa de atividades para os alunos e para a comunidade e, pedido apoio e parceria, quer à Câmara Municipal de Estremoz, quer ao PESES de ambas as escolas e também da equipa coordenadora de Coimbra. **(Anexo XV)**

Foi feita divulgação, através de cartazes, nas escolas e comunidade, programas de rádio e afixação do programa de atividades, do Dia + Contigo.

Na ERSI, integrou-se a comemoração deste dia, na Semana Da Saúde, com exposições e atividades variadas, com a especial participação do Poeta António Carlos Santos e apresentação da sua obra Poética. **(Anexo XVI)**

O grupo de controlo participou, quer nos momentos de diagnóstico e avaliação, quer nas atividades dinamizadas pelos alunos, no dia + contigo, beneficiando assim, deste projeto.

No final, foram aplicados os questionários, colocados em envelope selado e levados em mão, diretamente a Coimbra.

Os dados foram introduzidos no Programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), pela equipa coordenadora do projeto e posteriormente enviados para a equipa local, para análise de resultados, que adiante apresento.

No internamento, numa lógica de seguir a mesma estruturação programada em projeto de estágio, a implementação das estratégias de intervenção terapêutica, aos utentes com comportamentos da esfera suicidária, internados no SIP do HESE, durante o período de 26 de setembro de 2015 a 22 de janeiro de 2016, foi sendo adaptada às situações e aos utentes que criteriosamente foram sendo escolhidos para as intervenções.

Os critérios de escolha foram terem sido internados por tentativa de suicídio, por serem estes os utentes com um perfil de maior risco à partida, que neste período foram sete, mas um dos utentes foi avaliado, com entrevista inicial diagnóstica, após uma tentativa de suicídio por enforcamento, com internamento compulsivo, mas no dia seguinte, à chegada ao SIP, este já

tinha assinado o termo de responsabilidade para alta clínica e já não foi possível fazer o seguimento, ficando apenas 6 utentes para as intervenções terapêuticas.

Por esse motivo e após constatação da curta duração que alguns internamentos poderiam ter, decidi, juntamente com o enfermeiro que orientou o estágio no SIP, aplicar-se logo na 1ª entrevista, os instrumentos de recolha de dados.

Antecipadamente foi preparado um guião de entrevista semi-estruturada (**Anexo XXIII**) e um questionário de dados sociodemográficos (**Anexo XVIII**), que previamente foram apresentados e aprovados pelos supervisores, bem como assegurados todos os princípios éticos.

As intervenções basearam-se na realização de entrevistas de intervenção terapêutica, semiestruturadas, seguindo o plano e técnicas baseadas em evidências, conforme se descreverá mais à frente, para recolha de dados, com uma avaliação diagnóstica da situação de cada utente, pela aplicação de instrumentos de avaliação do risco de suicídio e pela implementação das intervenções e estratégias que abaixo se descrevem, de acordo com os, (**Anexos X e XVII**):

Intervenção I

Um 1º Momento de avaliação diagnóstica (nas 1ªs 72 horas),

Atividades realizadas para alcançar os objetivos (Objetivos 1, 2, 3, 4 e 5):

1. Realização de uma primeira entrevista de avaliação diagnóstica com aplicação de instrumento de avaliação do risco de suicídio e com recurso a técnicas de relação de ajuda;
2. Determinação do risco de suicídio específico naquele doente, através da aplicação de escala de avaliação do risco de suicídio e quantificação do risco de suicídio em baixo risco, médio risco e risco elevado;
3. Preenchimento de um guia de intervenção ao doente em risco de suicídio consoante a avaliação do tipo de risco, efetuada a partir da escala aplicada;
4. Proposição de um contrato terapêutico, visando estimular compromisso do doente em não adotar comportamentos auto lesivos;
5. Propor ao doente num registo de pensamentos/ sentimentos ou emoções disfuncionais/ automáticos (como trabalho a realizar até à próxima entrevista)
6. Programar logo a sessão terapêutica seguinte;
7. Efetuar o registo dos dados recolhidos, nas notas de enfermagem do doente (tendo a possibilidade de atuar em conjunto com a equipa de enfermagem no plano de cuidados do doente e com restante equipa multiprofissional);
8. Propor que seja possível adicionar o guia de intervenção previsto ao processo do doente.

Intervenção II

2º Momento de intervenção (do 2º ou 6º dia de internamento)

Atividades realizadas (Objetivos, 1, 4, 5, 6, 7, 8, e 9)

1. Entrevista de ajuda com recurso a técnicas/ estratégias de intervenção terapêutica, (técnicas de controlo da ansiedade, intervenções terapêuticas com base nas técnicas cognitivo-comportamentais, técnicas de expressão de emoções e sentimentos, registo de pensamentos disfuncionais/automáticos, contrato terapêutico, promoção da capacidade de resolução de problemas e estratégias de *coping* segundo o modelo D’Zurilla, promoção da esperança, autoestima, autoconceito ...)
2. Análise do registo de pensamentos/ sentimentos e emoções feito pelo doente
3. Psicoeducação visando, o aumento da autoestima/ autoconceito, aumento da esperança e promoção de estratégias de *coping*/ efeitos da medicação.
4. Reforço do cumprimento do contrato terapêutico, visando reforçar o estímulo e compromisso do doente em não adotar comportamentos auto lesivos
5. Programação e agendamento já da terceira intervenção e/ou preparação para a alta clínica e encaminhamento para comunidade
6. Efetuado o registo dos dados recolhidos, nas notas de enfermagem do doente (tendo a possibilidade de atuar em conjunto com a equipa de enfermagem no plano de cuidados do doente e com restante equipa multiprofissional)

Intervenção III

3º Momento de intervenção (do 6º dia até à alta Clínica, consoante a duração do internamento, realizadas uma ou duas entrevistas por semana)

Atividades realizadas (Objetivos, 1, 4, 5, 6, 7, 8, e 9)

1. Entrevista profissional de ajuda com recurso a técnicas/ estratégias de intervenção terapêutica (técnicas de controlo da ansiedade, intervenções terapêuticas com base nas técnicas cognitivo-comportamentais, técnicas de expressão de emoções e sentimentos, registo de pensamentos disfuncionais/automáticos, contrato terapêutico, promoção da capacidade de resolução de problemas e estratégias de *coping* segundo o modelo D’Zurilla, promoção da esperança, autoestima, autoconceito ...)

2. Continuação da análise do registo de pensamentos/ sentimentos ou emoções disfuncionais/ automáticos feitos pelo doente durante a semana
3. Psicoeducação visando, o aumento da autoestima/ autoconceito, aumento da esperança e promoção de estratégias de coping/ efeitos da medicação/ alta clínica.
4. Reforço do cumprimento do contrato terapêutico, visando reforçar o estímulo e compromisso do doente em não adotar comportamentos auto lesivos
5. Efetuado o registo dos dados recolhidos, nas notas de enfermagem do doente (tendo a possibilidade de atuar em conjunto com a equipa de enfermagem no plano de cuidados do doente e com restante equipa multiprofissional)
6. Programação e agendamento já da quarta intervenção, avaliação ou recomendações para a alta clínica e reencaminhamento para a comunidade.

Intervenção IV

4º Momento de intervenção (Após a alta clínica, durante 3 meses, 1 vez por semana até 4ª semana e de 15 em 15 dias até à 12ª semana)

Atividades realizadas (Objetivos, 1, 4, 5, 6, 7, 8, e 9)

1. Acompanhamento telefónico, como estratégia de intervenção de enfermagem
2. Reforço do cumprimento do contrato terapêutico, visando reforçar o estímulo e compromisso do doente em não adotar comportamentos auto lesivos ou suicidários
3. Programação e agendamento da última avaliação (seis semanas após a primeira para que tenha efeito a medicação psicofarmacológica prescrita e para que o doente tenha tido tempo para consciencialização e pôr em prática algumas das estratégias alternativas de resolução de problemas aprendidas durante internamento e nas intervenções terapêuticas)
4. Efetuado o registo dos dados recolhidos, nas notas de enfermagem do doente (tendo a possibilidade de atuar em conjunto com a equipa de enfermagem no plano de cuidados do doente e com restante equipa multiprofissional)
5. Reencaminhamento para seguimento, na comunidade

Intervenção V

5º Momento (12 semanas depois da primeira avaliação em consulta no serviço ou em visita domiciliária, consoante disponibilidade/recursos do doente)

Atividades previstas a realizar (Objetivos 1 a 9)

1. Reavaliação/ Redeterminação do risco de suicídio específico naquele doente, através do referido instrumento de avaliação e EARS e quantificação do risco de suicídio em baixo risco, médio risco e risco elevado.
2. Repreenchimento do guia de intervenção segundo esta nova avaliação do risco de suicídio
3. Reforço de psicoeducação visando, o aumento da autoestima/ autoconceito, aumento da esperança e promoção de estratégias de *coping*, efeitos da medicação
4. Reforço do cumprimento do contrato terapêutico, visando reforçar o estímulo e compromisso do doente em não adotar comportamentos auto lesivos e suicidários
5. Efetuado o registo dos dados recolhidos, nas notas de enfermagem do doente (tendo a possibilidade de atuar em conjunto com a equipa de enfermagem no plano de cuidados do doente e com restante equipa multiprofissional)
6. Reencaminhamento para seguimento, na comunidade

Dos Utentes incluídos nestas intervenções, que foram 6, apenas 5 se incluíram na análise estatística por um dos utentes não ter preenchido as escalas na última entrevista, o que se respeitou a vontade do utente, tendo este no entanto beneficiado de todas as intervenções atrás descritas, e assentido colaborar nas mesmas.

O acompanhamento telefónico foi sempre preparado e semiestruturado previamente, a cada contacto, fazendo um acompanhamento específico da situação de cada utente, utilizando os mesmos princípios utilizados durante as entrevistas presenciais de seguimento, em context de internamento, pois também é uma entrevista e intervenção breve por telephone e ficando marcado com cada utente as datas do contacto seguinte

A periodicidade do acompanhamento telefónico durante as primeiras 4 semanas após alta clínica e até às 12 semanas, fundamentou-se nas recomendações e evidências atrás referidas, após o estudo SUPRE- MISS e ainda, a segunda reavaliação 3 meses após a primeira entrevista, foi condicionada pela obrigatoriedade de prazos de finalização do estágio clínico, até ao final de janeiro de 2016, como pode ser observado no quadro do plano de seguimento telefónico que a seguir se apresenta:

Plano de atendimento telefónico aos utentes do SIP até à 12ª semana

| Doente/ | Internamentos | 1º Contato Telefónico 1ª Semana | 2º Contato Telefónico 2ª Semana | 3º Contato Telefónico 3ª Semana | 4º Contato Telefónico 4ª Semana (1º Mês) | 5º Contato Telefónico 6ª Semana | 6º Contato Telefónico 8ª Semana (2º Mês) | 7º Contato Telefónico 12ª Semana (3º Mês) | Observações |
|---------------------------|--|---|--|------------------------------------|--|------------------------------------|--|---|--|
| Doente 1 (C.C.) | 1º Internamento 29/09/15 a 5/10/15 | 6/10/15 (1º Dia após alta) 13/10/15 | 21/10/15 (Consulta Psiquiatria em Portel) | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | Consulta de Psiquiatria 06/01/16 Entrevista Final 25/01/16 |
| | 2º Internamento 22/10/15 a 26/10/15 | 5/11/15 | 12/11/15 | 19/11/15 | 26/11/15 | 10/12/15 | 24/12/15 | 21/01/16 | |
| Doente 2 (A.C.C.A) | 13/10/15 a 22/10/15 | 29/10/15 | 5/11/15 | 12/11/15 | 19/11/15 | 03/12/15 | 17/12/15 | 14/01/16 | Consulta de Psiquiatria 16/11 Entrevista Final 14/01/16 |
| Doente 3 (M.M.N) | 22/10/15 a 26/10/15 | 5/11/15 | 12/11/15 | 19/11/15 | 26/11/15 | 10/12/15 | 24/12/15 | 21/01/16 | 1º Contato 06/11 com a filha e 07/11 com a Doente Consulta de Psiquiatria 15/01/16 Entrevista Final 22/01/16 |
| Doente 4 (F.M) | 10/10/15 a 2/11/15 | 9/11/15 | 16/11/15 | 23/11/15 | 07/12/15 | 21/12/15 | 04/01/16 | 31/01/16 | Consulta de Psicologia 24/11/15 Consulta de Psiquiatria 26/11/15 Entrevista Final 28/01/16 |
| Doente 5 (L.C.C) | 28/10/15 a 11/11/15 | 23/11/15 | 26/11/15 | 7/12/15 | 14/12/15 | 26/12/15 | 07/01/16 | 31/01/16 | Consulta de Psiquiatria 05/01/16 Entrevista Final 01/02/16 |
| Doente 6 (S.C) | 12/11/15 a 24/11/15 | 3/12/15 | 10/12/15 | 17/12/15 | 24/12/15 | 07/01/16 | 21/01/16 | 31/01/16 | Consulta de Psiquiatria 21/12/15 Entrevista Final 14/01/16 |

Momento final

Avaliação/ análise dos dados (últimas 2 semanas de estágio)

Atividades previstas a realizar (Objetivo 10)

1. Avaliar e analisar, com metodologia descritiva e correlacional a população de doentes a quem se aplicou instrumento de avaliação/quantificação do risco de suicídio e sintomatologia psicopatológica associada antes e seis semanas após as intervenções terapêuticas
2. Caracterizar a população alvo, em termos sociodemográficos, presença de ideação e intencionalidade suicida, risco de suicídio, e sintomatologia psicopatológica associada
3. Atividades de previsão e avaliação e controlo da implementação do projeto (ver descrição mais à frente)

As intervenções, seguindo esta sequência, foram realizadas com os utentes e estão registadas em cronograma com as datas em **(Anexo XVII)**.

Após a recolha de dados inicial, foram descritos e identificados os fatores de risco, fatores predisponentes e precipitantes e fatores de proteção, através da aplicação das escalas e dos instrumentos de avaliação utilizados, foi determinado o risco de suicídio, consoante alguns fatores como, ideação suicida, intencionalidade, método utilizado e outros, e foram determinados os juízos diagnósticos, delineadas as intervenções segundo a NIC e resultados esperados segundo a NOC, e assim delineado o plano de ação da enfermeira, específico para aquele utente.

A sua implementação foi sendo continuamente, avaliada, reformulada e supervisionada, quer pelos orientadores de estágio, quer institucional, quer académico, de forma a garantir a aquisição de competências de EESMP.

5.2- Instrumentos utilizados para o desenvolvimento de competências

Foi realizado assim o acompanhamento de 6 utentes, aos quais foram aplicados os instrumentos de avaliação que a seguir se descrevem e caracterizam, tendo em conta que estes, são apenas um recurso ao dispor dos EESMP, e não uma técnica em si de intervenção. A sua utilidade e validação estão amplamente descritas, fazendo-se aqui apenas a referência aos que se consideraram os mais adaptados na avaliação do risco de suicídio, ideação suicida e sintomatologia depressiva, tão frequentemente potenciadores do primeiro.

Foi elaborado e aplicado um questionário para recolha de dados socio-biográficos e construído intencionalmente para esse fim, que se apresenta em **(Anexo XVIII)**.

Foi aplicada a versão Portuguesa da Escala Suicida de Beck (BSI), ou Beck Scale for Suicide Ideation (BSI; Beck & Steer, 1991), adaptada à população Portuguesa e traduzida por Cunha (2001), que avalia a presença de ideação suicida e mede a extensão da motivação e planeamento de um comportamento suicida. **(Anexo XIX)**

É constituída por 21 itens apresentados com três alternativas de respostas, variam de 0 a 2. Os primeiros 19 itens e refletem gradações da gravidade de desejos, atitudes e ideação e planos suicida, designadamente o desejo de viver, desejo de morrer, razões para viver ou para morrer, tentativa de suicídio ativa, tentativa de suicídio passiva, duração dos pensamentos suicidas, frequência da ideação suicida, atitude perante a ideação suicida, controlo sobre a ideação suicida, obstáculos na tentativa de suicídio, razões das tentativas de suicídio, especificidade dos planos, disponibilidade e oportunidade para a execução do plano suicida e a capacidade para levar avante a tentativa de suicídio.

Os itens 20 e 21 questionam acerca do número anterior de tentativas de suicídio Os dois últimos itens, não incluídos no escore final, de carácter informativo, fornecem importantes dados sobre os utentes a respeito do número de tentativas prévias de suicídio e da seriedade da intenção de morrer na última delas.

A BSI foi estruturada de forma a permitir que os cinco primeiros itens possam ser usados como triagem da ideação suicida. Assim sendo, se a resposta do examinado for 0 ao grupo de afirmações 4 – *“indicando ausência de intenção ativa”* ou ao grupo de numero 5 – *indicando evitação de morte, se confrontado com uma situação ameaçadora para a vida”*, o utente deverá ser orientado a passar imediatamente ao item 20, deixando de dar resposta aos 14 seguintes (Cunha, 2001) caso tenha havido qualquer escolha diferente de 0, no item 4 ou 5, o utente fará escolhas referentes aos grupos de afirmações dos itens 6 a 19. Quanto ao item 20, deve ser respondido por todos os examinandos, tenham ou não preenchido os 14 itens anteriores. Já o item 21 só será respondido por utentes com história de alguma tentativa prévia de suicídio. (Cunha, 2001)

Foi aplicada também a BDI II **(Anexo XX)**, Escala de avaliação da depressão de Beck ou (Beck Depression Inventory II), Inventário de Beck, foi criada por Aaron Beck e consiste num questionário de auto-relato com 21 itens de escolha múltipla cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão, com escores de 0 a 3 (Cunha, 2001). É indicado para Utentes dos 17 aos 80 anos, embora sejam citadas pesquisas

desenvolvidas aquém e além desse período etário. Na literatura há também várias referências a estudos em amostras de adolescentes.

Avalia a intensidade da depressão, sendo um instrumento de fácil aplicação e um dos primeiros recursos a esse nível com 4 pontos de intensidade que vão de 0 a 3.

O inventário de depressão de Beck (BDI) apresenta os critérios de corte para os diferentes níveis de depressão, proposto por Cunha (2001). De 0-9 depressão mínima; De 10a16 depressão leve; De 17-29 depressão moderada e de 30-63 depressão severa.

Foi utilizada também a EARS ou RASS, (em português, escala de Avaliação do Risco de Suicídio) (FOUNTOULAKIS *et al.*, 2012) (**Anexo XXI**). Desenvolveu este instrumento de avaliação do risco de suicídio de fácil aplicação na prática clínica e foi delineada para uma avaliação breve dos comportamentos suicidas. Tem 12 questões de auto relato. Das quais 10 avaliam a intensidade da , classificando-a em “Nada”, “Um pouco”, “Muito” e “Muitíssimo”. As duas últimas questões, avaliam frequência de automutilação e tentativas de suicídio na vida. Cada questão pontua de 0 a 3 e os escores são transformados conforme sugestão de padronização do autor da escala (FOUNTOULAKIS *et al.*, 2012).

Um estudo recente demonstrou que o ponto de corte ótimo para risco aumentado de suicídio para mulheres é 340 e 175 para homens, com sensibilidade de 81,3% e especificidade 81,8% (NTOUNTOULAKI *et al.*, 2012). Apesar de haver pouca literatura sobre a aplicação desta escala, em algumas instituições portuguesas como as Irmãs hospitaleiras de Braga, já faz parte da prática clínica diária da instituição que com base nesta, criou um guia de atuação (**Anexo XXII**), que junto em anexo e que, me serviu como apoio à escolha das estratégias a adotar em pessoas com avaliações elevadas do risco de suicídio.

5.3 – Resumo de entrevista

“O principal instrumento que a Enfermeira dispõe para realizar uma entrevista, é ela própria, com a sua sensibilidade, a sua perspicácia e a sua capacidade de observação e de contacto caloroso com a pessoa”, (Phaneuf, 2005).

Quanto à técnica de entrevista, segui as diferentes fases, descritas pela Margot Phaneuf, que fizeram parte da nossa aprendizagem durante o curso de mestrado e que passam por dividi-la em 4 fases principais: numa primeira fase, a definição de papéis e espaços; a segunda fase com a avaliação diagnóstica propriamente dita; a terceira fase de

encerramento da entrevista e a 4ª e última fase de análise de dados, e identificação dos principais focos de intervenção de enfermagem, com o delineamento das diferentes ações para cada um dos focos identificados, bem como dos resultados esperados para essas intervenções, e por último uma análise da interação enfermeiro/utente.

Antes da entrevista propriamente dita, foi feita uma preparação prévia e um planeamento da mesma, preparando o ambiente, e salvaguardado os direitos dos utentes com alguns cuidados na escolha da sala, posicionamento da enfermeira, ambiente calmo, acolhedor, aquecido, etc., pois “São muitas vezes as precauções que se tomam que asseguram o sucesso de uma entrevista”, Margot (Phaneuf, 2005).

Na 1ª fase de delineamento de papéis tive cuidado com o acolhimento, apresentação, procedimentos éticos.

A 2ª fase que inclui o desenrolar da entrevista em si. Tive a atenção de ver a hora de início, visto não pretender demorar muito mais do que 45 a 60 min/por entrevista. Esta é a fase da avaliação diagnóstica, que exige uma avaliação criteriosa do estado mental do utente, apresentação e postura, consciência, reflexibilidade, clareza, de discurso, orientação, mímica, expressão, motricidade, consciência de si e do seu corpo, história pessoal e familiar e da doença atual, os impulsos e a vontade, o humor, os afetos, as emoções, a forma e conteúdo do pensamento, representação e memória, senso percepção, a medicação, efeito dos comportamentos e sintomas, com os familiares e em relação ao seu perimundo, mas essencialmente interessar-me realmente pela “perspetiva do utente, pelo que sabe, pensa e sente e o que realmente o preocupa, numa abordagem de explicação dos fenómenos” (Pio Abreu, 2011), tendo como base o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança, que como nos dizem, (Kaplan & Sadock, 1990), “um bom relacionamento é até mais esperado, pelo paciente, do que a cura...”.

Segui um guião de entrevista previamente elaborado (**Anexo XXIII**), para uma entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas e que serviu mais de suporte do que efetivamente foi utilizado, pois uma vez iniciada a entrevista e estabelecida a relação com os utentes, o diálogo foi fluído e instalou-se um clima de confiança e empatia que permitiu aos utentes, partilharem o que realmente os preocupava, o que sabiam, o que pensavam e o que sentiam sobre a sua situação de saúde/doença.

Foram realizadas as entrevistas que foram necessárias e possíveis durante os internamentos dos utentes, utilizando a técnica como foi explicado atrás, nas suas diferentes fases, em que foram implementadas estratégias adaptadas a cada situação mas seguindo uma

certo encadeamento e sistematização, seguindo o plano que tinha estruturado, aplicando os mesmos instrumentos de avaliação do risco aos 6 utentes, mas não as mesmas estratégias porque essa iam sendo adaptadas ao problemas, fatores de risco modificáveis e protetores que pudessem, desenvolver-se e ser favoráveis aos utentes. Estabeleci verdadeiras relações terapêuticas de ajuda que permitiu que todos tivessem a confiança necessária para permitirem, quer o acompanhamento telefónico posterior à alta, quer as entrevistas finais no domicílio e/ou centros de saúde da área, após as 12 semanas desde a primeira avaliação no internamento.

Juntamente com o Sr. Supervisor institucional de Estágio e, visto os internamentos de alguns utentes serem de curta duração, com apenas 2 a 3 dias de internamento, decidiu-se optar por aplicar o questionário socio demográfico e os instrumentos de avaliação do risco de suicídio, logo na primeira entrevista, para no imediato poder fazer uma avaliação diagnóstica dos utentes, e do seu estado mental, identificando os fatores de risco de suicídio, fatores predisponentes e precipitantes e de manutenção do problema e ainda, dos fatores protetores, para se poder delinear um plano de ação, após terem sido identificados os focos de intervenção de enfermagem.

A decisão de apresentar o resumo de entrevista deste utente prende-se apenas pela alta letalidade do método utilizado durante a tentativa de suicídio, denotando desde logo uma alta intencionalidade do mesmo.

Resumo de entrevista

1ª Entrevista de Avaliação Diagnóstica

- **Data:** Decorreu a 12/11/2015, com a **Duração:** de mais ou menos 60 min
- **Definição de Papéis:**
Albertina - Enfermeira
S. C - Utente
- **Contexto da Entrevista:** Entrevista em contexto de internamento no SIP de HESE
- **Tipo de Entrevista:** Entrevista Semi-diretiva ou Semi-estruturada

Essa preparação prévia passou também, no dia da entrevista, pelo cuidado com minha apresentação pessoal. Gostando eu de me vestir habitualmente com roupas, sempre ou quase sempre, com um “toque de brilhante” (que deve vir da minha veia artística), completando com acessórios, brincos, pulseiras, anéis e por vezes colares, tive o cuidado de nesse dia escolher roupas e acessórios mais discretos, para não perturbar ou afetar a pessoa a entrevistar, mesmo

estando fardada sempre que estive no internamento, tendo em conta que, na presença do outro “afetamos e somos afetados”, (Pio Abreu, 2011).

Tive também o cuidado de preparar um pouco o ambiente, antes de acolher a cliente, verifiquei a sala, que estava bem iluminada, a uma temperatura agradável. Posicionei as cadeiras, uma para a doente mais junto à parede, e outra, para a enfermeira, no lado mais proximal da porta de saída, a uma distância não inferior a 50cm e de forma a ter contato visual com a doente. Coloquei as folhas para tirar notas, os questionários e a folha do guião, em cima da mesa de apoio e fiz o acolhimento do utente.

1.ª Fase da Entrevista – Definição de papéis e espaços

A esta fase, chama (Phaneuf, 2005), a “fase de orientação” ou “agulhagem na direção do outro” é o “momento em que a enfermeira e o doente tomam conhecimento um do outro, em que simplesmente, como dois seres humanos, se encontram face a face. Olham-se, identificam reciprocamente as suas características físicas mais importantes, descobrem-se pelo olhar e situam-se um em relação ao outro em função da sua expressão facial.

É momento mágico do «Abre-te sésamo» (Phaneuf, 2005), que traça o caminho para os minutos a seguir ou o momento trágico do fecho da relação”.

Acolhimento/apresentação

Acolhi o utente, na sala dos utentes forma simpática com um sorriso, perguntando-lhe o nome e apresentando-me de seguida, tentei fazer um pouco uma conversa de circunstância, para “quebrar o gelo”, perguntei-lhe se já tinha comido, respondendo que sim e perguntei se não se importava de falar um pouco comigo numa outra sala, dizendo que sim fomos ambos para o local da entrevista, virei-me ligeiramente para fechar a porta dirigi o utente para a sua cadeira, houve aí um breve momento de constrangimento inicial, pois ia a sentar-se na cadeira que tinha preparado para mim, o que se desfez com as minhas indicações com um sorriso foi ultrapassado, indicando-lhe a cadeira onde se sentar, usando um tom de voz calmo e mantendo um contacto visual com o utente, que considero ter sido favorável. No entanto este constrangimento desorientou-me um pouco no início do encadeamento das perguntas e acabei por não abordar logo a questão dos procedimentos éticos, do consentimento do utente para a entrevista e da confidencialidade e voluntariedade da mesma.

Descrição objetiva da entrevista de forma resumida:

Perguntei-lhe se estava bem instalado e depois de desfeito o constrangimento inicial, pedi-lhe para me explicar um pouco do que se passou para estar ali internado, em (pergunta aberta), dando tempo para se organizar e articular a resposta.

História da Doença Atual

O Sr. S. C., explicou que foi internado por tentativa de suicídio, numa árvore e que não disse a ninguém para que não fosse surpreendido, *“só que passaram por lá dois rapazes e deram comigo e deram o alerta”*, disse-me que tem 56 anos mas que já é reformado por invalidez desde há cerca de 10 anos. Era eletricista mas ficou pior desde que teve o seu último EAM, há cerca de 4 anos, está muito esquecido e tem medo de magoar os outros com os seus esquecimentos.

Refere que a depressão ficou pior e com os problemas de artroses nos joelhos e problemas na cervical tem muitas dores e não consegue fazer nada. Toma medicamentos mas nem está melhor nem está pior. Sente-se inútil, refere também que sente vergonha do que fez, não está arrependido mas sente vergonha em relação a encarar as pessoas lá na terra.

Tem diabetes e é hipertenso, já não é a primeira vez que tenta, mas esta foi a mais grave, passou lá pelo sítio, viu aquela árvore, achou que era boa, foi comprar as coisas e como sabia que ali não passava ninguém e sabia que não ia ser surpreendido, foi e fez o que a cabeça lhe andava a dizer para fazer. Agora sente-se confuso e ainda tem mais vergonha por ter falhado o queria fazer. Não disse nada a ninguém. Tem dois filhos, ela com 28 e ele com 32 e já está tudo grande... *se não fosse a corda ter-se partido...*

Falou que gosta de fazer compras e às vezes são desnecessárias e *“lá foi e comprou uma máquina e que se zangaram com ele”*.

Contou que um irmão mais velho também a tinha feito o mesmo só que foi com veneno e ele conseguiu e que lhe morreu a, mãe tinha ele 8 anos. O irmão tem mais 20 anos que ele mas dão-se bem.

2.ª Fase da Entrevista – Avaliação Diagnóstica

É esta fase, que *“assenta na compreensão das vivências do fenómeno da doença para aquela pessoa. É aqui que se tenta compreender o significado que essas vivências têm, quer na perspetiva da cliente que na perspetiva da enfermeira”*, (Phaneuf,2005).

Resulta do que escutámos, do que observámos, de alguma informação recolhida no caso clínico que tínhamos delineado (funcionando como processo clínico da doente) e ainda todos os aspetos que foram comunicados verbal e não verbalmente, pela sua aparência, postura, conduta, memória, atenção, pensamento, consciência, juízo, etc...

Perspetiva do doente

O que o doente sabe e pensa sobre este assunto?

O doente acha “*que se a corda não se tivesse partido já cá não estava*”..., ele sabe que não passava ali ninguém, por isso é que escolheu o sítio. Sabe que foram dois rapazes que passaram por lá e o viram. Sabe “*que escolheu o sítio e foi comprar ele as coisas*” e acha que a cabeça lhe diz para o fazer. Sabe também que anda pior desde o último EAM, e tem dúvidas que os comprimidos lhe façam alguma coisa. Sabe também que comprou coisas desnecessárias e pensa que estão zangados por isso.

Sabe que é reformado por invalidez, e que por causa das dores não pode fazer nada. Sabe que é casado, tem dois filhos que “*já são grandes*” e pensa que já não se importam. Sabe que está internado porque fez tentativa de suicídio e “*falhou*”.

O que sente sobre isso?

Sente-se inútil, sente-se um falhado, sente vergonha, sente dores, sente-se frustrado pela tentativa falhada. Sente-se confuso, sente que se esquece das coisas mais do que era antes, sente medo de magoar os outros com os seus esquecimentos. Sente que queria matar-se. Sente que os filhos já não se preocupam por serem já grandes. Sente-se cansado e já não consegue fazer nada.

O que preocupa realmente o doente.

Preocupa-o o seu estado de saúde e não poder já fazer nada e preocupa-o o ser inútil.

Preocupa-o saber o que as pessoas vão pensar dele, quando voltar para a terra. Preocupa-o ter que enfrentar as pessoas e pensarem que ainda é mais falhado agora que falhou também a sua morte.

Preocupa-o ter comprado coisas desnecessárias mas mais ainda que tenham ficado zangados com ele.

Depois de sentir que já estava mais calmo, e mais à vontade pedi para preencher os questionários, explicando o seu propósito e pedindo a sua assinatura, que assentiu e até disse ter gostado de preencher escrevendo alguns apontamentos.

Perspetiva da enfermeira

Outros dados sobre o doente/História pessoal e familiar

O Utente é de Mt. De raça caucasiana, É doente cardíaco, último EAM foi mais severo com colocação de *stents*, é também Hipertenso, tem apneia do sono e dislipidémia. Não adere ao regime medicamentoso e já tentou outras vezes TS por IMV. Tem ideação e intenção suicida presentes no momento atual e a intencionalidade da TS é grande assim como o facto de ter ideias “ na cabeça “ que lhe dizem para o fazer, assim como ter plano suicida são fatores de preocupação acrescida, porque são fatores de risco de suicídio acrescido, também o facto de ter um modelo familiar de comportamento suicida consumado, e ter já tentado anteriormente aumenta esse risco, bem como ser reformado só com 56 anos, ter uma doença que provoca dor e ter perdido uma irmã há cerca de 2 meses, são ainda fatores de risco.

Os comportamentos impulsivos para compras desnecessárias podem ser fatores desencadeantes, assim como a sua incapacidade para controlar os impulsos. A enfermeira pela consulta do processo antes, sabe que o utente tem dislipidémia, é obeso já era seguido em consulta pele Dr. C. M e Dr. P de M, por Depressão desde há 10 anos e anteriormente já era muito ansioso. História de ataques de pânico.

Tem apneias do sono.

Quanto aos antecedentes pessoais e familiares

A esposa também é reformada e entre ambos, ganham cerca de 700 euros.

A irmã faleceu com uma doença das plaquetas. O Irmão era 20 anos mais velho e suicidou-se com 605 forte. A mãe faleceu tinha o doente 8 anos, não se sabe porquê e o pai também já faleceu com EAM.

Quanto à rede de apoio social e relações com familiares, amigos e colegas

Vive com a mulher e os filhos já casados vivem perto. É o mais novo de uma frateria de 7, com 3 já falecidos, uma irmã e um irmão vivem perto do utente e outra vive na Alemanha.

Quanto à influência desta situação na sua vida diária

Os hábitos compulsivos do utente os gastos desnecessários colocam a família em situações económicas difíceis (Referido pela Esposa).

As repetidas tentativas preocupam a família.

Toma medicação?

Sim, Escitalopram 1 comp ao PA e bromazepam 1,5mg ao deitar

O que espera desta entrevista?

Esperava ficar mais calmo e fiquei “fez-me bem”

Como acha que se pode resolver, ou como tem resolvido?

“Com isto do coração deixei de ser uma pessoa normal em tudo, tudo...no sexo, no raciocínio, por vezes esqueço-me das coisas e tenho medo de deixar uma torneira aberta e haver uma inundação...sei lá? talvez se não me enervasse tanto e” tenho medo preocupo-me com o futuro quando eu já cá não estiver”

3.ª Fase da Entrevista – Avaliação Diagnóstica / Encerramento

“Pode parecer estranho considerar o fim da entrevista como uma etapa importante de intercâmbio, mas tal é, no entanto, a realidade”, (Phaneuf, 2005).

O encerramento da entrevista é tão importante quanto o início da mesma e deve ser preparado desde o início, aliás Lopes, no seu artigo sobre os cuidados psicoterapêuticos, ainda sem data de publicação, refere mesmo que esta fase começa logo no início da entrevista.

Assim, fiz um breve resumo do que tinha sido a entrevista, onde tivemos a oportunidade de aferir informação e onde o doente aproveitou para dizer que já fez preparativos para o “depois” e gostava de fazer um testamento. Dei-lhe um diário de Pânico para preencher e registar neste algumas coisas que lhe causam medo, pensamentos disfuncionais que tenha para avaliarmos na próxima entrevista a ocorrência de cada um desses episódios, sua duração, intensidade, em que tipo de situações ocorrem e que tipo de sintomatologia está presente, e ainda mais importante, a forma como os resolve, que parece ter achado interessante e ter aceite com agrado.

Marcámos a próxima entrevista para daí a 2 dias, assegurando-me da continuidade dos cuidados e compromisso com o doente é falámos do contrato de suicídio que assinou, assegurando-me de que era um compromisso que estava assumir e para cumprir.

Perguntei como se sentiu durante a entrevista, ao que me respondeu que se tinha sentido bem e que lhe fez bem falar, que já estava mais aliviado.

Levantei-me, agradei a colaboração do doente e despedimo-nos com um aperto de mão

4.ª Fase da Entrevista – Avaliação Diagnóstica / Análise de dados

Penso que ajudou bastante toda a fundamentação sobre os comportamentos da esfera suicidária para a construção da entrevista e sua implementação, porque facilitou a identificação logo de fatores de risco, fatores precipitantes e fatores protetores, para a avaliação do risco de suicídio e elaboração dos diagnósticos de enfermagem e delineação dos resultados esperados.

Foram explorados de forma estruturada as várias vivências da doença por aquele doente, o que sentia, sabia e pensava sobre a sua doença e embora não diretamente questionado, conseguiu-se apurar também, o que realmente o preocupava naquele momento.

Muitos outros aspetos poderiam ter sido melhor explorados ou aprofundados como as relações sociais e familiares, principalmente a relação com a companheira, aspetos sobre a dor associada às lesões do pescoço, mas como não referiu desconforto nem se focalizou na ferida traumática também não me pareceu essencial focalizá-lo em termos físicos, visto esta já estar a ser objeto de tratamento pelos enfermeiros do SIP.

Mas desta análise de dados o mais importante que se pode retirar é que o próprio cliente tem consciência dos problemas que tem embora haja muita ambivalência, e mesmo se aparentemente não parece optar pelas melhores estratégias de resolução, só o facto de ter abertura para falar de um assunto muitas vezes tabú.

Conseguiu-se identificar facilmente um conjunto de fatores de risco mas também outros fatores de proteção, como capacidade de *insight* que pode ser preditor de capacidade de *coping* e *empowerment* que poderão ajudar na sua recuperação em internamento e posteriormente em ambulatório como acompanhamento telefónico.

Factores de risco do Sr. S. C.

| | |
|--------------------------------|---|
| <p>Psicopatológicos</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico anterior de doença mental (Depressão endógena desde há cerca de 4 anos, seguido pela psiquiatria) • Modelos suicidários familiares (morte por suicídio do irmão mais velho) • Comportamentos suicidários prévios (com tentativas anteriores de baixa letalidade e sem plano estruturado) “não tomando medicação ou tomando em excesso” • Ideação suicida atual, com tentativa de elevada letalidade e plano “algo estruturado” e “comprou a corda e decidiu o local e o método” • Distúrbio alimentar? (obesidade, referindo estar atualmente a tentar perder peso) |
| <p>Pessoais</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Sexo Masculino • Raça Caucasiana • Idade > 45 anos (56 anos) • História de mortes e lutos precoces (morte da mãe quando o doente tinha 8 anos, que o doente refere como “episódio muito marcante”, morte do irmão por suicídio á mais de 10 anos) • Episódio de luto recente (falecimento de irmã, á cerca de 2 meses com quem mantinha uma relação mais estreita) • Escolaridade elevada (embora sem curso superior, doente com bastante capacidade <i>insight</i> e denota nas suas respostas ter elevada cultura geral e capacidade de reflexão) • Hospitalizações frequentes/elevada coo mobilidade (muitos problemas de saúde e doenças crónicas associadas, doença cardíaca isquémica, com varias cirurgias anteriores, que o doente refere estar na origem dos seus sintomas depressivos) |
| <p>Picológicos</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ausência de projetos de vida (doente reformado por invalidez com sentimentos de inutilidade e desvalorização pessoal) • Desesperança (doente refere ter “medo da vida” “medo do futuro”) • Culpabilidade elevada (sentimentos de culpa por atos praticados ou experiencias passadas, pautadas pelo insucesso “insucesso da empresa e de alguns projetos que levou a cabo”) • Tendência a gastos descontrolados e compras impulsivas (referindo a compra de um compressor como motivo de discórdia com a esposa, alguns dias antes da tentativa de suicídio) • As perdas precoces (da mãe do irmão e da irmã mais recentemente) • Ausência de crenças religiosas (diz “não acreditar em nada dessas coisas”, “quando morremos acaba-se tudo”) |
| <p>Sociais</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Habita em meio urbano (cidade de M-o-N) • A Sul do Tejo e reformado, sem ocupação ou <i>hobbys</i> |

| Fatores Predisponentes | Fatores Precipitantes |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Sexo Masculino (tentativa de elevada letalidade e de elevada intencionalidade) • Idade > 45 anos (56 anos) • Historia familiar de suicídio e de doença mental na família • Diagnóstico de doença mental previa (depressão e personalidade com traços compulsivos) • Tentativas prévias (sem internamento de baixa letalidade e intencionalidade) • Presença de doenças físicas graves/crónicas (com mobilidade elevada) • Presença de sentimentos de desesperança e culpabilidade elevadas • Estar reformado e sem projetos de vida futuros • Isolamento social e diminuição do reconhecimento social e profissional | <ul style="list-style-type: none"> • Modificação da situação económica ou financeira (ambos reformados “com menos de 800€ para viver”) • Sentimentos de vergonha (por ter sido “repreendido pelas compras compulsivas que fez”, “sem pensar”) • Perda de pessoa significativa pouco tempo (irmã á cerca de 2 meses) • Sentimento de inutilidade e desvalorização pessoal acentuada (imagem, saúde física) • Impulsividade (doente refere ter tido um ato “impulsivo” mas com elevada intencionalidade de morrer) |

| Fatores de Manutenção do Problema |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Baixa autoestima (subvalorização, culpabilização, sentimento de vergonha e inutilidade) • Rigidez de pensamento (pensamento focalizado sobre aspetos negativos da sua vida e visão do suicídio como única forma de resolução de problemas) • Impulsividade / Compulsividade (compras exageradas) • Ausência de projetos de vida / ocupação / hobbies • Comorbilidade |

| Fatores de Proteção |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de “<i>Insight</i>” e de delinear e pôr em prática Estratégias de “<i>Coping</i>” (<i>capacidade de gerir o stress e ter uma sensação de maior conforto psicológico</i>) • Capacidade de “<i>Critica de Situação</i>” – Avaliação (tomada de consciência do acto e suas consequências) • Capacidade de “<i>Emporwerment</i>” (de ganhar poder e controlo sobre a sua saúde e sobre a sua vida) • Capacidade de resolução de problemas e de ganhar, possuir esperança • Boa Rede de Apoio Familiar e Social |

Plano de Intervenção Terapêutica

| Juízos Diagnósticos (segundo CIPE versão 2) | Intervenções (segundo N.I.C) | Resultados Esperados (segundo N.O.C) |
|---|--|---|
| Tristeza Atual | <ul style="list-style-type: none"> • Criar uma atmosfera que facilite uma relação de empatia, confiança e compreensão • Trabalhar a tristeza, afetos e a expressão de emoções • Utilizar Técnica de Escuta Ativa • Motivar o indivíduo na comunicação expressiva de emoções • Ajudar a identificar sintomas depressivos (aplicar inventário de depressão de Beck) • Proporcionar suporte emocional ao indivíduo • Monitorizar e estimular capacidade de autocuidado e realização de tarefas diárias • Estimular adesão e cumprimento do regime medicamentoso • Motivar o indivíduo para participar em atividades de distração • Aumentar a socialização, • Promover o exercício, • Identificar padrão de sono e incrementar um sono reparador (manter um ciclo regular de sono / vigília) • Melhorar a capacidade de enfrentamento e apoiar a tomada de decisões | Estimular o controlo dos sintomas depressivos (ações pessoais para minimizar a tristeza e manter o interesse pelos eventos de vida) <ul style="list-style-type: none"> • Adere ao programa de terapia • Relata melhoria do humor • Relata mudança nos sintomas • Relata sono adequado (pelo menos 5h) • Demonstra aceitação do seu estado de saúde • Procura envolver-se socialmente em atividades de distração e de exercício físico • Denota melhoria na capacidade de enfrentamento e tomada de decisões • Consegue auto cuidar-se e realizar tarefas diárias |
| Ansiedade/ Ataques de Pânico Atual | <ul style="list-style-type: none"> • Usar abordagem calma e segura • Criar uma atmosfera que facilite uma relação de empatia, confiança e compreensão • Ouvir atentamente • Ajudar ao reconhecimento de sintomas de ansiedade/pânico • Identificar e quantificar esses sintomas (aplicar inventário de depressão de Beck, e diário de pânico) • Encorajar a comunicação expressiva de emoções, sentimentos, percepções e medos • Ajudar o doente a identificar situações precipitadoras de ansiedade • Compreender perspectiva do doente sobre a situação temida • Contribuir para a redução dos estímulos ambientais de stress • Minimizar a apreensão, receio, pressentimento ou desconforto relacionado com uma fonte não identificada de perigo • Esclarecer e informar sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico • Orientar o doente quanto ao uso de técnicas de relaxamento e controlo da ansiedade (exercícios respiratórios e de relaxamento muscular) • Questionar sobre padrão de sono e incrementar um sono reparador | Estimular o controlo da ansiedade (ações pessoais para eliminar ou reduzir sensações de apreensão e de tensão decorrentes de fonte não identificável) <ul style="list-style-type: none"> • Identifica e quantifica sintomas de ansiedade / pânico • Reconhece e identifica situações precipitantes • Adere ao programa de terapia • Reduz estímulos ambientais geradores de ansiedade • Usa técnicas de relaxamento e controlo de ansiedade (exercícios respiratórios e de relaxamento muscular) • Relata sono adequado • Relata melhoria das manifestações físicas de ansiedade • Manifesta um maior controlo da reação á ansiedade |



| | | |
|--|---|--|
| <p>Ideação Suicida Atual / Risco Elevado de Suicídio / Baixa Vontade de Viver</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar uma disponibilidade total para com o doente • Criar uma atmosfera que facilite uma relação de empatia, confiança e compreensão • Utilizar Técnica de Escuta Ativa • Proporcionar suporte emocional ao indivíduo • Motivar o indivíduo na comunicação expressiva de emoções • Identificar, avaliar e caracterizar grau de ideação suicida, intencionalidade, plano e método (questionar diretamente o doente e aplicar escala de ideação suicida de Beck) • Avaliar e quantificar risco de suicídio (aplicar escala de avaliação de suicídio) • Promover medidas de segurança do doente • Utilizar a técnica de controlo / prevenção do suicídio (aplicar contrato terapêutico de “não suicídio” e programar acompanhamento telefónico no pós-alta) • Melhorar a capacidade de enfrentamento e apoiar a tomada de decisões • Trabalhar com o doente a capacidade de resolução de problemas (aplicar técnica de resolução de problemas de (D’Zurilla) • Estimular o doente a perspetivar projetos futuros • Identificar presença de sentimentos de baixa auto-estima, culpabilidade e desesperança • Estimular a auto-estima do doente (valorizar capacidades e competências do doente e reforçar positivamente os seus sucessos) • Promover a esperança | <p>Reduzir ideação suicida e risco de nova tentativa de suicídio (ações pessoais para estimular sentimentos de esperança e vontade de viver)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relata diminuição da ideação e intencionalidade suicida • Refere sentir-se em segurança • Assume compromisso e cumpre contrato terapêutico de “não suicídio” • Identifica alternativas de resolução de problemas • Denota melhoria nas capacidades de enfrentamento • Denota sentimentos de valorização pessoal e melhoria de auto-estima • Apresenta projetos futuros • Expressa esperança no futuro • Expressa vontade de viver • Não reincide na tentativa de suicídio |
| <p>Impulsividade Actual</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar uma disponibilidade total para com o doente • Criar uma atmosfera que facilite uma relação de empatia, confiança e compreensão • Utilizar Técnica de Escuta Ativa • Motivar o indivíduo na comunicação expressiva de emoções • Ajudar a reconhecer características impulsivas da sua personalidade • Estimular comportamentos assertivos • Executar técnica de controlo de impulsividade (contrato terapêutico de “não suicídio” e programar acompanhamento telefónico no pós-alta) • Trabalhar com o doente a capacidade de resolução de problemas e conflitos (aplicar técnica de resolução de problemas de (D’Zurilla) • Orientar o doente quanto ao uso de técnicas de relaxamento e controlo da ansiedade (exercícios respiratórios e de relaxamento muscular) • Motivar o indivíduo para participar em atividades de distração e aumentar socialização • Promover exercício físico | <p>Reduzir impulsividade (ações pessoais para estimular comportamentos assertivos e controlo de impulsividade)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Denota melhoria nas capacidades de enfrentamento e resolução de problemas • Reconhece e controla comportamentos impulsivos (Compras compulsivas) • Usa técnicas de relaxamento e controlo de ansiedade (exercícios respiratórios e de relaxamento muscular) • Manifesta um maior controlo da reação á ansiedade • Apresenta comportamentos assertivos |



| | | |
|--|--|--|
| <p>Processo de Coping Diminuído</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Estimular a procura de informações sobre a sua doença e processo de tratamento (psicoeducação e biblioterapia) • Estimular adesão e cumprimento do regime medicamentoso • Monitorizar e estimular capacidade de autocuidado e realização de tarefas diárias • Indagar sobre redes de apoio social e tipo de relações que estabelece com elas (Genograma) • Estimular o envolvimento social do doente • Melhorar a capacidade de enfrentamento e apoiar a tomada de decisões • Trabalhar com o doente a capacidade de resolução de problemas e conflitos (aplicar técnica de resolução de problemas de • Estimular o doente a perspetivar projetos futuros • Identificar presença de sentimentos de baixa autoestima, culpabilidade e desesperança • Estimular a autoestima do doente (valorizar capacidades e competências do doente e reforçar positivamente os seus sucessos) | <p>Estimular estratégias de coping (Ações pessoais para gerir o stress e ter uma sensação de maior conforto psicológico)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procura manter-se informado sobre o seu processo de doença • Adere ao programa de terapia e cumpre regime medicamentoso • Usa estratégias eficazes de enfrentamento e resolução de problemas • Usa técnicas de relaxamento e controlo de ansiedade (exercícios respiratórios e de relaxamento muscular) • Relata redução e maior controlo de ansiedade • Relata redução de sentimentos negativos • Verbaliza necessidade de auxílio • Apresenta maior envolvimento social |
| <p>Baixa Autoestima Atual</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Criar uma atmosfera que facilite uma relação de empatia, confiança e compreensão • Proporcionar suporte emocional ao individuo • Estar presente e ouvir atentamente • Estimular atividades que façam aumentar a auto-estima • Monitorizar e estimular capacidade de autocuidado e realização de tarefas diárias • Estimular aumento da socialização • Fazer psicoeducação sobre importância do exercício físico • Elogiar o doente em relação aos seus progressos e fazer reforço positivo • Permitir exposição de emoções e sobretudo reforçar aspetos positivos e minimizar aspetos negativos • Trabalhar com o doente a capacidade de resolução de problemas e conflitos (aplicar técnica de resolução de problemas) | <p>(Ações pessoais para melhorar a autoestima e diminuir sentimentos de desvalorização pessoal)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbaliza a auto-aceitação • Aceitação de críticas construtivas • Desejo de confrontar os outros • Manutenção da Higiene • Expressa sentimentos de autovalorização |
| <p>Desesperança Atual</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Criar uma atmosfera que facilite uma relação de empatia, confiança e compreensão • Proporcionar suporte emocional ao individuo • Estar presente e ouvir atentamente • Promover a esperança • Estimular aumento da socialização e envolvimento social • Incrementação do sono • Promover o exercício físico • Estimular reflexão sobre possibilidades de projetos futuros • Promover Terapia ocupacional | <p>(Ações pessoais para estimular sentimentos de esperança e vontade de viver)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manifesta melhoria da esperança • Expressa orientação futura positiva • Expressa vontade de viver • Expressa razões para viver • Demonstra prazer em viver • Fixação de metas |



6. - AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação deve ser contínua, dependendo-se que, "... a avaliação se inicia logo na primeira etapa do processo de planeamento, acompanhando-o em todas as etapas subsequentes." (Tavares,1990). Deve avaliar-se o projeto continuamente em todas as suas etapas, quer ao nível da sua elaboração, quer na sua execução e implementação.

O controlo de um projeto pode fazer-se "...através de um sistema de retroação, em que a partir da avaliação da estrutura, do processo e dos resultados, é possível introduzir as necessárias ações corretivas, reformulando-o se necessário." (Tavares, 1990).

A avaliação e controlo deste projeto conjunto foi sendo feita continuamente pela:

- Análise dos cronogramas de atividades (**Anexos XIV e XVII**) porque permitiu controlar o desempenho das atividades programadas, e se os objetivos delineados para estas foram atingidos;
- Autoavaliação e reflexão que pode também ser uma das formas de corrigir situações que levam aos desvios dos padrões estabelecidos pelos objetivos específicos, pelo que também foi utilizada de forma contínua;
- Avaliação e orientação contínuas, em conjunto com os Enf.ºs orientadores, académico e institucionais em cada campo de estágio do ensino clínico;
- Análise dos resultados, do estudo de natureza experimental em que colaborámos que permite também estabelecer se os objetivos foram atingidos;
- Análise das competências adquiridas durante todo o processo de estágio e participação num projeto quer de investigação, quer de intervenção (ação), com os alunos em meio escolar comunitário, quer com os utentes internados por tentativa de suicídio, em meio hospitalar;
- Divulgação dos resultados;
- Elaboração deste relatório final de estágio para discussão pública posterior, com presença de júri

Em relação ao Projeto + Contigo, implementado nas Escolas EBSG e ESRSI de Estremoz, é, como já se referiu, um projeto longitudinal baseado numa intervenção multinível em rede. O objetivo principal do mesmo foi promover a Saúde Mental e Bem-Estar aos alunos do 3º ciclo de ambas as Escolas, e prevenir comportamentos da esfera suicidária, bem como criar uma rede de atendimento e combater o estigma em Saúde.

Metodologia

Como os seus objetivos específicos foram de promover habilidades sociais, o autoconceito, a capacidade de resolução de problemas, a assertividade na comunicação, melhorar a expressão e gestão de emoções, detetar precocemente situações de distúrbio mental e fortalecer redes de apoio nos serviços de saúde (Santos et al.,2014), foram desenvolvidas ações com os estudantes daquelas escolas, no âmbito desse estudo experimental, iniciado em 2009, em Coimbra, na Escola Superior de enfermagem de Coimbra, divididas segundo as fases desse projeto, já anteriormente descritas.

Estavam previstos 3 momentos de avaliação, mas por indicação da Equipa coordenadora do projeto, apenas se realizaram 2 momentos avaliativos, uma imediatamente antes de se realizarem as sessões psicoeducativas com os alunos e outra após 6 meses, para perceber a validade dos resultados anteriores, pela mesma Equipa, e assim, poder reajustar o mesmo.

Os primeiros Questionários para colheita de dados e diagnóstico da situação foram aplicados, na ESRSI de Estremoz a 20 e 23 de outubro de 2015 e a 9 e 10 de novembro de 2015 na EBSG de Estremoz.

A avaliação final foi realizada a 2 e 3 de maio de 2016 na EBSG de Estremoz e a 17 e 20 de maio de 2016 na ESRSI de Estremoz.

População e Amostra

A população alvo deste estudo experimental foram os alunos a frequentar as 4 turmas do 9º ano de escolaridade da ESRSI de Estremoz e as 3 turmas de 8º ano de escolaridade, mais 1 de 9º ano (VOC), da componente vocacional, da EBSG de Estremoz, em que 3 de entre elas em cada Escola, constituíram o grupo experimental (9ºA, B e C na ESRSI e 8ºB, C e VOC na EBSG) e uma turma de cada Escola, foi designada para grupo de controlo (9º D na ESRSI e 8ºA na EBSG).

A amostra foi constituída por 140 alunos no total num universo de 1159 alunos entre as 2 Escolas.

Instrumento de colheita de dados

O Questionário utilizado em ambos os momentos avaliativos, foi facultado pela Equipa coordenadora do projeto e aplicado nas Escolas pelas Enfermeiras que compunham a Equipa de implementação local, da qual, eu fazia parte. Esse Questionário continha uma parte de caracterização sociodemográfica, sintética, com sexo, idade e ano de escolaridade e instrumentos de avaliação adaptados à realidade Nacional e aos adolescentes:

Índice de Bem-Estar (OMS, 1998), autoconceito (Piers-Harris Children's Self-Concept Scale 2, Piers & Hertzberg, 2002; Veiga, 2006), *coping* (Esparbés et al., 1993, Tap, Costa & Alves, 2005) e depressão (BDI-II, Beck & Steer, 1987; Martins, 2000).

Este Questionário, embora tenha sofrido algumas alterações e ajustes realizados pela Equipa coordenadora de Coimbra desde 2009, mantém-se, no entanto, um Questionário relativamente longo a preencher, cerca de 30 minutos, por parte dos alunos, embora se considerem essenciais os instrumentos utilizados.

Tratamento de dados

A colheita de dados foi feita localmente nas Escolas pelas Equipas locais de Saúde, que garantiram junto dos alunos, um correto preenchimento, pois são de leitura ótica, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos mesmos. Foram entregues em mão própria à Equipa coordenadora depois de devidamente selados em envelope fechado após o seu preenchimento.

A equipa coordenadora de Coimbra fez a introdução dos dados e tratamento estatístico dos mesmos em SPSS versão 19 para Windows. A nível estatístico essa equipa responsável do projeto, recorre à estatística descritiva para a caracterização da amostra (desvio padrão, médias) e a estatística inferencial para avaliar da evolução/associação/ relação de variáveis. Em estudos anteriores tem havido necessidade de recurso ao teste de Kolmogorov Smirnov e a medidas paramétricas (teste t e Anova), (Santos et al., 2014).

Como o projeto + contigo, tem já um âmbito nacional, a equipa coordenadora faz a divulgação dos mesmos, através de séries monográficas, congressos e apresentações públicas, enviando posteriormente, via *email*, os dados estatísticos para mim (não tratados), que com os mesmos fiz uma análise descritiva e correlacional, onde se apresentam os dados mais à frente, sob a forma de tabelas e gráficos, com cálculo de medida de tendência central (médias).

Durante o estágio no internamento, a avaliação da evolução deste projeto, foi feita por um processo de retroação de avaliação continua em relação aos objetivos e resultados a alcançar e reestruturação e readaptação das estratégias e procedimentos, em função dos mesmos e essencialmente em função de cada um dos utentes avaliados, com quem se estabeleceu uma relação de respeito e confiança que permitiu atingir estas metas e principalmente as metas de cada um deles.

Foi feita uma análise/avaliação dos dados, recorrendo a uma metodologia descritiva e correlacional, dos utentes que foram intervencionados terapeuticamente.

Os dados foram recolhidos em questionário de dados sociodemográficos (**Anexo XVIII**), previamente construído para este efeito e apresentado, discutido e aprovado, quer pelo enfermeiro supervisor institucional, quer pela enfermeira orientadora académica de estágio, antes da sua aplicação aos utentes internados no período anteriormente referido, no SIP do HESE, sempre com o consentimento esclarecido dos mesmos e seguindo todos os princípios éticos previstos.

Foram aplicados 2 instrumentos de avaliação/quantificação do risco de suicídio, incluindo dados relativos à ansiedade e depressão, ideação e intenção suicida, antes e 12 semanas após a primeira avaliação em entrevista de ajuda.

Foi utilizada uma escala de avaliação do suicídio, para uma determinação do risco de suicídio, de preenchimento e avaliação simplificada e rápida, conforme ficou descrito no ponto dos instrumentos de avaliação utilizados e de acordo com os, (**Anexos XIX, XX e XXI**)

Como divulgação dos resultados serve a apresentação deste relatório de estágio, que será posteriormente entregue nos respetivos locais de estágio, a sua discussão pública, perante o júri, na apresentação de provas públicas e posterior depósito em repositório da faculdade de Évora, onde ficará acessível a consulta.

Foi também apresentado em congressos na UE e na OE e em entrevistas na rádio, a experiência da implementação do Projeto+Contigo nas escolas de Estremoz, com o conhecimento e autorização da equipa coordenadora de Coimbra e dos supervisores e ainda, a apresentação dos resultados no V congresso anual do projeto + contigo, em Coimbra, juntamente com alunos e professores.

A equipa Coordenadora lança também para divulgação dos mesmos, séries monográficas onde apresenta os resultados quantitativos obtidos a nível nacional na implementação do projeto + contigo, nas várias escolas distribuídas um pouco por todo o país.

7. – RESULTADOS E ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES

Em relação ao Projeto + Contigo, implementado nas Escolas EBSG e ESRSI de Estremoz, é, como já se referiu, um projeto longitudinal baseado numa intervenção multinível em rede de âmbito nacional, da Escola Superior de Coimbra, com a colaboração, neste caso, da equipa de implementação local, constituída por mim e pela enfermeira Carmen Pereira, e apresentado ele próprio, e sua implementação, como parte do meu projeto de estágio, e processo de aquisição de competências, nos diversos contextos.

O objetivo principal do mesmo foi promover a Saúde Mental e Bem-Estar aos alunos do 3º ciclo de ambas as Escolas, e prevenir comportamentos da esfera suicidária, bem como criar uma rede de atendimento e combater o estigma em Saúde.

Mas aqui vão apresentar-se os resultados da sua implementação no ano letivo 2015/2016, de acordo com a informação e dados transmitidos pela Equipa coordenadora do mesmo, em Coimbra.

Pela análise dos gráficos e tabelas abaixo, podemos caracterizar e verificar que a amostra dos alunos em estudo é constituída maioritariamente por adolescentes do sexo masculino (63,6%) na EBSG e feminino (55,8%) na ESRSI, e a maior parte com idades entre os 14 e 15 anos na ESRSI, o que se entende por serem na totalidade alunos do 9º ano nesta escola, enquanto, que na EBSG o sexo feminino só represente 36,4%. Embora a maioria, nesta escola (EBSG), seja do 8º ano (98,2 %), uma pequena parte frequenta o 9º ano, sendo estes seguramente representativos dos alunos a frequentar a componente vocacional, que acumula o 8º e o 9º juntos, mas a média de idades é de 13,88, com um desvio padrão de 1,237. **(Anexo XXIV).**

sexo^a

| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
|--------|-----------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| Válido | Masculino | 35 | 61,4 | 63,6 | 63,6 |
| | Feminino | 20 | 35,1 | 36,4 | 100,0 |
| | Total | 55 | 96,5 | 100,0 | |
| Omisso | Sistema | 2 | 3,5 | | |
| Total | | 57 | 100,0 | | |

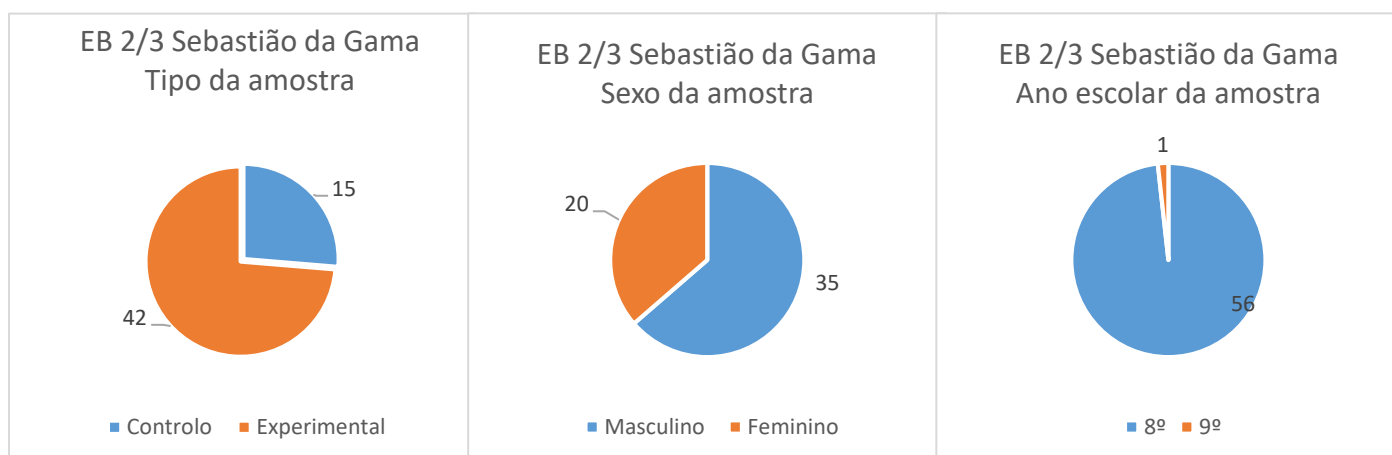
a. escolasestremoz = eb23 sebastião gama

idade

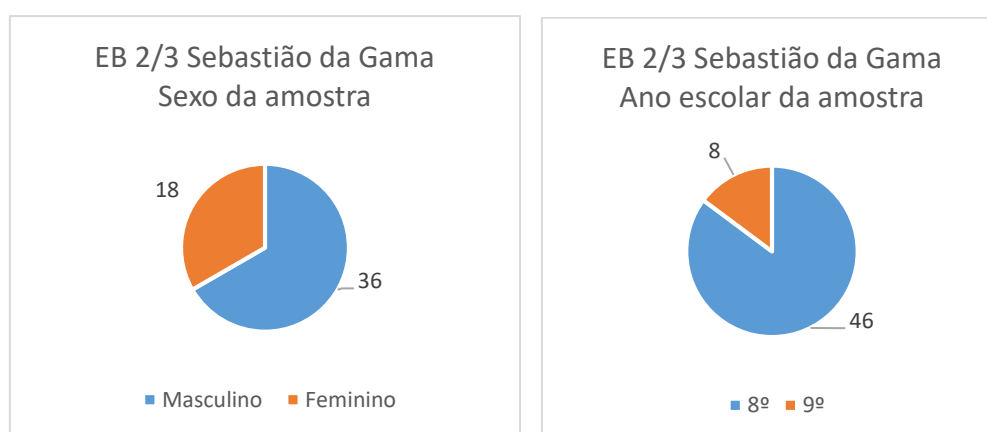
| | | |
|---------------|--------|-------|
| N | Válido | 56 |
| | Omisso | 1 |
| Média | | 13,88 |
| Mediana | | 13,50 |
| Moda | | 13 |
| Desvio Padrão | | 1,237 |
| Mínimo | | 12 |
| Máximo | | 17 |

a. escolasestremoz = eb23 sebastião gama

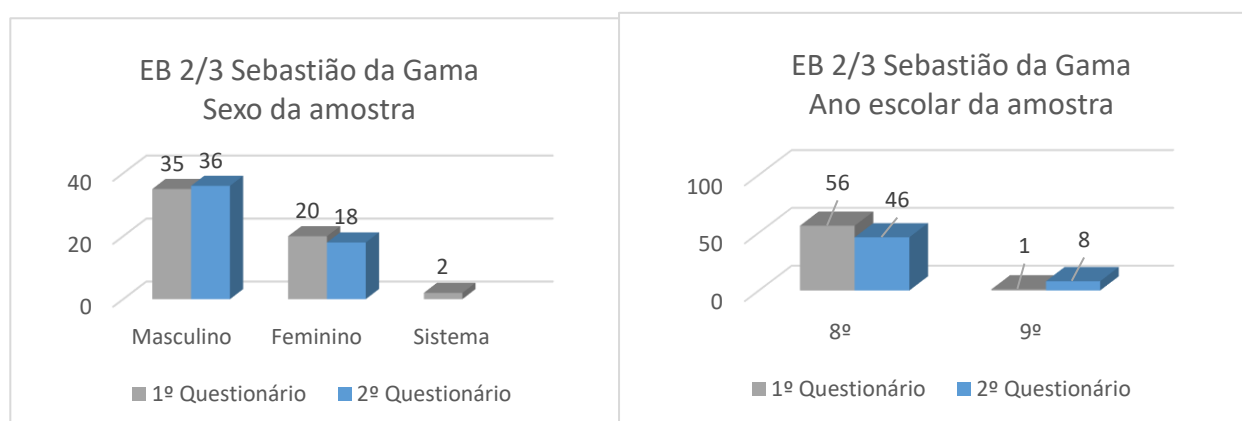
Gráficos - Caracterização dos alunos da EBSG no 1º Questionário



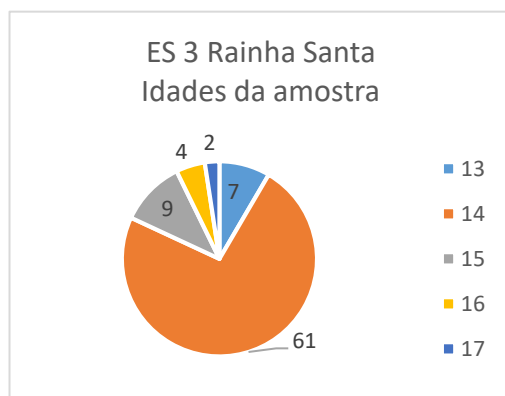
Gráficos- Caracterização dos alunos da EBSG no 2º Questionário



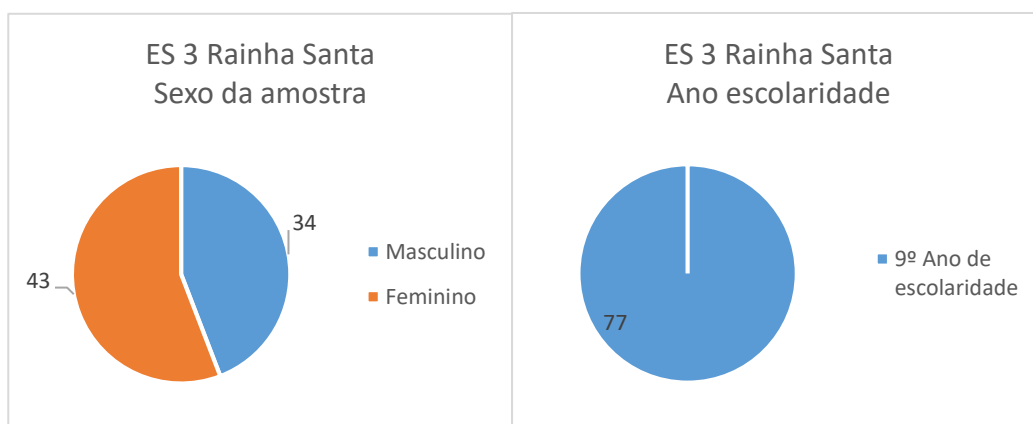
Gráficos- Comparação dos Questionários 1 e 2 dos alunos da EBSG



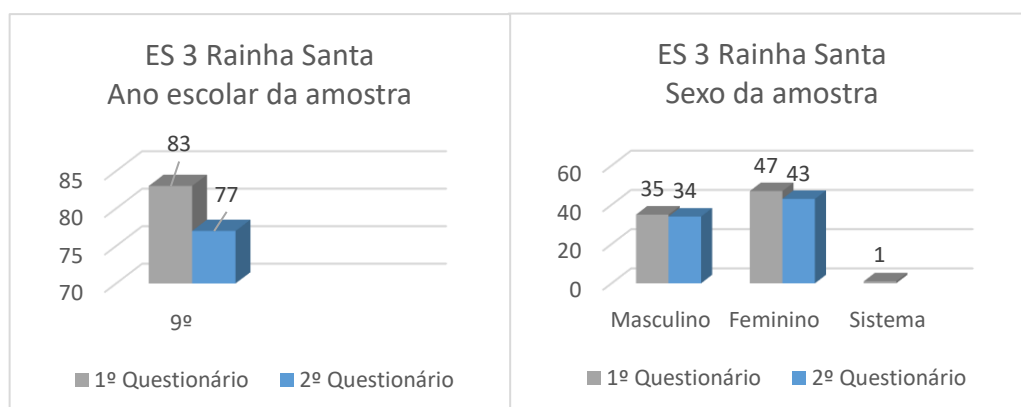
Gráficos- Caracterização dos alunos da ERSI no 1º Questionário



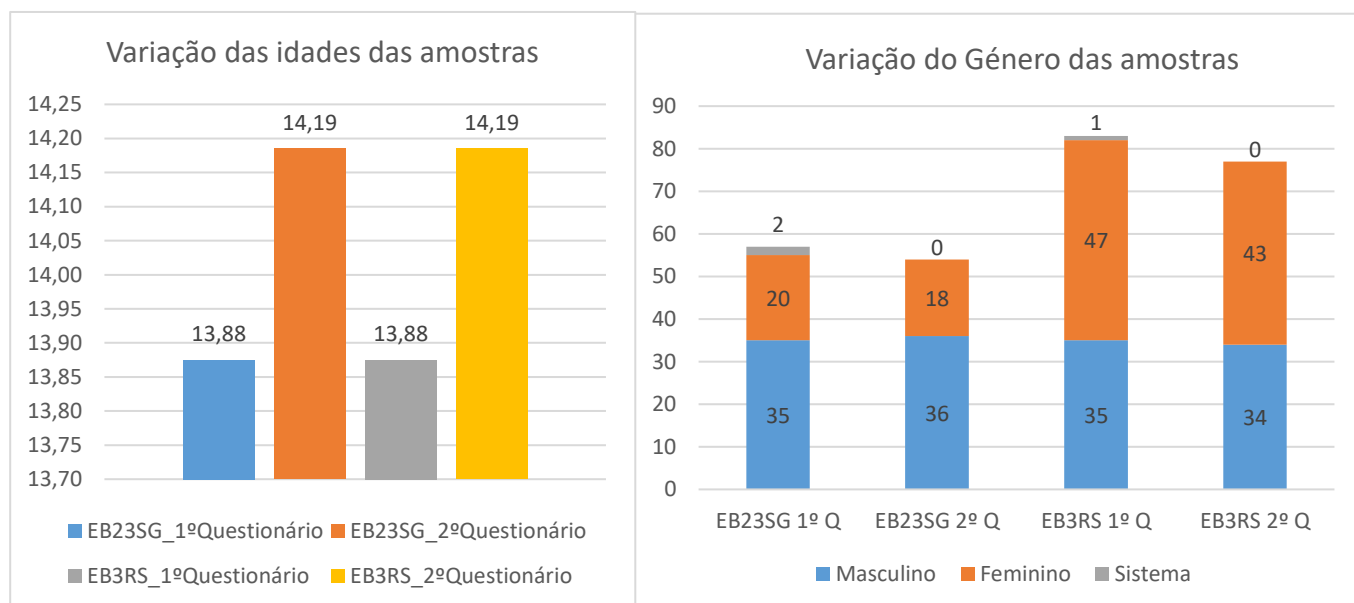
Gráficos- Caracterização dos alunos da ERSI no 2º Questionário



Gráficos- Comparação dos Questionários 1 e 2 dos alunos da ERSI



Gráficos- Comparação dos Questionários 1 e 2 dos alunos das EBSG e ESRSI

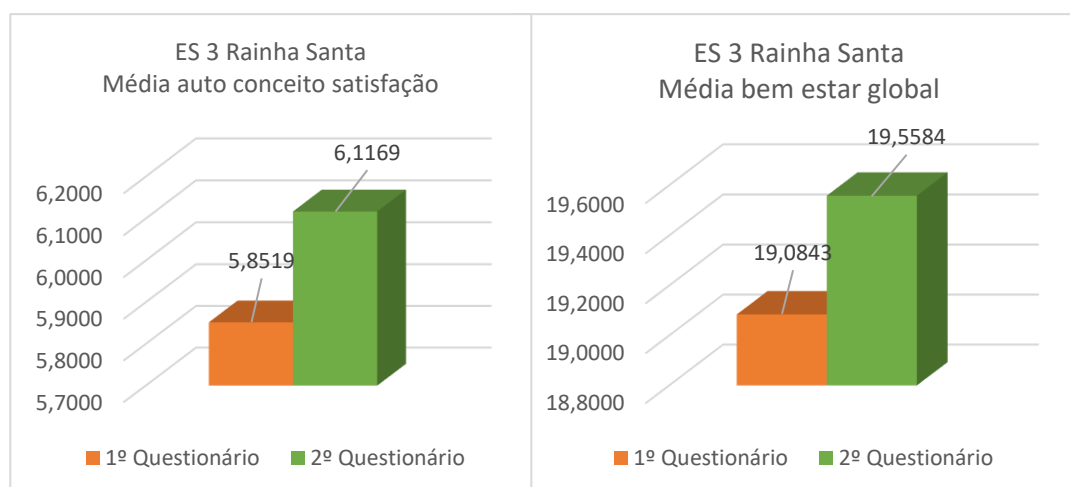


Numa análise comparativa, entre escolas e entre os dois momentos de avaliação, podemos verificar que a tendência se manteve, quer no que diz respeito à variação das idades, quer à variação do género.

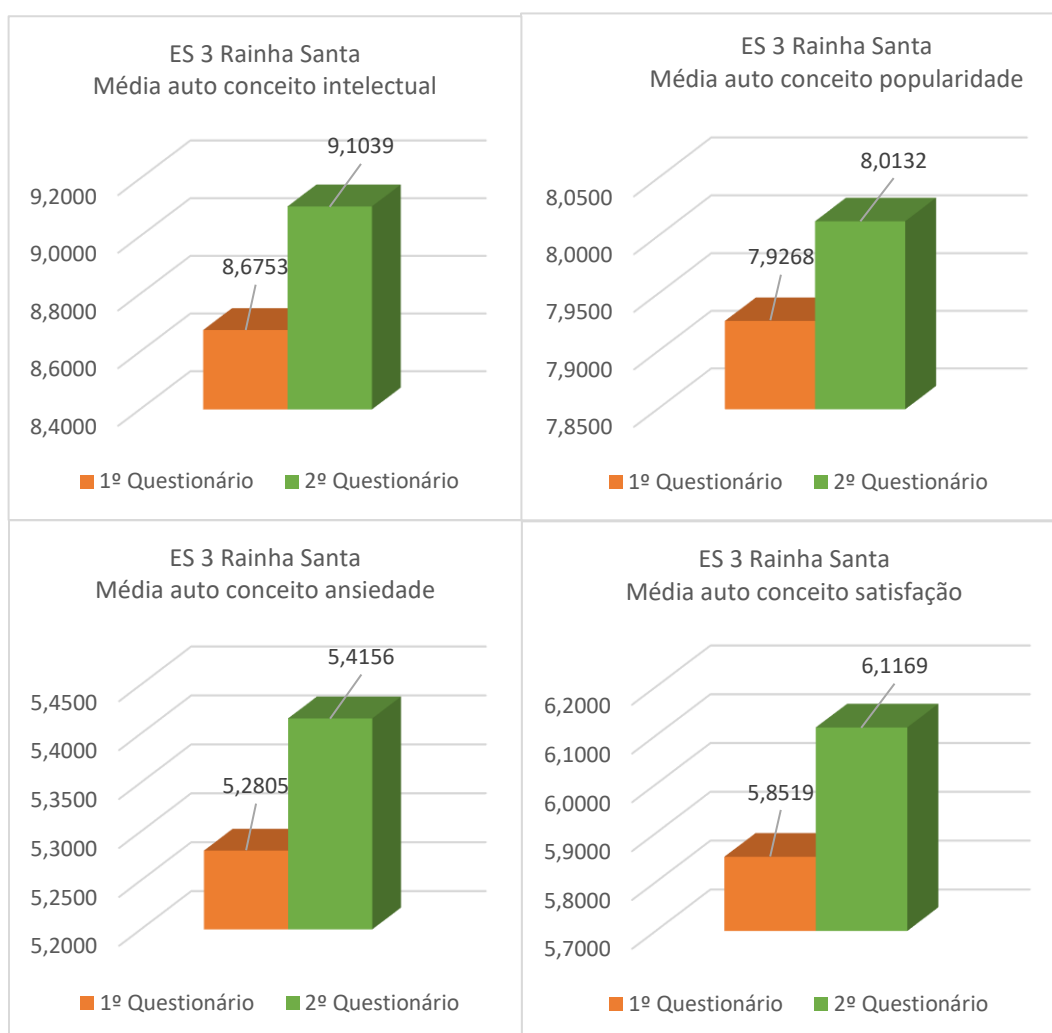
Quanto às médias em cada uma das variáveis avaliadas pelos questionários, pode dizer-se que de uma forma geral, na ESRSI, quase todas aumentaram, destacando-se a média do índice de bem-estar global e de *Coping* controlo e ainda da média do autoconceito global e dentro deste, das componentes do autoconceito a nível físico, intelectual, satisfação e popularidade. Por outro lado pudemos verificar que houve uma diminuição na média das vertentes do autoconceito comportamental e um aumento da média do autoconceito no que respeita à ansiedade, que subiu no 2º questionário, que pode ter a ver com a aproximação dos Exames Nacionais do 9º ano, visto a aplicação do Questionário nessas datas.

Entre estas duas avaliações aumentou a média do *Coping* Social mas no geral o *Coping* global baixou, talvez porque grande parte das outras componentes desta atitude também baixaram, como é o caso da média de *Coping* de ações de recusa, ação social e de retraimento. Como se pode observar nos gráficos apresentados abaixo e consultando no **(Anexo XXIV)**.

Gráficos- Comparação das médias entre os questionários 1 e 2, da ESRSI, Estremoz.



Gráficos - Comparação das médias entre os questionários 1 e 2, da ESRSI, Estremoz

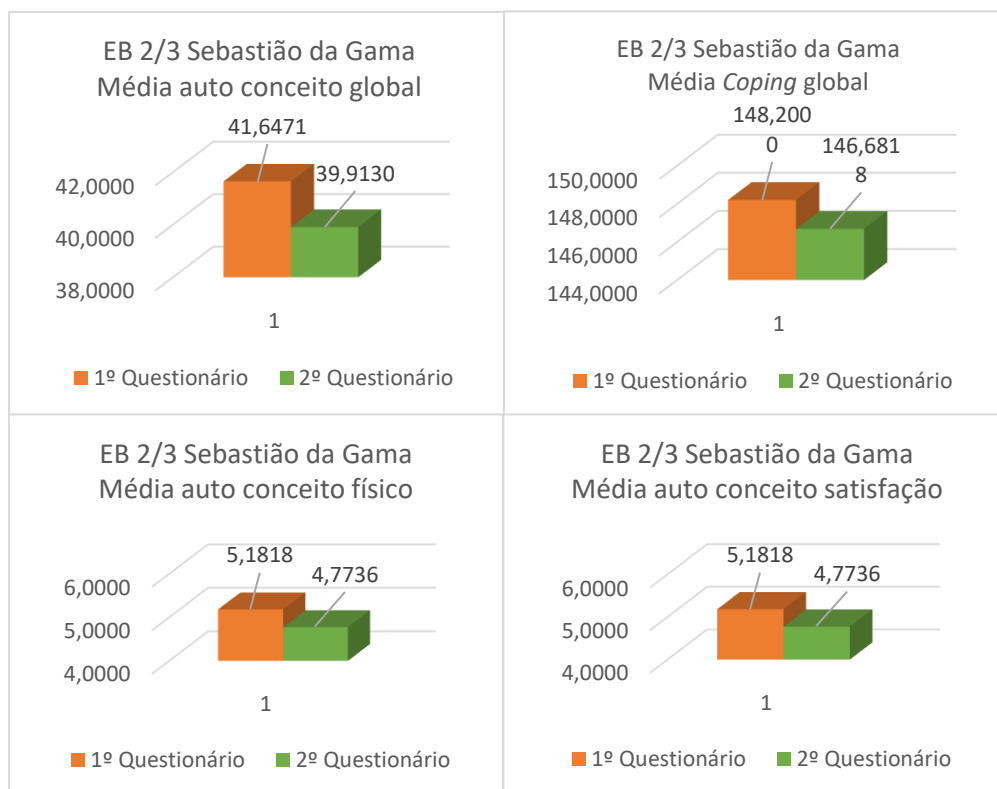


Na escola EBSG a tendência verificada com a análise das médias entre os dois momentos avaliativos foi inversa à verificada na ESRSI, com diminuição da média do autoconceito e *coping* globais, de *coping* controlo e de retraimento, bem como em quase todas as vertentes do autoconceito, quer na componente física, intelectual, de popularidade e de satisfação, que desceram, não tanto em termos de valores absolutos, mas a nível de médias.

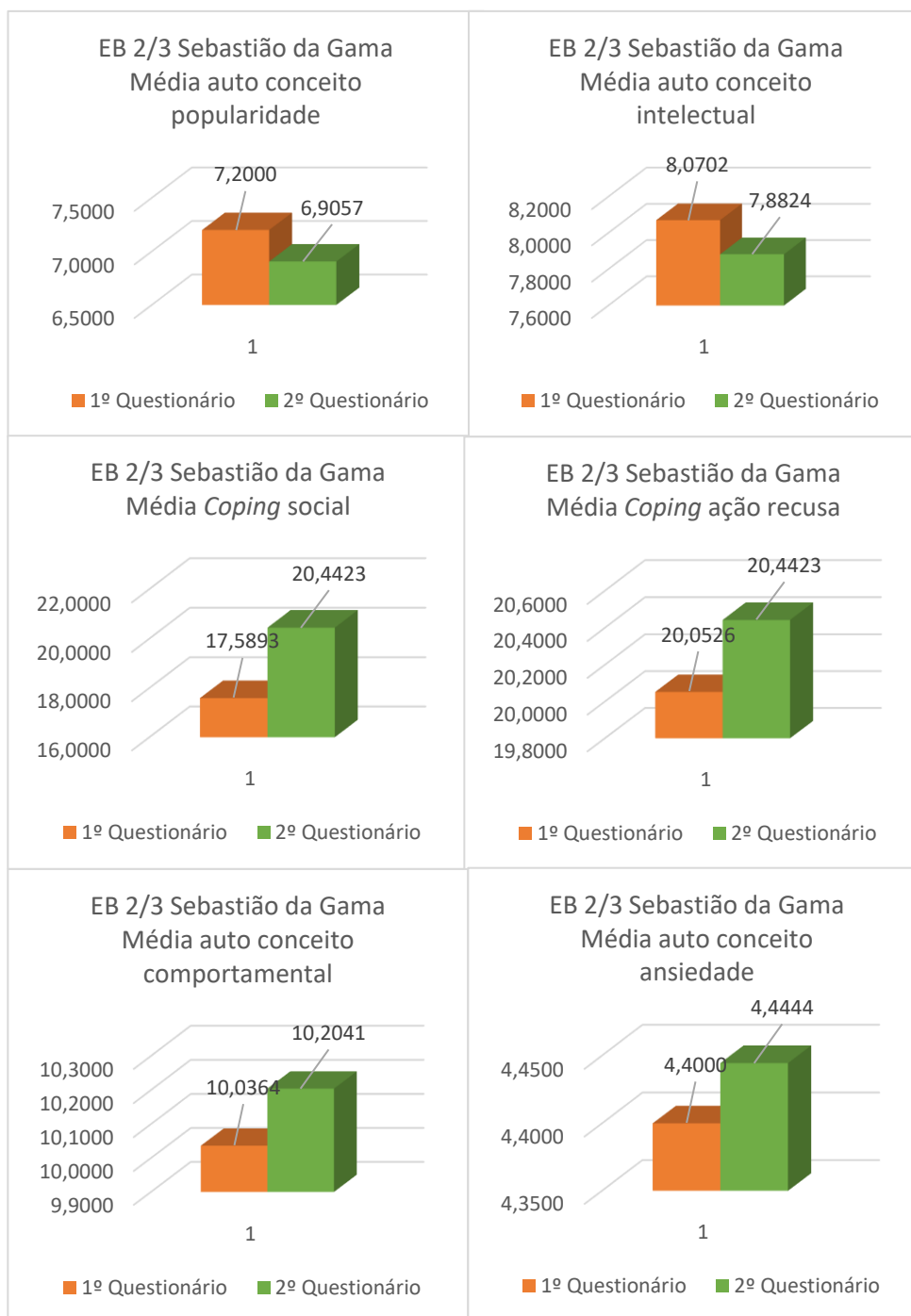
Podemos verificar que aumentaram somente as médias do *coping* social e de ações de recusa e dentro do autoconceito, as médias da vertente comportamental e da ansiedade, podendo o aumento deste último, poder refletir a tendência generalizada de diminuição de praticamente todos os itens avaliados, bem como as médias do índice de Bem-Estar, que também baixaram, como se pode observar nos gráficos abaixo e na consulta das tabelas de estatística no, (Anexo XXIV).

Esta tendência de diminuição verificada nesta escola poderá estar associada a uma maior tomada de consciência destas componentes durante as sessões. Verificámos também um aumento da média de idades, possivelmente pelos aniversários dos alunos durante o período de implementação do projeto + contigo nas escolas.

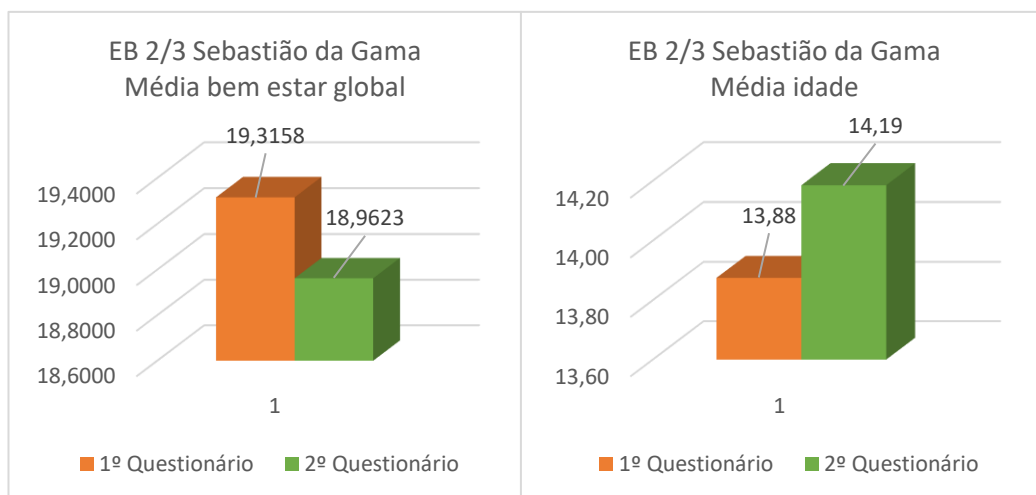
Gráficos - Comparação das médias entre os questionários 1 e 2, da EBSG, Estremoz



Gráficos- Comparação das médias entre os questionários 1 e 2, da EBSG, Estremoz

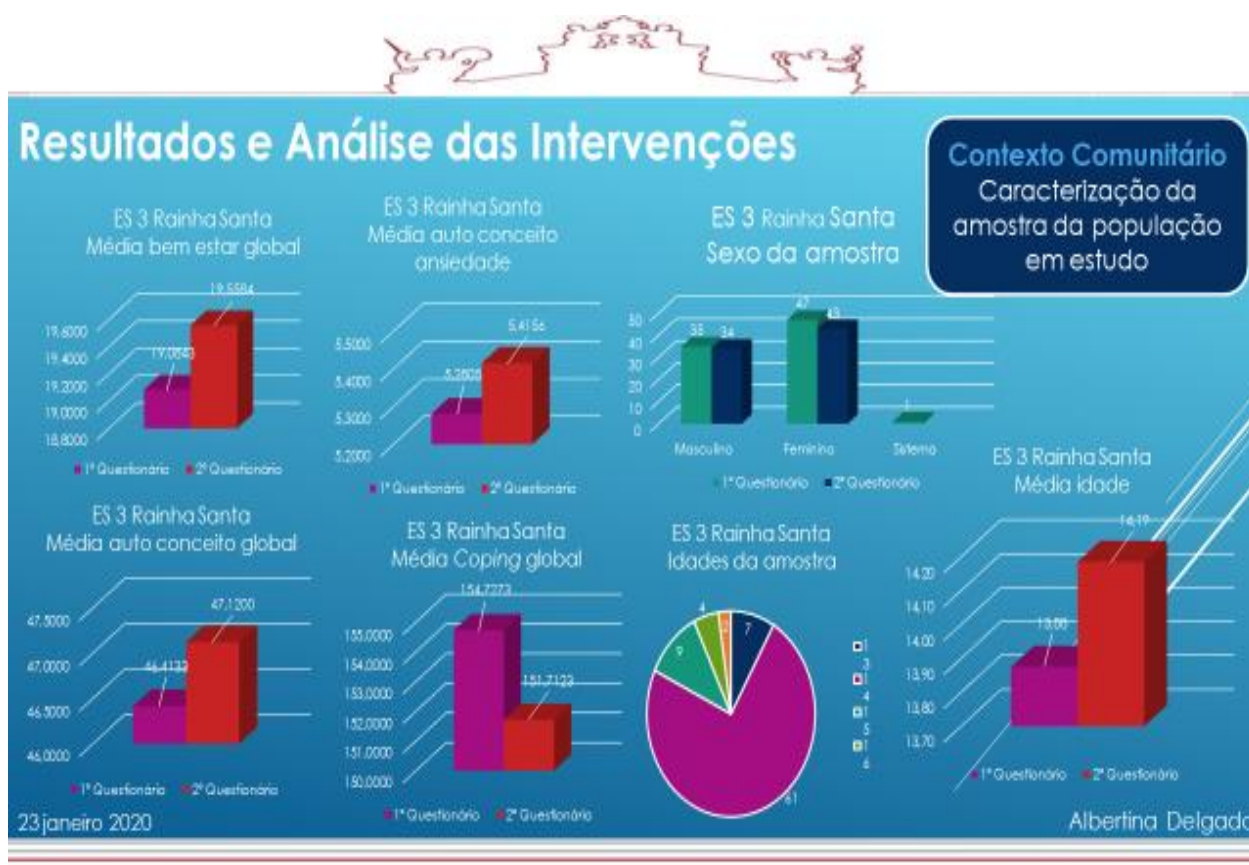


Gráficos- Comparação das médias entre os questionários 1 e 2, da EBSG, Estremoz



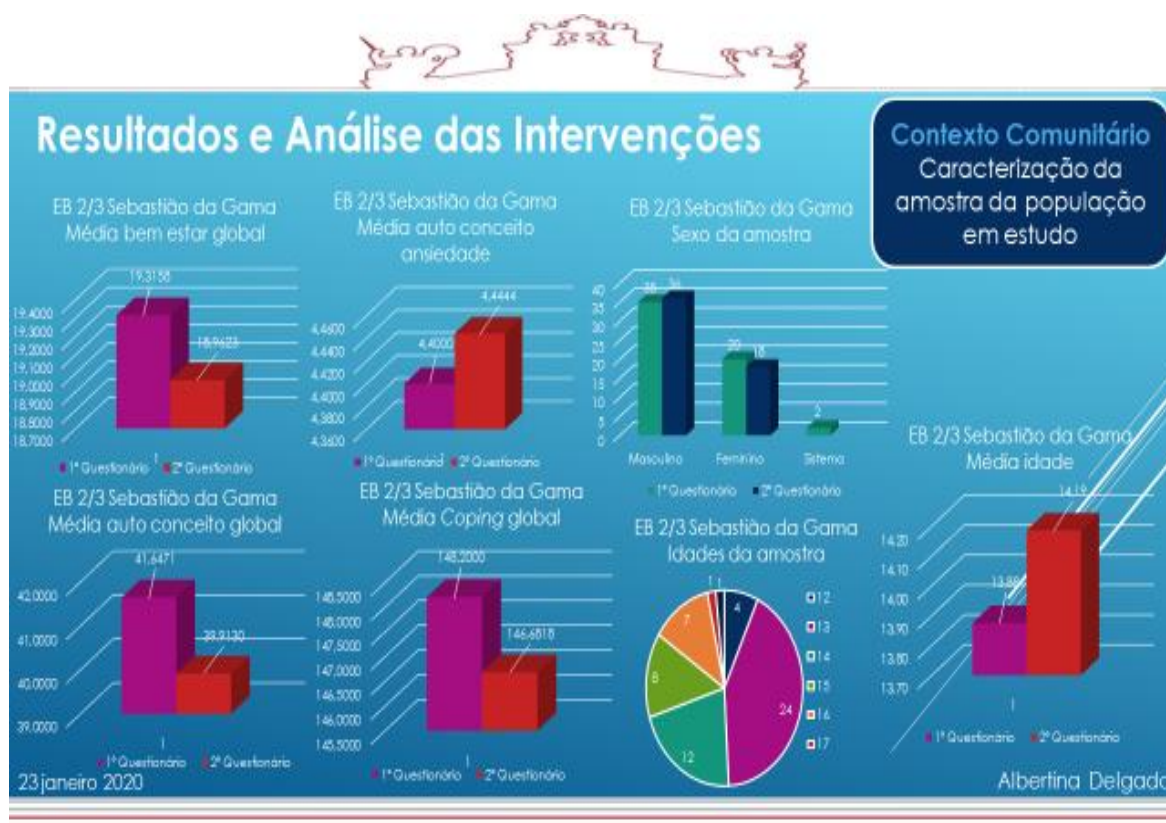
Resumo da análise aos resultados da implementação do projeto + contigo

Figura 7 – Resumo resultados ES 3 RSI



Entre as avaliações apresentadas, foram realizadas as sessões interventivas e psicoformativas com os alunos, o que pode explicar, como se referiu atrás, alguns dos resultados positivos na ESRSI, como o aumento das médias do índice de bem-estar e em quase todas as vertentes do coping e autoconceito.

Figura 8 – Resumo resultados EB 2/3 SG

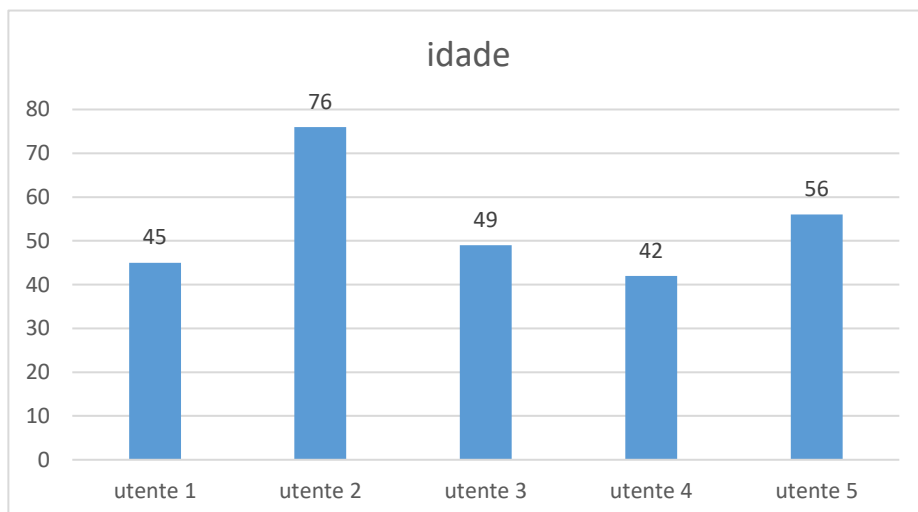
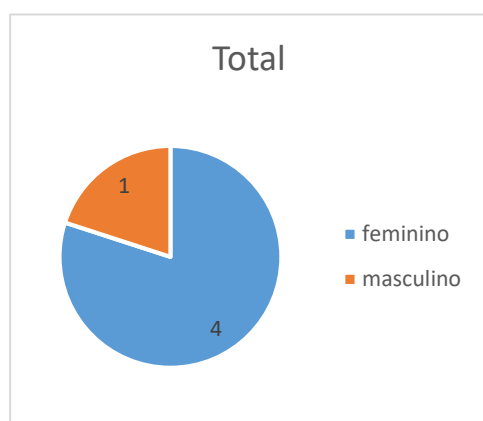


Verificou-se também que as mesmas razões que levaram a esse aumento na ESRSI, podem ser a explicação para que na EBSG, os valores das médias nos mesmos componentes tenham baixado, por uma maior tomada de conhecimento destas temáticas por parte dos alunos, o que explicaria também o aumento das médias da ansiedade, mas também o aumento da média de idades com uma maior consciencialização adaptada ao aumento da idade, embora seja de realçar que até nas médias do índice de bem-estar global houve uma ligeira diminuição.

Não é muito relevante em valores absolutos, mas pode ser o indicativo de que aquela população daquela escola, a EBSG, por ter a componente vocacional, que intencionalmente foi incluída neste projeto, tenha mais necessidade de serem mais desenvolvidos os temas relativos ao bem-estar, autoconceito, coping e depressão, e mais trabalhados em sala de aula, em sessões futuras do projeto + contigo, que teve continuidade, com a equipa de saúde escolar da UCC de Estremoz.

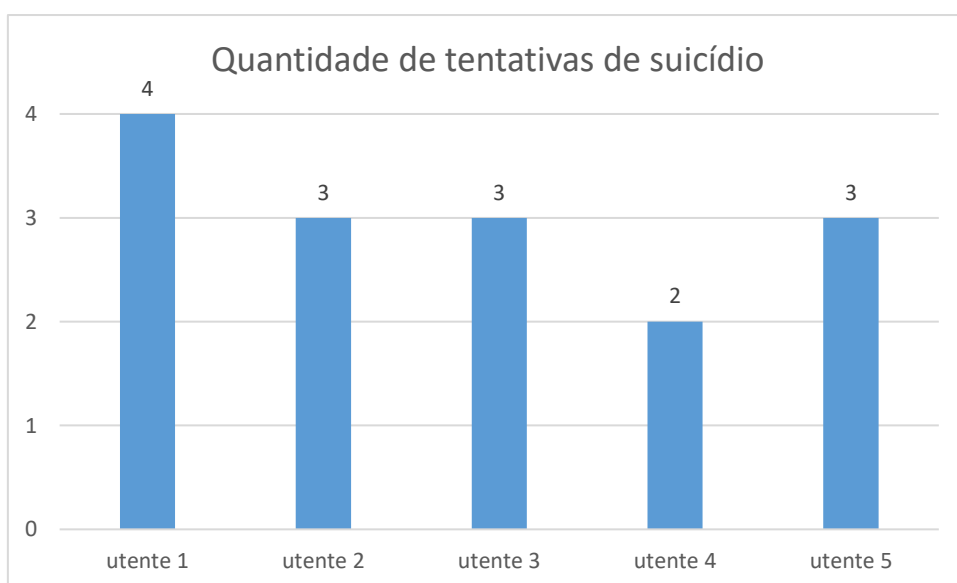
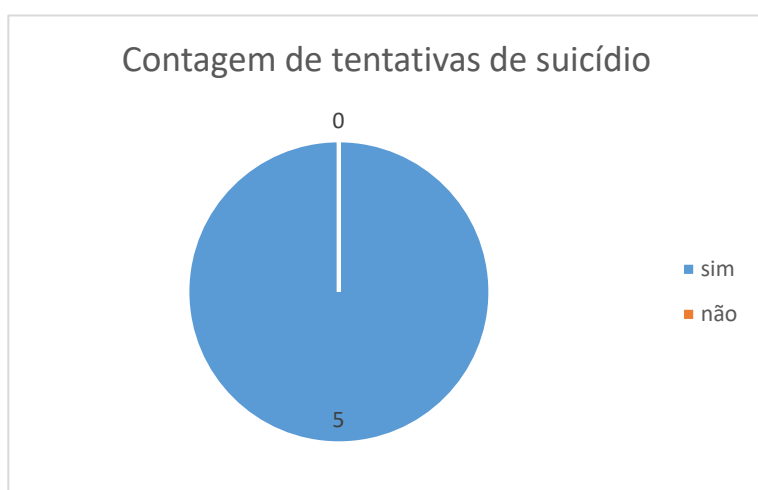
Gráficos- Caracterização Sociodemográfica dos Utente SIP

Quanto à caracterização da amostra dos utentes do SIP do HESE, durante o período de 26/09/2015, até 22/01/2016, que participaram desta análise e internados por tentativas de suicídio, objeto de um plano de intervenções terapêuticas de Enfermagem, no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, podemos dizer que eram maioritariamente do sexo feminino e todos com idades superiores a 40 anos, tendo um utente, idade superior a 65 anos e 3 entre 5, estarem na faixa etária dos 40 aos 50 anos.



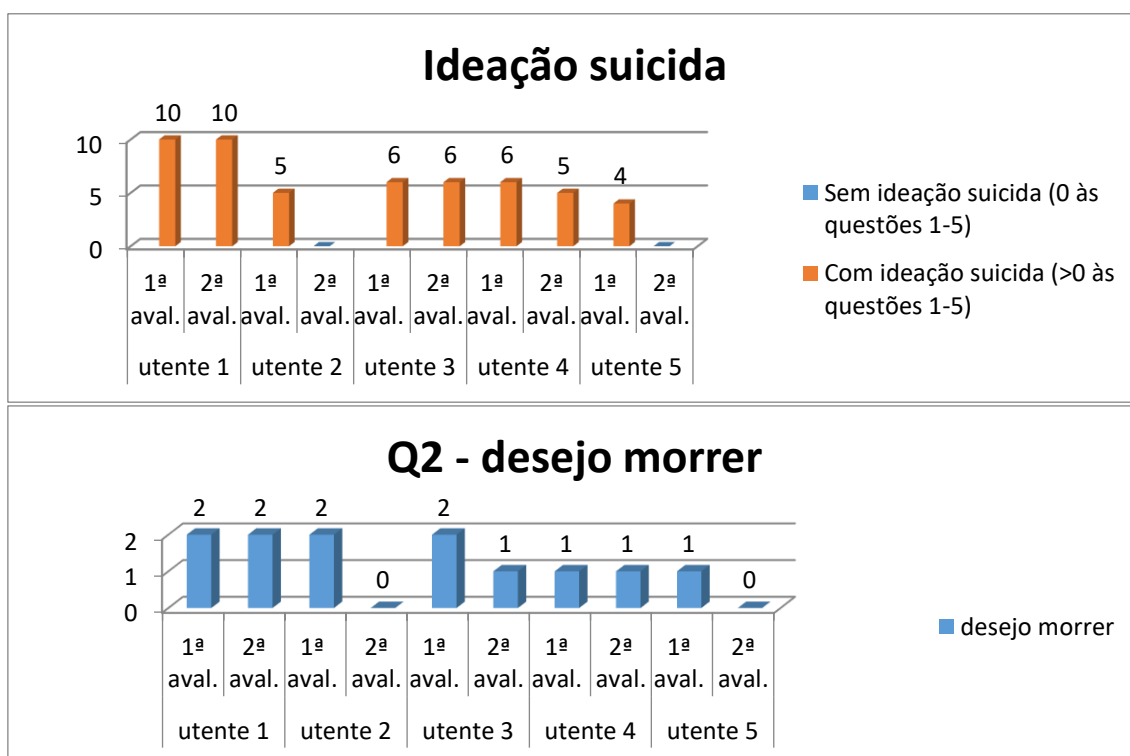
Todos os utentes que participaram na análise, apresentaram tentativa de suicídio neste internamento, neste período, o que corrobora com os critérios de escolha para participação que era terem comportamentos da esfera suicidária. Também todos tiveram tentativas de suicídio anteriormente, entre 4 o valor mais alto de tentativas anteriores, 2 como valor mais baixo e 3 tentativas ser o valor predominante, como podemos verificar nos gráficos em baixo.

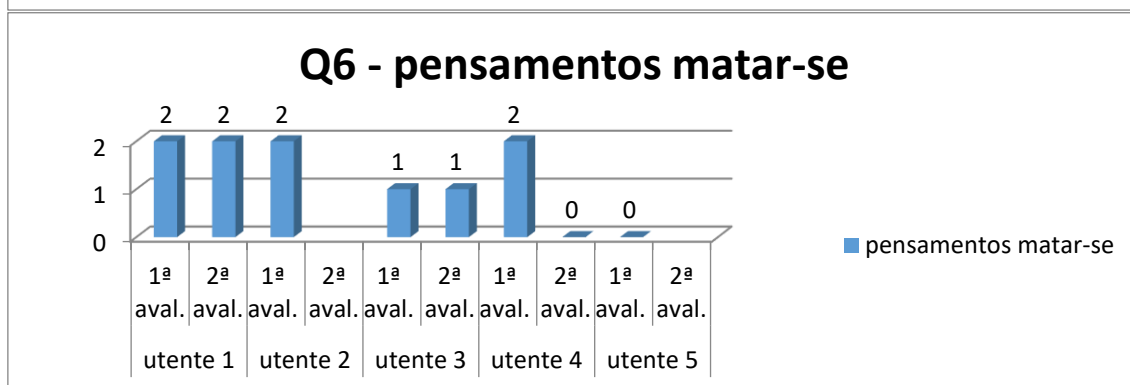
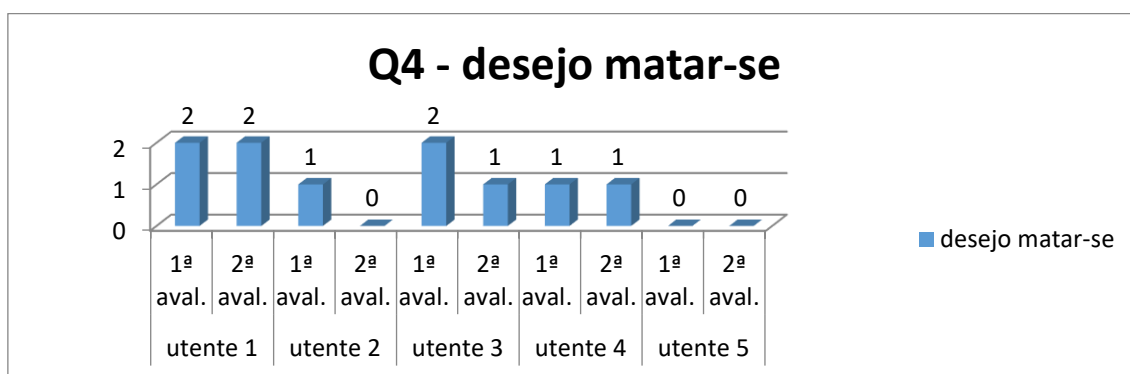
Gráficos- Caracterização socio demográfica dos utentes do SIP do HESE



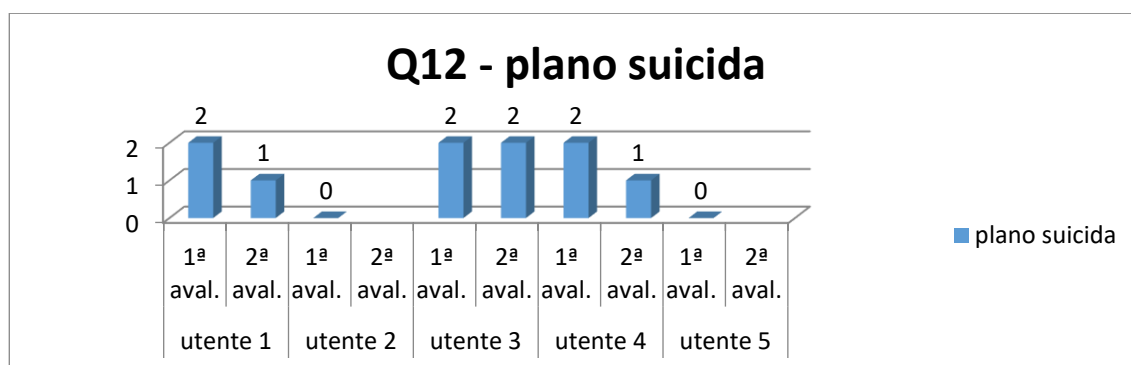
Quanto à comparação dos mesmos utentes, às questões colocadas com a escala de ideação suicida de BECK, no mesmo período e com o espaçamento de 12 semanas entre o 1º e o 2º questionário, podemos observar em baixo, que dois dos utentes mantiveram o mesmo *score* de ideação suicida entre as duas avaliações e em três deles houve redução dessa ideação e ainda, dois utentes de entre 5 avaliados não apresentaram ideias suicidas após 12 semanas desde o internamento por tentativa de suicídio, registando uma melhoria significativa desta sintomatologia, que habitualmente é um fator de risco de suicídio. Quanto ao desejo de matar-se, 2 utentes mantiveram esse desejo, 2 desceram e um nunca teve., e quanto ao desejo de morrer, 3 utentes baixaram, 2 utente mantiveram esse desejo e desses 1 deixou de ter o desejo de morrer.

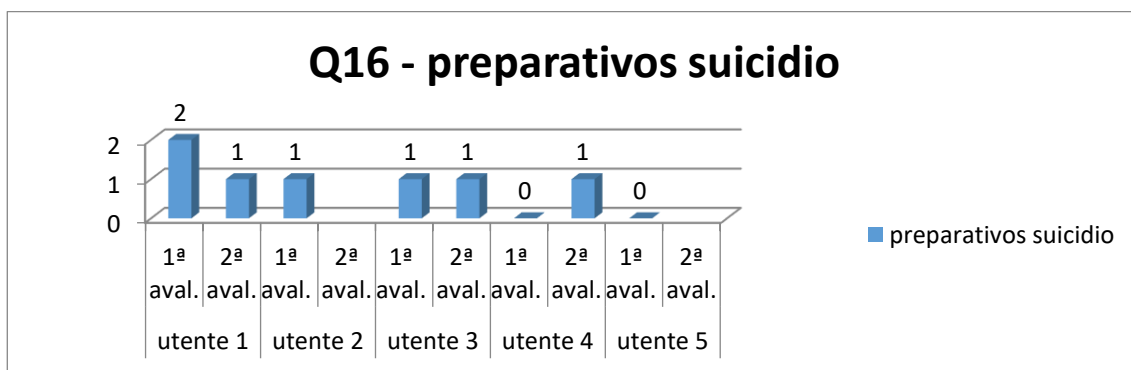
Gráficos-Comparação 1º e 2º avaliação utentes SIP - com escala BSI





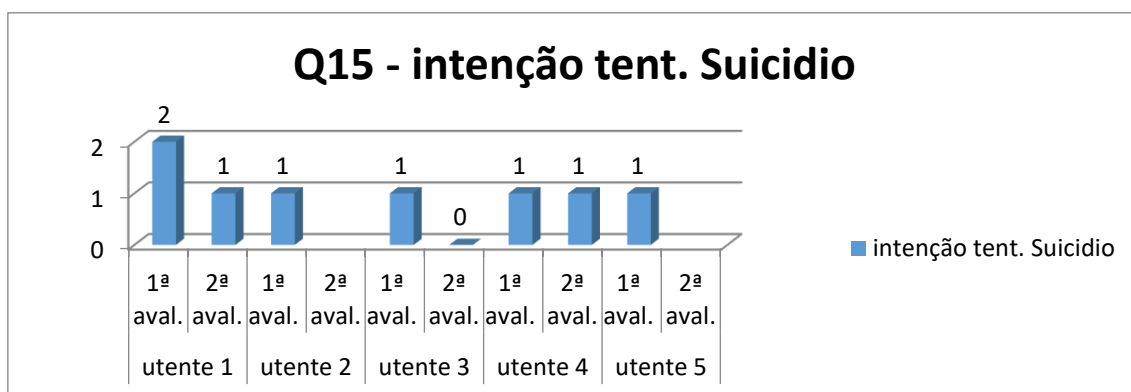
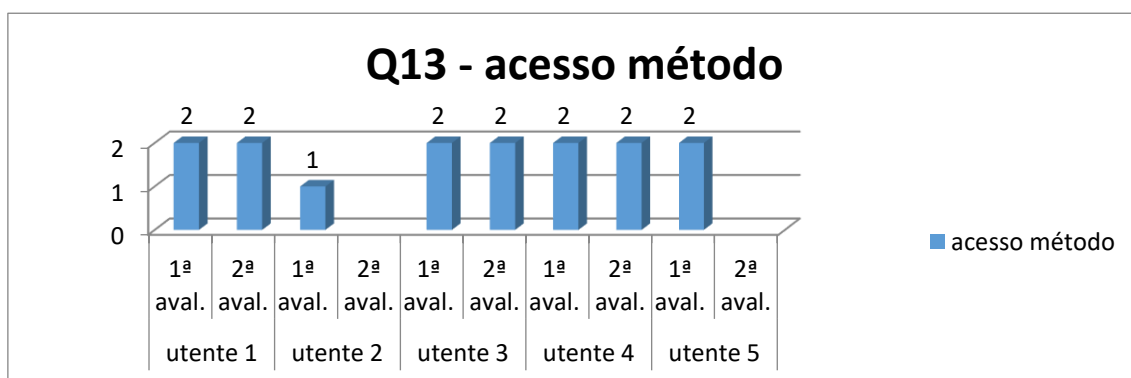
Ainda dentro da comparação de alguns dos itens da escala de ideação suicida de BECK, e no que diz respeito aos pensamentos em matar-se, na questão acima, 2 dos utentes avaliados baixaram, 2 mantiveram os pensamentos e um deles referiu que nunca teve, apesar de todos terem feito tentativa de suicídio, o que revela bem, juntamente com os dados anteriores o quão complexo é este fenómeno do suicídio, com esta ambivalência, entre o agir, pensar ou sentir.



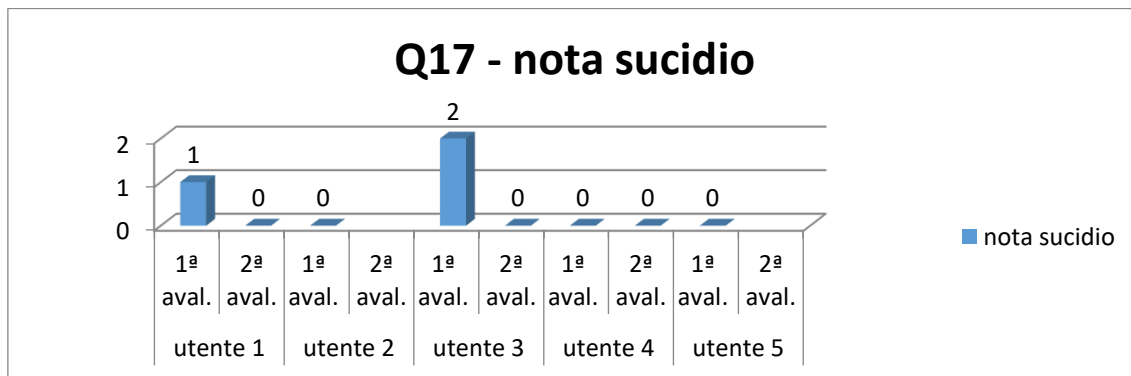


Em relação ao plano suicida, na questão 12, três utentes tinham plano estruturado e 2 não tinham qualquer plano, e apenas no utente 4 se registou uma diminuição nessa estruturação de plano.

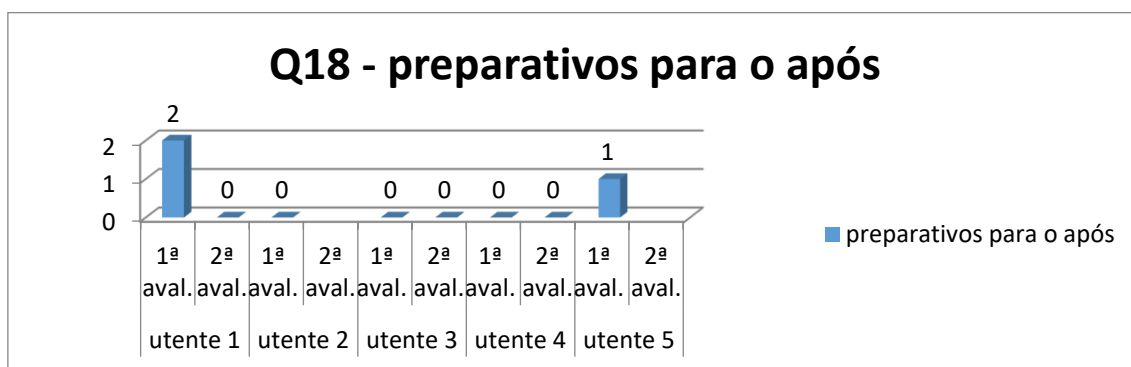
Nos preparativos para o suicídio, na questão 16, quatro utentes responderam que tinham preparado antecipadamente o suicídio e apenas 1 não tinha feito qualquer preparativo.



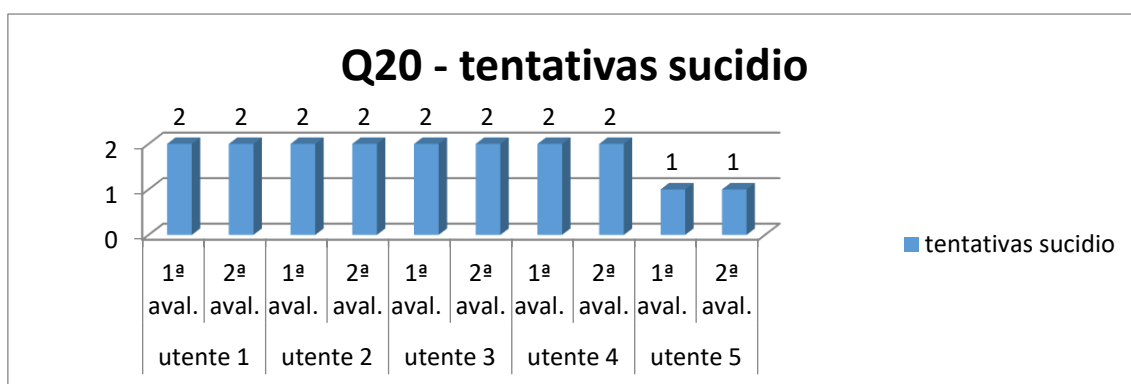
Todos os utentes responderam terem acesso ao método e todos demonstraram, com maior ou menor intensidade, terem intenção quando tentaram o suicídio.

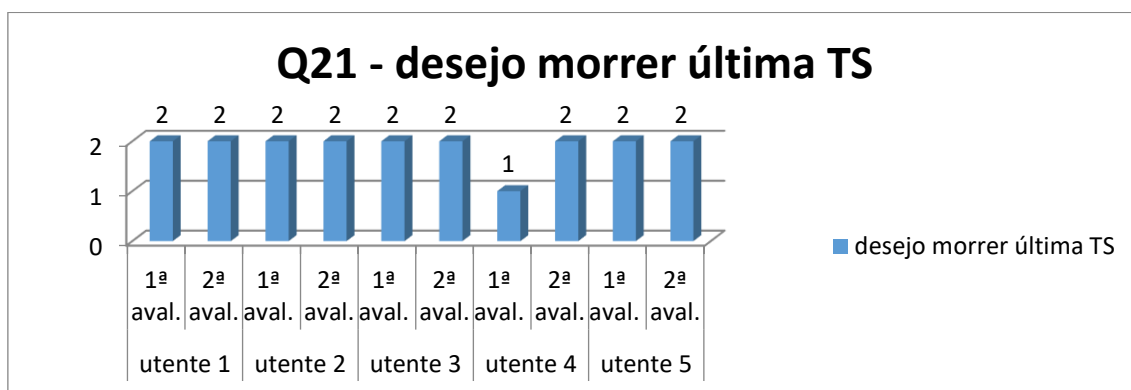


Ainda neste questionário que avalia a ideação suicida, podemos ver na questão 17 e 18, que só 2 utentes tinham elaborado nota ou carta de suicídio, e 2 fizeram preparativos para o após-suicídio.



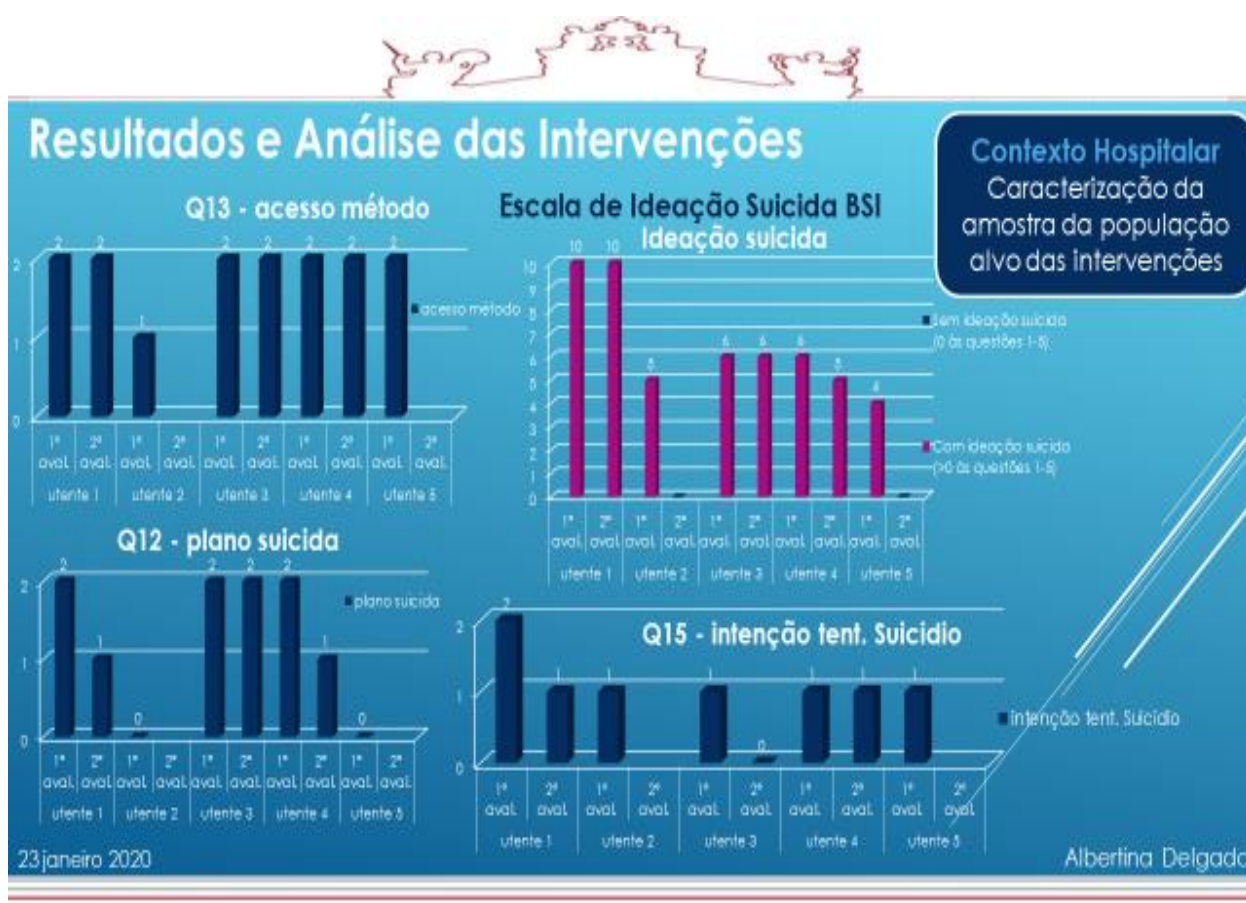
Na questão 20 e 21, vemos que todos tinham tido tentativas de suicídio anteriores, manifestando e mantendo todos, o desejo de morrer na última TS.





Resumo da análise aos resultados da aplicação da escala BSI

Figura 9 – Resultados da aplicação da Escala de Ideação Suicida de Beck



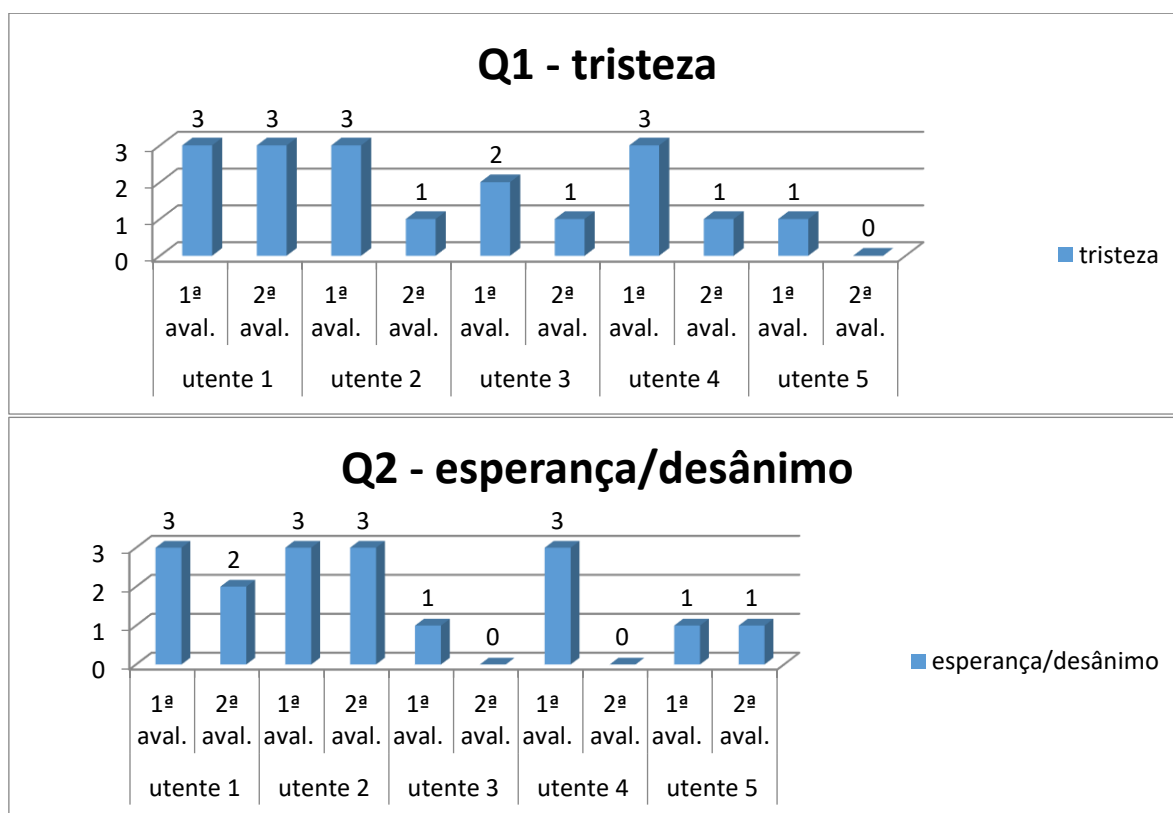
Quanto à ideação suicida e às questões colocadas com a escala de ideação suicida de BECK, entre o 1º e o 2º questionário, constatou-se que dois dos utentes mantiveram o mesmo score de ideação suicida entre as duas avaliações e em três deles houve redução dessa ideação e ainda, dois utentes de entre 5 avaliados não apresentaram ideias suicidas após 12 semanas

desde o internamento por tentativa de suicídio, registando uma melhoria significativa desta sintomatologia, que habitualmente é um fator de risco de suicídio.

Quanto à intenção suicida, 4 utentes reduziram ou deixaram de ter intenção de suicídio e apenas um manteve a sua intenção suicida mas num nível reduzido, no nível 1. Todos os utentes responderam terem acesso ao método e todos demonstraram, com maior ou menor intensidade, terem intenção quando tentaram o suicídio.

Ainda neste questionário que avalia a ideação suicida, nas questões 17 e 18, 2 dos utentes tinham elaborado nota ou carta de suicídio, e 2 fizeram preparativos para o após-suicídio. No que diz respeito aos pensamentos em matar-se, 2 dos utentes avaliados baixaram, 2 mantiveram os pensamentos e um deles referiu que nunca teve, apesar de todos terem feito tentativa de suicídio, o que revela bem, juntamente com os dados anteriores o quão complexo é este fenómeno do suicídio, com esta ambivalência, entre o agir, pensar ou sentir.

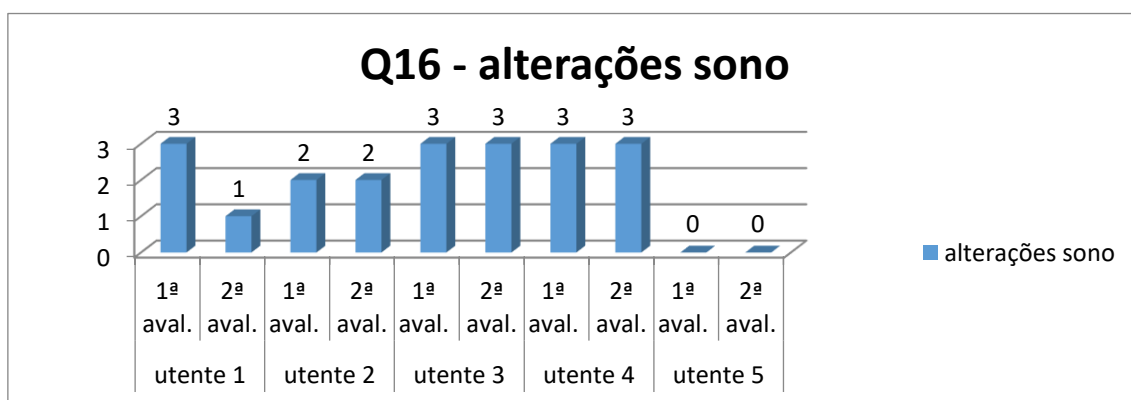
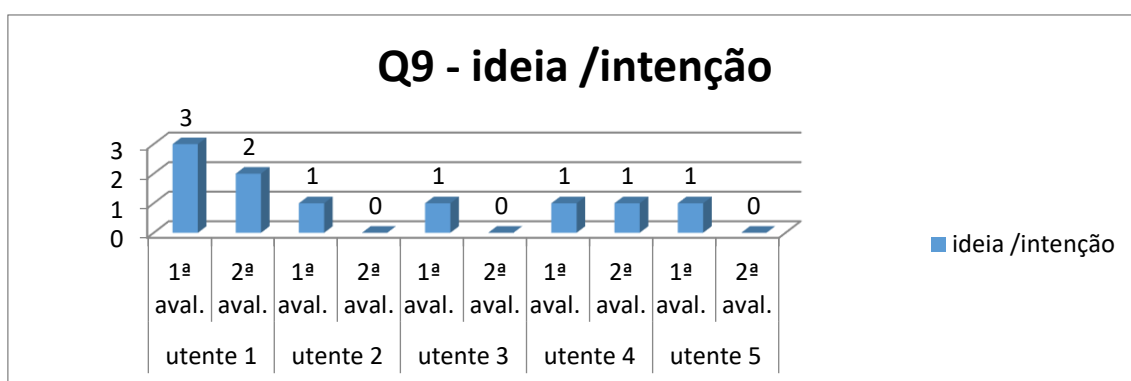
Gráficos-Comparação 1ª e 2ª avaliação aos utentes SIP - com escala BDI II



Na avaliação da sintomatologia depressiva pela escala BDI II, de Beck, que classifica os graus da depressão, podemos observar que tanto quanto à tristeza e ao desânimo, todos os utentes

sentiam tristeza e desânimo na 1ª avaliação, e só 1 manteve essa tristeza também na 2ª avaliação, enquanto todos os outros melhoraram nesta sintomatologia tão importante na depressão, bem como, no desânimo.

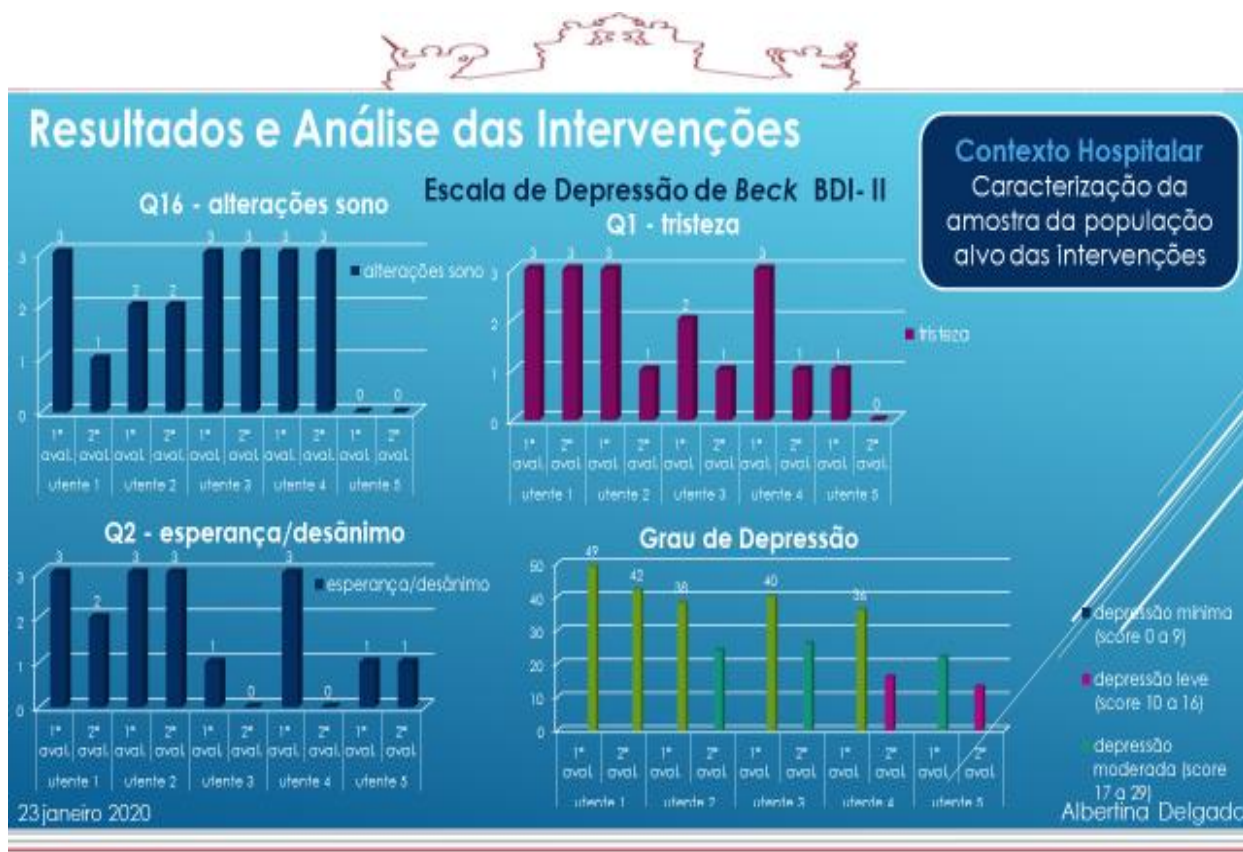
A questão 9 reafirma que todos tinham ideação suicida e intenção suicida (aqui avaliados conjuntamente), mas 4 reduziram essa ideação e intenção suicidas da 1ª para a 2ª avaliação, apenas mantendo 1 utente, mas em menor intensidade na 2ª avaliação.



Na questão 16, é visível que 4 utentes mantiveram as alterações no sono, presentes, tanto 1ª, como na 2ª avaliação, havendo 1 utente que melhorou, referindo dormir melhor na 2ª avaliação.

Resumo da análise aos resultados da aplicação da escala BDI II

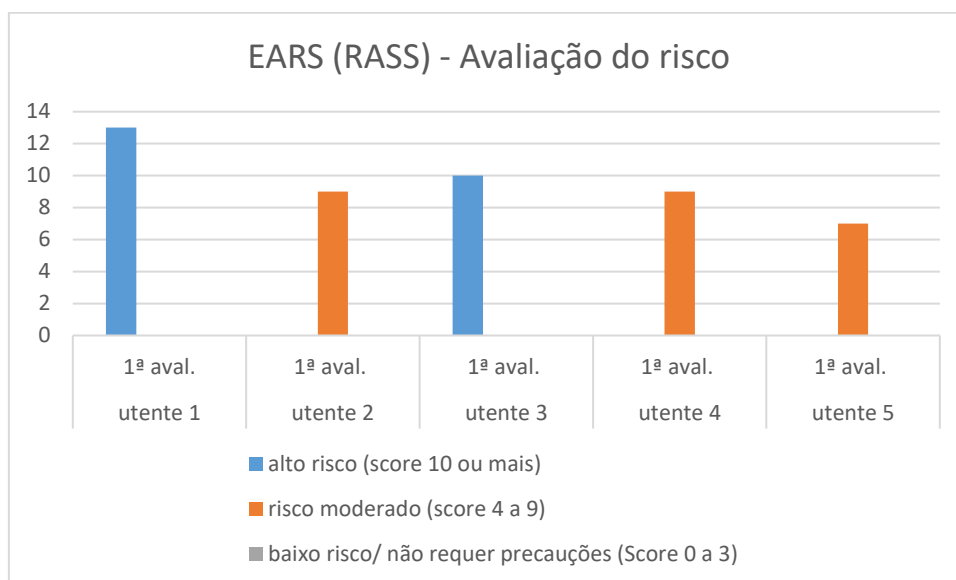
Figura 10 – Resultados da aplicação da Escala de Depressão de Beck II



Na avaliação da sintomatologia depressiva pela escala BDI II, de Beck, que classifica os graus da depressão, 4 utentes apresentavam Depressão em grau elevado e 1 em grau moderado na primeira avaliação, mas 2 reduziram para grau moderado e 1 para depressão leve e mesmo o que se manteve em grau elevado teve redução no score, passando de 49 para 42.

Quanto à sintomatologia associada, podemos observar que tanto quanto à tristeza e ao desânimo, todos os utentes sentiam tristeza e desânimo na 1ª avaliação, e só 1 manteve essa tristeza também na 2ª avaliação, enquanto todos os outros melhoraram nesta sintomatologia tão importante na depressão, bem como, no desânimo.

É facilmente observável a maioria dos utentes (4 em 5), mantiveram as alterações no sono, presentes, tanto 1ª, como na 2ª avaliação, havendo 1 utente que melhorou, referindo dormir melhor na 2ª avaliação.

Gráficos- Caracterização do nível de risco de suicídio segundo a escala EARS

Na escala de avaliação do risco de suicídio (EARS), é facilmente perceptível como cada utente foi classificado quanto ao risco de suicídio, na avaliação dos indicadores de risco que a compõem. **(Anexo XXI)**, sendo que apenas um utente, apresentava elevado risco e os restantes utentes, apresentavam risco moderado, de acordo com o somatório dos itens avaliados nessa escala.

Todos estes resultados são apenas de carácter descritivo não podendo fazer-se inferências ou generalizações para a população geral e menos ainda que nos permitam tirar ilações conclusivas, mas servem para observar tendências e aqui a tendência em ambos os contextos, aponta para uma melhoria entre a 1ª e a 2ª avaliação por questionário, tendo sido os utentes, entre ambos, alvo das intervenções terapêuticas estruturadas e planeadas direccionadas para cada um deles e para cada um dos seus problemas e vivências que apresentaram.

Estes resultados obtidos estão de acordo com os resultados esperados que definimos como objetivos a atingir, o que, pelo menos a mim, me deixou satisfeita e acredito que se de alguma forma possa ter conseguido contribuir para essa melhoria e ao mesmo tempo ter contribuído para o meu processo de aquisição de competências de EESMP, já valeu a pena e ambos tivemos ganhos positivos de alguma maneira.

8. - QUESTÕES ÉTICAS

A Equipa coordenadora garantiu antecipadamente, os contactos com a direção de Serviços de Projetos Educativos, através da monitorização de Inquéritos em Meio Escolar, autorizada até 2017.

Como condição exclusiva, foi necessária a demonstração expressa, da vontade das Escolas participarem no referido projeto, através do preenchimento da proposta de adesão ao mesmo **(Anexos III e V)**, que foi previamente entregue à Equipa coordenadora, devidamente assinada por ambos os Srs. diretores das Escolas, pela Sr.ª Enf.ª coordenadora da UCC, pelos responsáveis pelo PESES e pelas enfermeiras da Equipa de implementação local.

Antes do contacto com os alunos, foram realizadas sessões de esclarecimento e formação aos pais e encarregados de educação dos alunos em causa, e professores, tendo sido pedido consentimento escrito **(Anexo VII)**.

A seleção das turmas e dos alunos em estudo foi da responsabilidade dos professores e responsável do PESES, que de acordo com a maturidade dos alunos e capacidade de compreensão e de participação no projeto, escolheram as mais adequadas.

As turmas do grupo de controlo, apesar de não beneficiarem das sessões, participaram nos momentos avaliativos e nas atividades delineadas para o dia + Contigo, acabando sempre por beneficiar da implementação do projeto na escola.

A confidencialidade foi garantida pela ausência de identificação dos alunos no preenchimento dos Questionários, excluindo-se apenas as situações detetadas que requeriam acompanhamento especializado. No internamento também foi garantida a confidencialidade, pedindo aos utentes para não assinarem os questionários nem os instrumentos de avaliação da depressão (BDI II) e ideação suicida (BSI), adaptados à população portuguesa, bem como em todos os registos, o nome do utente ser sempre em iniciais, de forma a proteger a identidade da pessoa.

Foi também assegurado o princípio da não-maleficiência, através da rede de cuidadores da Escola, no Centro de Saúde e na Área da Escola, bem como na sensibilização aos professores e encarregados de educação, possibilitando o acompanhamento e reencaminhamento para serviços especializados sempre que necessário.

No internamento, em contexto hospitalar, este princípio também foi assegurado, com a articulação com as colegas do DPSM, do HESE, no seguimento em consulta externa dos utentes, nos centros de saúde, sempre que foi necessário, recorrer aos mesmos para o acompanhamento

posterior dos utentes no pós-alta hospitalar para a avaliação final, ou 2º momento avaliativo dos utentes.

Todos os utentes avaliados no decurso da implementação deste projeto de intervenção terapêutica, no SIP, do HESE, foram informados previamente, do âmbito desta intervenção e foi-lhes explicado os objetivos das mesmas, tendo-lhes sido pedido para assinarem um consentimento esclarecido e informado, antes das intervenções.

Foi-lhes pedida autorização para o seguimento telefónico, segundo datas previamente acordadas com os utentes, marcando com cada utente, o contacto seguinte, data e hora aproximada do mesmo.

Os contactos telefónicos foram essencialmente estabelecidos do telefone do SIP do HESE e só após 22 de Janeiro de 2016, data do final de estágio presencial no referido período, foram estabelecidos através de telefone pessoal, com identificação bloqueada, até perfazer as 12 semanas de acompanhamento telefónico em ambulatório.

Os contactos foram facultados pelos utentes e/ou famílias e sempre com o consentimento destes e somente até finalizar a última entrevista em visita domiciliária e/ou em Centro de Saúde da área de residência, tendo sido apagados e cessado os contactos a partir dessa data.

9. - ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Competências dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Anexo VIII – Quadro de aquisição de competências)

“Continua a constatar-se a necessidade de clarificação das competências, designadamente relativas às intervenções psicoterapêuticas, entendidas como inerentes à atribuição do título, e a sua diferença no que se refere às psicoterapias propriamente ditas (OE, RB, 2016/2017).

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da OE, no seu Relatório bienal (2016/2017), fez uma proposta aos órgãos diretivos da OE, “para que se adotasse a posição da HORATIO European Association of Psychiatric Nurses, organização internacional de que a OE é membro e que, sobre a situação já tem doutrina elaborada e uma tomada de posição publicada” (OE, RB, 2016/2017), subscrevendo essa posição. Emitiu também um parecer sobre a competência do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica na realização do exame do estado mental, a que recomenda dar-se a denominação de Avaliação Diagnóstica do Estado Mental, para os enfermeiros portugueses em que resumiu que “se assume que não basta ao enfermeiro ter a especialidade em Saúde mental e psiquiatria, para que este se considere um perito na realização da Avaliação do Estado Mental, dado que a utilização deste instrumento de avaliação, como qualquer outra habilidade clínica, requer, conhecimento e treino, muito do qual supervisionado, para que o EESMP possa identificar formas de aprimorar a sua competência” (OE, RB, 2016/2017).

O enfermeiro EESMP, é um enfermeiro que pela sua área de especialização dentro da disciplina de enfermagem, deve acrescer à prática de enfermagem de cuidados gerais, uma forma de exercício na prática clínica que evidencie uma maior profundidade e um leque de conhecimentos com maior complexidade de aptidões e ainda, um leque maior de intervenções com repercussões na autonomia da pessoa que no seu percurso e projeto de vida, não conseguiu desenvolver processos adaptativos eficazes.

Com estas orientações por base, juntamente com o Regulamento das Competências Específicas do EESMP, Reg. Nº 129/2011, com o Regulamento dos Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, Reg. Nº 356/2015 e com a formação dinâmica e inovadora que tivemos ao longo do curso de mestrado da Escola Superior de Enfermagem S.

João de Deus, passo a descrever como analisei as competências adquiridas, fazendo uma reflexão sobre todo esse processo.

Entrevista de Avaliação Diagnóstica

A entrevista de avaliação diagnóstica “não é somente um questionamento é em primeiro lugar uma relação que se estabelece”, (Phaneuf, 2005), e dela nasce um “momento forte, a partir das questões e reflexos que permitem aprofundar e compreender as necessidades e dificuldades das pessoas e planificar cuidados personalizados e de qualidade...”, (Phaneuf, 2005).

Creio que este é o aspeto mais importante que posso retirar da aplicação desta técnica de intervenção terapêutica, pois sem o estabelecimento dessa relação, não seria possível recolher de forma autêntica e congruente os dados sobre as vivências mais profundas das pessoas. Teríamos acesso a dados superficiais mas nunca a como a pessoa realmente **sente, pensa e sabe** sobre a sua situação, o que a preocupa verdadeiramente e as expectativas e capacidades de cura daquela pessoa, naquela situação específica, e no seu contexto específico.

Foi por isso, importantíssimo o desenvolvimento desta técnica de intervenção terapêutica no processo de aquisição de competências para a especialidade de saúde mental e psiquiatria mas com a noção de que a não basta adquiri-la e aperfeiçoá-la com a prática clínica mas também refletir sobre a sua aplicação, potencialidades, dificuldades e limites, porque tanto pode “ser um momento mágico” como um “momento trágico”, (Phaneuf, 2005), com consequências em todo o relacionamento profissional com aquela pessoa.

Esta técnica exige, já por si, toda uma prática relacional e competências por parte do enfermeiro especialista, contanto sempre que não há entrevistas perfeitas, e como refere (Kaplan & Sadock, 1990), “em uma interação tão complexa quanto uma entrevista, os erros geralmente não são desastrosos ao relacionamento, se forem relativamente infrequentes. Quando o paciente sente interesse, entusiasmo e boa vontade por parte do entrevistador, tende a ser tolerante com uma inexperiência considerável”.

Tive oportunidade de desenvolvê-la nas entrevistas de avaliação diagnóstica e posteriores entrevistas de seguimento que fiz com os utentes no serviço de internamento de psiquiatria, de forma intencional e terapêutica, planeadas e estruturadas de forma a responder especificamente a cada um dos utentes que se apresentaram nesse serviço com sintomatologia e comportamentos da esfera suicidária, durante o período já anteriormente referido e das quais

apresentei uma descrição detalhada de como procedi, seguindo as fases e as indicações teóricas para a realização das mesmas.

Considero ter refletido, ter-me fundamentado, ter planeado e ter implementado da forma mais correta que me foi possível as entrevistas que realizei, sempre centradas na pessoa e para a pessoa, de forma empática e estabelecendo essa relação terapêutica, que possibilitou, se não melhorar, pelo menos amenizar o sofrimento das pessoas em risco de suicídio e com elas e para elas, ter atingido o objetivo a que me propus de início, de promover a sua saúde mental e prevenir o suicídio. Considero por isso poder dizer que adquiri competências a esse nível, tendo consciência que só a prática clínica sistematizada e repetida, poderá fazer desenvolvê-las a nível profissional futuro.

Relação terapêutica de Ajuda

Julgo ter compreendido a relação enfermeiro-utente, nas suas dimensões básicas: a relação como contexto de todos os cuidados e a relação de ajuda com intencionalidade terapêutica, como processo de autoconhecimento e conhecimento do outro, num clima de confiança e empatia, que permitiu aos utentes exporem os seus problemas, as suas preocupações, os seus medos, as suas verdadeiras preocupações, ou seja, o que realmente sentiam, pensavam e sabiam do seu processo de doença, que os trouxe até à tentativa de suicídio porque foram internados. E essas sim foram as aquisições de competências essenciais do enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria, que trabalhei durante este processo.

Embora esta técnica de intervenção terapêutica não venha explícita no REPE como competência, ela está implícita e concretiza-se através dos cuidados psicoterapêuticos e é, segundo a opinião de vários autores, como uma pedra basilar e instrumento terapêutico “*per se*”, que o enfermeiro especialista nesta área, pode e deve utilizar, não separando o processo de avaliação diagnóstica do processo de intervenção terapêutica, porque estes ocorrem simultaneamente, estando-se já a intervir terapêuticamente durante a avaliação diagnóstica, que se continua e se prolonga também, durante as entrevistas de seguimento, onde são delineadas estratégias de aplicação de várias técnicas de intervenção terapêutica, de acordo com os diagnósticos de enfermagem resultantes dessa avaliação diagnóstica.

Julgo também ter compreendido, que para se conseguir estabelecer uma relação de ajuda, fazendo apelo a atitudes e comportamentos fundamentais para o estabelecimento dessa mesma relação, como a confiança, a autenticidade, a empatia e o respeito, devemos ter atenção

que é sempre uma relação desigual em termos de poder e por isso, a nossa responsabilidade como profissionais, é acrescida e devemos fazer um uso criterioso desse mesmo poder, respeitando o espaço do outro, a sua intimidade e as suas capacidades de encontrar nele próprio as estratégias para se operar a mudança, de comportamento, sentimentos ou processos cognitivos.

Para conseguir adquirir estas competências, foi necessário uma grande entrega da minha parte e um autoconhecimento e consciência de mim própria, pois só assim, conhecendo e consciencializando as nossas crenças, o nosso quadro de valores, podemos também consciencializarmo-nos das nossas atitudes e assim poder desenvolvê-las e melhorá-las. Considero por isso ter adquirido estas competências, que de certa forma já estava inerente em mim e na minha prática como enfermeira de cuidados gerais, só que aqui, e no acompanhamento aos adolescentes e aos utentes durante a implementação deste projeto, pude desenvolver de uma forma mais consciente e intencional e que a relação para ser terapêutica tem que ter essa intencionalidade e essa preparação e treino, que devo continuar em constante processo formativo futuro.

Avaliação do Risco de Suicídio

Esta estratégia de intervenção terapêutica do EESMP, como estratégia de Prevenção do risco de suicídio, foi um dos meus objetivos principais inerentes à implementação deste projeto em qualquer dos contextos, largamente descrito em todas as suas facetas neste relatório.

A avaliação do risco de suicídio, com recurso a instrumentos de avaliação, não sendo só por si uma técnica, mas como coadjuvante e que complementa uma boa entrevista de ajuda entre o enfermeiro e o utente, neste caso específico dos comportamentos da esfera suicidária, assume para mim, um papel primordial na abordagem a estes utentes.

Como pude descrever em praticamente todo este relatório, neste processo de aquisição de competências, esta foi a estratégia de intervenção terapêutica alvo, de todas as atividades que projetei, planeei e implementei e avaliei, junto dos adolescentes, durante todas as sessões do projeto + contigo, nas escolas em Estremoz e durante todas as intervenções terapêuticas aos utentes durante o internamento no SIP do HESE.

Defendo particularmente, apesar de não existirem evidências suficientes que o comprovem, a realização dos Contratos de “não suicídio”, verbais ou escritos, porque nos permitem ganhar algum tempo com aquela pessoa e a comprometem na adesão ao plano

terapêutico, que conjuntamente traçámos para a sua recuperação e talvez venha um dia a fazer alguma investigação neste campo, juntamente com a promoção da esperança através dos Kits de esperança, que também considero, serem estratégias pouco desenvolvidas pelos enfermeiros, mas de grande valor para as pessoas, e nós somos apenas “Pessoas que cuidam de Pessoas”.

Assim e sem pretensiosismo algum, porque o sinto dentro de mim, posso dizer que atingi o objetivo a que me tinha proposto desde o início e que considero que ao acompanhar, avaliar e intervir terapêuticamente junto destes utentes, a que tive a oportunidade de aplicar os planos e projetos elaborados com essa intenção, em ambos os campos clínicos e desenvolver as competências necessárias para tal, não deixando por isso de estar desperta para novas formas, novas indicações, novos instrumentos de avaliação do risco de suicídio, e novas estratégias para que possa sempre valorizar o utente e os seus apelos, muitas vezes não falados, não ditos por palavras, quando recorre aos serviços de saúde.

Sabendo que mais de 80% das pessoas com comportamentos da esfera suicidária recorre a nós, serviço de saúde, como forma de apelo, antes de tentar ou conseguir consumir o suicídio. As competências do EESMP nesta área, são por isso, não só uma mais-valia, quando adquiridas, mas também uma responsabilidade que eu abraço conscientemente.

Promoção da Esperança

Promover a esperança e comportamentos de ajuda é uma das estratégias propostas e recomendadas para a prática de cuidados aos enfermeiros, no Guia Orientador de Boas Práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária, que a OE lançou através da Mesa do Colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (MCEESMP).

Partindo da premissa que “toda e qualquer manifestação que, direta ou indiretamente, indique risco de suicídio ou comportamento da esfera suicidária tem de ser valorizada pelos enfermeiros, enquanto recurso fundamental na gestão do estado de crise.” (GOBP-OE, 2012), esta é mais uma estratégia que o EESMP tem ao seu dispor para a prevenção do suicídio.

Considerando que, segundo estudos existentes, os comportamentos e atitudes dos profissionais de saúde face aos utentes com comportamentos da esfera suicidária, são muitas vezes negativos essencialmente por insegurança, crenças, mitos e falta de conhecimentos, particularmente em contextos de urgência e situações de crise, em que são confrontados com

tentativas de suicídio e suicídio consumado, a capacidade de promover a esperança num indivíduo que “chegou ao fim da linha” e onde é a desesperança que impera, é essencialmente uma capacidade intrínseca, mas passível de ser aprendida, ao EESMP que tem que prestar cuidados a esses utentes.

Assim, e através de planos de formação que desenvolvam as habilidades necessárias para gerir uma pessoa em risco de suicídio, como é o caso do projeto STORM (*Skills Training On Risk Management*), desenvolvido pela Universidade de Manchester (Cais, 2011) citado em (GOBP-OE, 2012), é possível com uma metodologia de ensaio, aprender-se, entre outras, também esta habilidade/competência de promover a esperança, como estratégia intencional de intervenção terapêutica a utentes com comportamentos suicidários.

A esperança tem cada vez mais um valor terapêutico para a enfermagem, e é uma estratégia a ter em conta para quem presta cuidados nesta área, especialmente para o EESMP, a quem se recomenda que adquira esta habilidade ou capacidade.

“A Esperança parece ser um conceito difícil de definir, mas que a maioria das pessoas entende com sendo algo que tem uma poderosa influência na vida. A Esperança pode ser a «força» que move as pessoas para procurar ajuda (Edey e Jevne, 2003; Moore, 2005), citado em (GOBP-OE, 2012), servindo de âncora e proporcionando a segurança necessária para enfrentar algumas circunstâncias difíceis da vida”, (GOBP-OE, 2012).

No regulamento do EESMP, inserida na competência F4, já referida anteriormente, e que envolve todas as competências do EESMP, para ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, orientar, apoiar, advogar, modelar, capacitar e supervisionar, e ainda, especialmente, inserida na unidade de competência 4.2 do respetivo regulamento, em que o enfermeiro deve desenvolver e mobilizar os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação. A esperança também pode inserir-se nos critérios de avaliação de F4.2.1 a F4.2.5, utilizando técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudem o cliente a desenvolver mudanças positivas no seu estado de saúde.

A promoção da esperança insere-se assim, numa “lógica da psicologia positiva” em que, aproveitando, não as incapacidades que o utente apresenta, mas as capacidades que ele ainda conserva, o enfermeiro pode ser um catalisador de esperança.

Esta capacidade tem para mim um significado especial e gostei particularmente de a utilizar nas abordagens relacionais que tive em ambos os contextos, porque apela à nossa capacidade empática, ao nosso otimismo intrínseco e às características de visão positiva da vida, que eu penso, ou pelo menos acredito que possuo e quero desenvolver mais no futuro. Por isso

e embora não seja um conceito fácil é uma capacidade, que se insere nas competências do EESMP, que creio ter desenvolvido e com essa Promoção de Esperança, ter dado esperança a quem a tinha perdido.

Formação e Psicoeducação para a Saúde Mental

As capacidades formativas e Psicoeducativas fazem parte do leque de competências específicas do EESMP, e vêm bem explicitas no regulamento das mesmas, principalmente na competência de “prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e **Psicoeducacional**, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”. (REPE, 2011).

Na unidade de competência psicoeducativa, F4.1 do REPE, prevê que o EESMP, deve coordenar, desenvolver e implementar, programas de psicoeducação e treino em saúde mental, (REPE, 2011), em todas as suas intervenções e como critérios de avaliação, deve fornecer orientações antecipadamente ao utente..., implementar intervenções psicoeducativas..., ensinar sobre a terapêutica e promove adesão ao tratamento..., educa..., presta apoio..., demonstra sensibilidade em assuntos sensíveis de saúde mental e promove a saúde mental, prevenindo os riscos de perturbações mentais.

Da mesma forma como se processou nas competências referidas anteriormente, também esta competência que me propus adquirir, é das competências que mais tive oportunidade de desenvolver durante este projeto, quer nas escolas, com as sessões de esclarecimento a pais e encarregados de educação, antes mesmo do projeto + contigo aí ser implementado com os alunos, quer com as formações que tivemos que planear e implementar aos professores, alertando para toda esta problemática, e para a importância dos temas que foram tratados com os alunos, e ainda, em toda a pesquisa e preparação das apresentações de cada sessão, em *power point*, cartazes, folhetos, que essas exigiram.

As sessões psicoterapêuticas que fizemos com os alunos, em temas prementes e adaptados aos adolescentes, são exemplo do desenvolvimento desta competência, mesmo tendo sido previamente preparadas e enviadas pela equipa coordenadora do projeto, nos temas também previamente escolhidos pela mesma equipa e de acordo com o modelo e plano de intervenção do projeto + Contigo, apresentado nas Figuras 4, 5 e 6, foi a equipa local de implementação do mesmo, constituída por mim e pela enfermeira de saúde escolar da UCC de

Estremoz, que tivemos que preparar e estruturar a forma da sua apresentação aos alunos, tendo para isso que ter tido nós próprias, formação específica e antecipada para esse efeito.

A formação inicial + Contigo que fizemos a 15,16 e 17 de junho de 2015, em Coimbra, promovida pela ARS Centro e ESECoimbra, reflete bem a importância da aquisição de competências a este nível, pois sem ela não teria sido possível a implementação do projeto, que nos preparou e formou especificamente para estas intervenções de caráter psicoeducativo, intencional e planeado de forma sistematizada para cumprir os objetivos do projeto.

A divulgação do projeto + contigo à comunidade, através de cartazes, entrevistas na rádio, programas culturais e o próprio dia + contigo, celebrado nas Escolas a 11 de março de 2016, em parceria com as entidades da comunidade, foram também meios de formação, sensibilização da comunidade.

Também em todas as entrevistas que fiz aos utentes durante o internamento, tiveram sempre uma componente formativa e psicoeducativa, integradas num plano delineado intencionalmente para cada utente e adaptado a este e a sua condição de iliteracia em saúde.

As entrevistas de orientação e supervisão, quer com a enfermeira supervisora, académica, quer com os supervisores locais e institucionais, foram também momentos formativos e de crescimento tanto pessoal como profissional.

A partilha de ideias com os colegas e restantes membros das equipas são ao mesmo tempo formativas e formadoras e contribuem sempre para o desenvolvimento da prática clínica, através da formação pela prática, que a enfermagem prima por ter como componente muito importante.

A realização deste relatório e de todos os instrumentos avaliativos e formativos durante a implementação deste projeto de intervenção terapêutica, são também eles parte do processo de formação específica em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que se iniciou com o curso de mestrado em 2014, e onde todas as unidades curriculares que frequentei e fui conseguindo alcançar, me prepararam pela formação académica superior, para que neste momento possa referir, que considero alcançada também esta competência do EESMP, **(Anexo VIII)**

Aspetos a Melhorar

É na tomada de conhecimento de mim própria que na minha opinião, mais tenho que trabalhar, pois há atitudes e comportamentos para os quais nem sequer temos consciência que os temos e que, sem que tenha tido essa intenção, possam interferir no desenvolvimento dessa relação. Foi o caso de ter reconhecido em mim, a necessidade de dar espaço ao outro, não falar demais, nem alto demais, respeitar os silêncios e dar espaço, quer em termos comunicacionais, quer em termos físicos, pois também, sem me aperceber, mas muito bem assinalado pelo orientador de estágio, não respeitar a distância física entre mim e o utente, pode atentar contra a sua intimidade e criar desconforto e conseqüentemente prejudicar a relação. O que para mim em termos de intimidade profissional, parece não causar problema (o que também é, de alguma forma positivo), mas pode ser recebido da parte do utente como uma invasão do seu espaço íntimo e levar ao seu afastamento.

Também considero por vezes que a falta de espontaneidade, com a preocupação de colocar esta ou aquela questão, numa entrevista, mesmo que só semi-estruturada, nos pode retirar por vezes a sensação de autenticidade e influenciar a nossa imediatez nas respostas às questões dos utentes, e por essa razão criar algum constrangimento.

Estes são alguns dos aspetos em que tenho que melhorar, entre outros que já conheço e mim e outros que ainda nem tomei consciência deles. Mas estar desperta para isso, é para mim já um passo de gigante, em relação ao início deste processo de aquisição de competências, que também foi um processo interno de aprendizagem e conhecimento de mim mesma.

A parte de passar para o papel em registo escrito, é para mim uma dificuldade, que com muito esforço da minha parte tenho tentado debelar, às vezes sem muito sucesso. É um processo que exige de mim uma organização metódica e mental que se me afigura por vezes intransponível e só com uma força de vontade tenaz, consigo contrapor e acabar por conseguir como é o caso deste Relatório, que esteve quase para não acontecer.

Se por um lado, considerava no início, que o facto de nunca ter exercido nesta área poderia ser um “*handicap*”, por não ter o conhecimento e saber empírico que se adquire na prática clínica, considero atualmente que até pode ser, de alguma forma positivo, pois todos os ensinamentos que adquiri com este processo, não estão “contaminados”, com algumas visões mais negativistas da psiquiatria clássica, já postas de parte, e tenho o privilégio de entrar em contacto com visões mais holísticas da pessoa, dos cuidados, e saúde/doença, mais próximas dos novos paradigmas, das abordagens mais centradas na pessoa e de, abordagens mais

compreensivas do fenómeno das vivências subjetivas, que cada pessoa pode fazer da sua doença mental.

Considero no entanto, que esse saber empírico que se adquire pela prática, é essencial para o desenvolvimento de todas estas competências, que pretendo continuar a por em prática, ir sempre questionando e avaliando continuamente e até se achar necessário pedir a colegas mais experientes, um exercício de supervisão, que só nos engrandece como profissionais em constante processo constante de aprendizagem e formação, como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

10. – CONCLUSÃO

“Mas vejo, em contra partida, que muitas pessoas morrem porque consideram que a vida não vale a pena ser vivida. Vejo outras que, paradoxalmente, deixam-se matar pelas ideias ou as ilusões que lhes dão uma razão de viver, ... o que se denomina razão de viver é ao mesmo tempo uma excelente razão de morrer”,

(Camus, 2008), citado por (Finazzi-Santos et al., 2010)

Albert Camus referia-se assim, à questão filosófica e existencial do suicídio, realçando numa frase, toda a ambivalência e toda a complexidade que pode estar associada a este fenómeno complexo e multicausal do suicídio, transversal a todas as sociedades e a todas as fases do ciclo vital, com particular evidência nos adolescentes e nos adultos jovens, pela perda de vidas inutilmente em todo o mundo, com as consequências desastrosas a nível individual, familiar, comunitário e a nível económico nacional e mundial.

Considerando então que, “o suicídio significa coisas diferentes para pessoas diferentes, com histórias de vida diferentes”, (Finazzi-Santos et al., 2010), tentei sempre compreender através da entrevista e de intervenções de carácter preventivo, o contexto em que ocorreu essa tentativa de suicídio e/ou ideação e intenção suicida quer seja em casa, escola, família, ou trabalho. Tentei sempre perceber, as interações que cada pessoa tem com o seu ambiente, nos seus relacionamentos com a família, amigos e colegas e não menos importante, consigo própria, com o seu corpo e com o seu auto conceito, com as suas crenças e formas de pensamento e ainda, como interpreta a própria vida e morte, tentando compreender dessa forma, o significado que cada pessoa dá à sua experiência de vida, pois “a compreensão de significados implica essa leitura do contexto” (Finazzi-Santos et al., 2010).

O objetivo dessas intervenções preventivas, foi sempre essa análise dos significados, mas também, ao determinar o risco de suicídio, tendo como perspectiva a intervenção clínica terapêutica, efetivada através dos cuidados psico e socioterapêuticos, utilizando as competências de entrevista de Avaliação Diagnóstica e de Intervenção Terapêutica e tendo sempre como pedra basilar, a Relação de Ajuda Terapêutica, conseguir com a pessoa e para aquela pessoa, encontrarmos juntas as estratégias e as intervenções que melhor se adequaram, para a integração e readaptação daquela pessoa, novamente no seu projeto de vida e assim, ajudá-la a reencontrar a esperança, gosto e interesse pela vida.

O objetivo foi essencialmente a tomada de consciência da pessoa adulta e adolescentes, do seu problema e de recursos internos e externos que possam levá-los a adotar estratégias adaptativas de coping e empowerment e ainda, a mudanças de comportamentos que visem uma melhor saúde mental e a prevenção do risco de suicídio.

Apliquei para isso, como meios de recurso auxiliares, escalas e instrumentos de avaliação do risco de suicídio, quer no contexto hospitalar, quer em meio escolar, onde já se começam a esboçar comportamentos que prenunciam, quer perturbação mental, quer comportamentos auto lesivos e suicidários, que estão muitas vezes na base do suicídio consumado na vida adulta.

Todas essas estratégias encontram justificação e fundamentação, quer nas recomendações de boas práticas da OE (2012), para a prevenção dos comportamentos da esfera suicidária, quer em estudos e evidências que foram sendo referidos, considerando desde logo, que a avaliação do risco de suicídio é também parte integrante dessa prevenção, podendo mesmo ser, o ponto de partida para todas as outras estratégias de intervenção de Enfermagem.

Delineei por isso, no início como objetivos, neste projeto de intervenção terapêutica, com uma componente de investigação em contexto comunitário, com a implementação do Projeto + Contigo nas escolas de Estremoz e outra componente mais interventiva em contexto hospitalar, procurar identificar e quantificar, em ambos os contextos, esse grau de intenção/ideação suicida e risco de suicídio, como forma de prevenção do mesmo, identificando, para isso, o maior número possível de fatores de risco e fatores protetores. Delineando para tal, estratégias de intervenção para combater, minimizar ou reduzir os primeiros e promover e estimular os segundos.

Com o culminar desse processo, delineei também, ser capaz de identificar e analisar a aquisição de competências, inerente e implícita no mesmo, o que penso ter conseguido atingir, num processo interior e pessoal, também ele trabalhoso e de autoconhecimento, que exigiu de mim um esforço suplementar e por vezes quase titânico e doloroso, mas gratificante ao mesmo tempo.

Segui uma metodologia das diferentes fases de projeto e foram delineadas um conjunto de estratégias autónomas de enfermagem, definidas em função da problemática escolhida, com o objetivo também de contribuir para a melhoria de uma prática especializada de Enfermagem, nos cuidados às pessoas com comportamentos da esfera suicidária, em ambos os contextos, competências que considero ter adquirido, mas que será necessário, desenvolver praticando vezes sem conta a nível profissional, questionando sempre, avaliando, readaptando e mesmo inovando, pois os caminhos das intervenções psicoterapêuticas de enfermagem são ínfimos e

variados, tenho a certeza, a descobrir, pois no campo da saúde, são os enfermeiros e neste caso os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria, que ocupam um lugar privilegiado junto dos utentes.

Considero, assim que a realização de um estágio de ensino clínico em dois contextos diferentes mas, concordantes e complementares, que aqui se apresentou em relatório, foi benéfico no processo de aquisição de competências específicas como Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

Procurei com este relatório, expor de forma clara as intervenções que se consideraram necessárias para atingir os objetivos para cada população alvo e também os objetivos pessoais, que julgo ter atingido.

Por último, acredito que este projeto na sua totalidade, complementaridade e pelo envolvimento interdisciplinar e por ter tido continuidade nas Escolas de Estremoz, pode ser uma mais-valia em termos de prevenção do risco de suicídio e promoção da saúde mental, numa região e população, que não só, carece de projetos de intervenção clínica nesta área, mas também porque, paradoxalmente é a que apresenta taxas mais elevadas de suicídio, em relação às restantes regiões do país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade & Gorenstein (1998), Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade vol25/vol26, nº6, S. Paulo, Brasil, Revista de Psiquiatria Clínica – Índice, em www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/vol25/n6/ansi256a.htm, consultado a 22/06/2015, às 15:30
- Bertolote, J. M.; Mello-Santos, C. Botega, N.J (2010) - *Deteção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica*. Revista Brasileira de Psiquiatria -vol. 32, pág.587 • Sul II • out2010 <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a05.pdf> - consultado em 2/11/2014 às 15h30
- Bertolote, J. M. (2013). *Suicídio: Território do Livre-arbítrio ou da Doença Mental?* – Revista Simbio-Logias (Vol. 6, n.º8), São Paulo, 2013
- Bulechek, G. M., Butcher, H., & Dochterman, J. M. (2010). NIC – Classificação das intervenções de enfermagem (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Chalifour J. (1989), *La relation d'aide en soins Infirmiers : une perspective holistique – humaniste*, Québec- Canada, Editions Lamarre
- Conselho Internacional de Enfermeiros .(2006). CIPE® Versão 1.0. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Tradução da Ordem dos Enfermeiros, coordenação. Lisboa: Conselho Internacional de Enfermeiros.
- Direção Geral de Saúde (2013). Plano nacional de prevenção do suicídio (2013/2017) – Programa nacional para a saúde mental. Retirado de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>
- DGS, (2013) (2014), *Saúde Mental em Números*, Lisboa, Direção Regional de Saúde
- DN Portugal,2010 em http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1526396&page=-1, consultado a 5/6/2015, às 15.50min
- ESRSI – PE 2014, Projeto Educativo 2014-2017 da Escola Secundária/3 Rainha Santa Isabel

- Fernandes, A. (1995) - Métodos e Regras para Elaboração de Trabalhos Académicos e Científicos, Porto Editora, 2. Edição, 223 p.
- Finazzi-Santos, M. A. et al. (2010). Relações entre o Suicídio e Trabalho: Diferenças Epistemológicas e (Im)possibilidade de Diálogo – Revista RAC (Vol.14, n.º5), Curitiba, 2010 – <http://www.anpad.org.br/rac>
- Gameiro, A. (1978). *Psicopatologia e Saúde Mental* (Vol. I). Porto: Edições Salesianas.
- Godinho, L. F. P. (2013). *O Uso das Narrativas de Vida no Cuidar da Pessoa com Ideação Suicida no Contexto do Aconselhamento em Enfermagem de Saúde Mental*, Instituto Politécnico de Setúbal . Escola Superior de Saúde. Setúbal, Junho 2013
- Kaplan, H. L., & Sadock, B. J. (1990). *Kaplan & Sadock - Compêndio de Psicologia* (T. d. E. N. A. (1988), Trans. L. Editora Artes Médicas Ed. 2ª Edição ed.). Porto Alegre- Brasil: Editora Artes Médicas, Lda.
- Lopes, M. J. (2001). *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Socio-Moral; Alguns Dados e Implicações*. (2ª Edição). Associação Portuguesa de Enfermeiros; Lisboa
- Lopes, M.J (artigo ainda sem data de publicação), *De que falamos quando falamos em cuidados psicoterapêuticos? Alguns contributos para a sua conceptualização*
- Moorhead, S. *et all.* (2010). *NOC – Classificação dos resultados de enfermagem* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- OE 2011, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental n.º 129/2011, 2.ª série- n.º 35, 18 de Fevereiro de 2011, Lisboa, Diário da República
- Ordem dos Enfermeiros, OE, (2012). *Guia Orientador de Boas Práticas (GOBP) para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros - Cadernos OE
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), (2011), *Evidência científica sobre custo - Efetividade de Intervenções Psicológicas em cuidados de Saúde*

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência – Edição Técnicas e científicas, Lda. Lisboa.

Pio Abreu, J. L. (2011). *Introdução à Psicologia Compreensiva* (F. C. Gulbenkian Ed. 6ª Edição ed.). Lisboa.

Pio Abreu, J.L. (2014), *O Bailado da Alma*, Alfragide, Publicações D. Quixote

Regulamento n.º 129/2011 - *Diário da República*, 2.ª série- n.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011

Rogers, C. R. (1983). *Um jeito de Ser* (M. C. M. Kupfer, H. Lebrão, & Y. S. Patto, Trans. L. Editora Pedagógica e Universitária Ed.). São Paulo, Brasil: Editora Pedagógica e Universitária, LTDA.

Rogers, C. (2010), *Um jeito de ser*, EPU, São Paulo

Santos, J.C. et al. (2014) + *Contigo: Promoção de Saúde e Prevenção de Comportamentos Suicidários na comunidade educativa*. Série Monográfica, Educação e Investigação em Saúde, Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA-E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnc)

Saraiva, C. B. (2006). *Estudos sobre o para-suicídio; O que leva os jovens a espreitar a morte* (L. Redhorse- Indústria Gráfica Ed. 1ª Edição ed.). Coimbra: Redhorse- Indústria Gráfica, Lda.

Schmitt R., Chachamovich E., Kapczinski F. (2001). *Risco de Suicídio: Avaliação e Manejo*. Cap.9, P.149-165 in Quevedo J.: *Emergências Psiquiátricas*. Porto Alegre: Artmed Editora S.A.

Tavares, A. (1990) - *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*, Cadernos de Formação N.º 2, Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Lisboa, 223p.

Tavares, C. (2014) – Projeto “viva a vida” - Estratégias de atuação para a prevenção do suicídio num Serviço de Urgência Geral, Setúbal, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde retirado de <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/6274/1/Tese%20abril%202014.pdf> ,05/06/2015 às 18h

Townsend, M. (2011), *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*, 6ª ed., Loures, Lusociência

<http://aetz.drealentejo.pt/site/index.php/agrupamento> consultado a 1/10/2019 às 19h

<http://lifestyle.sapo.pt/saude/saude-e-medicina/artigos/sos-suicidio?artigo-completo=sim>

<http://lifestyle.sapo.pt/vida-e-carreira/comportamento/artigos/os-misterios-do-suicidio?pagina=2>

<http://pdm.estremoz.pt/files/carta-educativa-do-concelho-de-estremoz.pdf> consultado a 1/10/2019 às 19:10min.

http://www.ige.min-edu.pt/upload/AEE_2016_Sul/AEE_2016_AE_Estremoz_R.pdf

consultado a 1/10/2019 às 19h

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5296/mceesmp_relatoriobienal_2016-2017.pdf,

consultado a 1/10/2019, às 20h

Anexos



Anexo I – Autorização de estágio pelo ACES, Alentejo Central



EXMA SENHORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS
PROF. DULCE MAGALHÃES
LARGO SR.ª DA POBREZA
7000-811 ÉVORA

| Sua referência | Nossa referência | Data |
|----------------|--------------------|------------|
| | SAJ-ACES-2015/1117 | 21-08-2015 |

Assunto: Pedido de Estágio para o Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Em resposta ao Vofício 30541/2015 de 6 de Agosto, informo que o estágio solicitado no âmbito do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria - 2º Ano/ 1º Semestre está autorizado,

Mais informo que a UCC de Estremoz reúne as condições necessárias à prossecução do estágio solicitado, a Enf. Carla Calça será assim a responsável pela supervisão do referido estágio.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora Executiva

Teresa Caldas de Almeida



Anexo II – População escolar por turmas ERSI 2015/2026



ESCOLA SECUNDÁRIA/3 RAINHA SANTA ISABEL – 402643
ESTREMOZ



Dados a 24/9/2014 - Fornecidos pelo professor Fernanda

| ANOS | TOTAL DE ALUNOS POR ANO |
|-------------------|-------------------------|
| 7º A | 64 |
| 7º B | |
| 8º A | 87 |
| 8º B | |
| 8º C | |
| 8º D | |
| 9º A | 68 |
| 9º B | |
| 9º C | |
| 9º D | |
| 10º A | 170 |
| 10º B | |
| 10º C | |
| 10º D | |
| 10º E | |
| 10º F | |
| 10º G | |
| 11º A | 180 |
| 11º B | |
| 11º C | |
| 11º D | |
| 11º E | |
| 11º F | |
| 11º G | |
| 12º A | 158 |
| 12º B | |
| 12º C | |
| 12º D | |
| 12º E | |
| 12º F | |
| EFA | 30 |
| 757 ALUNOS | |

| TOTAL | TOTAL |
|-----------------|---------------------|
| PESSOAL DOCENTE | PESSOAL NÃO DOCENTE |
| 74 | 37 |

Anexo III- Proposta de adesão projeto + Contigo ESRSI

PROPOSTA DE ADESÃO E PROJETO LOCAL + CONTIGO

ANO 2015-2016

Just
+contigo

1. AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE (ACES)

| | |
|---|---|
| Identificação do ACES | ACES – Alentejo central Morada: Rua Ferragial do Poço Novo 7000-747 Évora Telefone: 266760010 E-mail: ACES@alentejocentral.min-saude.pt |
| Identificação do Diretor Executivo | Nome: Dr.ª Teresa Caldas de Almeida E-mail: Teresa.Caldas@alentejocentral.min-saude.pt |
| Identificação do Coordenador da UCC | Nome: Carla Maria dos Santos Remédios Calça (Enf. Chefe) E-mail: carla.calca@alentejocentral.min-saude.pt |
| Identificação da UCC | UCC Estremoz Morada: Avenida 9 Abril S/N 7100-500 Estremoz Telefone: 268339390 E-mail: ucc.estremoz@alentejocentral.min-saude.pt |
| Identificação do Coordenador do Programa de Saúde Escolar no ACES | Nome: Dr. Augusto Brito E-mail: Augusto.Brito@alentejocentral.min-saude.pt |
| Identificação do Responsável Programa Saúde Escolar UCC | Nome: Carmen Cristina Costa Pereira E-mail: carmen.pereira@alentejocentral.min-saude.pt |

2. AGRUPAMENTO DE ESCOLAS

| | |
|---|---|
| Identificação do Agrupamento | Morada: N/A |
| Escola em Contrato de Autonomia, não integrando o Agrupamento de Escolas Estremoz | Telefone: N/A E-mail: N/A N/A – Não se Aplica |
| Identificação da Escola onde vai ser implementado o Projeto + Contigo | 1 - Escola Secundária / 3 Rainha Santa Isabel - Estremoz Telefone: 268338060 E-mail: esc.s.isabel@netvisao.pt |
| Director da Escola | Nome: José Carlos Cabaço Salema E-mail: esc.s.isabel@netvisao.pt |
| Identificação do Coordenador do PES | Nome: Maria da Assunção Tabosa Rodrigues E-mail: esc.s.isabel@netvisao.pt |

3. POPULAÇÃO ABRANGIDA EM PROJETO

| | |
|----------------------------|---|
| Total de Alunos em Projeto | 85 alunos |
| Grupo Experimental | Anos: 9.º Turmas: A, B e C Nº Alunos: 20+21+22=63 |
| Grupo de Controlo | Anos: 9.º Turmas: D Nº Alunos: 22 |

4. IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPA SAÚDE LOCAL + CONTIGO

| Nome completo | Unidade de Saúde a que Pertencem (USP,UCC,UCSP) | |
|---------------------------------|--|--|
| 1. Maria Albertina Delgado Pico | Aluna de Mestrado Universidade de Évora - ESESJD | E-mail: maritinatina@gmail.com Telefone: 925437094 |
| 2. Carmen Pereira | UCC Estremoz | E-mail: carmenzita_58@hotmail.com Telefone: 965471436 |

Os elementos da equipa já fizeram a "Formação + Contigo"

Sim X

Não ___

Se a resposta foi sim. Número de profissionais da equipa que participaram na Formação 2

Número de profissionais da equipa que têm interesse em fazer a Formação

5. IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPA LOCAL EDUCAÇÃO + CONTIGO

| Nome Completo | Contactos |
|--|--|
| 1. Maria Albertina Delgado Pico Enfermeira, Aluna 32773 do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria - Universidade de Évora- ESE S. João de Deus | E-mail: maritinatina@gmail.com Telefone: 925437094 |
| 2. Carmen Pereira Enfermeira Responsável pela Saúde Escolar UCC Estremoz | E-mail: carmenzita_58@hotmail.com Telefone: 965471436 |

O Projeto +Contigo faz parte do projeto educativo da escola:

Sim X

Não ___

Observações: Projecto proposto para apreciação e inclusão no projecto educativo escolar.

ATIVIDADES A DINAMIZAR (Especifique...)

- Comemorar o Dia + Contigo: 12 de Março – realizar atividades envolvendo toda a comunidade educativa (painéis, canção, teatro, ...)
- Elaboração de posters; outras atividades a combinar com os alunos em projeto + Contigo
- Dinamizar dentro da Semana da Saúde, atividades relacionadas com a Saúde mental

1. CRONOGRAMA

| | Data / Horário | Atividade | Dinamizadores | Local |
|--|--|--|--|---|
| FASE 0 | Final de setembro/ princípio outubro 2015 16 h- 17:30h (no mesmo dia) | Sensibilização à comunidade educativa | Equipa + contigo e equipa de saúde | Anfiteatro da escola |
| | Final de setembro/ princípio outubro 2015 18 h (no mesmo dia) | Sensibilização aos Encarregados Educação | Equipa + contigo e equipa de saúde | Anfiteatro da escola |
| FASE 1 (Final 1ª quinzena de outubro) | 4 datas no final da 1ª quinzena de outubro 2015 (uma data e 45min por cada turma do 9º ano) | 1º Momento Diagnóstico de situação Aplicação dos questionários às 4 turmas (3 em estudo e 1 de controlo) | Equipa de saúde Enfermeiras Albertina Pico Carmen Pereira | Sala de Aula ou outra a decidir com os professores (Sala ampla com computador e projetor multimédia) |
| Intervenção + Contigo (novembro/dezembro/janeiro) | 3 datas na 2ª quinzena de outubro 2015 | 2º Momento Intervenção 1- Às 3 turmas em estudo (turma de controlo não faz) | | |
| | 3 datas no final de outubro/princípio dezembro 2015 | 3º Momento Intervenção 2 - Às 3 turmas em estudo (turma de controlo não faz) | | |
| | 3 datas na 1ª quinzena de janeiro 2015 | 4º Momento Intervenção 3 - Às 3 turmas em estudo (turma de controlo não faz) | | |
| FASE 2 (janeiro) | 4 datas na 2ª quinzena de janeiro 2015 | 5º Momento Avaliação após intervenção Aplicação dos questionários às 4 turmas (3 em estudo e 1 de controlo) | | |
| Intervenção+ Contigo (fevereiro) | 3 datas na 1ª quinzena de fevereiro 2015 | 6º Momento Intervenção 4 - Às 3 turmas em estudo (turma de controlo não faz) | | |
| FASE 3 (fim de maio/junho) | 4 datas na última semana de maio 2015 (6 meses após a 1ª avaliação) | 7º Momento Avaliação final Aplicação dos questionários às 4 turmas (3 em estudo e 1 de controlo) | | |
| Dia + contigo e Semana da Saúde | 12 de Março de 2015 e Semana da saúde (data a decidir pela escola) | Elaboração de posters painéis, canções, teatro ou outras atividades a combinar com os alunos em projeto + Contigo Dinamizar dentro da Semana da Saúde, atividades relacionadas com a Saúde mental | Equipa de saúde Enfermeiras Albertina Pico Carmen Pereira | Recinto da escola (a decidir com professores) |

2. AVALIAÇÃO

- Reverter os questionários devidamente identificados (distinguir claramente o grupo experimental/grupo controlo) para a Equipa Coordenadora depois de cada aplicação dos questionários.
- Extração de dados + análise dos resultados: Equipa coordenadora.
- Realização do III Encontro + Contigo: partilha de experiências e dos resultados da implementação do Projeto no ano letivo 2015/2016.

CIRCUITO PROPOSTO PARA ENTREGA E DEVOLUÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

Qual o circuito proposto para envio do questionário:

1. A equipa do projeto faz o levantamento no Departamento de Saúde Pública –
2. Envio por interlocutor sugerido pela equipa local: X Nome do interlocutor: Maria Albertina Delgado Pico
3. Envio por Correio ____

Nome do Responsável Pelo preenchimento da Candidatura/contacto_

Director Escola Secundária/3 Rainha santa Isabel:

Data

01/09/2015 *for as an*

Coordenador UCC Estremoz:

Data

02/09/2015 *Carla Calvo*

Enfermeiras Equipa Saúde Local + Contigo:

Maria Albertina Delgado Pico (925437094) - *Albertina*

Carmen Cristina Costa Pereira (965471436) - *Carmen Cristina Costa Pereira*

Data 19/2015

Anexo IV – População escolar por turma EBSG 2015/2016



REPÚBLICA PORTUGUESA
 DGEstE-Direção de Serviços Região Alentejo
 Agrupamento de Escolas de Estremoz
 Escola Básica Sebastião da Gama, Estremoz


ALUNOS POR TURMA
 ANO LETIVO 2015/2016

| ANOS | TURMAS | | | | | | TOTAL |
|----------------|--------|----|----|----|----|----|-------|
| | A1 | B2 | C3 | D4 | E5 | F6 | |
| 5º | 21 | 21 | 20 | 19 | 20 | 22 | 123 |
| 6º | 19 | 24 | 20 | 26 | 25 | | 114 |
| 6º Voc | 11 | | | | | | 11 |
| TOTAL 2º CICLO | | | | | | | 248 |
| 7º | 20 | 25 | 15 | | | | 60 |
| 8º | 19 | 17 | 17 | | | | 53 |
| 9º | 15 | 17 | | | | | 32 |
| 9º VOC | 9 | | | | | | 9 |
| TOTAL 3º CICLO | | | | | | | 154 |
| TOTAL | | | | | | | 402 |

| | 2º ciclo | 3º ciclo | VOC2-3 | TOTAL |
|-----------------|----------|----------|--------|-------|
| TOTAL DE ALUNOS | 237 | 145 | 20 | 402 |
| TOTAL DE TURMAS | 11 | 8 | 2 | 21 |

Escola Básica Sebastião da Gama, 19 de maio de 2016

Anexo V – Proposta de adesão projeto + Contigo EBSG



PROPOSTA DE ADESÃO E PROJETO LOCAL + CONTIGO

ANO 2015-2016

1. AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE (ACES)

| | |
|--|---|
| Identificação do ACES | ACES – Alentejo central Morada: Rua Ferragial do Poço Novo 7000-747 Évora Telefone: 266760010 E-mail: ACES@alentejocentral.min-saude.pt |
| Identificação do Diretor Executivo | Nome: Dr.ª Teresa Caldas de Almeida E-mail: Teresa.Caldas@alentejocentral.min-saude.pt |
| Identificação do Coordenador da UCC | Nome: Carla Maria dos Santos Remédios Calça (Enf. Chefe) E-mail: carla.calca@alentejocentral.min-saude.pt |
| Identificação da UCC | UCC Estremoz Morada: Avenida 9 Abril S/N 7100-500 Estremoz Telefone: 268339390 E-mail: ucc.estremoz@alentejocentral.min-saude.pt |
| Identificação do Coordenador do Programa de Saúde Escolar no ACES | Nome: Dr. Augusto Brito E-mail: Augusto.Brito@alentejocentral.min-saude.pt |
| Identificação do Responsável Programa Saúde Escolar UCC | Nome: Carmen Cristina Costa Pereira E-mail: carmen.pereira@alentejocentral.min-saude.pt |

2. AGRUPAMENTO DE ESCOLAS

| | |
|--|---|
| Identificação do Agrupamento | Morada: Rua General Humberto Delgado 7100-123 Estremoz Telefone: 268333784 E-mail: aeestremoz@aeestremoz.drealentejo.pt |
| Identificação da Escola onde vai ser implementado o Projeto + Contigo | 1 – Escola Básica 2.3 Sebastião da Gama Telefone: 268333784 E-mail: aeestremoz@aeestremoz.drealentejo.pt |
| Director da Escola | Nome: José João Mendes Espadinha E-mail: aeestremoz@aeestremoz.drealentejo.pt |
| Identificação do Coordenador do PES | Nome: Ana Isabel Estudante Rijo E-mail: anarijo@hotmail.com |

3. POPULAÇÃO ABRANGIDA EM PROJETO

| | |
|----------------------------|--|
| Total de Alunos em Projeto | 66 |
| Grupo Experimental | Anos: B, C e vocacional Turmas: 8.º Ano Nº Alunos: 18+20+9 |
| Grupo de Controlo | Anos: 8.º Turmas: A Nº Alunos: 19 |

4. IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPA SAÚDE LOCAL + CONTIGO

| Nome completo | Unidade de Saúde a que Pertencem (USP,UCC,UCSP) | |
|---------------------------------|--|--|
| 1. Maria Albertina Delgado Pico | Aluna de Mestrado Universidade de Évora - ESESJD | E-mail: maritinatina@gmail.com Telefone: 925437094 |
| 2. Carmen Pereira | UCC Estremoz | E-mail: carmenzita_58@hotmail.com Telefone: 965471436 |

Os elementos da equipa já fizeram a "Formação + Contigo"

Sim X

Não __

Se a resposta foi sim. Número de profissionais da equipa que participaram na Formação 2

Número de profissionais da equipa que têm interesse em fazer a Formação

5. IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPA LOCAL EDUCAÇÃO + CONTIGO

| Nome Completo | Contactos |
|--|--|
| 1. Maria Albertina Delgado Pico Enfermeira, Aluna 32773 do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria - Universidade de Évora- ESE S. João de Deus | E-mail: maritinatina@gmail.com Telefone: 925437094 |
| 2. Carmen Pereira Enfermeira Responsável pela Saúde Escolar UCC Estremoz | E-mail: carmenzita_58@hotmail.com Telefone: 965471436 |

O Projeto +Contigo faz parte do projeto educativo da escola:

Sim _

Não __

Observações: _____

ATIVIDADES A DINAMIZAR (Especifique...)

- Comemorar o Dia + Contigo: 12 de Março – realizar atividades envolvendo toda a comunidade educativa (painéis, canção, teatro, ...)
- Elaboração de posters; outras atividades a combinar com os alunos em projeto + Contigo
- Dinamizar dentro da Semana da Saúde, atividades relacionadas com a Saúde mental

1. CRONOGRAMA

| | Data / Horário | Atividade | Dinamizadores | Local |
|--|--|--|--|---|
| FASE 0 | Final de setembro/ princípio outubro 2015 16 h- 17:30h (no mesmo dia) | Sensibilização à comunidade educativa | Equipa + contigo e equipa de saúde | Anfiteatro da escola |
| | Final de setembro/ princípio outubro 2015 18 h (no mesmo dia) | Sensibilização aos Encarregados Educação | Equipa + contigo e equipa de saúde | Anfiteatro da escola |
| FASE 1 (Final 1ª quinzena de outubro) | 4 datas no final da 1ª quinzena de outubro 2015 (uma data e 45min por cada turma do 9º ano) | 1º Momento Diagnóstico de situação Aplicação dos questionários às 4 turmas (3 em estudo e 1 de controlo) | Equipa de saúde Enfermeiras Albertina Pico Carmen Pereira | Sala de Aula ou outra a decidir com os professores (Sala ampla com computador e projetor multimédia) |
| Intervenção + Contigo (novembro/dezembro/janeiro) | 3 datas na 2ª quinzena de outubro 2015 | 2º Momento Intervenção 1- Às 3 turmas em estudo (turma de controlo não faz) | | |
| | 3 datas no final de outubro/princípio dezembro 2015 | 3º Momento Intervenção 2 - Às 3 turmas em estudo (turma de controlo não faz) | | |
| | 3 datas na 1ª quinzena de janeiro 2015 | 4º Momento Intervenção 3 – Às 3 turmas em estudo (turma de controlo não faz) | | |
| FASE 2 (janeiro) | 4 datas na 2ª quinzena de janeiro 2015 | 5º Momento Avaliação após intervenção Aplicação dos questionários às 4 turmas (3 em estudo e 1 de controlo) | | |
| Intervenção+ Contigo (fevereiro) | 3 datas na 1ª quinzena de fevereiro 2015 | 6º Momento Intervenção 4 – Às 3 turmas em estudo (turma de controlo não faz) | | |
| FASE 3 (fim de maio/junho) | 4 datas na última semana de maio 2015 (6 meses após a 1ª avaliação) | 7º Momento Avaliação final Aplicação dos questionários às 4 turmas (3 em estudo e 1 de controlo) | | |
| Dia + contigo e Semana da Saúde | 12 de Março de 2015 e Semana da saúde (data a decidir pela escola) | Elaboração de posters painéis, canções, teatro ou outras atividades a combinar com os alunos em projeto + Contigo Dinamizar dentro da Semana da Saúde, atividades relacionadas com a Saúde mental | Equipa de saúde Enfermeiras Albertina Pico Carmen Pereira | Recinto da escola (a decidir com professores) |

2. AVALIAÇÃO

- Reverter os questionários devidamente identificados (distinguir claramente o grupo experimental/grupo controlo) para a Equipa Coordenadora depois de cada aplicação dos questionários.
- Extração de dados + análise dos resultados: Equipa coordenadora.
- Realização do III Encontro + Contigo: partilha de experiências e dos resultados da implementação do Projeto no ano letivo 2015/2016.

CIRCUITO PROPOSTO PARA ENTREGA E DEVOLUÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

Qual o circuito proposto para envio do questionário:

1. A equipa do projeto faz o levantamento no Departamento de Saúde Pública –
2. Envio por interlocutor sugerido pela equipa local: X Nome do interlocutor: Maria Albertina Delgado Pico
3. Envio por Correio ____

Nome do Responsável Pelo preenchimento da Candidatura/contacto_

Director Agrupamento de Escolas de Estremoz:

João João Mendes Galvão

Data *16/09/2015*

Coordenador UCC Estremoz:

Carla Caleg

Data *14/9/2015*

Enfermeiras Equipa Saúde Local + Contigo:

Maria Albertina Delgado Pico (925437094) -

Albertina

Carmen Cristina Costa Pereira (965471436) -

Carmen Cristina Costa Pereira

Data *14/9/2015*

Anexo VI – Certificado formação + Contigo

| | | | |
|--|---|---|---|
|  |  |  |  |
| <h2>CERTIFICADO</h2> | | | |
| <p>Certifica-se que Maria Albertina Delgado Pico participou no Curso de Formação Inicial + Contigo com a duração de 24 horas, organizado pela ARS Centro, I.P. em colaboração com a ESEnfC, nos dias 15, 16 e 17 de junho de 2015, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Polo A.</p> | | | |
| <p>O PRESIDENTE DO CONSELHO DIRECTIVO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.</p> | | | |
|  _____ | | | |
| <p>(Dr. José Manuel Azenha Tereso)</p> | | | |

Anexo VII – Nota Informativa aos Pais

Nota informativa para os Pais e Encarregados de Educação

Tal como foi comunicado na sessão de esclarecimento do dia 12/10/2015, a que os pais e encarregados de educação dos alunos, das turmas do 8.º ano da Escola Básica 2/3 Sebastião da Gama, foram convidados a assistir, informamos que terá início a aplicação do Projeto + Contigo, aos alunos das referidas turmas, a partir do mês de novembro de 2015.

Este projeto, de intervenção multinível, promovido pela Escola superior de enfermagem de Coimbra, em conjunto com várias entidades parceiras, entre as quais a Direção Geral da Saúde, faz parte integrante do projeto educativo da escola, aceite em conselho pedagógico e consiste, na promoção da saúde mental e bem-estar entre os jovens do 3º ciclo e na prevenção de comportamentos da esfera suicidária. Sendo trabalhados nas aulas de educação para a cidadania, temas como, a adolescência, a promoção do auto-conceito e a auto-estima, combate ao estigma em saúde mental, promover habilidades sociais, promover a capacidade de resolução de problemas, promover a assertividade na comunicação, melhorar a expressão e gestão de emoções e promover o bem-estar.

Com o projeto + Contigo pretende-se também, em conjunto com a equipa de saúde local, da UCC Estremoz, que fará a sua implementação, detetar precocemente situações de distúrbio mental, criar e fortalecer redes de atendimento e apoio nos serviços de saúde, contando com todos os “porteiros sociais”, ou seja, toda a comunidade educativa, envolvidos neste processo, dos quais, os pais, terão um papel primordial, principalmente pela sua posição estratégica e privilegiada, para identificarem sinais de alerta nos adolescentes.

Após a sensibilização prévia aos assistentes operacionais, professores, pais e encarregados de educação, as intervenções com os estudantes, compreendem 7 momentos de 45min cada, iniciando-se com um 1º momento de aplicação de um questionário para diagnóstico da situação, seguido de 6 momentos de intervenção em sala de aula, com jogos em dinâmica de grupo, incidindo sobre os temas mencionados atrás e termina com uma última avaliação, no final do ano letivo.

Damos assim conhecimento aos pais e encarregados de educação, que podem contactar a escola, através dos Diretores de turma respetivos, ou a equipa de saúde local para mais esclarecimentos.

Professora Ana Rijo Coordenadora do PESES anarijo@hotmail.com

Equipa de Saúde Local

Enfermeira Albertina Delgado maritinatina@gmail.com

Enfermeira Carmen Pereira carmenzita_58@hotmail.com

Eu, _____, encarregado de educação do
aluno _____, do 8º ano, turma _____, tomei
conhecimento, da implementação do projeto + contigo, na Escola Básica 2/3 Sebastião da
Gama, no ano letivo 2015/2016

Anexo VIII – Quadro de aquisição de competências

Quadro de Aquisição de Competências do EESMP

Enfermeiro Especialista em saúde mental e psiquiatria

| Competências Específicas Do EESMP | Descritivo | Unidades de competência | Estratégias de aquisição |
|--|--|--|--|
| F1 Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional. | A capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas, é central para a prática de enfermagem de saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados. | F1.1. Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas. | Ter a capacidade de refletir sobre mim própria, na prática clínica diária, tomando consciência de que na relação terapêutica, é uma pessoa que cuida de outra pessoa, mas eu como técnica e EESMP, não devo deixar que o “eu” interfere no “outro”, criar os limites terapêuticos para evitar fenômenos de transferência e contra transferência e assim não prejudicar os resultados esperados |
| F2 Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental. | Recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental. O processo de avaliação exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes. | F2.1. Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente. F2.2. Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família. | Capacidade de fazer uma correta avaliação dos fatores promotores e protetores, e predisponentes por exemplo do risco de suicídio numa boa entrevista de avaliação diagnóstica, estarei a promover a saúde mental e bem estar, individualmente, nas escolas, nas famílias e grupos sociais. Realizar entrevistas de avaliação diagnósticas criteriosas sobre o estado mental e suas respostas de adaptação ou desadaptação e impacto que causa |

Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

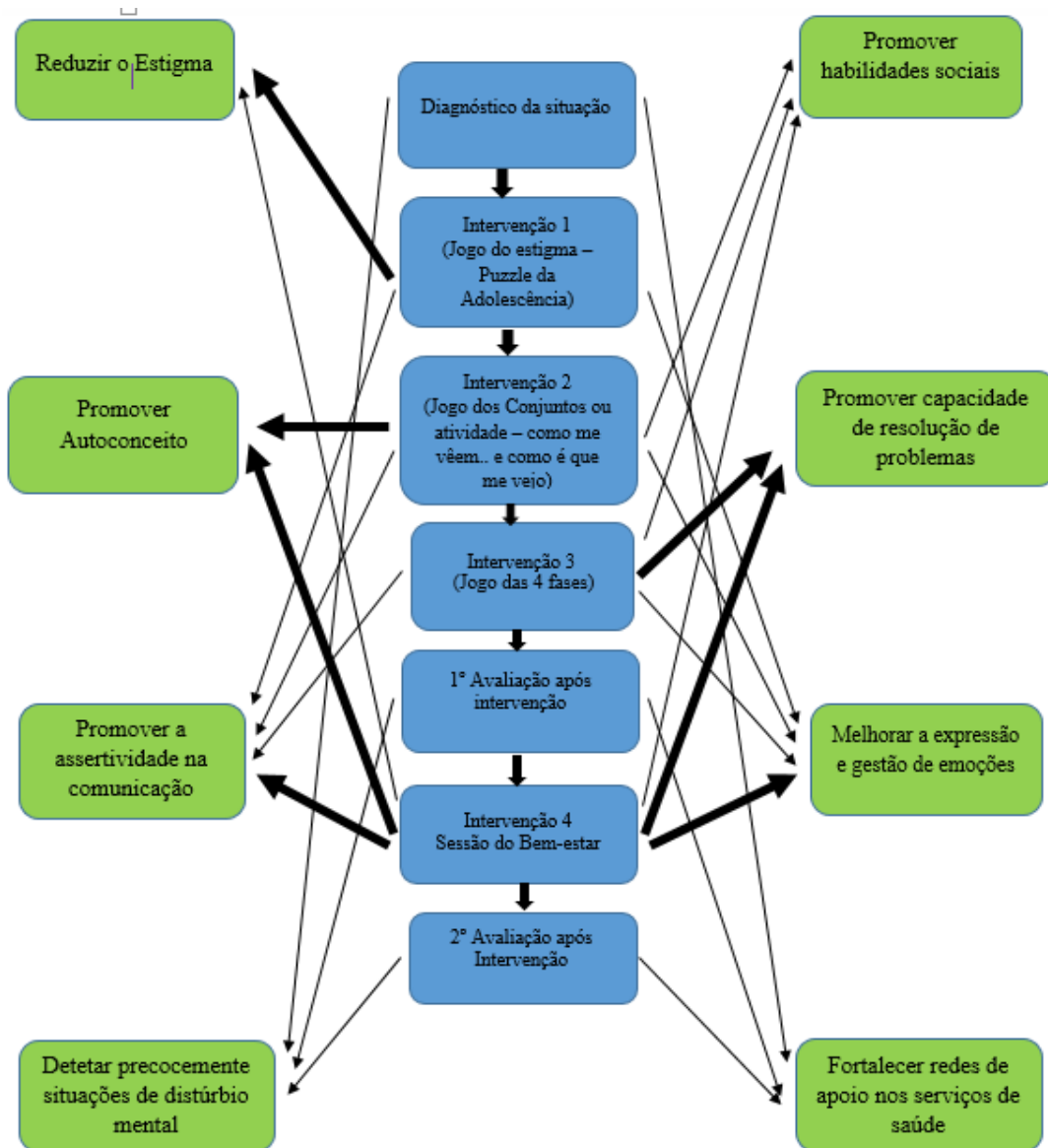
| | | | |
|---|--|---|---|
| | | | <p>na sua qualidade de vida, no seu bem estar e na sua autonomia e ainda nos seus recursos para recuperar a sua saúde</p> <p>Conseguir implementar os projetos de prevenção do suicídio que envolvi na comunidade (Escolas) e Grupos (Adolescentes)</p> |
| <p>F3 Ajuda a 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.</p> | <p>Sistematização, análise dos dados, determinação do diagnóstico de saúde mental, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento e negociação do plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde. Prescrição dos cuidados a prestar baseadas na evidência, de forma a promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações,</p> <p>promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo, tomando em consideração o ciclo vital e centrando a atenção nas respostas do cliente a problemas de saúde, reais ou potenciais. O processo de diagnóstico exige integração e interpretação dos diversos dados, diagnóstico diferencial, bem como pensamento crítico.</p> <p>Utilização da gestão de caso para coordenar cuidados de saúde e para assegurar a continuidade de cuidados, integrando as necessidades dos clientes e equipas, otimizando os resultados existentes. O método de gestão de caso inclui</p> | <p>F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.</p> <p>F3.2. Identifica os resultados esperados com a implementação dos projectos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.</p> <p>F3.3. Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.</p> <p>F3.4. Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.</p> | <p>Realização de entrevistas de avaliação diagnóstica e de intervenção terapêutica no contexto hospitalar e contexto comunitário, como um meio de recolha dados e ologiade ajuda</p> <p>Análise dos resultados de ambos os projetos que implementei, com indicadores de risco de suicídio</p> <p>Planeamento, realização e avaliação de intervenções individuais e grupais direcionadas para a prevenção do suicídio e promoção da saúde mental e Participando em projetos articulando as minhas intervenções com as da restante equipa multidisciplinar.</p> <p>Realização dos planos de intervenção aos utentes Do SIP internados por tentativa de suicídio, seguindo a metodologia do processo de enf.em</p> |

Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

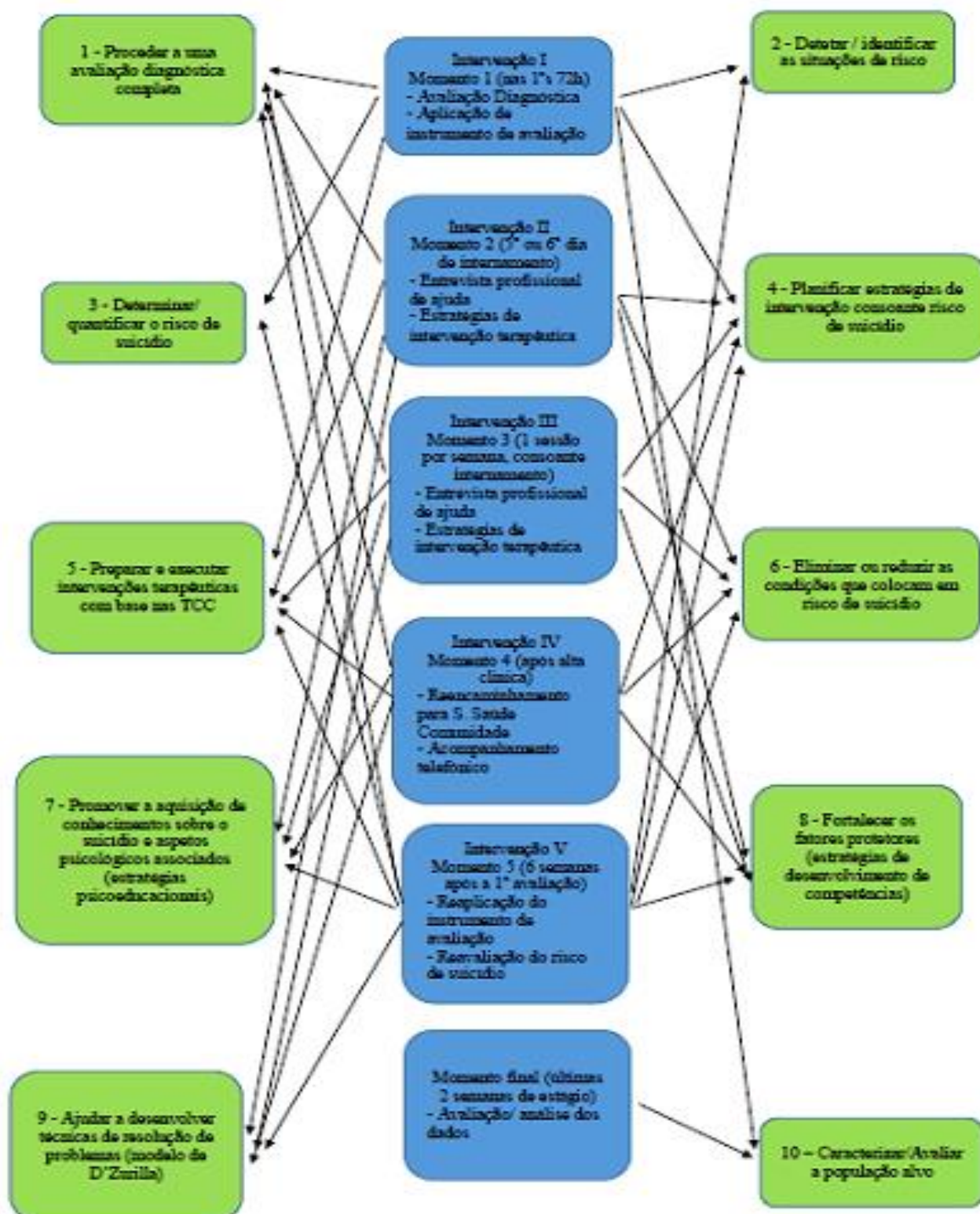
| | | | |
|--|---|--|--|
| | atividades como: organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para o cliente. | F3.5. Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde. | Reencaminhamento dos alunos, se necessário para a rede de cuidados nacionais, criada com o projeto + contigo em Estremoz |
| F4 Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde. | A implementação das intervenções identificadas no plano de cuidados de modo a ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, mobiliza cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais. O tratamento para recuperar a saúde mental, a reabilitação psicossocial, a educação e o treino em saúde mental tem como finalidade ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere. Envolve as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias através de atividades tais como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar. | F4.1. Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental. F4.2. Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação. F4.3. Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais. | Realizar as sessões de psicoeducação nas escolas, aos alunos, como estratégia de luta contra o estigma, promoção do bem estar e saúde mental e preventivamente contra o suicídio, num âmbito socioterapêutico e em contexto hospitalar, durante as entrevistas de ajuda psicoterapêutica Implementação das estratégias de intervenção psicoterapêuticas durante relação de ajuda, entrevistas, modelo de resolução de problemas e contolo de ansiedade com os utentes no serviço de internamento do HESE e socioterapêuticas em contexto comunitário com as intervenções psicoeducacionais nas escolas. |

(Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Anexo IX – Fluxograma das atividades por objetivos do projeto + Contigo



Anexo X – Fluxograma das atividades por objetivos do internamento SIP



Anexo XI – Quadro das intervenções do projeto + Contigo

| Intervenção | Atividade/ Jogo | Objetivo | Material necessário/ Metodologia | Tempo de realização | Desenvolvimento da atividade/ jogo |
|---------------------------------|------------------------|--|--|------------------------|---|
| Intervenção 1 (Momento 2) | Jogo do estigma | Reduzir o estigma em saúde mental Estimular comunicação assertiva e gestão de emoções | Sala ampla, computador e projetor multimídia/ Método expositivo discussão de situações concretas role-play e jogos socio-terapêuticos | 20 Minutos | <p>1º Pedir aos alunos para representarem a postura ou comportamento de quem tem: a) Uma fratura na perna; b) uma doença oncológica; c) uma doença mental</p> <p>2º Escolher o que representa o doente mental (mais próximo da postura normal) e explorar tanto como ideias de combate ao estigma</p> <p>3º Recolher testemunho de um aluno</p> <p>4º Frisar ideias chave (pessoa saudável=saúde física e mental, todos podemos vir a ter DM; DM não é contagiosa, não é fraqueza, preguiça, violência ou inutilidade, há várias formas de DM; tal como outras doenças, provoca limitações, mas com medicação, acompanhamento e apoio de familiares e amigos e profissionais de saúde= vida normal, direitos iguais)</p> <p>5º Apresentar slides + Contigo (com as mensagens de ideias chave anti estigma)</p> |
| | Puzzle de Adolescência | Refletir sobre as vivências nesta etapa do ciclo vital e permitir a partilha e expressão de sentimentos Estimular comunicação assertiva e gestão de emoções | Sala ampla, computador e projetor multimídia/ Método expositivo discussão de situações concretas role-play e jogos socio-terapêuticos | 20 Minutos | <p>1º Pedir para partilharem ideias/frases/palavras sobre como caracterizam a adolescência em técnica de <i>brainstorming</i>, e registar no quadro da sala</p> <p>2º Fomentar debate comparando palavras/ideias/ frases dos alunos com ideias chave</p> <p>3º Reforçar ideias chave (Adolescência fase de vida como outra qualquer, não é como fase negativa, não quer dizer sofrimento ou problemas mas sim crescimento,</p> |

| | | | | | |
|---------------------------|--------------------|--|---|------------|--|
| | | | | | transformação e tomada de algumas decisões importantes, fase de descoberta e conquistas importantes – autonomia, independência, responsabilidade , erros como noutra fase qualquer mas que devem servir como aprendizagem. Se surgirem problemas mais complexos, com dificuldade a gerir e resolver – procurar ajuda nos amigos, ou pessoas com mais experiência de vida (pais, professores, profissionais de saúde) 4º Apresentar slides com mensagens das ideias chave |
| Intervenção 2 (Momento 3) | Jogo dos conjuntos | Explorar o conceito de autoestima, fornecer estratégias promotoras de autoestima, expressão de sentimentos e fomentar a coesão de grupo. Estimular comunicação assertiva e gestão de emoções | Sala ampla, computador e projetor multimédia/ Método expositivo discussão de situações concretas role-play e jogos socio-terapêuticos | 45 Minutos | 1º Convidar os alunos a circularem pela sala, ao som do STOP, devem formar 3 grupos: - Os que se sentem bem com eles próprios - Os que se sentem uns dias bem e outros, mal - Os que se sentem mal com eles próprios 2º Convidar os alunos a explicar o porquê da sua decisão 3º Pedir aos alunos que se sentem bem com eles próprios que partilhem ideias e as estratégias que usam para que os alunos dos outros 2 grupos possam também passar a sentir-se bem. Validar com os alunos a importância dessas estratégias e a sua aplicabilidade de acordo e/ ideias chave (não há pessoas boas nem pessoas más, ao longo da vida há momentos em que podemos sentir-nos mal pelas decisões que tomámos, problemas ou erros, é importante ultrapassar esta fase E aprender com isso) 4º Repetir processo, ao <i>STOP</i> , formar 2 grupos, os que se sentem felizes e os que se sentem tristes 5º Convidar a explicar porquê da decisão 6º Pedir para o grupo que se sente feliz partilhar as estratégias com o |

| | | | | | |
|---------------------------------------|---|--|--|------------|--|
| | | | | | <p>outro grupo e validar com os alunos a sua importância e aplicabilidade, segundo ideias chave (não há para ninguém um <i>continuum</i> de felicidade, todos no dia-a-dia, com os problemas, a perda de alguém significativo, uma má nota, podemos sentir-nos tristes. O importante é utilizar estratégias para ultrapassar essa fase menos boa, conviver com amigos, ouvir música, praticar desporto. Realçar importância de ter amigos, pais, professores a quem recorrer para pedir ajuda e partilhar sentimentos)</p> <p>7º Repetir processo, circular pela sala, ao <i>STOP</i>, formar 2 grupos, os que se sentem orgulhosos e confiantes, e os que não se sentem orgulhosos e confiantes</p> <p>8º Convidar a explicar porquê da decisão</p> <p>9º Pedir para o grupo que se sentem orgulhosos e confiantes partilhar as estratégias com o outro grupo e validar com os alunos a sua importância e aplicabilidade, segundo ideias chave (todos em determinado momento da vida podemos sentir-nos menos confiantes ou orgulhosos de nós próprios, quando cometemos erros, ou temos problemas que afetam a nossa autoconfiança, mas o importante é corrigir esses erros, aumentando a nossa autoconfiança de que somos capazes de o fazer, aprender com isso e voltar a sentir orgulho de nós próprios. Reforçar ideia da importância da ajuda de amigos, pais e professores.</p> |
| Intervenção 2 (Momento 3) Continuação | Como é que me vêem... e eu, como é que me vejo (esta atividade pode ser realizada | Observação e tomada de consciência dos aspetos positivos da autoestima Estimular | Sala ampla, 1 folha de papel e 1 lápis para cada elemento do grupo/ Método | 15 Minutos | <p>1º Os participantes são convidados a formar um círculo (permanecendo sentados ou de pé) sendo distribuída uma folha de papel e um lápis a cada um</p> <p>2º A cada participante é atribuído um número que o representa. Na</p> |

| | | | | | |
|---------------------------|----------------------------|---|--|------------|---|
| | em alternativa à anterior) | comunicação assertiva e gestão de emoções | expositivo discussão de situações concretas role-play e jogos socio-terapêuticos | | <p>folha que lhes foi entregue deve ser colocada a sequência progressiva de números, tantos quantos o número de pessoas envolvidas na atividade</p> <p>3º Devem escrever uma apreciação sintética, um adjetivo, ou uma característica positiva que diga respeito à pessoa que possui esse número. Cada participante deve também escrever uma característica à frente do seu próprio número.</p> <p>4º Recolhem-se as folhas, anónimas e lê-se em voz alta o que foi escrito (conjunto de características da personalidade de cada um) em cada uma delas para cada nº atribuído previamente a cada elemento do grupo</p> <p>5º Convidar cada elemento a comentar, aceitar, discordar ou aprovar tudo o que foi partilhado pelo grupo, acerca de cada um.</p> <p>No final resumir atividade, em que abordámos alguns dos vossos sentimentos, a vossa forma de estar e de se verem, estivemos a falar de AUTOESTIMA. Passar slides com as ideias chave, sobre o que é a autoestima (imagem mental que temos de nós próprios, respeito e confiança que temos em nós, do nosso valor, capacidades e potencialidades e visão de sucesso, e que essa imagem pode ser afetada em determinados momentos, que não é imutável nem constante) e que há formas de nos sentirmos bem connosco próprios</p> |
| Intervenção 3 (Momento 4) | Jogo das quatro frases | Explorar o conceito de conflito e promover a aquisição de estratégias de resolução de problemas. Permitir | Sala ampla, computador e projetor multimédia/ Método expositivo discussão de situações concretas | 45 Minutos | <p>1º Fazer brainstorming sobre o que é um conflito e registar as ideias no quadro</p> <p>2º Expor slide com as seguintes ideias: conflito ≠ problema</p> <p>Conflito: existem partes em confronto e desenvolve-se uma atitude de hostilidade, afetando de</p> |



| | | | | | |
|---------------------------|---------------------|---|---|------------|---|
| | | a expressão de sentimentos. Estimular comunicação assertiva e gestão de emoções | role-play e jogos socio-terapêuticos | | forma negativa a pessoa ou grupo. Problema: uma questão que é necessário dar uma resposta 3º Apresentação de situações conflito/problema, atendendo à faixa etária (em Anexo 2) 4º Solicitar a partilha de estratégias de resolução da situação problema apresentada 5º Apresentar o modelo de resolução de problemas baseado em quatro Frases: Modelo de resolução de problemas baseado em quatro frases: Eu vejo... (conduta que vemos do outro ou da situação; Eu imagino...(consequências da situação); Eu sinto...(sentimentos em relação ao outro ou à situação); Eu quero...(proposta de solução) 6º Solicitar que apresentem a solução para a situação conflito/problema segundo o modelo das 4 Frases 7º Expor slides com ideias chave |
| Intervenção 4 (Momento 6) | Sessão do Bem-Estar | Debater sobre a percepção individual e grupal de bem-estar. Reforçar o autoconceito e a capacidade de resolução de problemas. Estimular comunicação assertiva e gestão de emoções | Sala ampla, computador e projetor multimédia/ Método expositivo discussão de situações concretas role-play e jogos socio-terapêuticos | 40 Minutos | 1º Convidar à partilha sobre o que é para os alunos o Bem-Estar /fatores que podem influenciar essa percepção 2º Expor slide e promover debate sobre ideias Chave (a PERCEÇÃO INDIVIDUAL de BEM-ESTAR , é fortemente influenciada por fatores de ordem física, emocional e social e pelas habilidades socio-emocionais, autoconfiança, autoestima, imagem corporal, aparência física, desempenho na escola e capacidade de resolução de problemas. 3º Pedir aos alunos que mudem as suas posições na sala e de seguida se coloquem em círculo, dando a mão ao segundo colega que têm ao lado 4º Pedir a um dos alunos que se voluntarie para iniciar a atividade, reconhecendo duas qualidades |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | <p>peçoais e duas do colega a quem tem a mão dada à sua direita</p> <p>5º Realçar a importância da auto-estima (ideias chave- Intervenção 2)</p> <p>6º Pedir aos alunos que identifiquem que fatores podem influenciar a percepção de bem-estar do grupo</p> <p>7º Expor slide com as seguintes ideias:</p> <p>BEM-ESTAR DO GRUPO é fortemente influenciado pelas características individuais de cada um e pelas relações de coesão, solidariedade, amizade, compreensão, aceitação, partilha, respeito, no grupo</p> <p>8º Realçar a proximidade do grupo e a importância as dessas relações que se estabelecem no grupo e que estas são importantes não só para o bem-estar individual mas também para o bem-estar e coesão do grupo.</p> <p>9º Solicitar aos alunos que apresentem um problema que tenham vivenciado no grupo ou individual (em alternativa apresentar, uma das situações do Anexo 2)</p> <p>10º Propor a resolução segundo o modelo das 4 Frases (de acordo com Intervenção 3), em forma de texto, por grupo (dividir os alunos em grupo), Eu vejo... Eu imagino... Eu sinto... Eu quero... e ir escrevendo no quadro da sala as indicações que cada grupo dá para a resolução do problema, passando ideias chave, de que, se não se resolverem os problemas, estes podem perpetuar-se e aumentar com o tempo, é importante, delimitar bem os problemas, falar sobre os mesmos, compreendê-los, definir prioridades e arranjar estratégias para os resolver. Resolvê-los passo a passo, tendo em conta que podem existir várias</p> |
|--|--|--|--|--|---|



Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>formas de os resolver, como de ver esses problemas, se forem muito difíceis de resolver por nós próprios podemos recorrer à ajuda de alguém (pais, amigos, professores, profissionais de saúde...)</p> <p>Não há problemas INTERMINÁVEIS, INTRANSPONÍVEIS, INTOLERÁVEIS, contamos CONTIGO, podes contar CONNOSCO.</p> |
|--|--|--|--|--|--|

Adaptado de intervenção global com os estudantes, pág50-71, (Projeto + contigo,



Anexo XII – Cronograma das atividades planeadas projeto + Contigo

CRONOGRAMA DO 1º MÓDULO (PROJETO + CONTIGO)

| | Data / Horário | Atividade | Dinamizadores | Local | | |
|--|--|---|---|--|--|--|
| FASE 0 | Final de setembro/ princípio outubro 2015 16 h- 17:30h (no mesmo dia) | Sensibilização à comunidade educativa | Equipa + contigo e equipa de saúde | Anfiteatro da escola | | |
| | Final de setembro/ princípio outubro 2015 18 h (no mesmo dia) | Sensibilização aos Encarregados Educação | Equipa + contigo e equipa de saúde | Anfiteatro da escola | | |
| FASE 1 (Final 1ª quinzena de outubro) | 4 datas no final da 1ª quinzena de outubro 2015 (uma data e 45min por cada turma do 9º ano) | 1º Momento Diagnóstico de situação Aplicação dos questionários às 4 turmas (3 em estudo e 1 de controlo) | Equipa de saúde Enfermeiras Albertina Pico Carmen Pereira | Sala de Aula ou outra a decidir com os professores (Sala ampla com computador e projetor multimédia) | | |
| Intervenção + Contigo (novembro/ dezembro/ janeiro) | 3 datas na 2ª quinzena de outubro 2015 | Intervenção 1- Às 3 turmas em estudo (turma de controlo não faz) | | | | |
| | 3 datas no final de outubro/princípio dezembro 2015 | Intervenção 2 - Às 3 turmas em estudo (turma de controlo não faz) | | | | |
| | 3 datas na 1ª quinzena de janeiro 2015 | Intervenção 3 – Às 3 turmas em estudo (turma de controlo não faz) | | | | |
| FASE 2 (janeiro) | 4 datas na 2ª quinzena de janeiro 2015 | Avaliação após intervenção Aplicação dos questionários às 4 turmas (3 em estudo e 1 de controlo) | | | | |
| Intervenção + Contigo (fevereiro) | 3 datas na 1ª quinzena de fevereiro 2015 | Intervenção 4 – Às 3 turmas em estudo (turma de controlo não faz) | | | | |
| FASE 3 (fim de maio/junho) | 4 datas na última semana de maio 2015 (6 meses após a 1ª avaliação) | Avaliação final Aplicação dos questionários às 4 turmas (3 em estudo e 1 de controlo) | | | | |
| Dia + contigo e Semana da Saúde | 12 de Março de 2015 e Semana da saúde (data a decidir pela escola) | Elaboração de <i>posters</i> painéis, canções, teatro ou outras atividades a combinar com os alunos em projeto + Contigo Dinamizar dentro da Semana da Saúde, atividades relacionadas com a Saúde mental | Equipa de saúde Enfermeiras Albertina Pico Carmen Pereira | Recinto da escola (a decidir com professores) | | |

Anexo XIII – Cronograma das intervenções/datas projeto + Contigo

| ESRSI | | | | |
|--------------------|---|----------------------------------|------------|---------|
| FASES | ATIVIDADE | TURMAS | DATA | HORARIO |
| FASE 0 | Sensibilização à comunidade educativa | 9.º A 9.º B 9.º C 9.º D | 12 Outubro | 17:00 |
| | Sensibilização aos encarregados de educação | | 12 Outubro | 19:00 |
| FASE 1 – M1 | | | | |
| | Diagnóstico Situação | 9.º A | 23/10/2015 | 15:40 |
| | | 9.º B | 23/10/2015 | 12:55 |
| | | 9.º C | 20/10/2015 | 12:55 |
| | | 9.º D | 20/10/2015 | 15:40 |
| FASE 1 – M2 | | | | |
| | Intervenção 1 | 9.º A | 06/11/2015 | 15:40 |
| | | 9.º B | 06/11/2015 | 12:55 |
| | | 9.º C | 27/10/2015 | 12:55 |
| FASE 1 – M3 | | | | |
| | Intervenção 2 | 9.º A | 27/11/2015 | 15:40 |
| | | 9.º B | 27/11/2015 | 12:55 |
| | | 9.º C | 24/11/2015 | 12:55 |
| FASE 1 – M4 | | | | |
| | Intervenção 3 | 9.º A | 15/01/2016 | 15:40 |
| | | 9.º B | 15/01/2016 | 12:55 |
| | | 9.º C | 12/01/2016 | 12:55 |
| FASE 2 – M5 | | | | |
| | Intervenção 4 | 9.º A | 29/01/2016 | 15:40 |
| | | 9.º B | 29/01/2016 | 12:55 |
| | | 9.º C | 26/01/2016 | 12:55 |
| FASE 2 – M6 | | | | |
| | Intervenção 5 | 9.º A | 19/02/2016 | 15:40 |
| | | 9.º B | 19/02/2016 | 12:55 |
| | | 9.º C | 16/02/2016 | 12:55 |
| FASE 3 – M7 | | | | |
| | Avaliação Final | 9.º A | 20/05/2016 | 15:40 |
| | | 9.º B | 20/05/2016 | 12:55 |
| | | 9.º C | 17/05/2016 | 12:55 |
| | | 9.º D | 17/05/2016 | 15:40 |

A turma D é a turma de controlo, a A, a B e a C, são o grupo experimental

Dia 11 de março – Dia + contigo - com atividades na escola para todos os alunos, promovendo a saúde mental, em colaboração com os alunos participantes no projeto, que durante o ano foram desenvolvendo essas atividades (Ex. - Feira + Contigo com animação no recinto da escola)

EBSG

| FASES | ATIVIDADE | TURMAS | DATA | HORARIO |
|--------------------|---|-------------------------|------------|---------|
| FASE 0 | Sensibilização à comunidade educativa | 8.º A 8.º B 8.º C | 12 Outubro | 17:00 |
| | Sensibilização aos encarregados de educação | 8.º D | 12 Outubro | 19:00 |
| FASE 1 – M1 | | | | |
| | Diagnóstico Situação | 8.º A | 09/11/2015 | 14:35 |
| | | 8.º B | 10/11/2015 | 15:30 |
| | | 8.º C | 09/11/2015 | 12:50 |
| | | 8.º D | 10/11/2015 | 10:20 |
| FASE 1 – M2 | | | | |
| | Intervenção 1 | 8.º B | 17/11/2015 | 15:30 |
| | | 8.º C | 16/11/2015 | 12:50 |
| | | 8.º D | 17/11/2015 | 10:20 |
| FASE 1 – M3 | | | | |
| | Intervenção 2 | 8.º B | 01/12/2015 | 15:30 |
| | | 8.º C | 30/11/2015 | 12:50 |
| | | 8.º D | 01/12/2015 | 10:20 |
| FASE 1 – M4 | | | | |
| | Intervenção 3 | 8.º B | 12/01/2016 | 15:30 |
| | | 8.º C | 14/12/2015 | 12:50 |
| | | 8.º D | 15/12/2015 | 10:20 |
| FASE 2 – M5 | | | | |
| | Intervenção 4 | 8.º B | 26/01/2016 | 15:30 |
| | | 8.º C | 18/01/2016 | 12:50 |
| | | 8.º D | 19/01/2016 | 10:20 |
| FASE 2 – M6 | | | | |
| | Intervenção 5 | 8.º B | 02/02/2016 | 15:30 |
| | | 8.º C | 01/02/2016 | 12:50 |
| | | 8.º D | 02/02/2016 | 10:20 |
| FASE 3 – M7 | | | | |
| | Avaliação Final | 8.º A | 02/05/2016 | 14:35 |
| | | 8.º B | 03/05/2016 | 15:30 |
| | | 8.º C | 02/05/2016 | 12:50 |
| | | 8.º D | 03/05/2016 | 10:20 |

A turma A é a turma de controlo, a B, a C e a D, são o grupo experimental

Anexo XIV – Cronograma das atividades do dia + Contigo



Dia + Contigo



11 de Março de 2016



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

Programa Diurno nas Escolas

ESRSI (Escola Secundária Rainha Santa Isabel)

10 H - Sessão de Abertura do dia + Contigo

Com a presença do Sr. Diretor da ESRSI, Sr. Diretor da EBSG, Representante da ESEC, Coordenadores do PESES, de ambas as escolas, Presidente/ Vice presidente da CME, Representante da Ação Social e Educação da CME)

- Inauguração da exposição de trabalhos dos alunos (elaborado pela turma do 9º C – Prof. Assunção)

Painel “Elogios na palma da mão” e trabalhos sobre os temas das sessões + Contigo

EBSG (Escola Básica 2/3 Sebastião da Gama)

10:30 H - Inauguração da exposição de trabalhos dos alunos (elaborado pela turma do 8º D – Prof. Odete)

“Elogios na palma da mão” e trabalhos sobre os temas das sessões + Contigo

- Lançamento de Balões + Contigo (elaborado por turma 8º B e 8º A – Prof. Nuno e Prof. Leonor)

11 H – Visualização de Filme no auditório da EBSG (mensagem temática proposta pela turma 8º C – Prof. Jorge)

ESRSI (Recinto exterior)

12 H – Realização de um “ Coração Humano” no recinto exterior (proposto pela turma 9º B – Prof. Isaura), com a participação de todas as turmas do 8º da EBSG e turmas do 9º da ESRSI e aberto a toda a comunidade educativa

13 H – Almoço Livre

ESRSI (Auditório)

14 H – Leitura de poemas temáticos no auditório da ESRSI, com o poeta António Carlos Santos, professores e alunos (Ver programa próprio)

15:30 H – Teatro de mimica “ Bem Estar” (apresentado pela turma 9º A – Prof. Madalena)

ESRSI (Palco no recinto exterior)

16 H – Grupo de Ginástica Rítmica da EBSG (Prof. Anabela)

16:15 H – Grupo Musical de Cavaquinhos da EBSG (Prof. Cândida)

16:30 H – Grupo de Dança “ Ginarte”

16:45 H – Aula de Zumba (Animação por Raquel Lopes)

17 H – Encerramento das Atividades do Dia + Contigo

Programa Noturno para a comunidade (Ver programa próprio)

Biblioteca Municipal de Estremoz

21 H – Apresentação da Obra do poeta António Carlos Santos e leitura de poemas pelos professores e alunos

22 H – Animação Cultural com Raquel Monteiro, acompanhada por Hugo Cariço, André Ginga e João Monteiro

22:30 H – Encerramento do Dia + Contigo

Patrocínios



ESTREMOZ
município

Anexo XV – Programa das atividades do dia + Contigo nas escolas

RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS
Pede ajuda, se não fores capaz sozinho!
Análisa a situação!

8830 (Escola Básica 2/3 Sebastião da Gama)

PROGRAMA NOTURNO PARA A COMUNIDADE
(No programa principal)

Biblioteca Municipal de Estremoz

21:00h - Apresentação da obra do poeta António Gonçalves e leitura de poemas pela professora e alunos
22:00h - Apresentação Cultural com Raquel Monteiro, acompanhada por Hugo Carque, André Gilgão e João Monteiro
22:30h - Encerramento do dia + Contigo

Participação:
Município de Estremoz, Associação Regional de Saúde do Centro, etc.

Anexo XVI – Programa das atividades do dia + Contigo na comunidade

Apresentação da obra poética de António Carlos Santos

ESTREMOZ município

Organizada por: PESES Projeto de Educação para a Saúde e Educação Sexual, Projeto - Contigo (Professor José Carlos Santos) e UCC Unidade de Cuidados na Comunidade de Estremoz com o apoio da Câmara Municipal de Estremoz



11 de Março, 6.ª feira, 21h00
Biblioteca Municipal
Rossio Marquês de Pombal
Estremoz

Apresentação pela
Professora Maria de Fátima Crujo

Leitores de poemas:
Professoras: Zulmira Baleiro, Maria do Céu Pires, Francisca de Matos, Maria de Fátima Crujo e Marta Matos
Alunos: José Maranga, Tiago Grilo e Carolina Matrocas

Voz de Raquel Monteiro com acompanhamento musical de Hugo Carriço, André Ginga e João Monteiro.








seda PUBLICAÇÕES
o livro em ti

R. Fábrica, 38 - S13 | Apartado 4058 | 4000-101 Porto
www.sedaeditora.pt | geral@sedaeditora.pt | geral@varetrava.pt

Anexo XVII – Cronograma das atividades planeadas e intervenções/datas internamento SIP

Cronogramas das atividades planeadas

| | Data | Atividades | Recursos/local |
|--|--|--|--|
| Momento 0 Observação/ Integração | 1º quinzena de março | <p>Breve Adaptação/Integração no serviço de psiquiatria e na equipa de enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observação/adaptação das/às condições e dinâmica do serviço; - Consulta de normas/ protocolos e procedimentos do serviço, método de trabalho e registos de enfermagem; - Intervenções habituais, aos doentes no geral e em particular a população alvo para este projeto | A enfermeira que implementa o projeto; o Enfermeiro supervisor e restante equipa multidisciplinar Departamento de Psiquiatria – Serviço de Internamento de Psiquiatria do DP- SIP- HESE |
| 1º Momento Intervenção I | 2º quinzena e março (1ª 72 horas de internamento dos doentes referenciados) | <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista de avaliação diagnóstica/ instrumento de avaliação de risco de suicídio (questionário) - Quantificação do risco de suicídio/ EARS, baixo risco, medio risco e risco elevado - Proposta de guia de intervenção (GI) ao doente em risco de suicídio consoante a avaliação do tipo de risco - Proposta de contrato terapêutico ao doente, de não auto-lesão - Proposta de realização de registo de pensamentos/ sentimentos ou emoções disfuncionais/ automáticos (RPD) para a próxima entrevista - Programação e agendamento da próxima sessão - Registo dos dados recolhidos, nas notas de enfermagem do doente - Proposta para adicionar o GI, ao processo do doente | A enfermeira que implementa o projeto; o Enfermeiro supervisor e restante equipa multidisciplinar Sala para entrevista no DP- SIP- HESE Grilo de entrevista semiestruturada Instrumento de avaliação (Questionário), escala EARS, GI, folha de proposta de contrato terapêutico, folha de RPD |
| 2º Momento Intervenção II | 2º quinzena de março (3ª ou 6ª dia de internamento dos doentes referenciados) | <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista profissional de ajuda/ estratégias de intervenção terapêutica, (ver descrição de atividade em cima) - Análise do registo de pensamentos/ sentimentos e emoções disfuncionais - Psicoeducação (ver descrição de atividade em cima) - Reforço do contrato terapêutico - Programação/ agendamento da terceira intervenção e/ou preparação para a alta clínica e encaminhamento para comunidade - Registo dos dados recolhidos, nas notas de enfermagem do doente | A enfermeira que implementa o projeto; o Enfermeiro supervisor e restante equipa multidisciplinar Sala para entrevista no DP- SIP- HESE e Material específico para cada estratégia a utilizar |

| | | | |
|--|---|---|--|
| 3º Momento Intervenção III | 1ª 2ª quinzena de Abril (consoante a duração do internamento, uma sessão por semana) | <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista profissional de ajuda/ estratégias de intervenção terapêutica. (ver descrição da atividade em cima) - Análise do registo de pensamentos/ sentimentos e emoções disfuncionais - Psicoeducação (ver descrição da atividade em cima) - Reforço do contrato terapêutico - Programação/ agendamento da quarta intervenção e/ou preparação para a alta clínica e encaminhamento para comunidade - Registo dos dados recolhidos, nas notas de enfermagem do doente | <p>A enfermeira que implementa o projeto; o Enfermeiro supervisor e restante equipa multidisciplinar</p> <p>Sala para entrevista no DP- SIP- HESE e</p> <p>Material específico para cada estratégia a utilizar</p> |
| 4º Momento Intervenção IV | 1ª 2ª quinzena de Abril (após a alta clínica) | <ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento telefónico, como estratégia de intervenção de enfermagem - Reforço do cumprimento do contrato terapêutico de não auto lesão - Programação/agendamento da última avaliação (seis semanas após a primeira, no serviço ou em visita domiciliar) - Registo dos dados recolhidos, nas notas de enfermagem do doente - Reexame para seguimento, na comunidade | <p>A enfermeira que implementa o projeto; o Enfermeiro supervisor e restante equipa multidisciplinar</p> <p>DP- SIP- HESE</p> <p>Telefone do serviço</p> |
| 5º Momento Intervenção V | 1ª quinzena de maio (seis semanas após a primeira avaliação) | <ul style="list-style-type: none"> - Reavaliação/ Reexame do risco de suicídio com preenchimento do instrumento de avaliação e EARS e quantificação do risco de suicídio em baixo risco, médio risco e risco elevado. - Preenchimento do guia de intervenção segundo esta nova avaliação do risco de suicídio - Reforço de psicoeducação (ver acima) - Reforço do cumprimento do contrato terapêutico de não auto lesão - Registo dos dados recolhidos, nas notas de enfermagem do doente - Propor que seja possível adicionar o guia de intervenção preenchido ao processo do doente - Reexame para seguimento, na comunidade | <p>A enfermeira que implementa o projeto; o Enfermeiro supervisor e restante equipa multidisciplinar</p> <p>Sala para entrevista no DP- SIP- HESE e</p> <p>Material específico para cada estratégia a utilizar</p> |
| Momento final Avaliação/ análise dos dados | 2ª quinzena de maio (última do estágio) | <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar e analisar, com metodologia descritiva e correlacional a população de doentes a quem se aplicou instrumento de avaliação/quantificação do risco de suicídio e sintomatologia psicopatológica associada antes e seis semanas após as intervenções terapêuticas - Caracterizar a população alvo, em termos sociodemográficos, presença de ideação e intencionalidade suicida, risco de suicídio, e sintomatologia psicopatológica associada - Atividades de previsão e avaliação e controlo da implementação do projeto (ver descrição mais a frente) | <p>A enfermeira que implementa o projeto; o Enfermeiro supervisor e restante equipa multidisciplinar</p> <p>DP- SIP- HESE</p> |

Plano de Atendimento Telefónico dos Doentes no Pós-Alta

| Doente/ Internamentos | Internamentos | 1º Contato Telefónico 1ª Semana | 2º Contato Telefónico 2ª Semana | 3º Contato Telefónico 3ª Semana | 4º Contato Telefónico 4ª Semana (1º Mês) | 5º Contato Telefónico 6ª Semana | 6º Contato Telefónico 8ª Semana (2º Mês) | 7º Contato Telefónico 12ª Semana (3º Mês) | Observações |
|----------------------------------|--|--|--|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---|---|---|
| Doente 1 (D. C.C.) | 1º Internamento 29/09/15 a 5/10/15 | 6/10/15 (1º Dia após alta) 13/10/15 | 21/10/15 (Consulta Psiquiatria em Portel) | — | — | — | — | — | Consulta de Psiquiatria 06/01/16 Entrevista Final 25/01/16 |
| | 2º Internamento 22/10/15 a 26/10/15 | 5/11/15 | 12/11/15 | 19/11/15 | 26/11/15 | 10/12/15 | 24/12/15 | 21/01/16 | |
| Doente 2 (D. A.C.C.A) | 13/10/15 a 22/10/15 | 29/10/15 | 5/11/15 | 12/11/15 | 19/11/15 | 03/12/15 | 17/12/15 | 14/01/16 | Consulta de Psiquiatria 16/11 Entrevista Final 14/01/16 |
| Doente 3 (D. M.M.N) | 22/10/15 a 26/10/15 | 5/11/15 | 12/11/15 | 19/11/15 | 26/11/15 | 10/12/15 | 24/12/15 | 21/01/16 | 1º Contato 05/11 com a filha e 07/11 com a Doente Consulta de Psiquiatria 15/01/16 Entrevista Final 22/01/16 |
| Doente 4 (D. F.M) | 10/10/15 a 2/11/15 | 9/11/15 | 16/11/15 | 23/11/15 | 07/12/15 | 21/12/15 | 04/01/16 | 31/01/16 | Consulta de Psicologia 24/11/15 Consulta de Psiquiatria 26/11/15 Entrevista Final 28/01/16 |
| Doente 5 (D. L.C.C) | 28/10/15 a 11/11/15 | 23/11/15 | 26/11/15 | 7/12/15 | 14/12/15 | 26/12/15 | 07/01/16 | 31/01/16 | Consulta de Psiquiatria 05/01/16 Entrevista Final 01/02/16 |
| Doente 6 (Sr. S.C) | 12/11/15 a 24/11/15 | 3/12/15 | 10/12/15 | 17/12/15 | 24/12/15 | 07/01/16 | 21/01/16 | 31/01/16 | Consulta de Psiquiatria 21/12/15 Entrevista Final 14/01/16 |

Anexo XVIII – Consentimento e Questionário da recolha de dados internamento SIP



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO *

Na qualidade de utente do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HESE, Serviço de Internamento de Psiquiatria, aceito participar no Projeto de Intervenção Clínica, para Avaliação do Risco de Suicídio e Intervenções Terapêuticas em doentes com sintomatologia Depressiva e/ou Comportamentos da Esfera Suicidária, após explicação detalhada sobre a finalidade do mesmo e de acordo com a declaração de Helsínquia e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.

Declaro:

- Ter compreendido os objetivos do que me foi proposto e explicado pela responsável do referido projeto;
- Ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas que julguei necessárias e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Ter-me sido explicado que, se o entender, poderei recusar-me a responder a questões que me sejam colocadas, bem como desistir da minha participação, em qualquer momento da entrevista.
- Ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação;
- Ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre a proposta.
- Ter-me sido garantido o sigilo e confidencialidade das informações que prestar.

Foi ainda salvaguardado que todos os dados recolhidos serão para uso exclusivo de âmbito profissional e académico e que será mantido o anonimato*.

Data: _____

Assinatura: _____

Enfermeira estagiária responsável: _____



Questionário de dados

Por favor responda às questões a seguir formuladas e coloque uma cruz (x) no espaço que melhor descrever o seu caso:

Sexo: Feminino _____ Masculino _____

Estado Civil: Solteiro _____ Casado _____ Viúvo _____ Divorciado _____

Área de residência: _____

Escolaridade: Sem escolaridade _____ 1º Ciclo (antiga primária) _____ 2º Ciclo _____

(3º ciclo) Secundário _____ Bacharelato/Licenciatura _____ Mestrado/Doutoramento _____

Situação laboral: Desempregado _____ Empregado por conta de outrem _____

Empregado por conta própria _____ Outra _____

Profissão: _____

Rendimentos mensais: Sem rendimentos _____ Salário mínimo _____ salário até 1000€ _____

De 1000€ até 2000€ _____ Acima de 2000€ _____

Alguma vez lhe foi diagnosticado um problema psicológico e/ou psiquiátrico?

Sim _____ Não _____

Se sim, qual? _____

Há quanto tempo? _____

Já esteve internado anteriormente ou recorreu aos serviços de saúde locais (médico, centro de saúde ou consultas), por esse problema?

Sim _____ Não _____

Se sim, quantas vezes? _____ Onde? _____

Já alguma vez pensou ou tentou “acabar com a sua vida”? Sim _____ Não _____

Se Sim, quantas vezes? _____ Como? _____

Tem alguém, amigos, familiares, colegas de trabalho, a quem já falou do seu problema?

Sim _____ Não _____

Se sim, quem? _____

Tem alguns interesses ou atividades em que goste de participar?

Sim _____ Não _____

Se sim, em qual? _____

Muito Obrigado

Anexo XIX – Escala BSI

Escala de ideação suicida de Beck (BSI)

Escala de ideação suicida de Beck, versão portuguesa de Beck Scale for Suicide Ideation (BSS; Beck & Steer, 1991), traduzida e adaptada por Cunha (2001)

Data ___/___/___

INSTRUÇÕES: Por favor leia cuidadosamente cada grupo de afirmações abaixo. Assinale, rodeando com um círculo, a questão, em cada grupo, que melhor descreve como se tem sentido na **última semana**, incluindo **hoje**. Tenha a certeza de ler todas as afirmações em cada grupo antes de fazer uma escolha.

Parte 1

1.

0 Eu tenho um desejo moderado a forte de viver

1 Eu tenho um desejo fraco de viver

2 Eu não tenho qualquer desejo de viver

2.

0 Eu não tenho qualquer desejo de morrer

1 Eu tenho um desejo fraco de morrer

2 Eu tenho um desejo moderado a forte de morrer

3.

0 As minhas razões para viver superam as minhas razões para morrer

1 As minhas razões para viver e morrer são ambas iguais

2 As minhas razões para morrer superam as minhas razões para viver

4.

0 Eu não tenho qualquer desejo de me matar

1 Eu tenho um desejo fraco de me matar

2 Eu tenho um desejo moderado a forte de me matar

5.

0 Eu tentaria salvar a minha vida se me encontrasse numa situação de ameaça de vida

1 Eu deixaria ao acaso viver ou morrer se me encontrasse numa situação de ameaça de vida

2 Eu não tomaria os passos necessários para evitar a morte se me encontrasse numa situação de ameaça de vida

Se assinalou as afirmações zero em ambos os grupos 4 e 5 acima, avance para o grupo 20 (3ª página). Se marcou um 1 ou 2, quer no grupo 4 quer no 5, então vire a página e vá para o grupo 6.

Parte 2

6.

0 Eu tenho breves períodos de pensamento acerca de me matar, que passam rapidamente

1 Eu tenho períodos de pensamento acerca de me matar, que duram um tempo moderado

2 Eu tenho longos períodos de pensamento acerca de me matar

7.

0 Eu raramente ou apenas ocasionalmente penso acerca de me matar

1 Eu tenho pensamentos constantes acerca de me matar

2 Eu penso continuamente acerca de me matar

8.

0 Eu não aceito a ideia de me matar

1 Eu não aceito nem rejeito a ideia de me matar

2 Eu aceito a ideia de me matar

9.

0 Eu consigo conter-me de cometer suicídio

1 Eu estou incerto de que consigo conter-me de cometer suicídio

2 Eu não consigo conter-me de cometer suicídio

10.

0 Eu não me mataria por causa da minha família, amigos, religião, danos possíveis de uma tentativa não sucedida, etc.

1 Eu estou algo preocupado acerca de me matar por causa da minha família, amigos, religião, danos possíveis de uma tentativa não sucedida, etc.

2 Eu não estou preocupado ou apenas um pouco acerca de me matar por causa da minha família, amigos, religião, danos possíveis de uma tentativa não sucedida, etc.

11.

0 As minhas razões para querer cometer suicídio são apontadas primariamente a influenciar outras pessoas, como a vingar-me de pessoas, fazer pessoas mais felizes, fazer prestarem-me atenção, etc.

1 As minhas razões para querer cometer suicídio não estão apenas apontadas a influenciar outras pessoas, mas também representam um meio de resolver os meus problemas

2 As minhas razões para querer cometer suicídio são baseadas primariamente em escapar aos meus problemas

Escala de ideação suicida de Beck, versão portuguesa de Beck Scale for Suicide Ideation (BSS; Beck & Steer, 1991), traduzida e adaptada por Cunha (2001)

12.

0 Eu não tenho um plano específico acerca de como me matar

1 Eu tenho considerado formas de me matar, mas não trabalhei os detalhes

2 Eu tenho um plano específico para me matar

13.

0 Eu não tenho acesso a um método ou a uma oportunidade para me matar

1 O método que eu usaria para cometer suicídio demora tempo, e eu realmente não tenho uma boa oportunidade para usar este método

2 Eu tenho acesso ou antecipo ter acesso ao método que eu escolheria para me matar e também tenho ou terei a oportunidade para o usar

14.

0 Eu não tenho a coragem ou a habilidade para cometer suicídio

1 Eu estou incerto de que tenho a coragem ou a habilidade para cometer suicídio

2 Eu tenho a coragem ou a habilidade para cometer suicídio

15.

0 Eu não espero fazer uma tentativa de suicídio

1 Eu estou incerto de que farei uma tentativa de suicídio

2 Eu estou certo de que farei uma tentativa de suicídio

16.

0 Eu não fiz quaisquer preparativos para cometer suicídio

1 Eu fiz alguns preparativos para cometer suicídio

2 Eu quase acabei ou completei os meus preparativos para cometer suicídio

17.

0 Eu não escrevi uma nota de suicídio

1 Eu pensei acerca de escrever uma nota de suicídio ou comecei a escrever uma, mas ainda não a completei

2 Eu completei uma nota de suicídio

Escala de ideação suicida de Beck, versão portuguesa de Beck Scale for Suicide Ideation (BSS; Beck & Steer, 1991), traduzida e adaptada por Cunha (2001)

18.

0 Eu não fiz quaisquer preparativos para o que acontecerá após eu ter cometido suicídio

1 Eu pensei acerca de fazer alguns preparativos para o que acontecerá após eu ter cometido suicídio

2 Eu fiz preparativos definitivos para o que acontecerá após eu ter cometido suicídio

19.

- 0 Eu não escondi o meu desejo de me matar das outras pessoas
- 1 Eu contive-me de contar às pessoas acerca de querer matar-me
- 2 Eu tentei esconder, ocultar, ou mentir acerca de querer cometer suicídio

Vá para o grupo 20

20.

- 0 Eu nunca tentei o suicídio
- 1 Eu tentei o suicídio uma vez
- 2 Eu tentei o suicídio duas ou mais vezes

Se anteriormente tentou o suicídio, por favor continue com o próximo grupo de afirmações.

21.

- 0 O meu desejo de morrer, durante a última tentativa de suicídio era baixo
- 1 O meu desejo de morrer, durante a última tentativa de suicídio era moderado
- 2 O meu desejo de morrer, durante a última tentativa de suicídio era elevado

SUBTOTAL PARTE 1 _____

SUBTOTAL PARTE 2 _____

PONTUAÇÃO TOTAL _____

Escala de ideação suicida de Beck, versão portuguesa de Beck Scale for Suicide Ideation (BSS; Beck & Steer, 1991), traduzida e adaptada por Cunha (2001)

Anexo XX – Escala BDI II

Escala de Avaliação de Depressão de Beck II

(Traduzido para português em 1982 (Beck et al.) e validado por Gorenstein & Andrade em 1996)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como se tem sentido na **última semana**, incluindo **hoje**.

Se várias afirmações num grupo parecerem aplicar-se igualmente bem, faz um círculo em cada uma.

Tome cuidado ao ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1

- 0 - Não me sinto triste
- 1 - Sinto-me triste
- 2 - Estou sempre triste e não consigo sair disto
- 3 - Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar

2

- 0 - Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro
- 1 - Sinto-me desanimado quanto ao futuro
- 2 - Acho que não tenho nada esperar
- 3 - Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar

3

- 0 - Não me sinto um fracasso
- 1 - Sinto que fracassei mais do que uma pessoa comum
- 2 - Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver são muitos fracassos
- 3 - Sinto que, como pessoa, sou um completo fracasso

4

- 0 - Tenho tanto prazer em tudo como antes
- 1 - Não sinto tanto prazer nas coisas como antes
- 2 - Não encontro um prazer real em nada
- 3 - Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo

5

- 0 - Não me sinto especialmente culpado
- 1 - Sinto-me culpado grande parte do tempo
- 2 - Sinto-me culpado na maior parte do tempo
- 3 - Eu sinto-me sempre culpado

6

- 0 - Não sinto que esteja a ser punido
- 1 - Sinto que posso ser punido
- 2 - Sinto que mereço ser punido
- 3 - Sinto que estou a ser punido

7

- 0 - Não me sinto dececionado comigo mesmo
- 1 - Estou dececionado comigo mesmo
- 2 - Sinto-me desgostoso comigo mesmo
- 3 - Eu odeio-me

8

- 0 - Não me sinto pior do que os outros
- 1 - Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros
- 2 - Culpo-me constantemente pelas minhas falhas
- 3 - Culpo-me pelas coisas más que me acontecem

9

- 0 - Não tenho qualquer ideia de me matar
- 1 - Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar
- 2 - Gostaria de me matar
- 3 - Eu matava-me se tivesse oportunidade

10

- 0 - Não choro mais do que o habitual
- 1 - Choro mais agora do que costumava
- 2 - Agora, choro o tempo todo
- 3 - Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira

11

- 0 - Não me irrito mais do que costumava
- 1 - Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava
- 2 - Agora, sinto-me permanentemente irritado
- 3 - Já não consigo ficar irritado com as coisas que antes me irritavam

12

- 0 - Não perdi o interesse pelas outras pessoas
- 1 - Interesse-me menos pelas outras pessoas do que costumava
- 2 - Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
- 3 - Perdi todo o interesse pelas outras pessoas

13

- 0 - Tomo decisões como antes
- 1 - Adio as tomadas de decisões mais do que costumava
- 2 - Tenho mais dificuldades em tomar decisões do que antes
- 3 - Já não consigo tomar qualquer decisão

14

- 0 - Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser feio
- 1 - Estou preocupado por estar a parecer velho ou nada atraente
- 2 - Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem pouco atraente
- 3 - Considero-me feio

15

- 0 - Posso trabalhar tão bem quanto antes
- 1 - É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa
- 2 - Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa
- 3 - Não consigo fazer nenhum trabalho

16

- 0 - Durmo tão bem como habitualmente
- 1 - Não durmo tão bem como costumava
- 2 - Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a adormecer
- 3 - Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir

17

- 0 - Não fico mais cansado do que o habitual
- 1 - Fico cansado mais facilmente do que costumava
- 2 - Fico cansado ao fazer quase tudo
- 3 - Estou demasiado cansado para fazer qualquer coisa

18

- 0 - O meu apetite é o mesmo de sempre
- 1 - Não tenho tanto apetite como costumava ter
- 2 - O meu apetite está muito pior agora
- 3 - Perdi completamente o apetite

19

- 0 - Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente
 - 1 - Perdi mais do que 2,5 Kg
 - 2 - Perdi mais do que 5 Kg
 - 3 - Perdi mais do que 7,5 Kg
- Estou a tentar perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____

20

- 0 - A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual
- 1 - Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores e aflições, indisposição do estômago ou obstipação
- 2 - Estou muito preocupado com problemas físicos e torna-se difícil pensar noutra coisa
- 3 - Estou tão preocupado com os meus problemas físicos que não consigo pensar noutra coisa

21

- 0 - Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo
- 1 - Estou menos interessado na vida sexual do que costumava
- 2 - Sinto-me, atualmente, muito menos interessado pela vida sexual
- 3 - Perdi completamente o interesse na vida sexual

TOTAL: _____/máx. 63 Classificação: _____

Data: ___/___/___

Anexo XXI – Escala EARS

EARS – ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

| I - A admissão actual foi precipitada por uma tentativa de suicídio? Sim: 2 Não: 1 | | | |
|--|--|---|--|
| II – Factores Cruciais | Alto Risco | Risco Moderado | Não requer Precauções |
| Contrato de Segurança | Reluta em fazer contrato Incapaz de contratar (alucinações, delírios, demência, dissociação) 2 | Faz contrato, mas mostra-se ambivalente ou reservado 1 | Faz contrato fiável para sua segurança 0 |
| Plano de Suicídio | Tem plano com acesso real ou potencial ao método planeado 2 | Tem plano sem acesso ao método planeado 1 | Nenhum plano 0 |
| Letalidade do Plano | Altamente letal 2 | Tem plano sem acesso ao método planeado 1 | Nenhum plano 0 |
| Risco de Evasão | Alto risco de evasão 2 | Tem plano sem acesso ao método planeado 1 | Nenhum risco de evasão 0 |
| Ideação Suicida | Pensamentos suicidas constantes 2 | Pensamentos suicidas constantes intermitentes 1 | Susência de pensamentos suicidas no momento 0 |
| História de Tentativa | Tentativas anteriores de alta letalidade 2 | Tentativas prévias de baixa letalidade 1 | Ausência de tentativas anteriores 0 |
| Sintomas: Falta de Esperanças Desamparo Culpa/vergonha Raiva/fúria Impulsividade | 5-6 Sintomas Presentes 2 | 3-4 Sintomas Presentes 1 | 0-2 Sintomas Presentes 0 |
| Pensamentos Mórbidos Actuais | Constantemente 2 | Frequentemente 1 | Raramente 0 |
| III - Avaliação subjectiva do paciente pelo Enfermeiro: Respostas do paciente não são confiáveis; diversas indicações não verbais: 4 Respostas do paciente são duvidosas, mas merecem confiança, pelo menos uma indicação não verbal: 3 Paciente responde de forma fidedigna: 0 | | | |

CHAVE PARA A PONTUAÇÃOPrecauções de alto risco: **10 ou mais**Precauções de risco moderado: **4 a 9**Sem necessidade de Precauções: **0 a 3**

Nome: _____ Data: _____

Anexo XXII – Guia de intervenção risco suicídio

| | | |
|--|--|-------------|
| | RISCO DE SUICÍDIO Procedimento | SID.000.Doc |
|--|--|-------------|

Âmbito:

Destinado aos elementos da equipa de Enfermagem da Unidade S. João de Deus – Casa de Saúde do Bom Jesus – Nogueiró – Braga

Descrição:

- Utilização da Escala de Avaliação do risco de Suicídio (EARS) a todos os utentes que sejam internados na Unidade S. João de Deus, no momento de admissão, e que apresentem um ou mais dos seguintes critérios:
 - ◊ Antecedentes familiares de comportamento suicidário
 - ◊ Antecedentes pessoais de comportamento suicidário
 - ◊ Diagnóstico de admissão de tentativa suicida
 - ◊ Depressão
 - ◊ Comportamento parasuicidário
 - ◊ Ansiedade marcada
 - ◊ Impulsividade latente
 - ◊ Actividade alucinatória com vozes de comando que promovam riscos
 - ◊ Verbalização / ameaça / ideação Suicida
 - ◊ Sentimentos de Culpa elevados
 - ◊ Pânico
- De acordo com os resultados da EARS deverá ser preenchido o modelo (Registo de intervenções a utente com risco de suicídio) e dado cumprimento aos pontos constantes no referido modelo.
- Os documentos deverão ser arquivados no processo do utente da secção de Enfermagem
- Sempre que os resultados da Escala seja moderado ou elevado deve-se colocar no “Formulário de movimentos de utentes” uma anotação do resultado.

Registos:

- Utilização da Escala de Avaliação do Risco de Suicídio
- Utilização do Modelo de registo “Guia de intervenção em Uteses com Risco de Suicídio”
- Registo nas Notas de Enfermagem

Índices:

- Número de utentes entrevistados
- Consultas efectuadas no prazo estabelecido
- Número de intervenções Imediatas ou a Curto Prazo

Revisão:

- No prazo de seis meses será revisto todo o procedimento e comunicado resultados para a melhoria de cuidados.

Edição 1

| | | |
|---------------------|-------------------|---------------------|
| Elaborado: Data: | Revisão: Data: | Aprovação: Data: |
|---------------------|-------------------|---------------------|

Anexo XXIII- Guião de Entrevista

| | |
|--|---|
| 1º Contacto (quebrar o gelo) | <ul style="list-style-type: none"> . Ambiente (luz; temperatura; posicionamento de cada interveniente; hora do encontro) . Empatia/Simpatia (sorriso/toque/aperto de mão) – apresentar-me e dizer as minhas funções . Assertividade (comunicação clara/estabelecer regras/simplicidade/frente a frente/à vontade) . Propósito/Autorizações (gravar; dados; confidencialidade; partilha com equipa) . Assinar consentimento informado/pedir a sua colaboração/alguns minutos do seu tempo |
| Observação inicial | <ul style="list-style-type: none"> . Postura . Aparência/Morfologia/Motricidade . O olhar/o rosto/as mãos/os gestos . A mimica/expressão . Os ritmos (voz, respiração, movimento) . Harmonia do corpo . Atitude face ao entrevistador |
| Observação complementar | <ul style="list-style-type: none"> . Comportamento . Linguagem/discurso . Humor/Afeto/Emoções/Expressão/Ambivalência/Adequação . Perceção/Cognição/Consciência/Orientação/Memória/Inteligência . Pensamento/Forma (lógica, concreto, abstrato, autista, realista, neologismos, salada de palavras, coerência, velocidade, bloqueio, associação, fuga, tangencial, circunstancial) . Pensamento/Conteúdo (pobreza, obsessão, compulsão, egomania, monomania, hipocondria, hipervalorização, chamamento divino, delírios, fobias) . Juízo . Confiança |
| Queixas atuais | <ul style="list-style-type: none"> . O que sabe sobre a sua situação? . Porque procurou este serviço? . O que pensa sobre isso/e os outros? . O que a preocupa para vir procurar-nos? . O que o preocupa? (Muito Importante) . Escutar/questionar/aprofundar/analisar . O que sente? . Clarificar/Validar perceções/interpretações . Como está a viver esta experiência? . Reformular/refletir/compreender |
| Antecedentes | <ul style="list-style-type: none"> . História familiar/história do doente (idade/estado civil/morada/emprego/agregado familiar) . Doenças anteriores e doenças atuais (comorbilidade) . Pessoas significativas (ascendentes e descendentes) idades/laços de afetividade/rede suporte . Atividades de vida diária (Alimentação/eliminação/mobilização/sono/higiene (estado da pele e mucosas e tegumentos) /hidratação/vestir-se, despir-se/atividades que pratica) |
| Relações | <ul style="list-style-type: none"> . Com o ambiente (Perimundo) . Com outras pessoas (família, amigos, colegas) . Com o trabalho . Com a doença . Como os outros se envolvem neste processo saúde/doença com esta pessoa |
| Medicação | <ul style="list-style-type: none"> . O que está a tomar? . Como está a tomar? (x ao dia) . Que resultados acha que tem? (se acha que funciona?) . Se efetivamente cumpre ou quer fazer medicação? |
| Perspetivas Futuras | <ul style="list-style-type: none"> . Capacidade delinear estratégias futuras . Capacidade de <i>Insight</i>/projetos futuros . Expetativas de tratamento |
| Resumo | <ul style="list-style-type: none"> . Repetir algumas informações recolhidas (validação de informação) . Resumir/reformular |
| Dar Continuidade | <ul style="list-style-type: none"> . Prever/Marcar próxima entrevista (equipa terapêutica vai ter em conta e dar continuidade à colheita de dados) . Contactos telefónicos; pedir da pessoa e dar da equipa terapêutica |



Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

| | | |
|---------------------------------------|---|--|
| Encerrar/terminar a entrevista | <ul style="list-style-type: none">. Perguntar se tem mais alguma coisa a dizer. Perguntar se precisa de mais alguma explicação. Levantar, despedir (dar a mão, mostrar disponibilidade) | <ul style="list-style-type: none">. Relembrar objetivos atingidos. Agradecer a colaboração <p style="text-align: right;">+/- 1 Hora (60 minutos)</p> |
|---------------------------------------|---|--|



Anexo XXIV- Dados estatísticos do Projeto + Contigo

Estatísticas^a

| | globalbeck | depressões | globalautoco | globalcoping | autoconceito ^b física | autoconceito ^b satisfação | autoconceito ^b popularidade | autoconceito ^b intelectual | autoconceito ^b ansiedade | autoconceito ^b comportamen | autoconceito ^b control | copingretraim ento | copingdistrac asocial | copingrecusa | copingsocial | globalbimest ar |
|---------------|-------------------|------------|--------------------|--------------|-------------------------------------|---|---|--|--|--|--------------------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| N | 54 | 54 | 51 | 45 | 55 | 57 | 55 | 55 | 55 | 52 | 53 | 56 | 57 | 56 | 57 | 57 |
| Média | 9,8704 | 1,5000 | 41,6471 | 148,2000 | 5,1818 | 6,5614 | 7,2000 | 8,0702 | 4,4000 | 10,0364 | 45,2308 | 32,2679 | 20,0526 | 20,0526 | 17,5893 | 19,3158 |
| Mediana | 7,0000 | 1,0000 | 43,0000 | 147,0000 | 6,0000 | 7,0000 | 7,0000 | 8,0000 | 4,0000 | 11,0000 | 45,0000 | 32,0000 | 20,0000 | 20,0000 | 18,0000 | 20,0000 |
| Moda | 1,00 ^b | 1,00 | 46,00 ^b | 153,00 | 8,00 | 8,00 | 7,00 | 8,00 ^b | 2,00 | 12,00 | 43,00 ^b | 33,00 | 18,00 ^b | 18,00 ^b | 15,00 ^b | 22,00 |
| Desvio Padrão | 9,10328 | ,94669 | 10,83665 | 18,18541 | 2,53195 | 1,99121 | 2,18920 | 2,55552 | 2,33809 | 2,74175 | 9,24315 | 6,27981 | 4,94043 | 5,27008 | 3,93772 | 3,93772 |
| Mínimo | 0,00 | 1,00 | 11,00 | 113,00 | 0,00 | 1,00 | 1,00 | 0,00 | 0,00 | 3,00 | 26,00 | 19,00 | 10,00 | 6,00 | 10,00 | 10,00 |
| Máximo | 35,00 | 4,00 | 58,00 | 202,00 | 8,00 | 8,00 | 10,00 | 12,00 | 8,00 | 13,00 | 64,00 | 48,00 | 31,00 | 28,00 | 25,00 | 25,00 |

a. escolasstremoz = eb23 sebastião gama
b. Ha várias modas. O menor valor é mostrado

Tabela de Frequências

globalbeck^a

| | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
|--------|------------|-------------|-----------------------|---------------------------|
| Válido | .00 | 3 | 5,3 | 5,6 |
| | 1.00 | 6 | 10,5 | 16,7 |
| | 2.00 | 2 | 3,5 | 20,4 |
| | 3.00 | 3 | 5,3 | 25,9 |
| | 4.00 | 3 | 5,3 | 31,5 |
| | 5.00 | 6 | 10,5 | 42,6 |
| | 6.00 | 3 | 5,3 | 48,1 |
| | 7.00 | 4 | 7,0 | 55,6 |
| | 8.00 | 1 | 1,8 | 57,4 |
| | 9.00 | 4 | 7,0 | 64,8 |
| | 10.00 | 1 | 1,8 | 66,7 |
| | 11.00 | 2 | 3,5 | 70,4 |
| | 13.00 | 2 | 3,5 | 74,1 |
| | 15.00 | 1 | 1,8 | 75,9 |
| | 16.00 | 1 | 1,8 | 77,8 |
| | 17.00 | 1 | 1,8 | 79,6 |
| | 19.00 | 2 | 3,5 | 83,3 |
| | 20.00 | 1 | 1,8 | 85,2 |
| | 21.00 | 2 | 3,5 | 88,9 |
| | 23.00 | 1 | 1,8 | 90,7 |
| | 26.00 | 1 | 1,8 | 92,6 |
| | 29.00 | 2 | 3,5 | 96,3 |
| | 34.00 | 1 | 1,8 | 98,1 |
| | 35.00 | 1 | 1,8 | 100,0 |
| | Total | 54 | 94,7 | 100,0 |
| Omisso | Sistema | 3 | 5,3 | |
| Total | | 57 | 100,0 | |

a. escolasstremoz = eb23 sebastião gama

Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

| depclasses ^a | | | | | |
|-------------------------|---------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | 1.00 | 40 | 70,2 | 74,1 | 74,1 |
| | 2.00 | 5 | 8,8 | 9,3 | 83,3 |
| | 3.00 | 5 | 8,8 | 9,3 | 92,6 |
| | 4.00 | 4 | 7,0 | 7,4 | 100,0 |
| | Total | 54 | 94,7 | 100,0 | |
| Omisso | Sistema | 3 | 5,3 | | |
| Total | | 57 | 100,0 | | |

a. escolasestremoz = eb23 sebastião gama

| globalautoconceito ^a | | | | | |
|---------------------------------|---------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | 11.00 | 1 | 1,8 | 2,0 | 2,0 |
| | 15.00 | 1 | 1,8 | 2,0 | 3,9 |
| | 18.00 | 1 | 1,8 | 2,0 | 5,9 |
| | 24.00 | 1 | 1,8 | 2,0 | 7,8 |
| | 26.00 | 1 | 1,8 | 2,0 | 9,8 |
| | 29.00 | 1 | 1,8 | 2,0 | 11,8 |
| | 31.00 | 1 | 1,8 | 2,0 | 13,7 |
| | 32.00 | 2 | 3,5 | 3,9 | 17,6 |
| | 34.00 | 3 | 5,3 | 5,9 | 23,5 |
| | 35.00 | 2 | 3,5 | 3,9 | 27,5 |
| | 37.00 | 1 | 1,8 | 2,0 | 29,4 |
| | 38.00 | 2 | 3,5 | 3,9 | 33,3 |
| | 39.00 | 3 | 5,3 | 5,9 | 39,2 |
| | 40.00 | 2 | 3,5 | 3,9 | 43,1 |
| | 41.00 | 2 | 3,5 | 3,9 | 47,1 |
| | 42.00 | 1 | 1,8 | 2,0 | 49,0 |
| | 43.00 | 2 | 3,5 | 3,9 | 52,9 |
| | 45.00 | 1 | 1,8 | 2,0 | 54,9 |
| | 46.00 | 4 | 7,0 | 7,8 | 62,7 |
| | 47.00 | 4 | 7,0 | 7,8 | 70,6 |
| | 48.00 | 2 | 3,5 | 3,9 | 74,5 |
| | 50.00 | 1 | 1,8 | 2,0 | 76,5 |
| | 51.00 | 1 | 1,8 | 2,0 | 78,4 |
| | 52.00 | 1 | 1,8 | 2,0 | 80,4 |
| | 53.00 | 3 | 5,3 | 5,9 | 86,3 |
| | 54.00 | 2 | 3,5 | 3,9 | 90,2 |
| | 55.00 | 2 | 3,5 | 3,9 | 94,1 |
| 56.00 | 1 | 1,8 | 2,0 | 96,1 | |
| 57.00 | 1 | 1,8 | 2,0 | 98,0 | |
| 58.00 | 1 | 1,8 | 2,0 | 100,0 | |
| | Total | 51 | 89,5 | 100,0 | |
| Omisso | Sistema | 6 | 10,5 | | |
| Total | | 57 | 100,0 | | |

a. escolasestremoz = eb23 sebastião gama

Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

| globalcoping ^a | | | | | | |
|---------------------------|---------|------------|-------------|--------------------|------------------------|--|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa | |
| Válido | 113.00 | 2 | 3,5 | 4,4 | 4,4 | |
| | 119.00 | 1 | 1,8 | 2,2 | 6,7 | |
| | 123.00 | 1 | 1,8 | 2,2 | 8,9 | |
| | 128.00 | 1 | 1,8 | 2,2 | 11,1 | |
| | 129.00 | 1 | 1,8 | 2,2 | 13,3 | |
| | 131.00 | 2 | 3,5 | 4,4 | 17,8 | |
| | 132.00 | 1 | 1,8 | 2,2 | 20,0 | |
| | 134.00 | 1 | 1,8 | 2,2 | 22,2 | |
| | 136.00 | 1 | 1,8 | 2,2 | 24,4 | |
| | 137.00 | 1 | 1,8 | 2,2 | 26,7 | |
| | 138.00 | 1 | 1,8 | 2,2 | 28,9 | |
| | 139.00 | 1 | 1,8 | 2,2 | 31,1 | |
| | 142.00 | 2 | 3,5 | 4,4 | 35,6 | |
| | 143.00 | 1 | 1,8 | 2,2 | 37,8 | |
| | 144.00 | 1 | 1,8 | 2,2 | 40,0 | |
| | 145.00 | 2 | 3,5 | 4,4 | 44,4 | |
| | 146.00 | 2 | 3,5 | 4,4 | 48,9 | |
| | 147.00 | 2 | 3,5 | 4,4 | 53,3 | |
| | 149.00 | 2 | 3,5 | 4,4 | 57,8 | |
| | 150.00 | 1 | 1,8 | 2,2 | 60,0 | |
| | 153.00 | 3 | 5,3 | 6,7 | 66,7 | |
| | 154.00 | 1 | 1,8 | 2,2 | 68,9 | |
| | 156.00 | 2 | 3,5 | 4,4 | 73,3 | |
| | 157.00 | 2 | 3,5 | 4,4 | 77,8 | |
| | 159.00 | 1 | 1,8 | 2,2 | 80,0 | |
| | 162.00 | 2 | 3,5 | 4,4 | 84,4 | |
| | 167.00 | 1 | 1,8 | 2,2 | 86,7 | |
| | 169.00 | 1 | 1,8 | 2,2 | 88,9 | |
| | 173.00 | 1 | 1,8 | 2,2 | 91,1 | |
| | 174.00 | 1 | 1,8 | 2,2 | 93,3 | |
| | 180.00 | 1 | 1,8 | 2,2 | 95,6 | |
| | 184.00 | 1 | 1,8 | 2,2 | 97,8 | |
| | 202.00 | 1 | 1,8 | 2,2 | 100,0 | |
| | Total | 45 | 78,9 | 100,0 | | |
| Omisso | Sistema | 12 | 21,1 | | | |
| Total | | 57 | 100,0 | | | |

a. escolasestremoz = eb23 sebastião gama

| autoconceitofísica ^a | | | | | | |
|---------------------------------|---------|------------|-------------|--------------------|------------------------|--|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa | |
| Válido | .00 | 2 | 3,5 | 3,6 | 3,6 | |
| | 1.00 | 5 | 8,8 | 9,1 | 12,7 | |
| | 2.00 | 5 | 8,8 | 9,1 | 21,8 | |
| | 3.00 | 4 | 7,0 | 7,3 | 29,1 | |
| | 4.00 | 2 | 3,5 | 3,6 | 32,7 | |
| | 5.00 | 5 | 8,8 | 9,1 | 41,8 | |
| | 6.00 | 11 | 19,3 | 20,0 | 61,8 | |
| | 7.00 | 9 | 15,8 | 16,4 | 78,2 | |
| | 8.00 | 12 | 21,1 | 21,8 | 100,0 | |
| | Total | 55 | 96,5 | 100,0 | | |
| Omisso | Sistema | 2 | 3,5 | | | |
| Total | | 57 | 100,0 | | | |

a. escolasestremoz = eb23 sebastião gama

Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

| autoconceitosatisfacao ^a | | | | | |
|-------------------------------------|-------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | 1.00 | 1 | 1,8 | 1,8 | 1,8 |
| | 2.00 | 4 | 7,0 | 7,0 | 8,8 |
| | 3.00 | 2 | 3,5 | 3,5 | 12,3 |
| | 4.00 | 2 | 3,5 | 3,5 | 15,8 |
| | 5.00 | 4 | 7,0 | 7,0 | 22,8 |
| | 6.00 | 4 | 7,0 | 7,0 | 29,8 |
| | 7.00 | 13 | 22,8 | 22,8 | 52,6 |
| | 8.00 | 27 | 47,4 | 47,4 | 100,0 |
| | Total | 57 | 100,0 | 100,0 | |

a. escolasestremoz = eb23 sebastião gama

| autoconceitopopularidade ^a | | | | | |
|---------------------------------------|--------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | 1.00 | 1 | 1,8 | 1,8 | 1,8 |
| | 3.00 | 2 | 3,5 | 3,6 | 5,5 |
| | 4.00 | 5 | 8,8 | 9,1 | 14,5 |
| | 5.00 | 4 | 7,0 | 7,3 | 21,8 |
| | 6.00 | 6 | 10,5 | 10,9 | 32,7 |
| | 7.00 | 10 | 17,5 | 18,2 | 50,9 |
| | 8.00 | 9 | 15,8 | 16,4 | 67,3 |
| | 9.00 | 9 | 15,8 | 16,4 | 83,6 |
| | 10.00 | 9 | 15,8 | 16,4 | 100,0 |
| | Total | 55 | 96,5 | 100,0 | |
| | Omisso | Sistema | 2 | 3,5 | |
| Total | | 57 | 100,0 | | |

a. escolasestremoz = eb23 sebastião gama

| autoconceitointelectual ^a | | | | | |
|--------------------------------------|-------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | .00 | 1 | 1,8 | 1,8 | 1,8 |
| | 1.00 | 1 | 1,8 | 1,8 | 3,5 |
| | 3.00 | 1 | 1,8 | 1,8 | 5,3 |
| | 4.00 | 1 | 1,8 | 1,8 | 7,0 |
| | 5.00 | 4 | 7,0 | 7,0 | 14,0 |
| | 6.00 | 5 | 8,8 | 8,8 | 22,8 |
| | 7.00 | 7 | 12,3 | 12,3 | 35,1 |
| | 8.00 | 10 | 17,5 | 17,5 | 52,6 |
| | 9.00 | 10 | 17,5 | 17,5 | 70,2 |
| | 10.00 | 7 | 12,3 | 12,3 | 82,5 |
| | 11.00 | 7 | 12,3 | 12,3 | 94,7 |
| | 12.00 | 3 | 5,3 | 5,3 | 100,0 |
| | Total | 57 | 100,0 | 100,0 | |

a. escolasestremoz = eb23 sebastião gama

Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

| autoconceitoansiedade ^a | | | | | |
|------------------------------------|---------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | .00 | 1 | 1,8 | 1,8 | 1,8 |
| | 1.00 | 4 | 7,0 | 7,3 | 9,1 |
| | 2.00 | 10 | 17,5 | 18,2 | 27,3 |
| | 3.00 | 9 | 15,8 | 16,4 | 43,6 |
| | 4.00 | 5 | 8,8 | 9,1 | 52,7 |
| | 5.00 | 6 | 10,5 | 10,9 | 63,6 |
| | 6.00 | 5 | 8,8 | 9,1 | 72,7 |
| | 7.00 | 9 | 15,8 | 16,4 | 89,1 |
| | 8.00 | 6 | 10,5 | 10,9 | 100,0 |
| | Total | 55 | 96,5 | 100,0 | |
| Omisso | Sistema | 2 | 3,5 | | |
| Total | | 57 | 100,0 | | |

a. escolasestremoz = eb23 sebastião gama

| autoconceitocomportamental ^a | | | | | | |
|---|--------|------------|-------------|--------------------|------------------------|--|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa | |
| Válido | 3.00 | 3 | 5,3 | 5,5 | 5,5 | |
| | 4.00 | 1 | 1,8 | 1,8 | 7,3 | |
| | 5.00 | 3 | 5,3 | 5,5 | 12,7 | |
| | 7.00 | 1 | 1,8 | 1,8 | 14,5 | |
| | 8.00 | 3 | 5,3 | 5,5 | 20,0 | |
| | 9.00 | 5 | 8,8 | 9,1 | 29,1 | |
| | 10.00 | 7 | 12,3 | 12,7 | 41,8 | |
| | 11.00 | 12 | 21,1 | 21,8 | 63,6 | |
| | 12.00 | 14 | 24,6 | 25,5 | 89,1 | |
| | 13.00 | 6 | 10,5 | 10,9 | 100,0 | |
| | Total | 55 | 96,5 | 100,0 | | |
| | Omisso | Sistema | 2 | 3,5 | | |
| | Total | | 57 | 100,0 | | |

a. escolasestremoz = eb23 sebastião gama

Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

| copingcontrolo ^a | | | | | | |
|-----------------------------|---------|------------|-------------|--------------------|------------------------|--|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa | |
| Válido | 26.00 | 1 | 1,8 | 1,9 | 1,9 | |
| | 27.00 | 1 | 1,8 | 1,9 | 3,8 | |
| | 28.00 | 1 | 1,8 | 1,9 | 5,8 | |
| | 30.00 | 1 | 1,8 | 1,9 | 7,7 | |
| | 31.00 | 1 | 1,8 | 1,9 | 9,6 | |
| | 33.00 | 1 | 1,8 | 1,9 | 11,5 | |
| | 35.00 | 1 | 1,8 | 1,9 | 13,5 | |
| | 36.00 | 3 | 5,3 | 5,8 | 19,2 | |
| | 38.00 | 2 | 3,5 | 3,8 | 23,1 | |
| | 39.00 | 1 | 1,8 | 1,9 | 25,0 | |
| | 40.00 | 1 | 1,8 | 1,9 | 26,9 | |
| | 41.00 | 2 | 3,5 | 3,8 | 30,8 | |
| | 42.00 | 2 | 3,5 | 3,8 | 34,6 | |
| | 43.00 | 5 | 8,8 | 9,6 | 44,2 | |
| | 44.00 | 1 | 1,8 | 1,9 | 46,2 | |
| | 45.00 | 5 | 8,8 | 9,6 | 55,8 | |
| | 46.00 | 2 | 3,5 | 3,8 | 59,6 | |
| | 48.00 | 2 | 3,5 | 3,8 | 63,5 | |
| | 49.00 | 3 | 5,3 | 5,8 | 69,2 | |
| | 50.00 | 1 | 1,8 | 1,9 | 71,2 | |
| | 51.00 | 3 | 5,3 | 5,8 | 76,9 | |
| | 52.00 | 1 | 1,8 | 1,9 | 78,8 | |
| | 53.00 | 1 | 1,8 | 1,9 | 80,8 | |
| | 55.00 | 1 | 1,8 | 1,9 | 82,7 | |
| | 56.00 | 1 | 1,8 | 1,9 | 84,6 | |
| | 57.00 | 4 | 7,0 | 7,7 | 92,3 | |
| | 59.00 | 1 | 1,8 | 1,9 | 94,2 | |
| | 61.00 | 1 | 1,8 | 1,9 | 96,2 | |
| | 63.00 | 1 | 1,8 | 1,9 | 98,1 | |
| | 64.00 | 1 | 1,8 | 1,9 | 100,0 | |
| | Total | 52 | 91,2 | 100,0 | | |
| Omisso | Sistema | 5 | 8,8 | | | |
| Total | | 57 | 100,0 | | | |

a. escolasestremoz = eb23 sebastião gama

Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

| copingretraimento ^a | | | | | |
|--------------------------------|---------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | 14.00 | 1 | 1,8 | 1,9 | 1,9 |
| | 20.00 | 1 | 1,8 | 1,9 | 3,8 |
| | 21.00 | 1 | 1,8 | 1,9 | 5,7 |
| | 22.00 | 3 | 5,3 | 5,7 | 11,3 |
| | 24.00 | 3 | 5,3 | 5,7 | 17,0 |
| | 25.00 | 5 | 8,8 | 9,4 | 26,4 |
| | 26.00 | 3 | 5,3 | 5,7 | 32,1 |
| | 28.00 | 2 | 3,5 | 3,8 | 35,8 |
| | 29.00 | 5 | 8,8 | 9,4 | 45,3 |
| | 30.00 | 3 | 5,3 | 5,7 | 50,9 |
| | 32.00 | 4 | 7,0 | 7,5 | 58,5 |
| | 33.00 | 4 | 7,0 | 7,5 | 66,0 |
| | 34.00 | 5 | 8,8 | 9,4 | 75,5 |
| | 35.00 | 1 | 1,8 | 1,9 | 77,4 |
| | 36.00 | 2 | 3,5 | 3,8 | 81,1 |
| | 37.00 | 1 | 1,8 | 1,9 | 83,0 |
| | 38.00 | 2 | 3,5 | 3,8 | 86,8 |
| | 39.00 | 1 | 1,8 | 1,9 | 88,7 |
| | 41.00 | 3 | 5,3 | 5,7 | 94,3 |
| | 43.00 | 1 | 1,8 | 1,9 | 96,2 |
| 46.00 | 1 | 1,8 | 1,9 | 98,1 | |
| 48.00 | 1 | 1,8 | 1,9 | 100,0 | |
| | Total | 53 | 93,0 | 100,0 | |
| Omisso | Sistema | 4 | 7,0 | | |
| Total | | 57 | 100,0 | | |

a. escolasestremoz = eb23 sebastião gama

| copingdistraçoesocial ^a | | | | | |
|------------------------------------|---------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | 19.00 | 1 | 1,8 | 1,8 | 1,8 |
| | 20.00 | 1 | 1,8 | 1,8 | 3,6 |
| | 22.00 | 2 | 3,5 | 3,6 | 7,1 |
| | 23.00 | 2 | 3,5 | 3,6 | 10,7 |
| | 26.00 | 2 | 3,5 | 3,6 | 14,3 |
| | 27.00 | 3 | 5,3 | 5,4 | 19,6 |
| | 28.00 | 4 | 7,0 | 7,1 | 26,8 |
| | 29.00 | 4 | 7,0 | 7,1 | 33,9 |
| | 30.00 | 2 | 3,5 | 3,6 | 37,5 |
| | 31.00 | 4 | 7,0 | 7,1 | 44,6 |
| | 32.00 | 4 | 7,0 | 7,1 | 51,8 |
| | 33.00 | 7 | 12,3 | 12,5 | 64,3 |
| | 34.00 | 4 | 7,0 | 7,1 | 71,4 |
| | 35.00 | 2 | 3,5 | 3,6 | 75,0 |
| | 36.00 | 1 | 1,8 | 1,8 | 76,8 |
| | 37.00 | 4 | 7,0 | 7,1 | 83,9 |
| | 39.00 | 1 | 1,8 | 1,8 | 85,7 |
| | 40.00 | 2 | 3,5 | 3,6 | 89,3 |
| | 42.00 | 2 | 3,5 | 3,6 | 92,9 |
| | 44.00 | 1 | 1,8 | 1,8 | 94,6 |
| 45.00 | 1 | 1,8 | 1,8 | 96,4 | |
| 46.00 | 2 | 3,5 | 3,6 | 100,0 | |
| | Total | 56 | 98,2 | 100,0 | |
| Omisso | Sistema | 1 | 1,8 | | |
| Total | | 57 | 100,0 | | |

a. escolasestremoz = eb23 sebastião gama

Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

| copingrecusa ^a | | | | | | |
|---------------------------|-------|------------|-------------|--------------------|------------------------|--|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa | |
| Válido | 10.00 | 2 | 3,5 | 3,5 | 3,5 | |
| | 12.00 | 3 | 5,3 | 5,3 | 8,8 | |
| | 14.00 | 4 | 7,0 | 7,0 | 15,8 | |
| | 16.00 | 3 | 5,3 | 5,3 | 21,1 | |
| | 17.00 | 4 | 7,0 | 7,0 | 28,1 | |
| | 18.00 | 6 | 10,5 | 10,5 | 38,6 | |
| | 19.00 | 4 | 7,0 | 7,0 | 45,6 | |
| | 20.00 | 6 | 10,5 | 10,5 | 56,1 | |
| | 21.00 | 4 | 7,0 | 7,0 | 63,2 | |
| | 22.00 | 6 | 10,5 | 10,5 | 73,7 | |
| | 23.00 | 3 | 5,3 | 5,3 | 78,9 | |
| | 24.00 | 2 | 3,5 | 3,5 | 82,5 | |
| | 26.00 | 2 | 3,5 | 3,5 | 86,0 | |
| | 27.00 | 3 | 5,3 | 5,3 | 91,2 | |
| | 28.00 | 3 | 5,3 | 5,3 | 96,5 | |
| | 30.00 | 1 | 1,8 | 1,8 | 98,2 | |
| 31.00 | 1 | 1,8 | 1,8 | 100,0 | | |
| | Total | 57 | 100,0 | 100,0 | | |

a. escolasestremoz = eb23 sebastião gama

| copingsocial ^a | | | | | | |
|---------------------------|---------|------------|-------------|--------------------|------------------------|--|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa | |
| Válido | 6.00 | 1 | 1,8 | 1,8 | 1,8 | |
| | 8.00 | 2 | 3,5 | 3,6 | 5,4 | |
| | 11.00 | 4 | 7,0 | 7,1 | 12,5 | |
| | 12.00 | 3 | 5,3 | 5,4 | 17,9 | |
| | 13.00 | 4 | 7,0 | 7,1 | 25,0 | |
| | 14.00 | 3 | 5,3 | 5,4 | 30,4 | |
| | 15.00 | 5 | 8,8 | 8,9 | 39,3 | |
| | 16.00 | 1 | 1,8 | 1,8 | 41,1 | |
| | 17.00 | 4 | 7,0 | 7,1 | 48,2 | |
| | 18.00 | 5 | 8,8 | 8,9 | 57,1 | |
| | 19.00 | 3 | 5,3 | 5,4 | 62,5 | |
| | 20.00 | 5 | 8,8 | 8,9 | 71,4 | |
| | 21.00 | 3 | 5,3 | 5,4 | 76,8 | |
| | 22.00 | 4 | 7,0 | 7,1 | 83,9 | |
| | 23.00 | 2 | 3,5 | 3,6 | 87,5 | |
| | 25.00 | 2 | 3,5 | 3,6 | 91,1 | |
| | 26.00 | 1 | 1,8 | 1,8 | 92,9 | |
| | 27.00 | 2 | 3,5 | 3,6 | 96,4 | |
| 28.00 | 2 | 3,5 | 3,6 | 100,0 | | |
| | Total | 56 | 98,2 | 100,0 | | |
| Omisso | Sistema | 1 | 1,8 | | | |
| | Total | 57 | 100,0 | | | |

a. escolasestremoz = eb23 sebastião gama

Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

| copingsocial ^a | | | | | |
|---------------------------|---------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | 6.00 | 1 | 1,8 | 1,8 | 1,8 |
| | 8.00 | 2 | 3,5 | 3,6 | 5,4 |
| | 11.00 | 4 | 7,0 | 7,1 | 12,5 |
| | 12.00 | 3 | 5,3 | 5,4 | 17,9 |
| | 13.00 | 4 | 7,0 | 7,1 | 25,0 |
| | 14.00 | 3 | 5,3 | 5,4 | 30,4 |
| | 15.00 | 5 | 8,8 | 8,9 | 39,3 |
| | 16.00 | 1 | 1,8 | 1,8 | 41,1 |
| | 17.00 | 4 | 7,0 | 7,1 | 48,2 |
| | 18.00 | 5 | 8,8 | 8,9 | 57,1 |
| | 19.00 | 3 | 5,3 | 5,4 | 62,5 |
| | 20.00 | 5 | 8,8 | 8,9 | 71,4 |
| | 21.00 | 3 | 5,3 | 5,4 | 76,8 |
| | 22.00 | 4 | 7,0 | 7,1 | 83,9 |
| | 23.00 | 2 | 3,5 | 3,6 | 87,5 |
| | 25.00 | 2 | 3,5 | 3,6 | 91,1 |
| | 26.00 | 1 | 1,8 | 1,8 | 92,9 |
| 27.00 | 2 | 3,5 | 3,6 | 96,4 | |
| 28.00 | 2 | 3,5 | 3,6 | 100,0 | |
| | Total | 56 | 98,2 | 100,0 | |
| Omisso | Sistema | 1 | 1,8 | | |
| Total | | 57 | 100,0 | | |

a. escolasestremoz = eb23 sebastião gama

Estatísticas^a

idade

| | | |
|---------------|--------|-------|
| N | Válido | 56 |
| | Omisso | 1 |
| Média | | 13,88 |
| Mediana | | 13,50 |
| Moda | | 13 |
| Desvio Padrão | | 1,237 |
| Mínimo | | 12 |
| Máximo | | 17 |

a. escolasestremoz = eb23 sebastião gama

| idade ^a | | | | | |
|--------------------|---------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | 12 | 4 | 7,0 | 7,1 | 7,1 |
| | 13 | 24 | 42,1 | 42,9 | 50,0 |
| | 14 | 12 | 21,1 | 21,4 | 71,4 |
| | 15 | 8 | 14,0 | 14,3 | 85,7 |
| | 16 | 7 | 12,3 | 12,5 | 98,2 |
| | 17 | 1 | 1,8 | 1,8 | 100,0 |
| | | Total | 56 | 98,2 | 100,0 |
| Omisso | Sistema | 1 | 1,8 | | |
| Total | | 57 | 100,0 | | |

a. escolasestremoz = eb23 sebastião gama

Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

| Estatísticas ^a | | | | | |
|---|--------------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Tipo | sexo | aesc | |
| N | Válido | 57 | 55 | 57 | |
| | Omisso | 0 | 2 | 0 | |
| Soma | | 42 | 20 | 115 | |
| a. escolasesstremoz = eb23 sebastião gama | | | | | |
| Tabela de Frequências | | | | | |
| | | | | | |
| Tipo ^a | | | | | |
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | Controlo | 15 | 26,3 | 26,3 | 26,3 |
| | Experimental | 42 | 73,7 | 73,7 | 100,0 |
| | Total | 57 | 100,0 | 100,0 | |
| a. escolasesstremoz = eb23 sebastião gama | | | | | |
| sexo ^a | | | | | |
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | Masculino | 35 | 61,4 | 63,6 | 63,6 |
| | Feminino | 20 | 35,1 | 36,4 | 100,0 |
| | Total | 55 | 96,5 | 100,0 | |
| Omisso | Sistema | 2 | 3,5 | | |
| Total | | 57 | 100,0 | | |
| a. escolasesstremoz = eb23 sebastião gama | | | | | |
| aesc ^a | | | | | |
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | 8º | 56 | 98,2 | 98,2 | 98,2 |
| | 9º | 1 | 1,8 | 1,8 | 100,0 |
| | Total | 57 | 100,0 | 100,0 | |
| a. escolasesstremoz = eb23 sebastião gama | | | | | |

escolas = sebastião da gama, 2ª fase - 02SEP2016

| Estatísticas ^a | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|-------|----------------------|-------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------------|--------------|--------------------|------------------|--------------------|---------------------|--------------------|---------------|------------|-------------|
| | idade | autocanceligo bal | autocanceli ca | autocanceli safação | autocanceli paridade | autocanceli lectual | autocanceli siedade | autocanceli mportamental | copingglobal | copingcontro lo | copingamen to | copingafãsci al | copingafãreco sa | copingsocial | benestaglobal | beckglobal | deprclasses |
| N | 54 | 46 | 53 | 52 | 53 | 51 | 54 | 49 | 44 | 51 | 51 | 53 | 52 | 52 | 53 | 51 | 51 |
| | 0 | 8 | 1 | 2 | 1 | 3 | 0 | 5 | 10 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 |
| Média | 14,19 | 39,9130 | 4,7736 | 6,2115 | 6,9057 | 7,8824 | 4,4444 | 10,2041 | 146,6818 | 44,3529 | 29,8424 | 31,5472 | 20,4423 | 20,4423 | 18,9623 | 10,9322 | 1,4314 |
| Mediana | 14,00 | 39,0000 | 5,0000 | 7,0000 | 7,0000 | 8,0000 | 4,0000 | 11,0000 | 147,0000 | 43,0000 | 30,0000 | 32,0000 | 20,0000 | 20,0000 | 19,0000 | 6,0000 | 1,0000 |
| Moda | 14 | 39,00 | 7,00 | 8,00 | 9,00 | 7,00 | 3,00 ^b | 12,00 | 139,00 | 37,00 ^b | 31,00 | 32,00 | 16,00 ^b | 16,00 ^b | 19,00 | 1,00 | 1,00 |
| Desvio Padrão | 1,134 | 11,61001 | 2,56186 | 1,92340 | 2,24737 | 2,78314 | 2,23747 | 3,24024 | 16,39026 | 8,14619 | 7,87057 | 6,29886 | 4,95237 | 4,95237 | 4,68436 | 12,69500 | ,92206 |
| Mínimo | 13 | 15,00 | 0,00 | 1,00 | 0,00 | 2,00 | 1,00 | 0,00 | 112,00 | 30,00 | 15,00 | 15,00 | 10,00 | 10,00 | 3,00 | 0,00 | 1,00 |
| Máximo | 17 | 58,00 | 8,00 | 8,00 | 10,00 | 13,00 | 8,00 | 13,00 | 183,00 | 60,00 | 47,00 | 47,00 | 31,00 | 31,00 | 25,00 | 63,00 | 4,00 |

a. escolas = sebastião da gama

Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

| Estatísticas ^a | | |
|---------------------------|--------|--------|
| depclasses | | |
| N | Válido | 51 |
| | Omisso | 3 |
| Média | | 1,4314 |
| Mediana | | 1,0000 |
| Moda | | 1,00 |
| Desvio Padrão | | ,92206 |
| Mínimo | | 1,00 |
| Máximo | | 4,00 |

a. escolas = sebastião da gama

| depclasses ^a | | | | | |
|-------------------------|---------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | 1.00 | 40 | 74,1 | 78,4 | 78,4 |
| | 2.00 | 4 | 7,4 | 7,8 | 86,3 |
| | 3.00 | 3 | 5,6 | 5,9 | 92,2 |
| | 4.00 | 4 | 7,4 | 7,8 | 100,0 |
| | Total | 51 | 94,4 | 100,0 | |
| Omisso | Sistema | 3 | 5,6 | | |
| Total | | 54 | 100,0 | | |

a. escolas = sebastião da gama

| Estatísticas ^a | | | |
|---------------------------|--------|------|------|
| | | sexo | aesc |
| N | Válido | 54 | 54 |
| | Omisso | 0 | 0 |
| Soma | | 18 | 116 |

a. escolas = sebastião da gama

Tabela de Frequências

| sexo ^a | | | | | |
|-------------------|-----------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | Masculino | 36 | 66,7 | 66,7 | 66,7 |
| | Feminino | 18 | 33,3 | 33,3 | 100,0 |
| | Total | 54 | 100,0 | 100,0 | |

a. escolas = sebastião da gama

| aesc ^a | | | | | |
|-------------------|-------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | 8º | 46 | 85,2 | 85,2 | 85,2 |
| | 9º | 8 | 14,8 | 14,8 | 100,0 |
| | Total | 54 | 100,0 | 100,0 | |

a. escolas = sebastião da gama

Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

| | | Tipo ^a | | | |
|--------|--------------|-------------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | Controlo | 15 | 26,3 | 26,3 | 26,3 |
| | Experimental | 42 | 73,7 | 73,7 | 100,0 |
| | Total | 57 | 100,0 | 100,0 | |

a. escolasestremoz = eb23 sebastião gama

| | | depclasses ^a | | | |
|--------|---------|-------------------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | 1.00 | 40 | 74,1 | 78,4 | 78,4 |
| | 2.00 | 4 | 7,4 | 7,8 | 86,3 |
| | 3.00 | 3 | 5,6 | 5,9 | 92,2 |
| | 4.00 | 4 | 7,4 | 7,8 | 100,0 |
| | Total | 51 | 94,4 | 100,0 | |
| Omisso | Sistema | 3 | 5,6 | | |
| Total | | 54 | 100,0 | | |

a. escolas = sebastião da gama

| | | depclasses ^a | | | |
|--------|---------|-------------------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | 1.00 | 40 | 70,2 | 74,1 | 74,1 |
| | 2.00 | 5 | 8,8 | 9,3 | 83,3 |
| | 3.00 | 5 | 8,8 | 9,3 | 92,6 |
| | 4.00 | 4 | 7,0 | 7,4 | 100,0 |
| | Total | 54 | 94,7 | 100,0 | |
| Omisso | Sistema | 3 | 5,3 | | |
| Total | | 57 | 100,0 | | |

a. escolasestremoz = eb23 sebastião gama

| | | Estatísticas ^a | |
|------|--------|---------------------------|------|
| | | sexo | aesc |
| N | Válido | 54 | 54 |
| | Omisso | 0 | 0 |
| Soma | | 18 | 116 |

a. escolas = sebastião da gama

| | | Estatísticas ^a | | |
|------|--------|---------------------------|------|------|
| | | Tipo | sexo | aesc |
| N | Válido | 57 | 55 | 57 |
| | Omisso | 0 | 2 | 0 |
| Soma | | 42 | 20 | 115 |

a. escolasestremoz = eb23 sebastião gama

Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

| Tabela de Frequências | | | | | |
|-----------------------|-----------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| sexo ^a | | | | | |
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | Masculino | 36 | 66,7 | 66,7 | 66,7 |
| | Feminino | 18 | 33,3 | 33,3 | 100,0 |
| | Total | 54 | 100,0 | 100,0 | |

a. escolas = sebastião da gama

| sexo ^a | | | | | |
|-------------------|-----------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | Masculino | 35 | 61,4 | 63,6 | 63,6 |
| | Feminino | 20 | 35,1 | 36,4 | 100,0 |
| | Total | 55 | 96,5 | 100,0 | |
| Omisso | Sistema | 2 | 3,5 | | |
| Total | | 57 | 100,0 | | |

a. escolasestremoz = eb23 sebastião gama

| aesc ^a | | | | | |
|-------------------|-------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | 8º | 46 | 85,2 | 85,2 | 85,2 |
| | 9º | 8 | 14,8 | 14,8 | 100,0 |
| | Total | 54 | 100,0 | 100,0 | |

a. escolas = sebastião da gama

| aesc ^a | | | | | |
|-------------------|-------|------------|-------------|--------|------------|
| | | Frequência | Porcentagem | válida | cumulativa |
| Válido | 8º | 56 | 98,2 | 98,2 | 98,2 |
| | 9º | 1 | 1,8 | 1,8 | 100,0 |
| | Total | 57 | 100,0 | 100,0 | |

a. escolasestremoz = eb23 sebastião gama

Estatísticas^a

| | globalbeck | deprclasses | globalautoconceito | globalcoping | autoconceito social | autoconceito individualidade | autoconceito intelectual | autoconceito individualidade | autoconceito emocional | autoconceito controle | autoconceito social | autoconceito emocional | autoconceito social | autoconceito globalbemestar |
|---------------|------------------|-------------|--------------------|---------------------|---------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------|-----------------------|---------------------|------------------------|---------------------|-----------------------------|
| N | 83 | 83 | 75 | 77 | 81 | 82 | 77 | 82 | 81 | 79 | 82 | 82 | 81 | 83 |
| Válido | | | | | | | | | | | | | | |
| Omiso | 0 | 0 | 8 | 6 | 2 | 1 | 6 | 1 | 2 | 4 | 1 | 1 | 2 | 0 |
| Média | 6,7711 | 1,2289 | 46,4133 | 154,7273 | 5,8519 | 7,3780 | 8,6753 | 5,2805 | 11,2863 | 47,4051 | 34,0976 | 21,3902 | 19,2840 | 19,0843 |
| Mediana | 5,0000 | 1,0000 | 49,0000 | 154,0000 | 6,0000 | 8,0000 | 9,0000 | 6,0000 | 12,0000 | 48,0000 | 34,0000 | 21,5000 | 19,0000 | 20,0000 |
| Moda | .00 ^b | 1,00 | 51,00 | 145,00 ^b | 8,00 | 8,00 | 11,00 | 6,00 ^b | 13,00 | 54,00 | 34,00 | 22,00 | 22,00 | 21,00 ^b |
| Desvio Padrão | 7,24876 | 5,4829 | 9,15791 | 16,69807 | 2,08828 | 1,25354 | 2,45722 | 2,21261 | 1,78497 | 7,17102 | 6,63739 | 4,24193 | 4,54212 | 3,89247 |
| Mínimo | 0,00 | 1,00 | 17,00 | 107,00 | 0,00 | 1,00 | 2,00 | 0,00 | 6,00 | 27,00 | 16,00 | 12,00 | 9,00 | 6,00 |
| Máximo | 40,00 | 4,00 | 58,00 | 214,00 | 8,00 | 8,00 | 12,00 | 8,00 | 13,00 | 63,00 | 55,00 | 33,00 | 29,00 | 25,00 |

a. escolhas tremoz = eb'3 rainha santa
b. Ha várias modas. O menor valor é mostrado

Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

| Tabela de Frequências | | | | | |
|---------------------------------------|-------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| globalbeck ^a | | | | | |
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | .00 | 11 | 13,3 | 13,3 | 13,3 |
| | 1.00 | 11 | 13,3 | 13,3 | 26,5 |
| | 2.00 | 6 | 7,2 | 7,2 | 33,7 |
| | 3.00 | 11 | 13,3 | 13,3 | 47,0 |
| | 4.00 | 2 | 2,4 | 2,4 | 49,4 |
| | 5.00 | 9 | 10,8 | 10,8 | 60,2 |
| | 6.00 | 2 | 2,4 | 2,4 | 62,7 |
| | 7.00 | 2 | 2,4 | 2,4 | 65,1 |
| | 8.00 | 6 | 7,2 | 7,2 | 72,3 |
| | 9.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 73,5 |
| | 10.00 | 2 | 2,4 | 2,4 | 75,9 |
| | 11.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 77,1 |
| | 12.00 | 3 | 3,6 | 3,6 | 80,7 |
| | 13.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 81,9 |
| | 14.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 83,1 |
| | 15.00 | 3 | 3,6 | 3,6 | 86,7 |
| | 16.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 88,0 |
| | 17.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 89,2 |
| | 18.00 | 2 | 2,4 | 2,4 | 91,6 |
| | 19.00 | 4 | 4,8 | 4,8 | 96,4 |
| | 23.00 | 2 | 2,4 | 2,4 | 98,8 |
| | 40.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 100,0 |
| | Total | 83 | 100,0 | 100,0 | |
| a. escolasestremoz = eb3 rainha santa | | | | | |
| depclasses ^a | | | | | |
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | 1.00 | 68 | 81,9 | 81,9 | 81,9 |
| | 2.00 | 12 | 14,5 | 14,5 | 96,4 |
| | 3.00 | 2 | 2,4 | 2,4 | 98,8 |
| | 4.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 100,0 |
| | Total | 83 | 100,0 | 100,0 | |
| a. escolasestremoz = eb3 rainha santa | | | | | |

Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

| globalautoconceito ^a | | | | | | |
|---------------------------------|---------|------------|-------------|--------------------|------------------------|--|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa | |
| Válido | 17.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 1,3 | |
| | 23.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 2,7 | |
| | 26.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 4,0 | |
| | 28.00 | 2 | 2,4 | 2,7 | 6,7 | |
| | 29.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 8,0 | |
| | 31.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 9,3 | |
| | 34.00 | 2 | 2,4 | 2,7 | 12,0 | |
| | 35.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 13,3 | |
| | 36.00 | 3 | 3,6 | 4,0 | 17,3 | |
| | 37.00 | 2 | 2,4 | 2,7 | 20,0 | |
| | 38.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 21,3 | |
| | 41.00 | 2 | 2,4 | 2,7 | 24,0 | |
| | 42.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 25,3 | |
| | 43.00 | 2 | 2,4 | 2,7 | 28,0 | |
| | 44.00 | 4 | 4,8 | 5,3 | 33,3 | |
| | 45.00 | 3 | 3,6 | 4,0 | 37,3 | |
| | 46.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 38,7 | |
| | 48.00 | 2 | 2,4 | 2,7 | 41,3 | |
| | 49.00 | 7 | 8,4 | 9,3 | 50,7 | |
| | 50.00 | 3 | 3,6 | 4,0 | 54,7 | |
| | 51.00 | 10 | 12,0 | 13,3 | 68,0 | |
| | 52.00 | 7 | 8,4 | 9,3 | 77,3 | |
| | 53.00 | 2 | 2,4 | 2,7 | 80,0 | |
| | 54.00 | 3 | 3,6 | 4,0 | 84,0 | |
| | 55.00 | 3 | 3,6 | 4,0 | 88,0 | |
| | 56.00 | 3 | 3,6 | 4,0 | 92,0 | |
| | 57.00 | 3 | 3,6 | 4,0 | 96,0 | |
| | 58.00 | 3 | 3,6 | 4,0 | 100,0 | |
| | Total | 75 | 90,4 | 100,0 | | |
| Omisso | Sistema | 8 | 9,6 | | | |
| Total | | 83 | 100,0 | | | |

a. escolasestremoz = eb3 rainha santa

Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

| globalcoping ^a | | | | | | |
|---------------------------|---------|------------|-------------|--------------------|------------------------|--|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa | |
| Válido | 107.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 1,3 | |
| | 126.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 2,6 | |
| | 127.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 3,9 | |
| | 132.00 | 2 | 2,4 | 2,6 | 6,5 | |
| | 133.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 7,8 | |
| | 134.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 9,1 | |
| | 136.00 | 2 | 2,4 | 2,6 | 11,7 | |
| | 137.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 13,0 | |
| | 140.00 | 2 | 2,4 | 2,6 | 15,6 | |
| | 141.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 16,9 | |
| | 142.00 | 3 | 3,6 | 3,9 | 20,8 | |
| | 143.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 22,1 | |
| | 144.00 | 3 | 3,6 | 3,9 | 26,0 | |
| | 145.00 | 4 | 4,8 | 5,2 | 31,2 | |
| | 146.00 | 3 | 3,6 | 3,9 | 35,1 | |
| | 147.00 | 3 | 3,6 | 3,9 | 39,0 | |
| | 149.00 | 4 | 4,8 | 5,2 | 44,2 | |
| | 150.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 45,5 | |
| | 151.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 46,8 | |
| | 153.00 | 2 | 2,4 | 2,6 | 49,4 | |
| | 154.00 | 2 | 2,4 | 2,6 | 51,9 | |
| | 155.00 | 3 | 3,6 | 3,9 | 55,8 | |
| | 156.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 57,1 | |
| | 157.00 | 3 | 3,6 | 3,9 | 61,0 | |
| | 158.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 62,3 | |
| | 160.00 | 2 | 2,4 | 2,6 | 64,9 | |
| | 161.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 66,2 | |
| | 162.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 67,5 | |
| | 163.00 | 3 | 3,6 | 3,9 | 71,4 | |
| | 164.00 | 2 | 2,4 | 2,6 | 74,0 | |
| | 165.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 75,3 | |
| | 166.00 | 3 | 3,6 | 3,9 | 79,2 | |
| | 170.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 80,5 | |
| | 171.00 | 4 | 4,8 | 5,2 | 85,7 | |
| | 172.00 | 4 | 4,8 | 5,2 | 90,9 | |
| | 173.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 92,2 | |
| | 178.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 93,5 | |
| | 179.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 94,8 | |
| | 184.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 96,1 | |
| | 185.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 97,4 | |
| | 194.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 98,7 | |
| | 214.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 100,0 | |
| | Total | 77 | 92,8 | 100,0 | | |
| Omisso | Sistema | 6 | 7,2 | | | |
| Total | | 83 | 100,0 | | | |

a. escolasestremoz= eb3 rainha santa

Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

| autoconceitofísica ^a | | | | | |
|---------------------------------|---------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | .00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 1,2 |
| | 1.00 | 4 | 4,8 | 4,9 | 6,2 |
| | 2.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 7,4 |
| | 3.00 | 5 | 6,0 | 6,2 | 13,6 |
| | 4.00 | 8 | 9,6 | 9,9 | 23,5 |
| | 5.00 | 11 | 13,3 | 13,6 | 37,0 |
| | 6.00 | 13 | 15,7 | 16,0 | 53,1 |
| | 7.00 | 16 | 19,3 | 19,8 | 72,8 |
| | 8.00 | 22 | 26,5 | 27,2 | 100,0 |
| | Total | 81 | 97,6 | 100,0 | |
| Omisso | Sistema | 2 | 2,4 | | |
| Total | | 83 | 100,0 | | |

a. escolasestremoz = eb3 rainha santa

| autoconceitosatisfacao ^a | | | | | |
|-------------------------------------|---------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | 1.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 1,2 |
| | 2.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 2,4 |
| | 5.00 | 4 | 4,8 | 4,9 | 7,3 |
| | 6.00 | 6 | 7,2 | 7,3 | 14,6 |
| | 7.00 | 14 | 16,9 | 17,1 | 31,7 |
| | 8.00 | 56 | 67,5 | 68,3 | 100,0 |
| | Total | 82 | 98,8 | 100,0 | |
| Omisso | Sistema | 1 | 1,2 | | |
| Total | | 83 | 100,0 | | |

a. escolasestremoz = eb3 rainha santa

| autoconceitopopularidade ^a | | | | | |
|---------------------------------------|---------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | 2.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 1,2 |
| | 3.00 | 3 | 3,6 | 3,7 | 4,9 |
| | 4.00 | 2 | 2,4 | 2,4 | 7,3 |
| | 5.00 | 3 | 3,6 | 3,7 | 11,0 |
| | 6.00 | 7 | 8,4 | 8,5 | 19,5 |
| | 7.00 | 6 | 7,2 | 7,3 | 26,8 |
| | 8.00 | 21 | 25,3 | 25,6 | 52,4 |
| | 9.00 | 26 | 31,3 | 31,7 | 84,1 |
| | 10.00 | 13 | 15,7 | 15,9 | 100,0 |
| | Total | 82 | 98,8 | 100,0 | |
| Omisso | Sistema | 1 | 1,2 | | |
| Total | | 83 | 100,0 | | |

a. escolasestremoz = eb3 rainha santa

Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

| autoconceito intelectual ^a | | | | | |
|---------------------------------------|---------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | 2.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 1,3 |
| | 3.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 2,6 |
| | 4.00 | 3 | 3,6 | 3,9 | 6,5 |
| | 5.00 | 4 | 4,8 | 5,2 | 11,7 |
| | 6.00 | 7 | 8,4 | 9,1 | 20,8 |
| | 7.00 | 8 | 9,6 | 10,4 | 31,2 |
| | 8.00 | 7 | 8,4 | 9,1 | 40,3 |
| | 9.00 | 14 | 16,9 | 18,2 | 58,4 |
| | 10.00 | 9 | 10,8 | 11,7 | 70,1 |
| | 11.00 | 15 | 18,1 | 19,5 | 89,6 |
| | 12.00 | 8 | 9,6 | 10,4 | 100,0 |
| | Total | | 77 | 92,8 | 100,0 |
| Omisso | Sistema | 6 | 7,2 | | |
| Total | | 83 | 100,0 | | |

a. escolas estremoz = eb3 rainha santa

| autoconceito ansiedade ^a | | | | | |
|-------------------------------------|---------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | .00 | 2 | 2,4 | 2,4 | 2,4 |
| | 1.00 | 3 | 3,6 | 3,7 | 6,1 |
| | 2.00 | 6 | 7,2 | 7,3 | 13,4 |
| | 3.00 | 10 | 12,0 | 12,2 | 25,6 |
| | 4.00 | 5 | 6,0 | 6,1 | 31,7 |
| | 5.00 | 12 | 14,5 | 14,6 | 46,3 |
| | 6.00 | 15 | 18,1 | 18,3 | 64,6 |
| | 7.00 | 14 | 16,9 | 17,1 | 81,7 |
| | 8.00 | 15 | 18,1 | 18,3 | 100,0 |
| | Total | | 82 | 98,8 | 100,0 |
| Omisso | Sistema | 1 | 1,2 | | |
| Total | | 83 | 100,0 | | |

a. escolas estremoz = eb3 rainha santa

| autoconceito comportamental ^a | | | | | | |
|--|--------|------------|-------------|--------------------|------------------------|--|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa | |
| Válido | 6.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | |
| | 7.00 | 2 | 2,4 | 2,5 | 3,7 | |
| | 8.00 | 6 | 7,2 | 7,4 | 11,1 | |
| | 9.00 | 5 | 6,0 | 6,2 | 17,3 | |
| | 10.00 | 8 | 9,6 | 9,9 | 27,2 | |
| | 11.00 | 11 | 13,3 | 13,6 | 40,7 | |
| | 12.00 | 23 | 27,7 | 28,4 | 69,1 | |
| | 13.00 | 25 | 30,1 | 30,9 | 100,0 | |
| | Total | | 81 | 97,6 | 100,0 | |
| | Omisso | Sistema | 2 | 2,4 | | |
| Total | | 83 | 100,0 | | | |

a. escolas estremoz = eb3 rainha santa

Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

| | | copingcontrolo ^a | | | |
|--------|---------|-----------------------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | 27.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 1,3 |
| | 35.00 | 2 | 2,4 | 2,5 | 3,8 |
| | 36.00 | 2 | 2,4 | 2,5 | 6,3 |
| | 38.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 7,6 |
| | 39.00 | 4 | 4,8 | 5,1 | 12,7 |
| | 40.00 | 5 | 6,0 | 6,3 | 19,0 |
| | 41.00 | 3 | 3,6 | 3,8 | 22,8 |
| | 42.00 | 3 | 3,6 | 3,8 | 26,6 |
| | 43.00 | 5 | 6,0 | 6,3 | 32,9 |
| | 44.00 | 5 | 6,0 | 6,3 | 39,2 |
| | 45.00 | 2 | 2,4 | 2,5 | 41,8 |
| | 46.00 | 3 | 3,6 | 3,8 | 45,6 |
| | 47.00 | 2 | 2,4 | 2,5 | 48,1 |
| | 48.00 | 5 | 6,0 | 6,3 | 54,4 |
| | 49.00 | 5 | 6,0 | 6,3 | 60,8 |
| | 50.00 | 2 | 2,4 | 2,5 | 63,3 |
| | 51.00 | 5 | 6,0 | 6,3 | 69,6 |
| | 52.00 | 4 | 4,8 | 5,1 | 74,7 |
| | 53.00 | 3 | 3,6 | 3,8 | 78,5 |
| | 54.00 | 6 | 7,2 | 7,6 | 86,1 |
| | 55.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 87,3 |
| 56.00 | 3 | 3,6 | 3,8 | 91,1 | |
| 57.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 92,4 | |
| 59.00 | 2 | 2,4 | 2,5 | 94,9 | |
| 61.00 | 2 | 2,4 | 2,5 | 97,5 | |
| 62.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 98,7 | |
| 63.00 | 1 | 1,2 | 1,3 | 100,0 | |
| | Total | 79 | 95,2 | 100,0 | |
| Omisso | Sistema | 4 | 4,8 | | |
| Total | | 83 | 100,0 | | |

a. escolasestremoz = eb3 rainha santa

Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

| copingretraimento ^a | | | | | | |
|--------------------------------|---------|------------|-------------|--------------------|------------------------|--|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa | |
| Válido | 16.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | |
| | 17.00 | 3 | 3,6 | 3,7 | 4,9 | |
| | 19.00 | 2 | 2,4 | 2,4 | 7,3 | |
| | 20.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 8,5 | |
| | 21.00 | 2 | 2,4 | 2,4 | 11,0 | |
| | 22.00 | 3 | 3,6 | 3,7 | 14,6 | |
| | 23.00 | 5 | 6,0 | 6,1 | 20,7 | |
| | 24.00 | 5 | 6,0 | 6,1 | 26,8 | |
| | 25.00 | 6 | 7,2 | 7,3 | 34,1 | |
| | 26.00 | 5 | 6,0 | 6,1 | 40,2 | |
| | 27.00 | 9 | 10,8 | 11,0 | 51,2 | |
| | 28.00 | 4 | 4,8 | 4,9 | 56,1 | |
| | 29.00 | 4 | 4,8 | 4,9 | 61,0 | |
| | 30.00 | 6 | 7,2 | 7,3 | 68,3 | |
| | 31.00 | 4 | 4,8 | 4,9 | 73,2 | |
| | 32.00 | 2 | 2,4 | 2,4 | 75,6 | |
| | 33.00 | 2 | 2,4 | 2,4 | 78,0 | |
| | 34.00 | 5 | 6,0 | 6,1 | 84,1 | |
| | 35.00 | 2 | 2,4 | 2,4 | 86,6 | |
| | 36.00 | 4 | 4,8 | 4,9 | 91,5 | |
| | 38.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 92,7 | |
| 40.00 | 2 | 2,4 | 2,4 | 95,1 | | |
| 41.00 | 2 | 2,4 | 2,4 | 97,6 | | |
| 43.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 98,8 | | |
| 55.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 100,0 | | |
| | Total | 82 | 98,8 | 100,0 | | |
| Omisso | Sistema | 1 | 1,2 | | | |
| Total | | 83 | 100,0 | | | |

a. escolasestremoz = eb3 rainha santa

| copingdistracaosocial ^a | | | | | | |
|------------------------------------|---------|------------|-------------|--------------------|------------------------|--|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa | |
| Válido | 24.00 | 2 | 2,4 | 2,4 | 2,4 | |
| | 26.00 | 2 | 2,4 | 2,4 | 4,9 | |
| | 27.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 6,1 | |
| | 28.00 | 4 | 4,8 | 4,9 | 11,0 | |
| | 29.00 | 5 | 6,0 | 6,1 | 17,1 | |
| | 30.00 | 3 | 3,6 | 3,7 | 20,7 | |
| | 31.00 | 7 | 8,4 | 8,5 | 29,3 | |
| | 32.00 | 6 | 7,2 | 7,3 | 36,6 | |
| | 33.00 | 7 | 8,4 | 8,5 | 45,1 | |
| | 34.00 | 10 | 12,0 | 12,2 | 57,3 | |
| | 35.00 | 6 | 7,2 | 7,3 | 64,6 | |
| | 36.00 | 5 | 6,0 | 6,1 | 70,7 | |
| | 37.00 | 5 | 6,0 | 6,1 | 76,8 | |
| | 38.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 78,0 | |
| | 39.00 | 6 | 7,2 | 7,3 | 85,4 | |
| | 40.00 | 4 | 4,8 | 4,9 | 90,2 | |
| | 41.00 | 5 | 6,0 | 6,1 | 96,3 | |
| | 43.00 | 2 | 2,4 | 2,4 | 98,8 | |
| | 44.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 100,0 | |
| | | Total | 82 | 98,8 | 100,0 | |
| Omisso | Sistema | 1 | 1,2 | | | |
| Total | | 83 | 100,0 | | | |

a. escolasestremoz = eb3 rainha santa

Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

| copingdistracaosocial ^a | | | | | | |
|------------------------------------|---------|------------|-------------|--------------------|------------------------|-------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa | |
| Válido | 24.00 | 2 | 2,4 | 2,4 | 2,4 | 2,4 |
| | 26.00 | 2 | 2,4 | 2,4 | 4,9 | 4,9 |
| | 27.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 6,1 | 6,1 |
| | 28.00 | 4 | 4,8 | 4,9 | 11,0 | 11,0 |
| | 29.00 | 5 | 6,0 | 6,1 | 17,1 | 17,1 |
| | 30.00 | 3 | 3,6 | 3,7 | 20,7 | 20,7 |
| | 31.00 | 7 | 8,4 | 8,5 | 29,3 | 29,3 |
| | 32.00 | 6 | 7,2 | 7,3 | 36,6 | 36,6 |
| | 33.00 | 7 | 8,4 | 8,5 | 45,1 | 45,1 |
| | 34.00 | 10 | 12,0 | 12,2 | 57,3 | 57,3 |
| | 35.00 | 6 | 7,2 | 7,3 | 64,6 | 64,6 |
| | 36.00 | 5 | 6,0 | 6,1 | 70,7 | 70,7 |
| | 37.00 | 5 | 6,0 | 6,1 | 76,8 | 76,8 |
| | 38.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 78,0 | 78,0 |
| | 39.00 | 6 | 7,2 | 7,3 | 85,4 | 85,4 |
| | 40.00 | 4 | 4,8 | 4,9 | 90,2 | 90,2 |
| | 41.00 | 5 | 6,0 | 6,1 | 96,3 | 96,3 |
| | 43.00 | 2 | 2,4 | 2,4 | 98,8 | 98,8 |
| | 44.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 100,0 | 100,0 |
| | Total | 82 | 98,8 | 100,0 | | |
| Omisso | Sistema | 1 | 1,2 | | | |
| Total | | 83 | 100,0 | | | |

a. escolasestremoz = eb3 rainha santa

| copingsocial ^a | | | | | | |
|---------------------------|---------|------------|-------------|--------------------|------------------------|-------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa | |
| Válido | 9.00 | 2 | 2,4 | 2,5 | 2,5 | 2,5 |
| | 10.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 3,7 | 3,7 |
| | 12.00 | 4 | 4,8 | 4,9 | 8,6 | 8,6 |
| | 14.00 | 3 | 3,6 | 3,7 | 12,3 | 12,3 |
| | 15.00 | 5 | 6,0 | 6,2 | 18,5 | 18,5 |
| | 16.00 | 8 | 9,6 | 9,9 | 28,4 | 28,4 |
| | 17.00 | 4 | 4,8 | 4,9 | 33,3 | 33,3 |
| | 18.00 | 9 | 10,8 | 11,1 | 44,4 | 44,4 |
| | 19.00 | 8 | 9,6 | 9,9 | 54,3 | 54,3 |
| | 20.00 | 6 | 7,2 | 7,4 | 61,7 | 61,7 |
| | 21.00 | 4 | 4,8 | 4,9 | 66,7 | 66,7 |
| | 22.00 | 10 | 12,0 | 12,3 | 79,0 | 79,0 |
| | 23.00 | 4 | 4,8 | 4,9 | 84,0 | 84,0 |
| | 24.00 | 3 | 3,6 | 3,7 | 87,7 | 87,7 |
| | 25.00 | 2 | 2,4 | 2,5 | 90,1 | 90,1 |
| | 26.00 | 2 | 2,4 | 2,5 | 92,6 | 92,6 |
| | 27.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 93,8 | 93,8 |
| | 28.00 | 3 | 3,6 | 3,7 | 97,5 | 97,5 |
| | 29.00 | 2 | 2,4 | 2,5 | 100,0 | 100,0 |
| | | Total | 81 | 97,6 | 100,0 | |
| Omisso | Sistema | 2 | 2,4 | | | |
| Total | | 83 | 100,0 | | | |

a. escolasestremoz = eb3 rainha santa

Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

| globalbemestar ^a | | | | | |
|-----------------------------|-------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | 6.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 1,2 |
| | 9.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 2,4 |
| | 10.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 3,6 |
| | 12.00 | 2 | 2,4 | 2,4 | 6,0 |
| | 13.00 | 2 | 2,4 | 2,4 | 8,4 |
| | 14.00 | 4 | 4,8 | 4,8 | 13,3 |
| | 15.00 | 2 | 2,4 | 2,4 | 15,7 |
| | 16.00 | 9 | 10,8 | 10,8 | 26,5 |
| | 17.00 | 3 | 3,6 | 3,6 | 30,1 |
| | 18.00 | 8 | 9,6 | 9,6 | 39,8 |
| | 19.00 | 6 | 7,2 | 7,2 | 47,0 |
| | 20.00 | 6 | 7,2 | 7,2 | 54,2 |
| | 21.00 | 12 | 14,5 | 14,5 | 68,7 |
| | 22.00 | 8 | 9,6 | 9,6 | 78,3 |
| | 23.00 | 12 | 14,5 | 14,5 | 92,8 |
| | 24.00 | 4 | 4,8 | 4,8 | 97,6 |
| 25.00 | 2 | 2,4 | 2,4 | 100,0 | |
| | Total | 83 | 100,0 | 100,0 | |

a. escolasestremoz = eb3 rainha santa

| idade ^a | | | | | |
|--------------------|-------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | 13 | 7 | 8,4 | 8,4 | 8,4 |
| | 14 | 61 | 73,5 | 73,5 | 81,9 |
| | 15 | 9 | 10,8 | 10,8 | 92,8 |
| | 16 | 4 | 4,8 | 4,8 | 97,6 |
| | 17 | 2 | 2,4 | 2,4 | 100,0 |
| | Total | 83 | 100,0 | 100,0 | |

a. escolasestremoz = eb3 rainha santa

Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

| Estatísticas ^a | | |
|---------------------------|--------|--------|
| depclasses | | |
| N | Válido | 76 |
| | Omisso | 1 |
| Média | | 1,2105 |
| Mediana | | 1,0000 |
| Moda | | 1,00 |
| Desvio Padrão | | ,54932 |
| Mínimo | | 1,00 |
| Máximo | | 3,00 |

a. escolas = rainha santa

| depclasses ^a | | | | | |
|-------------------------|---------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | 1.00 | 65 | 84,4 | 85,5 | 85,5 |
| | 2.00 | 6 | 7,8 | 7,9 | 93,4 |
| | 3.00 | 5 | 6,5 | 6,6 | 100,0 |
| | Total | 76 | 98,7 | 100,0 | |
| Omisso | Sistema | 1 | 1,3 | | |
| Total | | 77 | 100,0 | | |

a. escolas = rainha santa

| Estatísticas ^a | | | |
|---------------------------|--------|------|------|
| | | sexo | aesc |
| N | Válido | 77 | 77 |
| | Omisso | 0 | 0 |
| Soma | | 43 | 231 |

a. escolas = rainha santa

Tabela de Frequências

| sexo ^a | | | | | |
|-------------------|-----------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | Masculino | 34 | 44,2 | 44,2 | 44,2 |
| | Feminino | 43 | 55,8 | 55,8 | 100,0 |
| | Total | 77 | 100,0 | 100,0 | |

a. escolas = rainha santa

| aesc ^a | | | | | |
|-------------------|----|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | 9º | 77 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

a. escolas = rainha santa

Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

| Tipo ^a | | | | | |
|-------------------|--------------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | Controlo | 22 | 26,5 | 26,5 | 26,5 |
| | Experimental | 61 | 73,5 | 73,5 | 100,0 |
| | Total | 83 | 100,0 | 100,0 | |

a. escolasestremoz = eb3 rainha santa

| depclasses ^a | | | | | |
|-------------------------|---------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | 1.00 | 65 | 84,4 | 85,5 | 85,5 |
| | 2.00 | 6 | 7,8 | 7,9 | 93,4 |
| | 3.00 | 5 | 6,5 | 6,6 | 100,0 |
| | Total | 76 | 98,7 | 100,0 | |
| Omisso | Sistema | 1 | 1,3 | | |
| Total | | 77 | 100,0 | | |

a. escolas = rainha santa

| depclasses ^a | | | | | |
|-------------------------|-------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | 1.00 | 68 | 81,9 | 81,9 | 81,9 |
| | 2.00 | 12 | 14,5 | 14,5 | 96,4 |
| | 3.00 | 2 | 2,4 | 2,4 | 98,8 |
| | 4.00 | 1 | 1,2 | 1,2 | 100,0 |
| | Total | 83 | 100,0 | 100,0 | |

a. escolasestremoz = eb3 rainha santa

| Estatísticas ^a | | | |
|---------------------------|--------|------|------|
| | | sexo | aesc |
| N | Válido | 77 | 77 |
| | Omisso | 0 | 0 |
| Soma | | 43 | 231 |

a. escolas = rainha santa

| Estatísticas ^a | | | | |
|---------------------------|--------|------|------|------|
| | | Tipo | sexo | aesc |
| N | Válido | 83 | 82 | 83 |
| | Omisso | 0 | 1 | 0 |
| Soma | | 61 | 47 | 249 |

a. escolasestremoz = eb3 rainha santa

Tabela de Frequências

| sexo ^a | | | | | |
|-------------------|-----------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | Masculino | 34 | 44,2 | 44,2 | 44,2 |
| | Feminino | 43 | 55,8 | 55,8 | 100,0 |
| | Total | 77 | 100,0 | 100,0 | |

a. escolas = rainha santa

Prevenção do Suicídio em Contexto Comunitário e em Contexto Hospitalar

| sexo ^a | | | | | |
|-------------------|-----------|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | Masculino | 35 | 42,2 | 42,7 | 42,7 |
| | Feminino | 47 | 56,6 | 57,3 | 100,0 |
| | Total | 82 | 98,8 | 100,0 | |
| Omisso | Sistema | 1 | 1,2 | | |
| Total | | 83 | 100,0 | | |

a. escolasestremoz = eb3 rainha santa

| aesc ^a | | | | | |
|-------------------|----|------------|-------------|--------|------------|
| | | Frequência | Porcentagem | válida | cumulativa |
| Válido | 9º | 77 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

a. escolas = rainha santa

| aesc ^a | | | | | |
|-------------------|----|------------|-------------|--------------------|------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | cumulativa |
| Válido | 9º | 83 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

a. escolasestremoz = eb3 rainha santa

| idade ^a | | | | | |
|--------------------|----|------------|-------------|--------------------|------------------------|
| | | Frequência | Porcentagem | Porcentagem válida | Porcentagem cumulativa |
| Válido | 13 | 7 | 8,4 | 8,4 | 8,4 |
| | 14 | 61 | 73,5 | 73,5 | 81,9 |
| | 15 | 9 | 10,8 | 10,8 | 92,8 |
| | 16 | 4 | 4,8 | 4,8 | 97,6 |
| | 17 | 2 | 2,4 | 2,4 | 100,0 |
| Total | | 83 | 100,0 | 100,0 | |

a. escolasestremoz = eb3 rainha santa

| | EB23SG 1º Q | EB23SG 2º Q | EB3RS 1º Q | EB3RS 2º Q |
|-----------|-------------|-------------|------------|------------|
| Masculino | 35 | 36 | 35 | 34 |
| Feminino | 20 | 18 | 47 | 43 |
| Sistema | 2 | 0 | 1 | 0 |

