

**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

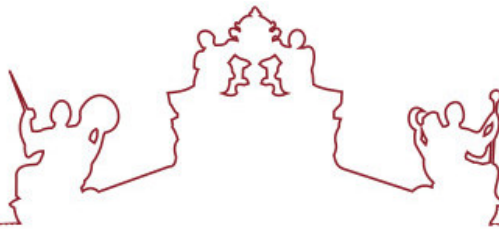
As intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica na prevenção do comportamento suicidário nos adolescentes

Ana Sofia Rodrigues Avelar Botelho Neves

Orientador(es) | Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos

Évora 2022





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

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

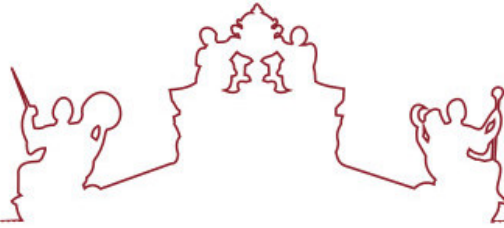
As intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica na prevenção do comportamento suicidário nos adolescentes

Ana Sofia Rodrigues Avelar Botelho Neves

Orientador(es) | Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos

Évora 2022





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

Presidente | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Universidade de Évora)

Vogais | Fernanda Paula Santos Leal (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Arguente)
Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Orientador)

“A mente é a todo um momento um teatro de possibilidades simultâneas” (Szasz, 1996)

AGRADECIMENTOS

- ◆ Ao Professor L.R., pelas preciosas lições, sugestões, e palavras encorajadoras;
- ◆ Aos Orientadores de Estágio, A. M. e L. M., pela partilha de saberes, pela entrega genuína e apoio permanentes;
- ◆ Às equipas das instituições onde desenvolvi os estágios, pela sua colaboração, generosidade e sentido crítico;
- ◆ À minha família e amigos pelo permanente incentivo, amor e carinho.

A todos, o meu mais sincero Obrigada!

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA NA PREVENÇÃO DO COMPORTAMENTO SUICIDÁRIO NOS ADOLESCENTES

RESUMO

Os comportamentos da esfera suicidária têm sido alvo de uma particular atenção e são considerados um problema de saúde pública. A saúde mental, é uma área atualmente prioritária no Plano Nacional de Saúde Mental, através da dinamização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio.

A complexidade do fenómeno dos comportamentos suicidários, exige abordagens multidisciplinares integradas, envolvendo o adolescente, família e comunidade, pelo que urge identificar as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na prevenção do comportamento suicidário na adolescência.

Este, detém conhecimentos científicos e competências que o colocam em posição privilegiada nas equipas de saúde e no contexto escolar, para desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz e atempada, traduzindo-se em ganhos em saúde.

A fim de conhecer a atualidade da problemática, foi realizada uma revisão integrativa da literatura e desenvolvido um Projeto de Intervenção de enfermagem, ancorado no Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

Palavras-chave: Saúde Mental, Enfermagem Psiquiátrica, Intervenções de Enfermagem, Prevenção do Suicídio, Adolescência.

THE INTERVENTIONS OF THE MENTAL HEALTH SPECIALIST NURSE IN THE PREVENTION OF TEENAGERS' SUICIDAL BEHAVIORS

ABSTRACT

Behaviours in the suicidal sphere have received particular attention and are considered a public health problem. Mental health is currently a priority area in the National Mental Health Plan, through the promotion of the National Plan for Suicide Prevention.

The complexity of the phenomenon of suicidal behaviours requires integrated multidisciplinary approaches involving the adolescent, family and community, thus it is urgent to identify the interventions of the Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing in the prevention of suicidal behaviour in adolescence.

The latter has scientific knowledge and skills that place them in a privileged position within the health teams and school settings to develop an effective and timely understanding and therapeutic intervention, which translates into health gains.

In order to understand the current status of the issue, an integrative literature review was conducted and a Nursing Intervention Project was developed, anchored in Betty Neuman's Systems Model.

Keywords: Mental Health, Psychiatric Nursing, Nursing Interventions, Suicide Prevention, Adolescence.

SIGLAS

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

CAL – Comportamentos Autolesivos

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CSP – Cuidados de Saúde Primários

EESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

GTEPIA – Grupo de Triagem e Encaminhamento para Psiquiatria da Infância e Adolescência

INE – Instituto Nacional de Estatística

IS – Ideação Suicida

OE- Ordem dos Enfermeiros

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIC – Plano Individual de Cuidados

PNSM- Plano Nacional de Saúde Mental

PNPS- Plano Nacional da Prevenção do Suicídio

PNSE- Programa Nacional de Saúde Escolar

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

TS – Tentativa de Suicídio

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

VD – Visita Domiciliária

WHO- World Health Organization

Índice

1	INTRODUÇÃO	6
2	Enquadramento Conceptual	9
2.1	Saúde e Doença Mental	10
2.2	Saúde e Doença Mental na Adolescência	13
2.3	Comportamentos Suicidários	14
2.4	Epidemiologia do Suicídio	16
2.5	Fatores de risco e fatores protetores dos comportamentos suicidários	18
2.6	Prevenção dos comportamentos suicidários	21
3	O Modelo de Sistemas de Betty Neuman	25
4	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO	30
4.1	Estágio em contexto Hospitalar	30
4.2	Estágio em contexto Comunitário.....	38
5	Competências desenvolvidas	52
5.1	Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	52
5.2	Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	57
5.3	Competências de Mestre em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.....	64
6	Considerações finais.....	67
7	Referências Bibliográficas	69
	Apêndices.....	84

1 INTRODUÇÃO

O presente documento surge integrado na Unidade Curricular Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica II, inserida no 2ºAno, 1º Semestre do Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus em Évora, no ano letivo 2021/2022, dá-se a conhecer o presente documento académico.

Pretendemos dar testemunho do percurso realizado ao longo dos estágios, procurando uma análise crítica e reflexiva acerca das atividades desenvolvidas e competências adquiridas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, para obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), assim como o grau de Mestre em Enfermagem.

A saúde mental é uma das áreas atualmente prioritárias para a World Health Organization (WHO), Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e Comissão Europeia, sendo um programa prioritário do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM), através da dinamização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS). O suicídio encontra-se entre as quatro principais causas de morte na faixa etária dos 15-19 anos (WHO, 2021b), sendo os adolescentes um grupo de elevada vulnerabilidade em vários países, incluindo Portugal. Pela sua complexidade, são necessárias abordagens multidisciplinares e integradas envolvendo o adolescente, a família e a comunidade (Sharaf et al., 2016).

Todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns, seja qual for a área de especialidade, aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. As competências comuns do Enfermeiro Especialista encontram-se elencadas no Regulamento nº 140/2019. Diário da República: II Série, nº 26, sendo que se entende por competências comuns:

as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de

um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (p.4746).

Os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista passam pela responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Compete ao EESMP a implementação e monitorização de planos de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica que vão ao encontro do contexto existente e dos problemas e necessidades identificadas. De acordo com o Regulamento nº 515/2018, Diário da República: II Série, n.º 151, as competências específicas do EESMP são:

- a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- c) 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;
- d) Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, 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 (p.21427).

Tendo por base o Decreto-Lei nº 115/2013 do Ministério da Educação e Ciência. (2013). Diário da República: I série, nº 151, referente aos graus académicos e diplomas do ensino superior, nomeadamente na atribuição do Grau de Mestre, o mesmo é conferido a quem: possuir conhecimentos e capacidade de compreensão, sustentados nos conhecimentos e

competências adquiridos ao nível do 1º ciclo, bem como os conhecimentos que constituam a base de desenvolvimento em contexto de investigação; “aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” (p.4761); tiver a capacidade para integrar novos conhecimentos, utilizando-os para superar situações complexas, desenvolvendo soluções ou emitindo juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais; for capaz de comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios obtidos, de forma sucinta, tanto a não especialistas, como a especialistas; adquirir competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida.

Definimos para a realização deste trabalho os seguintes objetivos:

Elaborar o presente relatório de Mestrado em Enfermagem, tendo por base a Metodologia de Projeto; apresentar o presente relatório de Mestrado em Enfermagem numa prova pública, avaliada por um júri; descrever de forma reflexiva, o processo de desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas do EESMP e Competências de Mestre em Enfermagem.

O presente trabalho cumpre as regras de elaboração de trabalhos da American Psychological Association (APA) 7ª edição, e quanto à sua organização, o mesmo encontra-se dividido em sete partes. Inicia-se pelo enquadramento conceptual que aborda a enfermagem, a saúde e doença mental, evidenciadas na adolescência, fatores de risco e fatores protetores de comportamentos suicidários, conceitos e intervenções de caráter preventivo, à luz do quadro de referência de enfermagem de Betty Neuman. Segue-se a descrição do percurso realizado em contexto clínico, com análise crítica das atividades de enfermagem realizadas. Posteriormente explanam-se as competências desenvolvidas e adquiridas, de Enfermeiro Especialista, quer comuns quer específicas de EESMP, além das competências de Mestre. Por último, as considerações finais, com propostas futuras nesta área. Os apêndices e anexos são justificativos das atividades desenvolvidas nos estágios, ficando após a discussão do relatório de estágio, o resumo da Revisão Integrativa da Literatura.

2 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O enquadramento teórico apresentado neste capítulo mobiliza diversos conceitos para fundamentar este relatório, entre os quais: saúde; enfermagem; saúde e doença mental; saúde e doença mental na adolescência; epidemiologia do suicídio; comportamentos suicidários, clarificação de conceitos; fatores de risco e fatores de proteção e prevenção do comportamento suicidário nos adolescentes.

As definições de saúde têm sofrido várias evoluções, e incluem desde as mais tradicionais e simplistas, que expressam a saúde como o oposto de doença, até conceitos mais abrangentes, como o encontrado na Constituição da WHO que, além dos fatores físicos, considera também os aspetos mentais e sociais. Importa, portanto, considerar que o conceito de saúde não é transversal a todos, engloba a associação entre os contextos culturais, políticos, económicos e sociais.

Saúde pode ser definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (WHO, 1946), em que a capacidade das pessoas de se adaptarem e autogerirem a sua situação, é apresentada como chave para a saúde. (Huber et al., 2011).

De acordo com o REPE:

Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. (Decreto-Lei nº161/96 do Ministério da Saúde. (1996). *Diário da República*: I série, nº 205, artigo 4º, p. 2960)

Na literatura, um dos aspetos que é consensual quando se aborda a Enfermagem é a de que esta disciplina tem como pilares quatro conceitos principais, norteadores de toda a evidência científica produzida: a pessoa, a saúde, o ambiente e os cuidados de enfermagem. Os quatro conceitos mencionados formam o metaparadigma da Enfermagem, que identifica a sua génese, e foram definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001) como a base de trabalho para a posterior construção dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Desta forma, sucintamente, os conceitos representam-se como:

- Pessoa – “A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (OE, 2001, p. 8).
- Saúde – é um estado subjetivo de representação mental da condição individual, do controlo do sofrimento, do bem-estar físico e do conforto emocional e espiritual (OE, 2001).
- Ambiente – Conceito que agrega os elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais onde a pessoa vive. Estes elementos influenciam o estilo de vida e o conceito de saúde (OE, 2001).
- Cuidados de Enfermagem – Relação interpessoal criada entre o enfermeiro e a pessoa/grupo de pessoas com vista à parceria de cuidados (OE, 2001).

2.1 SAÚDE E DOENÇA MENTAL

Quanto ao conceito de saúde mental, de difícil consenso, pela interpretação diferente em cada cultura, deixou de ser apenas a ausência de doença mental (WHO, 2004), passando a ser definido como um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para sua comunidade (WHO, 2001).

Neste contexto, Galdersi et al. (2015) propõem uma nova definição de saúde mental, de acordo com a qual a saúde mental representa:

um estado dinâmico de equilíbrio interno que permite aos indivíduos usar as suas competências em harmonia com valores universais da sociedade: competências cognitivas e sociais, habilidade para reconhecer, expressar, modelar as próprias emoções, assim como empatizar com os outros; flexibilidade e habilidade para lidar com eventos de vida adversos e com as funções associadas com os seus papéis sociais; e, uma relação harmoniosa entre corpo e mente representam componentes importantes da saúde mental que contribuem, em vários graus para o estado de equilíbrio interno” (Galdersi et al., p. 232)

Não existe uma definição de doença mental consensual, do ponto de vista clínico, filosófico e científico. O conceito de “doença mental” é definido na ICD-10 como “um conjunto de sintomas ou comportamentos associados na maior parte dos casos a ansiedade e com interferência nas funções pessoais reconhecíveis clinicamente” (WHO, 1992, p. 11). Perturbação mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa da cognição, da regulação da emoção, ou do comportamento do sujeito, que reflete uma disfunção dos processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental.

Trata-se de uma situação patológica em que ocorrem distúrbios da organização mental, ocorrendo um estado de desequilíbrio entre o ambiente e os sistemas biológico, psicológico e sociocultural, ocorrendo incapacidade de exercício dos papéis sociais do indivíduo (familiar, laboral e comunitário) (American Psychiatric Association [APA], 2014). Resulta de uma relação conflituosa entre indivíduo e sociedade organizada, por existir uma diferença entre ambos muito acentuada ou predisposição do indivíduo para a doença, resultando numa alteração da integração, adaptação e autonomia do indivíduo (Sequeira, 2006).

Considerando dados epidemiológicos da última década, constata-se que os problemas relacionados com a saúde mental e perturbações psiquiátricas, se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura, principalmente

nos países ocidentais industrializados (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2013a). Portugal é o segundo país com a mais elevada prevalência de doenças psiquiátricas da Europa e mais de um quinto dos portugueses sofre de uma perturbação psiquiátrica (22,9%) (Almeida et al., 2013).

A magnitude dos problemas de saúde mental tem vindo a registar-se com rigor crescente, e não só têm uma prevalência muito elevada, como estão associadas a níveis de incapacidade mais altos do que a maioria das doenças físicas crónicas. Cinco das dez principais causas de incapacidade e de dependência psicossocial são: depressão, problemas ligados ao álcool, perturbação bipolar e demência (Xavier et al., 2013). As perturbações por depressão são a terceira causa de carga global de doença, passando a primeira nos países desenvolvidos, e estando mesmo previsto, que passem a ser a primeira causa a nível mundial em 2030, com agravamento provável das taxas de suicídio e para-suicídio (WHO, 2014).

Uma parte importante das pessoas com doença mental grave tem dificuldade de acesso a cuidados de saúde mental, e de intervenção especializada que dê resposta às suas necessidades, permitindo a continuidade de cuidados. Apenas cerca de um quarto dos doentes com perturbações mentais recebe tratamento e só 10% têm tratamento considerado adequado (Wittchen et al., 2010).

O Ipsos Global Health Monitor (2021), é um estudo anual que explora os desafios de saúde enfrentado pelas pessoas. Com base numa pesquisa de 30 países, no seu relatório identificou que 31% dos países referem ser a saúde mental um dos principais problemas de saúde, com aumento de 5% face ao ano de 2020, especialmente para o género feminino.

A doença mental engloba todo um conjunto de situações que interferem no bem-estar da pessoa, causa sofrimento e pode tomar proporções altamente incapacitantes. Reconhecendo esta problemática, o Plano de Ação em Saúde Mental da WHO 2013-2020, foi prorrogado até 2030 (WHO, 2021a). O mesmo tem por objetivo aumentar o acesso das populações a cuidados de saúde mental propondo, nomeadamente a prestação de serviços abrangentes e integrados ao nível da saúde mental em contextos comunitários, assim como a implementação de estratégias de promoção e prevenção. (WHO, 2013). A necessidade de desenvolver uma rede articulada e diversificada de respostas, e de uma aproximação à comunidade, estão ainda focadas na atual lei de saúde mental (Lei 36/98. Diário da República: I-A série, n.º 169).

2.2 SAÚDE E DOENÇA MENTAL NA ADOLESCÊNCIA

A WHO (1965) caracteriza, na sua definição, a adolescência como o período da vida onde ocorrem mudanças profundas e rápidas ao nível dos processos bioquímicos e mentais, diferenciando assim esta faixa etária. A adolescência é definida como um processo dinâmico de transição entre a infância e a idade adulta, envolvendo alterações a nível físico e biológico, intelectual, psicossocial e interpessoal (Hockenberry & Wilson, 2014)

O conceito de adolescência, tem limites etários pouco consensuais, facto corroborado por Simões (2010), que alude a uma etapa da vida que decorre durante um período mais ou menos alargado, sem que haja um acontecimento único e/ou exato que marque o seu início e/ou o seu fim, pelo que se considera a faixa etária referida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), entre os 10 e os 19 anos (DGS, 2013a). É também influenciada por fatores como o sexo, a etnia, a geografia, a cultura e a condição socioeconómica (Ferreira & Nelas, 2006; Saraiva, 2006).

Na adolescência iniciam-se, geralmente, reflexões mais elaboradas sobre a vida e começa-se a questionar a si e aos outros, que fazem parte do seu meio. Portanto, é um período vulnerável, em virtude das mudanças que são presentes como: as mentais, as físicas e as sociais, causando, assim, em alguns casos, um desequilíbrio (Cardoso, 2017). Assim, compreende-se que, sendo este desenvolvimento um processo complexo e prolongado no tempo, com sofrimento e solidão, repleto de dúvidas, ansiedade e confusão, possa o adolescente, ainda não ter os mecanismos e as estratégias necessárias para gerir acontecimentos e vicissitudes.

É um período, cada vez mais longo, em que as múltiplas mudanças físicas, emocionais e sociais, incluindo a exposição à pobreza, abuso ou violência podem igualmente deixar os adolescentes vulneráveis a problemas de saúde mental (WHO, 2014) e, durante o qual, o adolescente, conquista a sua independência, autonomia e estrutura a sua personalidade, em que o apoio dos pais e de pares é essencial (Coleman, 2011).

As estimativas da OMS apontam para que cerca de 20% das crianças e adolescentes sejam afetados por problemas de saúde mental com expressão antes dos 18 anos de idade (DGS, 2015b). De entre as crianças que apresentam perturbações psiquiátricas apenas 1/5 recebe tratamento apropriado (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [AACAP], 2011).

Em 2021, a WHO consignou que um em cada sete jovens de 10 a 19 anos sofre um transtorno mental (13% nessa faixa etária), nomeadamente mais prevalentes nos adolescentes, a depressão, a ansiedade e os transtornos comportamentais. Como quarta principal causa de morte entre os adolescentes de 15 a 19 anos, encontra-se o suicídio (WHO, 2021b).

A adolescência representa assim um período decisivo do desenvolvimento humano, em que poderá suceder, com maior ou menor risco, dependendo das condições ambientais nas quais os indivíduos estiverem inseridos, perturbações a nível da Saúde Mental. “As mudanças que ocorrem podem ter um papel fundamental na explicação da adolescência como um período de crise, caracterizado por uma ambivalência de sentimentos e transformações na saúde mental” (Santos et al, 2014, p.54). Nesta etapa de vida existe um aumento da suscetibilidade à adoção de comportamentos de risco, pelo que se tornou essencial o desenvolvimento de planos/projetos e estratégias que promovam a adoção de comportamentos de saúde saudáveis nos jovens (OE, 2010).

O impacto da diminuição da qualidade da saúde mental pode afetar as pessoas ao longo da vida. Adolescentes com uma má qualidade de saúde mental tem piores resultados educacionais e oportunidades de emprego (OECD & European Union, 2018). As consequências de não abordar as condições de saúde mental dos adolescentes, perpetuam-se à idade adulta, com prejuízo da saúde física e mental (WHO, 2021b).

2.3 COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS

Os comportamentos suicidários não se resumem à morte por suicídio, abrangem um largo espectro de pensamentos e comportamentos, podendo variar da ideação suicida, passando pelo plano e tentativa de suicídio, até ao suicídio consumado (DGS, 2013b). Abrangem todo e qualquer ato através do qual uma pessoa causa uma lesão a si próprio, independentemente do grau de intenção letal e conhecimento do verdadeiro motivo desse ato de ideação suicida, tentativa de suicídio, para-suicídio e suicídio consumado são formas distintas de comportamentos suicidários (Moreira, 2008).

Trata-se de um possível contínuo de comportamentos, em que num polo se encontra a ideação suicida, passando ou não posteriormente pela tentativa de suicídio, e no polo oposto o

suicídio consumado (Krüger & Werlang, 2010), podem desenvolver-se então numa escala sequencial e progressiva, com repetição de atos ou ocorrências cada vez mais graves ao longo do tempo (Oliveira et al. 2001). A ideia de evolução gradual de gravidade de pensamentos e comportamentos é partilhada também pela WHO (2011).

A nomenclatura em suicidologia não é universal, pelo que emergem vários conceitos e definições relativamente aos comportamentos suicidários, justificada através dos vários modelos teóricos que suportam a sua explicação, mas igualmente pelos aspetos culturais dos respetivos autores (Brás, 2013; Silverman, 2011). Abaixo, apresentamos alguns conceitos que poderão clarificar as diferentes terminologias relativas aos comportamentos suicidários.

A nomenclatura apresentada e considerada no relatório, segue a proposta do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, que contempla a ideação suicida, atos suicidas (suicídio consumado e tentativa de suicídio) e os comportamentos autolesivos (DGS, 2013b).

Ideação suicida - Pensamentos acerca de um comportamento autodestrutivo, independentemente da presença ou não da intenção de morrer, que podem ser vistos como precursores de comportamentos suicidas mais graves (Van Heeringen, 2001; Baptista, 2005; DGS, 2013b). Estes pensamentos podem surgir em formato de desejo sem que haja passagem ao ato, e geralmente existem planos e desejos de cometer o suicídio, mas não foi feita nenhuma tentativa de suicídio recente (Saraiva & Gil, 2014).

Tentativa de suicídio - ato levado a cabo por uma pessoa, que visa a sua morte, mas que por diversas razões, não é bem sucedido (DGS, 2013b), tendo por vezes como consequência lesões/incapacidades físicas, bem como sequelas emocionais tanto para o próprio como para a família e amigos (WHO, 2014).

Ocorreram sempre em momentos de crise individual da pessoa, mesmo havendo uma variação no grau da intenção da fatalidade e na gravidade do gesto suicida, sendo as tentativas de suicídio o preditor mais importante do suicídio (Santos & Sampaio, 2013). Estão muitas vezes associadas, entre várias outras razões e circunstâncias, a perturbações psicológicas ou a um marcado isolamento social (Saraiva, 1999).

Suicídio – ato, voluntário, de pôr termo à própria vida, com resultado fatal, que foi deliberadamente iniciado e preparado, com conhecimento do seu resultado final (Peixoto et al.,

2006; Vieira & Coutinho, 2008). Em Portugal, numa perspetiva mais atual, de acordo com o PNPS, define-se suicídio consumado como a morte provocada por ato levado a cabo pela pessoa com intenção de pôr termo à vida (DGS, 2013b).

Comportamentos autolesivos - comportamentos intencionais, com resultado não fatal, que consistem em causar dano ao próprio corpo e que geralmente estão relacionados com dificuldades de regulação emocional. (Madge et al., 2008; DGS, 2013b). Assumem-se como uma forma de comunicação, de lidar com a angústia e dor psicológica profundas, em que a dor física atenua a dor psicológica, conferindo ao adolescente uma sensação de controlo sobre si próprio (Saraiva, 2006; Groschwitz et al., 2015).

De acordo com PNPS, este conceito substituiu o conceito de para-suicídio, enquanto comportamento de autoagressão, sem intenção suicida.

2.4 EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO

A morte por suicídio é uma morte fortemente estigmatizada por razões de ordem religiosa, sociocultural e política (DGS, 2013b), e torna-se claro, que a subnotificação do suicídio é uma realidade, pelo que, melhorar as metodologias de registo da causa do óbito é um ponto fulcral. Fazê-lo fornece informação essencial para a compreensão da problemática, e permite dirigir as intervenções adequadas às necessidades das populações específicas. Retirar a sua invisibilidade, tornando pública esta problemática, sugere o desenvolvimento de novas perspetivas, a nível do acolhimento, da compreensão e da valorização da vida (Botega, 2010).

Nos últimos 20 anos, entre 2000 e 2019, a taxa de suicídio padronizada global diminuiu 36% de acordo com a WHO, num estudo de Estimativas Globais de Saúde – suicídio no mundo em 2019.

Em 2019, estimou-se que 703 000 pessoas morreram por suicídio, com uma taxa de suicídio padronizada global de 9,0 por 100 000 habitantes em 2019. Verificou-se predomínio no género masculino (12,6 por 100 000) relativamente ao género feminino (5,4 por 100 000), com idade superior nos no género masculino. Globalmente, a maioria das mortes por suicídio ocorreu em países de baixo e médio rendimento (77%), onde a maioria da população mundial vive. Mais de

metade dos suicídios globais (58%) ocorreram antes dos 50 anos de idade (WHO, 2020; WHO, 2021b).

A maioria dos suicídios do mundo ocorreu em países de baixo e médio rendimento (77%), e a Europa contou com uma taxa de 10,5 por 100 000, superior à média global em 2019, com taxa superior no género masculino, à semelhança da taxa global. Relativamente aos adolescentes (88%), eram de países de baixo e médio rendimento onde quase 90% dos adolescentes do mundo vivem. (WHO, 2021b)

O suicídio encontra-se entre as quatro principais causas de morte na faixa etária dos 15-19 anos (WHO, 2021b), e no grupo etário dos 15-24 anos, corresponde à segunda causa de morte (DGS, 2013a; WHO, 2014), sendo os adolescentes um grupo de elevada vulnerabilidade em vários países. Em 2019, a WHO (2020a; 2021b) faz referência ao suicídio como a quarta principal causa de morte em jovens entre os 15 e os 29 anos por ambos os sexos, depois de acidentes rodoviários, tuberculose e violência.

Em Portugal, o número de mortes por suicídio e outras lesões autoinfligidas intencionalmente foi, em 2019, de acordo com os dados dos INE, (2021) - 992 óbitos.

A taxa de suicídio adolescente dos 15 aos 24 anos é de 3/100.000, sendo maior no género masculino do que no feminino. As raparigas apresentam maior tendência para realizar tentativas de suicídio do que os rapazes, mas estes apresentam um maior número de suicídios consumados. Relativamente aos comportamentos autolesivos, sem intencionalidade de morte, contudo que ao longo do tempo podem agravar-se e levar ao comportamento suicida, em Portugal, os estudos indicam uma prevalência de 7% e 16% dos adolescentes, sendo que entre 10 e 18% irão ter pelo menos um episódio. A tentativa de suicídio no adolescente pressupõe um fracasso no seu processo de desenvolvimento numa tripla perspetiva - individual, familiar e social (DGS, 2013b).

Segundo Stuckler et al. (2011) os suicídios são apenas a ponta do iceberg no que diz respeito a problemas de saúde mental. O aumento do número de suicídios, reflete igualmente um aumento de tentativas de suicídio fracassadas.

A epidemiologia regista que a maioria destas pessoas procurou um médico no ano anterior, muitas no mês anterior. Simultaneamente o 1º Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde

Mental mostrou que no 1º ano do aparecimento de uma depressão major apenas 37,4 em cada 100 consultaram um médico. (Almeida et al, 2013)

Os comportamentos autolesivos, mais frequentes no género feminino, estão associados a um aumento significativo do risco de suicídio na adolescência e vida adulta. É importante considerar que as taxas estão subestimadas, quer por erro de diagnóstico (por vezes o suicídio é confundido com acidente ou morte por causa indeterminada), quer por preconceito religioso, social, cultural. A situação do suicídio torna-se muito mais preocupante com os dados relativos às tentativas falhadas. De acordo com as projeções da OMS, o número de suicídios tentados é mais de vinte vezes superior aos consumados.

Identificar os fatores que levam ao aumento ou diminuição do grau de risco do suicídio, é de suma importância. Esta pode revelar-se como uma mais-valia para o profissional de saúde, na medida em que, são identificadas quais as probabilidades em termos de concretização de suicídio num ato futuro (DGS, 2013b).

2.5 FATORES DE RISCO E FATORES PROTETORES DOS COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS

Considera-se um fator de risco, quaisquer variáveis que possam aumentar a probabilidade de uma determinada pessoa sofrer um determinado problema (Borges & Filho, 2008).

Os fatores de risco são elementos com grande probabilidade de desencadear ou associar-se ao desenvolvimento de um acontecimento indesejado. Já os fatores de proteção são recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto do risco (Benincasa & Rezende, 2006).

O PNPS enumera três categorias principais de fatores de risco, que são: Individuais, socioculturais e situacionais:

Os fatores de risco individuais referem-se às características sociodemográficas como a idade (aumento progressivamente dos grupos mais jovens para os mais idosos), o género, (com um padrão de aumento em associação à idade, mas com um risco três vezes superior no género

masculino), o estado civil (solteiro, viúvo ou divorciado), profissão (profissionais de saúde e trabalhadores rurais), residência (rural e migração), tentativas de suicídio (TS) anteriores, perturbação mental (maior expressão na depressão e esquizofrenia), traços de personalidade (vulnerabilidade e resiliência), doenças físicas (neurológicas, oncológicas, HIV/SIDA), história familiar (violência, abuso físico ou sexual ou negligência familiar, ou suicídios na família) e fatores neurobiológicos (DGS, 2013b).

São apontados como fatores de risco socioculturais como o estigma, valores culturais e atitudes de determinados grupos que tornem aceitável o suicídio (defesa de honra), isolamento social (características geográficas ou psicológicas/emocionais), barreiras no acesso aos cuidados de saúde (financeiras, físicas, geográficas ou pessoais) ou influência dos Média, no que diz respeito à transmissão de informação acerca da temática (DGS, 2013b).

Determinados fatores situacionais apresentam-se como fatores de risco, entre eles o desemprego, acesso a meios letais, acontecimentos de vida negativos recentes (divórcio, viuvez, perdas relacionais significativas, perda de estatuto socioeconómico, abuso sexual ou físico e violência doméstica) (DGS, 2013b).

Considerando as características e particularidades da faixa etária que compreende a adolescência, a expressão do comportamento suicidário no adolescente é diferente da do adulto, assumindo assim, os fatores de risco, características próprias.

No adolescente os fatores de risco podem ser individuais: idade (suicídio e TS aumentam com a idade, com maior incidência na fase final da adolescência e no adulto jovem); género (masculino com maior prevalência de suicídio consumado e género feminino com TS como maior prevalência); identidade sexual (não heterossexual); TS prévias e alteração da saúde mental (depressão, ansiedade, perturbações comportamentais, o abuso de substâncias ilícitas e psicose) (DGS, 2013b; WHO, 2021c).

Entre os jovens que apresentam comportamentos suicidários, há uma elevada incidência de transtornos da personalidade, sendo os mais frequentes, o transtorno da personalidade *borderline* e o transtorno da personalidade anti-social (WHO, 2001). Mais de 90% das pessoas com comportamentos suicidas apresentam transtornos do humor (30,2%), transtornos relacionados com o consumo de substâncias (17,6%), esquizofrenia (14,1%) e transtornos da personalidade (13%). Jovens com transtornos do humor que tentam o suicídio apresentam

frequentemente ataques de pânico, elevados níveis de ansiedade, concentração diminuída, insônia quase total, acentuada perda de prazer e interesse pela maioria das atividades e marcada desesperança (Bertolote et al., 2004; APA, 2013).

Incluem igualmente características psicológicas (desesperança, baixa autoestima, sentimentos de culpa); traços de personalidade (vulnerabilidade, perfeccionismo, agressividade e impulsividade); estratégias de *coping* pouco eficazes e parca capacidade para resolução de problemas (Primananda & Keliat, 2019; DGS, 2013b; WHO, 2014).

Quando o ambiente é percebido como excessivamente stressante, a pressão é grande, levando ao aumento da ansiedade, ao sentimento de desesperança, podendo surgir uma ideia suicida severa e culminar no suicídio (Wasserman, 2001; Chaniang et al., 2019a).

Os fatores de risco familiares incluem história familiar de suicídio, violência e/negligência, ausência ou deficit de vínculo emocional, interação familiar disfuncional com lacunas na comunicação, como expectativas elevadas e/ou irrealistas em relação ao adolescente, autoridade excessiva ou inadequada e frequência de conflitos (DGS, 2013b; APA, 2013; Shaffer et al., 2001; Zygo et al., 2019).

Nos fatores socioculturais, representa risco: o isolamento social; o *bullying/cyberbullying*, nos papéis de vítima ou agressor; estigma que motiva, entre outros aspetos, barreiras no acesso aos cuidados de saúde; abuso sexual ou físico; doença física; acesso a meios letais; influência das redes sociais (na difusão de notícias de comportamentos suicidários ou suicídios em direto, de ídolos ou pessoas famosas/com muitos seguidores, provocando o efeito de contágio); a perda de um amigo ou familiar próximo, o fim de uma relação amorosa, gravidez precoce ou conflitos com os pares/família são concomitantemente fatores precipitantes para comportamentos suicidários (DGS, 2013b; WHO 2014; Santos et al, 2012).

Os fatores protetores favorecem e promovem uma saúde mental positiva, diminuem o risco suicida, funcionando como uma espécie de barreira/escudo contra os impulsos de suicídio (Sánchez, 2001). São fatores que fortalecem as estratégias para lidar com os problemas e ajudam a diminuir a probabilidade de desenvolvimento de comportamentos suicidários. Os fatores protetores, podem fortalecer a determinação dos adolescentes a evitarem situações prejudiciais e também inibir as respostas autodestrutivas, quando relacionado com o

aparecimento de comportamentos como o uso de substâncias, violência ou stress (Borges & Filho, 2008).

Os fatores protetores correspondem a características e circunstâncias individuais, coletivas e socioculturais, de acordo com o explanado no PNPS:

No que diz respeito aos fatores individuais, é apontada a capacidade de resolução de problemas e conflitos, capacidade de pedir ajuda, noção de valor pessoal, abertura para novas experiências e aprendizagens, desenvolvimento de estratégias comunicacionais, empenho em projetos de vida (Primananda & Keliat, 2019; DGS, 2013b)

Relativamente aos fatores familiares, destaca-se o vínculo familiar (suporte e apoio) e as relações de confiança (DGS, 2013b; WHO, 2014).

Já os fatores sociais, remetem para a facilidade de acesso aos serviços de saúde, sociais e comunitários, possuir emprego, valores culturais, e sentimento de pertença a uma religião, grupo comunitário/desportivo (DGS, 2013b; APA, 2013).

As estratégias preventivas, ao nível da prevenção primária ou secundária, devem atuar sobre fatores de risco, minimizando-os, e sobre fatores protetores, maximizando-os. Vários autores apontam ser essencial a desconstrução de crenças negativas associadas às doenças mentais, mas também, o desenvolvimento de competências de identificação e reconhecimento de fatores de risco e sinais relacionados com determinadas perturbações mentais, sustentados no desenvolvimento de competências pessoais e sociais, assim como, o aumento de resiliência e a promoção de autoestima e autonomia (Xavier et al., 2013; Oliveira et al., 2012; WHO, 2021c).

2.6 PREVENÇÃO DOS COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS

O adolescente vive de uma forma diferente o comportamento suicidário (Oliveira et al., 2012), pelo que a natureza das intervenções do enfermeiro deverá assumir características adequadas à faixa etária, o que implica o envolvimento de competências relacionais e comunicacionais do enfermeiro. A implementação de estratégias, passa pela elaboração de um plano de intervenção congruente, ajustado às necessidades, individuais e coletivas, do adolescente, garantindo a sua segurança.

O EESMP detém conhecimentos científicos e psicopedagógicos que o coloca em posição privilegiada nas equipas de saúde para desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz e atempada, em que na prática clínica, estabelece relações de confiança e parceria, aumenta o conhecimento e consciência dos problemas e promove a capacidade de encontrar novas formas de resolução. Assim sendo, compete ao enfermeiro desenvolver, implementar e avaliar ações direcionadas para o indivíduo, família, grupo e/ou comunidade, que visa identificar o mais precocemente possível, fatores protetores e fatores de risco (Denny et al., 2019; (Simões et al., cite in Saraiva et al.,2014).

A pertinência destas intervenções se prende com uma elevada percentagem de perturbações mentais que têm início na adolescência (OECD & European Union, 2018). A Promoção de Saúde Mental é uma intervenção com vista ao aumento das capacidades pessoais para adotar comportamentos saudáveis, e constitui-se como temática prioritária da Educação para a Saúde, em que o foco da intervenção da Saúde Escolar, é dirigido, não ao problema e suas consequências, mas à saúde (Tomás & Gomes, 2014).

A morte por suicídio tem consequência não apenas para a família, mas para uma comunidade alargada que tem de lidar com o impacto da tragédia, representando, também por isso, um problema de saúde pública e a sua prevenção traduz-se num desafio para a saúde. Ninguém morre sozinho (Sampaio, 1991), para os que ficam, o suicídio representa o início de um percurso de sofrimento psicológico intenso (Santos, 2014).

É necessário um enquadramento estratégico que suporte a identificação de intervenções terapêuticas no sentido da prevenção do suicídio, com ganhos efetivos em saúde. Neste sentido a OE indica que, “a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção de saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.” (Regulamento nº 515/2018, Diário da República: II série, n.º 151, p. 21427).

A saúde mental é uma das áreas atualmente prioritárias do PNS, de acordo com o Despacho n.º 1225/2018, Diário da República: II série, nº 25. O Ministério da Saúde decidiu prolongar o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, até 2020, sendo que uma das metas é “aumentar em 30% o número de ações no âmbito dos programas de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais, desenvolvidos pelo PNSM” (DGS, 2017, p.4).

O Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2015a), instrumento orientador das políticas nacionais, no que à promoção da saúde em meio escolar diz respeito, resultou da necessidade de adequar o anterior PNSE aos novos desafios que se colocam atualmente à saúde da população portuguesa, especialmente de crianças e jovens, e à reorganização dos Serviços de Saúde. Este paradigma de intervenção da Saúde Escolar visa contribuir para a obtenção de ganhos em saúde através da promoção de contextos escolares favoráveis à saúde, nomeadamente através da dinamização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (DGS, 2017).

No âmbito da prevenção primária o EESMP, encontra-se numa posição privilegiada, na escola, para participação na prevenção, identificação e tratamento do comportamento suicidário no adolescente (Pestaner et al., 2021). No sentido de capacitar os adolescentes para a vida, em aspetos tais como a resolução de problemas, o raciocínio crítico, a comunicação, as relações interpessoais, a empatia e os métodos para fazer face às emoções, que permitirão aos adolescentes desenvolver uma saúde mental firme e positiva (Mishara & Ystgaard, 2000).

O EESMP, tem um papel ativo, no desenvolvimento de campanhas anti estigma; atividades nos meios de comunicação social, escolas, empregos e outros contextos; otimizando os recursos existentes do indivíduo; adotando estratégias protetoras (Regulamento nº 515/2018, Diário da República: II série, n.º 151).

O Núcleo de Estudos do Suicídio (NES), identifica como medidas preventivas: sensibilizar e formar estudantes na área da saúde, programas formativos para comunidade educativa, para identificação de situações de risco para o suicídio, em diversos contextos, como escolas, se veem possíveis diversas abordagens como, programas de capacitação de habilidades socioemocionais (resolução de problemas, autoestima) e aumentar literacia em saúde mental e sobre a problemática do suicídio introdução do tema em algumas disciplinas (ex.: educação para a cidadania), serviços de atendimento de saúde e social no estabelecimento de ensino, programas de desenvolvimento de competências e campanhas de sensibilização para pais e alunos. (NES, n.d).

Os projetos de saúde mental traduzem-se, a médio prazo, em indicadores sociais e de saúde positivos e criam climas de aprendizagem amigáveis, diminuem o envolvimento em comportamentos de risco e aumentam o sucesso na escola e na vida (DGS, 2015a). O LIVE LIFE,

destaca a importância destes programas nas escolas, assentes em parcerias com os diversos setores, fomentando a participação e o envolvimento da comunidade (WHO, 2021c; Chaniang et al., 2019b).

“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 sintomatologia depressiva, ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas, em particular do recurso a substâncias psicoativas” (DGS, 2013, p. 6).

O reconhecimento dos fatores de risco no comportamento suicidário nos adolescentes e sua identificação, constituem passo importantíssimo na sua prevenção. A posição dos professores é privilegiada para promoção de ambientes saudáveis, bem como para prevenção e identificação dos adolescentes em risco, com intervenção adequada e encaminhamento para os serviços de saúde, atempadamente, ocupando uma posição de gatekeepers. Tendo em conta o referido anteriormente, verifica-se a pertinência do desenvolvimento de projetos de promoção em saúde mental e ações voltadas para a sensibilização e capacitação dos professores, como medidas preventivas de comportamentos suicidários nos adolescentes.

3 O MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

Os modelos teóricos, quando utilizados como referenciais, têm contribuído para a sistematização da prestação de cuidados (Souza, 2001), sempre que aplicados e adaptados às necessidades dos clientes e contextos, tendo em conta os conceitos e pressupostos originários da teoria da qual fazem parte (Hermida & Araújo, 2006).

Para suportar as intervenções do EESMP e enriquecer este Relatório, incluo como base teórica - O Modelo de Sistemas de Betty Neuman – procurando fazer uma ligação à temática abordada, e melhor entendimento dos fenómenos subjacentes. Alicerçar o pensamento e a praxis recorrendo às teorias de Enfermagem, confere à profissão maior reconhecimento como ciência e disciplina (Alligood & Tomey, 2004). A escolha de Neuman, deve-se ao facto de se ter tornado umas das pioneiras que impulsionou a ligação entre a enfermagem e a saúde mental, e ter tido um grande contributo para a o ensino de enfermagem ao nível da saúde mental comunitária (Freese, 2004).

O Modelo apresenta-nos uma perspetiva ampla, abrangente, sistémica e holística dos cuidados de enfermagem (Neuman & Fawcett, 2011). Baseia-se na teoria geral dos sistemas que apresenta os organismos vivos como sistemas abertos, tendo importantes contributos da Teoria de Gestalt, que descreve o método (homeostasia) que um organismo utiliza para manter “o seu equilíbrio e, conseqüentemente, a sua saúde, sob condições diversas. Neuman descreve a adaptação como “processo através do qual o organismo satisfaz as suas necessidades.” (Neuman, 1982, as cited in Freese, 2004, p. 336). Este processo de adaptação é dinâmico e contínuo, dado que diferentes necessidades podem desencadear momentos de desequilíbrio, com tentativas da pessoa para recuperar a harmonia. Este efeito recíproco entre o equilíbrio e desequilíbrio é uma constante ao longo da vida e quando a homeostasia falha e o organismo permanece muito tempo em desequilíbrio, consegue satisfazer as suas necessidades surgindo a doença (Freese, 2004).

O Modelo está ancorado em quatro metaparadigmas fundamentais: Pessoa, Enfermagem, Ambiente e Saúde. A Pessoa é vista como cliente, que como um sistema aberto vai estar em constante interação com o ambiente. Este, “pode ser um indivíduo, uma família, um grupo, uma comunidade, ou uma questão social.” (Neuman, 2011, p. 15). Assim, o sistema cliente pode

representar mais que um indivíduo em interação com o ambiente (família, comunidade, etc.) (Neuman, 2011). O sistema (cliente) é composto por cinco variáveis que possuem diferentes graus de desenvolvimento, diferentes interações e potencial, em interação: I) Fisiológica (estrutura e funcionamento do corpo); II) Psicológica (processos mentais e relacionais); III) Sociocultural (sistema de relações sociais, papéis e estatutos sociais); IV) Desenvolvimento (processos desenvolvidos ao longo do ciclo de vital); e V) Espiritual (influências espirituais e crenças da pessoa) (Neuman, 2011).

Para Neuman a Enfermagem tem uma visão única sobre o cliente, considerando a pessoa como um todo, sendo que as variáveis podem afetar a sua resposta ao stress (Neuman, 2011). O foco da Enfermagem é o de atingir, manter ou reter a estabilidade do sistema cliente, através do estudo dos agentes stressores e as suas variáveis, para auxiliar o sistema a realizar os ajustes necessários para atingir a harmonia (George, 2000).

Quanto ao conceito Ambiente, este diz respeito não só aos fatores externos do cliente, mas também a fatores internos, que interagem com o cliente. É um sistema dinâmico pois é um processo contínuo de relação com os stressores ambientais, que têm uma matriz multidimensional e o potencial para originar reações, doença, desequilíbrios e reconstituições do sistema cliente (Freese, 2004). Estes stressores podem ser intrapessoais, interpessoais e extrapessoais e são forças ambientais que na sua interação podem promover a necessidade de reajustamento e adaptação a novos problemas (Freese, 2004). No modelo também estão identificados “três ambientes relevantes: o ambiente interno, que é de natureza intrapessoal; o ambiente externo, que é de natureza interpessoal e extrapessoal; e o ambiente criado, que é de natureza intrapessoal, interpessoal e extrapessoal.” (Neuman, 2011, p. 19).

O conceito Saúde é apresentado como um continuum em que o bem-estar e a doença estão em extremos opostos. Este continuum é dinâmico e constantemente sujeito a mudanças ao longo do ciclo de vida. A saúde diz respeito ao máximo bem-estar possível, indicando por isso, que as necessidades estão satisfeitas. Na ausência de satisfação das necessidades existe um reduzido bem-estar, podendo dar lugar à doença. Esta dinâmica entre o bem-estar e a doença pode ter diferentes graus em qualquer altura (Neuman, 2011).

Neste modelo, os dois elementos essenciais são o stress e reação a esse mesmo stress (Neuman, 2011). O sistema cliente com o seu desenvolvimento e crescimento vai-se tornando

mais complexo e vai desenvolvendo trocas com o ambiente, recíprocas, negativas ou positivas, podendo encontrar-se um equilíbrio entre eles (Neuman, 2011). Na sua representação gráfica está rodeado por linhas concêntricas que formam três mecanismos de defesa de proteção da integridade do sistema cliente e são: a linha flexível de defesa (primeira linha que evita a interferência de stressores com o sistema e é influenciada pelas interações das variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais do cliente); a linha normal de defesa (segunda linha que promove a adaptação de algumas variáveis inerentes ao cliente - padrões habituais de controlo individual, estilo de vida, estadio/fase do desenvolvimento - para permitir enfrentar os stressores); as linhas de resistência (terceira linha, ativadas de forma automática, representam os recursos internos que ajudam o cliente a retornar ao estado normal, ou se possível superior, de bem-estar e estabilidade) (Neuman, 2011).

Mediante as fases e reações do sistema, Neuman (2011) define três níveis de prevenção usados para manter o equilíbrio: primário, secundário e terciário. A prevenção primária ocorre antes da resposta do sistema ao stressor, na identificação, em conjunto com o cliente, dos fatores de risco, pela promoção da saúde, de modo a reforçar a linha de defesa flexível (Neuman, 2011). A prevenção secundária, tem como objetivo proporcionar um tratamento adequado quando o sistema cliente já reagiu ao stresse, de forma a recuperar a homeostasia, usando recursos internos e externos procurando aumentar os fatores de resistência. Quanto à prevenção terciária, pretende conferir ao sistema um grau de reconstituição e de regresso ao bem-estar após o tratamento utilizado e prevenir a recorrência da reação ou a regressão, “os processos de ajuste que ocorrem à medida que se inicia a reconstituição e os fatores de manutenção fazem com que o cliente regresse de forma circular à prevenção primária.” (Neuman, 2011, p.14).

No seu modelo, Neuman descreve a sua visão do Processo de Enfermagem que é construído pelas fases do diagnóstico de enfermagem, objetivos e resultados (Neuman, 2011). No diagnóstico pretende-se uma colheita de dados oportunos, que permitam identificar e analisar as interações entre variáveis que constituem o sistema cliente e os stressores (reais ou potenciais) que resultam em alterações na saúde e bem-estar.

Os objetivos devem ser definidos em acordo com o cliente para que as intervenções possam ser eficazes (George, 2000). Quanto aos resultados “são determinados pela intervenção de

enfermagem através do uso de um ou mais modos de prevenção como intervenção.” (George, 2000, p.344). As intervenções devem assim, ser intencionais e dirigidas aos stressores.

Este modelo, traz um importante contributo para a Enfermagem uma vez que a sua aplicação fomenta uma abordagem unificada e uma visão holística do cuidar. A perspetiva sistémica do modelo permite aos enfermeiros, analisar e cuidar da unidade familiar enquanto um todo (George, 2000).

Tendo em conta as características, singularidade da adolescência e a suas especificidades, procurou-se analisar a problemática dos comportamentos suicidários, ancorada na Teoria de Sistemas de Betty Neuman. Em contexto comunitário, pareceu-nos mais adequada a escolha deste modelo teórico, em detrimento de outros, pelo destaque dado aos stressores, com foco em fatores e capacidades/estratégias, como uma mais-valia para intervenção em contexto de grupo, na comunidade/meio escolar.

Neste sentido, foi importante para este processo: descrever a pessoa/grupo, em todas as suas dimensões; identificar, de acordo com o modelo teórico, os seus stressores e delinear a intervenção na prestação de cuidados individuais, em que foram identificados os diagnósticos de enfermagem de forma a elaborar um plano de cuidados.

Nos contextos de estágio, tive oportunidade de identificar os seguintes stressores, fazendo a respetiva ligação ao modelo teórico selecionado: os stressores (intrapessoais: ansiedade e baixa-autoestima; interpessoais: abuso sexual de familiar próximo; extrapessoais: família disfuncional) não foram passíveis de ser travados pelas linhas de defesa dos mecanismos de proteção do sistema cliente, pelo elevado grau de complexidade do stressor, em simultâneo com os poucos recursos e capacidades do grupo.

De acordo com Saraiva et al. (2014), o adolescente pode, pela fase da vida em que está, apresentar alto índice de stress devido a inquietações, reivindicações, incertezas, além de sentimentos de desesperança e falta de vontade de viver. Estudos apontam que existe uma correlação direta entre stresse, diminuição da satisfação com a vida, baixa autoestima e aumento do comportamento suicida (Paixão et al., 2018).

Linha Flexível de Defesa comprometida por interação familiar comprometida e disfuncional e padrão de vinculação inseguro, com intervenções de enfermagem ao nível da prevenção primária: psicoeducação (incentivar a um estilo de vida saudável).

Linha Normal de Defesa comprometida por estratégias de *coping* ineficazes, ideação suicida (IS), comportamentos autolesivos (CAL), hábitos etílicos, com intervenções de enfermagem ao nível da prevenção secundária: intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas (dinâmicas de grupo, dinâmicas individuais no sentido da expressão de sentimentos, processo de resolução de problemas, desenvolvimento das estratégias de *coping*) e psicoeducativas (adesão terapêutica).

Linhas de Resistência comprometidas por baixa autoestima e ansiedade, com intervenções de enfermagem ao nível da prevenção terciária: preparação para a alta, referenciação/encaminhamento e articulação com equipa da instituição local de saúde, para acompanhamento em ambulatório. A prevenção terciária ocorre depois do tratamento ativo, através das estratégias da prevenção secundária e visa manter o bem-estar ou proteger a reconstituição do sistema do cliente através dos pontos fortes de apoio existentes (Neuman & Fawcett, 2011)

As intervenções de enfermagem implementadas têm o intuito de aumentar a resistência das linhas de defesa dos adolescentes, para que apresentem uma melhor adaptação aos stressores, evitando assim, uma influência negativa do continuum doença-saúde. São intervenções apontadas numa fase de reconstituição do sistema, de acordo com o modelo de Betty Neuman.

O Modelo de Teoria de Sistemas de Betty Neuman, pareceu-nos ser uma ferramenta adequada e apropriada, para a compreensão dos comportamentos suicidários.

4 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO

A escolha dos locais de estágio recaiu sobre a riqueza de conhecimentos na área dos comportamentos suicidários nos adolescentes, nos diversos níveis de prevenção (primária, secundária e terciária).

4.1 ESTÁGIO EM CONTEXTO HOSPITALAR

O serviço de Psiquiatria onde se desenvolveu o Estágio I, atende adolescentes e jovens adultos entre os 15 e os 25 anos de idade. Dentro desta faixa etária, verifica-se a necessidade de existirem serviços integrados para que se garanta a continuidade do acompanhamento, sem a quebra súbita, da pedopsiquiatria para a psiquiatria de adultos, o que levou à criação deste serviço. Tem, portanto, a finalidade de atender pessoas com doença mental, desde os últimos anos da adolescência até à primeira fase da idade adulta.

A psicopatologia nesta faixa etária é claramente sobreponível, relativamente aos quadros de natureza psicótica e aos quadros depressivos mais graves, com ideação suicida, sendo os diagnósticos mais prevalentes: ansiedade, psicose, perturbação da personalidade e depressão. Desta forma, permite que a equipa de saúde observe o início das manifestações da doença, assim como acompanhe a evolução clínica e medidas terapêuticas adotadas, criando a oportunidade para evitar a evolução para a cronicidade.

É um serviço diferenciado, com vagas para vinte utentes, que abrange as regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. A composição das equipas integra profissionais de dois centros hospitalares, médicos especialistas, psicólogo, terapeuta ocupacional, psicomotricista, assistentes técnicos, assistentes operacionais, sendo a equipa de enfermagem composta por cerca de duas dezenas de enfermeiros, sendo 1/3, EESMP.

Considerando o referencial de competências do EESMP (Regulamento nº 515/2018, Diário da República n.º 151/2018, Série II de 2018-08-07), a elevada especificidade de intervenção em saúde mental neste contexto clínico, permitiu inúmeras oportunidades para desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, comuns e específicas do EESMP. Pudemos

aprofundar competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, do domínio da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Neste contexto hospitalar, surgiu a oportunidade de desenvolver diversas atividades terapêuticas, tanto através da realização de intervenções de âmbito psicoterapêutico, como socioterapêutico e psicoeducacional, a nível individual e de grupo.

Dada a prevalência de utentes com quadro depressivo e comportamentos suicidários, foram realizadas sessões de intervenção psicoterapêutica em grupo. Por serem espaços terapêuticos que poderão proporcionar ao utente o sentimento de pertença, atuando contra a exclusão social e estigma, considerando que partilham problemas. Este enquadramento terapêutico pode ser complementar ao acompanhamento individual, tendo sido desenvolvido durante o estágio.

Participámos em grupos terapêuticos, já instituídos e calendarizados, e desenvolvemos outras intervenções de âmbito psicoterapêutico, socio-terapêutico e psicossocial, sustentando a intervenção, no desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental.

Yalom & Ballinger (1995), cuja abordagem integra diferentes inspirações e orientações teóricas, consideram que a possibilidade de intervenção em grupo coloca os indivíduos perante uma variedade de relacionamentos e, para aqueles que apresentam problemas relacionais, o grupo pode apresentar-se como contexto ideal para identificar, conhecer e compreender a sua condição, com intuito de descobrir alternativas de olhar o outro e estabelecer contato. Por consequência, os membros do grupo desempenham um papel importante e entrelaçam-se neste percurso.

Desenvolvemos algumas dinâmicas de grupo, das quais destacamos três, abaixo, sendo que a intervenção psicoterapêutica foi um desafio pelo facto de os utentes estarem numa fase aguda da doença mental, ajuste terapêutico e alterações de comportamento evidentes. Respeitando os princípios da intervenção e metodologia utilizada no serviço, dinamizámos as atividades com todos os adolescentes e jovens, incluídos nos critérios de participação, porém não cingimos àqueles com comportamentos suicidários, pela intencionalidade terapêutica das mesmas e benefícios que daí poderiam advir, traduzidas em ganhos em saúde.

Assim, as intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, do referencial de competências do EESMP são um pilar na abordagem do adolescente com comportamentos suicidários, e suportam-se igualmente numa relação terapêutica.

Tivemos como objetivo principal: Desenvolver competências ao nível das intervenções de enfermagem de âmbito socioterapêutico em contexto de grupo, com adolescentes e jovens adultos com perturbação mental. Como objetivos secundários: desenvolver atividades ocupacionais com fins terapêuticos; combater a exclusão e a solidão; favorecer o desenvolvimento de alguns processos psicológicos, tais como o crescimento pessoal, o amadurecimento e a aprendizagem; promover a autoestima e autonomia; promover a reabilitação psicossocial através do estímulo.

Atividades:

“Eu existo”

Atividade que consistiu na escolha de 10 jovens, num ginásio, ao som de música instrumental tranquila.

Objetivo: que se apercebessem do seu espaço no mundo, metaforicamente representado naquela sala e naquelas pessoas. Tomarem consciência que não estão sozinhos, que todos existimos, que nos vemos, que interferimos no caminho uns dos outros.

Desenvolvimento: os jovens foram convidados a percorrer a sala, lentamente, sem colidir com os restantes, em linhas retas e curvas, que vagueassem pelo espaço. Em tom de voz baixo e suave, orientando para que se apercebessem das pessoas no mesmo espaço, que cruzassem olhares, que posteriormente se cumprimentassem, se assim entendessem, com um olhar, um sorriso, um aperto ou toque de mãos, dizendo o seu nome, mantendo a deambulação.

No final, sentados nos colchões no chão, partilharam sentimentos e emoções. Verbalizaram o poder de decisão no trajeto e interação com o outro, que as suas ações influenciam as dos restantes.

Tempo: 15 minutos de atividade.

“Verbo pausar”

Atividade que consistiu na escolha de 10 jovens, num ginásio, ao som de música instrumental tranquila.

Objetivo: que alcancem um estado geral de relaxamento capaz de facilitar o contacto consigo mesmo, através da tomada de consciência do seu corpo e das sensações físicas, “relaxar a mente, relaxando os músculos”, (técnica de relaxamento de Jacobson- modelo adaptado).

Desenvolvimento: os jovens foram convidados a deitarem-se de costas nos colchões, de forma a ficarem o mais confortáveis possível. Num tom de voz suave e pausado, foram dadas indicações para o relaxamento. Feita pausa de cerca de três minutos de silêncio, a fim dos utentes aproveitarem o estado de relaxamento e calma que experienciaram.

No final, tempo de discussão, sobre a atividade. Que sensações vos trouxe? Verbalizaram calma, prazer do silêncio, e o curioso que foi pensar numa parte do corpo e senti-la verdadeiramente.

Tempo: 20-30 minutos de atividade

“Presente”

Atividade que consistiu na escolha de 10 jovens, num ginásio, ao som de música instrumental tranquila.

Objetivo: que identifiquem e expressem emoções, dando significado afetivo às mesmas.

Desenvolvimento: Sentados no chão, em roda, de forma a verem-se uns aos outros, é solicitado que, em forma de agradecimento pelo tempo que passam juntos, escolham algo, não material, para oferecer de presente ao jovem ao seu lado. Algo que considerem que a outra pessoa precise, ou que têm de melhor para oferecer.

A cada presente oferecido, foram questionados acerca do significado da escolha, assim como se questionou o significado dos sentimentos e emoções despoletadas pelo presente recebido. Permitiu aos participantes experienciar diversas emoções, tendo sido verbalizadas: alegria, tristeza, saudade, agradecimento, sentimento de pertença num grupo, solidariedade.

Permitiram-se a lágrimas de alegria e tristeza, sorrisos e gargalhadas. Partilharam igualmente, alguns participantes apenas, memórias de vida, antigas e recentes, relacionadas com as emoções transmitidas por todos.

No final, tempo de discussão, sobre a atividade. Foram úteis, adequadas e/ou satisfatórias as escolhas de cada um?

Tempo: 20-25 minutos de atividade

A intervenção psicoterapêutica, individual ou em grupo, revela-se útil para a pessoa com comportamentos suicidários, com a finalidade que, desenvolva e mantenha um conceito de si, mais positivo. Que aprenda formas mais eficazes de expressar sentimentos, estabelecer relações interpessoais bem-sucedidas, sentir-se aceite pelos outros e alcançar o sentimento de pertença (Townsend, 2011), sendo que “a terapia de grupo consiste no método que melhor se parece adaptar à adolescência, por corresponder à natural tendência dos adolescentes em procurar no grupo de iguais «o continente para as suas ansiedades»” (Coimbra de Matos, 2012, p. 321).

Nas sessões psicoterapêuticas e socioterapêuticas, procurámos trabalhar as seguintes dimensões: emocional, cognitiva e comportamental, tendo como critérios de exclusão de participação jovens com perturbações de comportamento e/ou agitação psicomotora, bem como jovens com psicose com atividade alucinatória. No final das atividades de grupo desenvolvidas, pudemos constatar que a intervenção do EESMP traz mais valias, nomeadamente na relação com os pares e com a equipa, permitindo aos jovens debruçarem-se favoravelmente sobre si próprios e sobre os outros, ajudando-os a estabelecer relações sociais.

As atividades terapêuticas acima descritas, permitiram que desenvolvêssemos competências relacionais e comunicacionais, bem como competências específicas no âmbito da intervenção psicoterapêutica. As mesmas, possibilitaram a compreensão, *in loco*, das dificuldades e particularidades de cada adolescente e jovem, trabalhar as suas dimensões emocionais, cognitivas e comportamentais, com vista ao desenvolvimento de estratégias de *coping*, que possam melhorar os seus padrões de resposta aos stressores identificados, bem como o reforço das linhas flexíveis e normais de defesa. As intervenções desenvolvidas em contexto hospitalar, representaram um encontro entre os conhecimentos académicos e a experiência profissional, no que compreendemos ter sido um continuum de todo o processo de aquisição de competências de EESMP.

A relação é uma necessidade inata do ser humano, em que o diálogo Eu-Tu permite o crescimento através da transformação de ambos os intervenientes. E a primeira condição para o diálogo é a autenticidade de ambos. (Buber, 2001)

No sentido de conhecer e compreender as perceções e preocupações da pessoa com perturbação mental, fez-nos sentido realizar um Estudo de Caso.

O acompanhamento foi realizado a uma adolescente, de 15 anos, com diagnóstico clínico de Depressão, com menção destacada para CAL e IS. Compete ao enfermeiro o desenvolvimento, a implementação e avaliação de ações direcionadas para o indivíduo, família, grupo e/ou comunidade, que visa a identificação precoce de fatores protetores e fatores de risco, assim como uma atempada intervenção terapêutica adequada e eficaz (Simões et al., 2014), com destaque para a importância de uma correta avaliação da situação, pois “a avaliação torna-se intervenção e semente da aliança terapêutica” (Saraiva & Garrido, 2014, p.58). A valorização da perceção do comportamento do indivíduo, o estabelecimento de uma relação de confiança e empatia que permita a verbalização e exteriorização do sofrimento psicológico, são essenciais para um Plano Individual de Cuidados (PIC) eficaz. (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2012).

A Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, faz corresponder ao processo de enfermagem quatro componentes: o paciente e a sua necessidade; o enfermeiro e a sua área de conhecimento. Para Peplau (1992), o enfermeiro deve ajudar o paciente a identificar padrões de comportamento disfuncionais e a desenvolver padrões de comportamento mais funcionais e promotores do crescimento pessoal, isto sempre no contexto da relação interpessoal. Foi o modelo teórico privilegiado neste estudo de caso, pela intervenção individual e dirigida, com acompanhamento consecutivo e diário, permitindo a proximidade, perceção da sua singularidade, e relação terapêutica necessárias para a sua aplicabilidade. Factos corroborados por Ralph (1996), as cited in Barker (1998), que refere que a teoria das relações interpessoais protege e destaca a individualidade, encorajando a multiplicidade de respostas humanas possíveis em situação de doença/sofrimento.

A mobilização desta teoria de enfermagem na construção deste PIC, potenciou a construção de várias competências do EEESMP.

O EESMP é o primeiro recurso na intervenção em saúde mental, e as atividades são mediadoras da relação terapêutica, e deverão ser ajustadas de acordo com o interesse/motivação do utente, mas focadas no raciocínio clínico do enfermeiro. Este equilíbrio nem sempre é fácil, principalmente com adolescentes e jovens, pelas características desta etapa de vida. A intervenção em saúde mental na adolescência e juventude deve, sempre que possível, privilegiar um trabalho interdisciplinar, entre os vários técnicos e os recursos existentes, de forma a dar uma resposta global e compreensiva às suas necessidades. Recorrendo à intervenção psicoterapêutica há uma interação bidirecionada entre o enfermeiro e o utente, num espaço e tempo terapêutico exclusivamente dedicados, pelo que foram realizadas sempre que se mostrou ser benéfico. Recorreu-se à estratégia de Intervenção em Crise, cujo objetivo da é promover a resolução da mesma e a diminuição da angústia bem como o restabelecimento do equilíbrio psicológico, tão rapidamente quanto possível (Kaplan et al., 2006).

A narrativa da pessoa é o que dispomos para trabalhar na relação de ajuda, a par com as habilidades e competências do EESMP, para a construção de uma aliança terapêutica. Foi construído um PIC, com base nos problemas identificados em conjunto, e modificado tantas vezes quantas necessárias.

Uma relação baseada em confiança e empatia, abriu o caminho para que a utente se sentisse mais livre para estabelecer uma relação, premissas essenciais para a evolução e introdução da mudança em si e na sua experiência de vida. Na perspetiva de Rogers (2009), cabe ao profissional utilizar todas as suas ferramentas para ajudar o outro. E em contexto relacional, pretende-se a mudança de comportamento pelo crescimento e desenvolvimento que ocorre dentro de si. Quando assente em autenticidade e aceitação incondicional do outro, conduz à segurança da pessoa e conseqüentemente uma intervenção com efeito terapêutico.

Recorremos à comunicação verbal e não verbal, sendo que o toque ocupou um espaço importante, como resposta a solicitações de afeto. “os nossos gestos e os nossos comportamentos enquanto prestadores de cuidados traduzem também o nosso estado interior” (Phaneuf, 2005 p. 31).

De acordo com Chalifour (2008), existem três fases na relação de ajuda: Fase da orientação da Relação; Fase do Trabalho ou Emergência das Identidades; Fase de Conclusão. O papel do

enfermeiro vai sofrendo alterações, de acordo com a evolução das fases na relação, com as necessidades e mensagem que o cliente expressa.

A relação de ajuda contribuiu para o processo de *recovery* da utente. Ao longo tempo, a intervenção permitiu uma progressiva tomada de consciência, de que forma as ferramentas que adquiriu, num caminho por si conduzido, lhe permitem enfrentar novas adversidades na vida. A identificação dos stressores habituais e os que surgirão, na interpretação e resposta aos mesmos, com base nos recursos de que dispõe, como a importância da adesão terapêutica, que foi amplamente trabalhada, o que consideramos terem sido, importantes, ganhos em saúde.

Numa procura permanente da excelência no exercício profissional, é exigido aos enfermeiros uma atuação congruente com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. De acordo com o Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental, de 25 de junho de 2015, a problemática identificada – suicídio nos adolescentes e jovens - encontra-se enquadrada na categoria da Promoção da Saúde, Prevenção de Complicações, e Satisfação do Cliente (Regulamento n.º 356/2015, Diário da República: II série, n.º 122).

A realização deste estudo de caso, foi uma mais-valia na construção de um caminho de crescimento profissional, possibilitou o desenvolvimento de competências de relação de ajuda, de comunicação, igualmente a importância do trabalho interdisciplinar/em equipa, assim como aprofundar conhecimentos de psicofarmacologia relevantes, de ajuste e desafios de adesão terapêutica, quer farmacológica, quer não farmacológica.

Com o objetivo de prevenção do suicídio no adolescente e jovem adulto, foi produzido um projeto de melhoria continua dos cuidados de enfermagem, denominado: A vida por um fio.

Tem como objetivos específicos: uniformizar a terminologia diagnóstica e os registos dos comportamentos autolesivos e atos suicidas; uniformizar procedimentos relativos à sinalização da pessoa com Risco de Suicídio, com recurso à Avaliação do Risco Clínico (escala de GRiST - Escala Galatean Risk and Safety Tool); promover o acompanhamento após alta hospitalar; realizar psicoeducação; diminuir o estigma associado à ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas através de intervenção psicoeducativa aos cuidadores/familiares; realizar sessões de educação para a saúde/ ações de sensibilização da população/pais/cuidadores para diminuição do estigma associado às perturbações mentais

(depressão, esquizofrenia e alcoolismo) e atos autolesivos ou suicidas; estabelecer sinergias multisectoriais, multiculturais e multiprofissionais, com a saúde como pivô.

A avaliação dos ganhos em saúde, ocorre através de indicadores, de taxa de utentes com risco clínico diminuído, taxa de utentes com diagnóstico “vontade de viver”, taxa de utentes com conhecimento sobre prevenção do suicídio, taxa de utentes sem tentativas de suicídio em seis meses após a primeira e taxa de satisfação dos utentes.

A avaliação das intervenções de enfermagem está profundamente vinculada ao sucesso terapêutico. A avaliação dos resultados conduz à excelência dos cuidados, o que contribuiu para novas abordagens na nossa vida profissional, pelo que a mobilização dos novos conhecimentos e competências foi revestida de complexidade, representando um desafio diário.

Benner refere-se à complexidade inerente de estudar a prática de cuidados “a prática de enfermagem é bem mais complexa do que aquilo que a maioria das teorias formais de enfermagem preconizam.” (Benner, 2001, p. 15).

Este percurso, sustentado no paradigma de modelo de desenvolvimento de competências profissionais, permitiu transpor para a práxis, uma melhor compreensão dos comportamentos suicidários, problemática que nos propusemos estudar. O processo de mobilização das competências desenvolvidas e adquiridas, transformou as intervenções de enfermagem, em cada plano de cuidados, numa nova ação. Representou, concomitantemente, um passo fundamental para a nossa construção de identidade pessoal e profissional, apoiadas na reflexão pessoal, neste diferentes contextos e perspetivas, permitindo o crescimento e um novo sentido ao estabelecimento da relação terapêutica.

4.2 ESTÁGIO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

O Estágio II, decorreu num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da região de Lisboa e Vale do Tejo, concretamente numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Os ACES do Serviço Nacional de Saúde (SNS), integrados nas administrações regionais de saúde (ARS), foram criados em 2008, e de entre as unidades funcionais, englobadas nos ACES, encontra-se a UCC, à qual compete, prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e

comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. (Decreto-Lei n.º 28/2008, Diário da República I série, n.º 38, artigo 11.º). Intervenções em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade, tais como o PNSE, são áreas prioritárias, da carteira de serviços da UCC. (Despacho n.º 10143/2009, Diário da República: II série, nº 74, p. 15440)

A UCC intervém na população residente e inscrita na área geográfica do concelho onde se encontra, sendo constituída por uma equipa multiprofissional (médico, higienista oral e psicóloga), com 5 enfermeiros das diferentes áreas de especialidade (Saúde Mental e Psiquiátrica, Saúde Infantil e Pediatria e Saúde Materna e Obstétrica), com competências em trabalho comunitário, que funciona em articulação com as diversas unidades funcionais do ACES, e com as parcerias comunitárias a nível local.

As atividades da Saúde Escolar, são em trabalho por projeto e em rede, com o objetivo de promoção e proteção da saúde e bem-estar e o sucesso educativo das crianças e jovens inseridos na comunidade educativa. O parque escolar contempla desde ensino pré-escolar a ensino secundário/ técnico e profissional, com milhares de alunos inscritos na rede escolar no ano letivo 2021/2022.

O contexto comunitário permitiu-nos conhecer e desenvolver várias vertentes da intervenção do EESMP.

Segundo dados do Programa Nacional de Saúde Mental, o número de doentes registados nos cuidados de saúde primários com perturbações mentais tem vindo a aumentar desde o ano de 2011 e a sua tendência é “aumentar em 25% o registo de pessoas com ansiedade e depressão” (DGS, 2017, p. 5).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2009):

“tratar as perturbações mentais tão cedo quanto possível, holisticamente, e perto da casa e da comunidade da pessoa, leva aos melhores resultados de saúde. Além disso, os cuidados primários oferecem oportunidades incomparáveis para a prevenção das

perturbações mentais e a promoção da saúde mental, para a educação da família e da comunidade e para a colaboração com outros sectores.” (p. 10).

O domicílio uma oportunidade de se estar mais próximo da pessoa/família, facilitando o estabelecimento de uma relação de confiança e a identificação precoce e adequada das necessidades da família (Gaspar, 2011), “essa especificidade permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial.” (Regulamento nº 515/2018, Diário da República: II série, n.º 151, p. 21427). Deve nortear a sua atuação “tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.” (Regulamento nº 515/2018, Diário da República: II série, n.º 151, p. 21427).

A consulta de ESMP em contexto domiciliário, permite trabalhar com cliente e família para que consigam apresentar uma adequação das suas respostas face à doença mental, e assim conseguir-se uma melhor integração social do doente e melhor qualidade de vida para os elementos dessa família.

Famílias cuidadoras de pessoas com doença mental grave, vivem desafios, situações de stress e sobrecarga, o que compromete o *recovery* e a saúde e bem-estar do cuidador, pelo que, intervenções psicoeducativas se apresentam como benéficas, facto corroborado pela OE, que alude a que o EESMP, “Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.” (Regulamento nº 515/2018, Diário da República: II série, n.º 151, p. 21430), devendo para tal, implementar estratégias e atividades individualizadas, entre elas: “ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar.” (Regulamento nº 515/2018, Diário da República: II série, n.º 151, p. 21430).

A visita domiciliária constitui-se como uma intervenção autónoma, ancorada na relação de ajuda estabelecida com a pessoa/família com experiência de doença mental. Enquanto intervenção especializada, deve ser guiada por padrões de qualidade e tem por base a relação de ajuda, numa abordagem holística à pessoa/família com experiência de doença mental (OE, 2011). Apresenta-se como uma estratégia eficaz na deteção precoce de desvios de saúde e no

acompanhamento de medidas instituídas para o bem-estar dos utentes, trazendo benefícios à comunidade (Oliveira et al., 2012).

Importa pensar o cliente como um sistema aberto (biológico, cognitivo, emotivo, social, afetivo e espiritual), composto de dimensões: (sensações, perceções, pensamentos, emoções e necessidades) em constante interação com o ambiente. Igualmente considerar profissional de saúde – Enfermeiro, um sistema aberto, com as mesmas dimensões, porém possuidor de maior conhecimento, de si, do seu papel enquanto profissional, também habilidades e dotado de técnicas de comunicação e intervenção, que procuram ser facilitadoras numa relação terapêutica, através da relação de ajuda.

A relação é reciprocidade e não existe isolada, deve por isso ser sempre contextualizada, no espaço e no tempo. As entrevistas ocorridas no domicílio do utente, enriqueceram a relação de ajuda, que como explana Buber (2001) permitem absorver a envolvimento, servindo assim de mais um recurso na relação face-a-face.

Assim, o foco de Enfermagem foi o de capacitar o utente e a família para que consigam, em conjunto, responder às exigências das mudanças que ocorrem durante o ciclo vital (Figueiredo, 2009). Importa que estes recebam formação e treino para adquirirem competências, desempenhando um papel de parceiros nos cuidados (CNRSM, 2007). Esta, é uma abordagem terapêutica que tem como objetivo ensinar o utente e família sobre a doença e tratamento, relacionando ferramentas pedagógicas e psicológicas (Lemes & Neto, 2017).

No Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental da OE, psicoeducação é definida como “ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos fatos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa.” (OE, 2001, p. 16). Como técnica, a psicoeducação “relaciona os instrumentos psicológicos e pedagógicos com objetivo de ensinar o paciente e os cuidadores sobre a patologia física e/ou psíquica, bem como sobre seu tratamento, assim, é possível desenvolver um trabalho de prevenção e de conscientização em saúde.” (Lemes & Neto, 2017, p. 17).

Realizámos visita domiciliária de SMP a um utente com diagnóstico clínico de Esquizofrenia. Mostrou ser o *setting* ideal, que permitiu a comunicação eficaz, com recurso a comunicação não verbal, a seu tempo, com partilha de fotografias e recordações, que sabemos corresponder a

grande parte do conjunto da nossa comunicação/interação. Permitiu ao utente colocar as suas dificuldades em palavras e inteirar-me dos seus pedidos de ajuda, tendo sido elaborado um projeto terapêutico (5 sessões, recurso a entrevista formal não estruturada, com pergunta inicial aberta e seguintes fechadas, a fim de aprofundar o tema e esclarecer a importância da adesão terapêutica), recorrendo à escuta ativa, a fim de compreender as mensagens verbais e não verbais que emergiam, com a finalidade de as devolver ao cliente, servindo de espelho emocional. Foi, assim, possível ter consciência de processos de transferência e contratransferência ocorridos.

A adesão terapêutica foi promovida, com VD semanais, sendo que a relação de ajuda e intervenção psicoeducativa e psicossocial, contribuíram para a estabilidade gradual do utente e da família (mãe), que retomou o trabalho fora de casa, o que traduz claramente ganhos em saúde. Promover literacia em saúde e fomentar a sua participação nos cuidados, poderá trazer melhores resultados na capacitação das pessoas (Sin et al., 2007).

As atividades acima descritas, em contexto domiciliário, permitiram o desenvolvimento de técnicas de comunicação e relacionais com destaque para o envolvimento e integração da família como o nosso utente de cuidados. Experienciámos a relevância e influência da família, como parceira de cuidados, ambos, família e utente, como intervenientes ativos na relação.

De acordo com a Organização das Nações Unidas, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais deve duplicar entre 2007 e 2050, e seu número atual deve mais que triplicar, alcançando dois bilhões em 2050, sendo necessário ter um olhar direcionado para a saúde dessa população.

Com o avanço da idade o funcionamento cognitivo começa a deteriorar-se, manifestando-se, numa fase final da vida, uma precipitação desse declínio. Para além de alterações biológicas, a pessoa idosa sofre alterações relacionadas com os sistemas sensoriais, sendo estes os responsáveis pela relação da pessoa com o mundo, e essas alterações espelham-se nos comportamentos, que muitas vezes não são compreendidos e analisados da melhor forma (Zimerman, 2000).

A prevenção do declínio no funcionamento cognitivo das pessoas idosas pode ser obtida através da implementação de programas de estimulação cognitiva, isto é, que promovam a manutenção das capacidades sensorio-percetivas e das funções psicomotoras e cognitivas como a memória, a atenção, a concentração, a linguagem/pensamento, no sentido de fomentar a

autonomia e independência do idoso e, por conseguinte, a sua qualidade de vida. A estimulação sensorial permite promover o envelhecimento saudável e contornar determinados fatores característicos do envelhecimento, e pode ser caracterizada como uma intervenção terapêutica ou de suporte, que proporciona a estimulação ativa dos sentidos primários tendo em conta diversos objetivos e finalidades, e sem recurso a processos cognitivos complexos (Martins, 2015).

Com a institucionalização, os idosos podem vivenciar o desamparo, a desmotivação, a angústia e a depressão, bem como a progressão das limitações físicas e cognitivas, ainda mais diante uma rotina diária generalizada, em que os cuidados básicos passam a ser realizados por terceiros, independente da capacidade de realização pelo próprio idoso. É necessário o desenvolvimento de intervenções por parte dos profissionais da saúde - EESMP, com foco na qualidade de vida e no envelhecimento ativo e saudável, que possibilitem a preservação desses aspetos na população idosa.

Sob o tema “Recordar é Viver”, foram realizadas sete sessões de estimulação cognitiva e sensorial, em grupo, a 78 idosos frequentadores de um programa de ocupação de tempos livres da Câmara Municipal, e a 50 idosos frequentadores de Centros de Dia, sob o tema “Aguçar os sentidos”. Como critérios de inclusão, foram considerados idosos com Deficit Cognitivo moderado e leve, selecionados através da aplicação da *Mini Mental State Examination*, que manifestaram interesse em participar na atividade.

Tiveram o objetivo promover o envolvimento em atividades que visam uma melhoria geral do funcionamento cognitivo, sensorial e social. Foram estimulados os cinco sentidos, com recurso a alimentos, objetos e sons (fotografias, música, vídeos, livros), tão diversificados quanto possível, adequados à região geográfica onde residem, ao contexto social e atividades profissionais passadas, por forma a estimular a participação e satisfação e fomentar a partilha de experiências.

Procurou-se a estimulação da memória, sobretudo na memória remota, que segundo Phaneuf (2010, p. 168), tem como objetivos “a estimulação das faculdades cognitivas e de reforço dos laços afectivos”. Estas atividades são promotoras de autoestima e auto-perceção de saúde, aumentam o bem-estar e a satisfação de vida, prevenindo, desta forma, o aparecimento de sintomatologia depressiva e, atenuam o isolamento social (Gonçalves & Carrilho, 2008).

Foi sendo dado feedback das interações, ao longo da sessão, com intenção de integrar os idosos no desenrolar da atividade. No fim das sessões, percebeu-se que o estímulo de cada sentido possibilitou o resgate de memórias e experiências vivenciadas no quotidiano, incentivando os idosos a recordarem texturas, imagens, sons, sabores e odores, facilitando a interpretação do cérebro no processo cognitivo.

O questionário de satisfação foi preenchido por cerca de 90% dos idosos, com grau de satisfação “Muito satisfeito”, às questões de duração da sessão, conteúdos abordados, interação com o enfermeiro e mudanças no meu dia. Quanto à questão aberta: “recomendaria esta sessão a outras pessoas?”, 100% dos idosos respondeu que sim. Concluiu-se que trabalhar com os sentidos é uma estratégia para estimular a memória de pessoas idosas, pois propicia o resgate de vivências, contribui para a capacidade de raciocínio, atenção e percepção, além de melhorar o processo de aprendizagem.

Como afirma Zimerman (2000, p. 133), "estimular é criar meios de manter a mente, as emoções, as comunicações e os relacionamentos em atividade. A estimulação é o melhor meio para minimizar os efeitos negativos do envelhecimento e levar as pessoas a viverem em melhores condições.". É indiscutível a necessidade de aprimorar os programas de intervenção, integrando nestes uma abordagem atenta e direta à personalidade e particularidade de cada idoso institucionalizado (Santos & Paúl, 2006).

Esta atividade tornou-se viável na articulação com os parceiros sociais (IPSS) e parceiros políticos (Câmara Municipal), com o objetivo de promoção da saúde mental e prevenção da doença mental. Trouxe desafios comunicacionais, pelo recurso a novas tecnologias e limitações pelo uso de máscaras faciais que interferiram no diálogo e compreensão da comunicação verbal. Da mesma forma, possibilitou que fossem explorados os restantes sentidos (olfato, visão, paladar e tato), lembrando-nos que a intervenção do EESMP não é um caminho linear, que, pelo contrário, nos obriga a adaptações constantes para alcançar a meta definida, e que nisso consiste também a riqueza da sua intervenção.

A WHO (2001) aponta que as escolas se tornaram um dos contextos mais importantes para a promoção de intervenções em crianças e jovens, e “os projetos de educação para a saúde na escola devem continuar a privilegiar uma ação com um carácter de continuidade, integrada nas

dinâmicas curriculares e organizacionais da Escola e enquadrada pelo seu Projeto Educativo” (Batista & Sousa, 2007, p. 17).

O programa de promoção de saúde mental em Contexto Escolar “+ Contigo”, tem uma “intervenção multinível em rede no âmbito da promoção da saúde mental e bem-estar e da prevenção de comportamentos da esfera suicidária” que integra atividades de desenvolvimento de competências socio emocionais (Santos, 2014). A população alvo do projeto são os adolescentes do 3º ciclo e ensino secundário e as pessoas com maior proximidade (assistentes operacionais, professores e encarregados de educação), sendo que a UCC tem unicamente como população alvo o 3º ciclo – 7º/8º ano de escolaridade. As metodologias de intervenção utilizadas nas sessões foram: a expositiva; debate de situações concretas; o role-play e jogos socioterapêuticos. Com a finalidade de adquirir conhecimentos sobre esta temática, participámos no curso de dinamizadores “Mais Contigo” e nos encontros “Mais contigo”, da Região Centro (2021) e da Região de Lisboa (2022).

A participação no programa “Mais contigo”, permitiu-nos intervenções de enfermagem no âmbito da promoção de saúde mental em contexto escolar. Com efeito, segundo o Modelo Sistémico de Neuman (Neuman & Fawcett, 2011), a prevenção primária passa por fortalecer as linhas de defesa através da redução de fatores de risco e da prevenção do stresse, que diz respeito ao conhecimento geral que se aplica na avaliação e intervenção do cliente/sistema na identificação e redução ou mitigação de fatores de risco possíveis ou reais associados a stressores ambientais para impedir uma possível reação (Tomey & Alligood, 2004).

O PNSE, indica que na Escola: “a aquisição de competências para a saúde (empowerment) passa por valorizar os fatores pessoais protetores que favoreçam a saúde (salutogénese), num equilíbrio dinâmico entre alunos e o contexto escolar, a gestão de emoções, o estabelecimento de relações gratificantes e a compreensão das implicações das suas escolhas individuais” (DGS, 2015a, p. 18).

Tendo em conta a intervenções de enfermagem em contexto escolar, ao nível da prevenção primária e secundária, torna-se necessária a identificação dos possíveis agentes de stress, dos mecanismos de *coping* e dos recursos da comunidade educativa. Intervenções de enfermagem ao nível da prevenção, através da sensibilização e capacitação dos professores para prevenção dos comportamentos suicidários nos adolescentes, possibilitam o seu papel como gatekeepers.

Nas possíveis situações de sofrimento mental, identificadas nos adolescentes, cabe ao EESMP intervir e encaminhar precocemente para cuidados especializados em articulação com outros profissionais de saúde, a fim de restituir o seu equilíbrio.

No decorrer dos estágios, foi identificada uma problemática, prevalente, impactante na saúde mental da população adolescente, com carência de intervenção. Por conseguinte, foi planeado, desenvolvido e avaliado o projeto de intervenção, cumprindo um cronograma de atividades.

A questão de Investigação definida como ponto de partida de todo o Projeto e estruturada de acordo com o acrónimo PICO, sendo P (População – adolescentes do ensino secundário), I (Intervenção – prevenção dos comportamentos suicidários nos adolescentes), C (Contexto – ensino secundário), O (Outcomes – intervenções do EESMP), é: Quais as intervenções do EESMP na prevenção do comportamento suicidário nos adolescentes?

Foi desenvolvido e implementado o Projeto de Intervenção denominado: Sensibilização e capacitação dos professores para a prevenção do comportamento suicidário na adolescência. Este Projeto firma-se na Metodologia de Projeto que se centra “na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real.” (Ferrito et al., 2010, p. 3). É criada união entre a teoria e a prática, na medida em que o conhecimento teórico proveniente da investigação do problema irá fundamentar a intervenção para a sua resolução (Ferrito et al., 2010).

Por forma a garantir o rigor científico, e auxiliar a concretização dos objetivos, são cumpridas etapas, que neste Relatório enumero: o Diagnóstico de Situação, Definição de Objetivos, Planeamento, Execução e Avaliação dos Resultados Obtidos.

Em contexto do Estágio hospitalar – internamento de adolescentes e jovens (15-25 anos), verificou-se elevada prevalência de comportamentos suicidários, o que nos despertou para a necessidade de desenvolvimento de competências nesta área específica. Pensar e implementar estratégias em torno da problemática da prevenção dos comportamentos suicidários nos adolescentes, apresentou-se-nos como essencial.

A primeira fase da Metodologia de Projeto apresenta-se como um processo “dinâmico, no qual a caracterização da situação é contínua, permanente e com atualizações constantes.” (Ferrito et al., 2010, p. 10). Segundo os mesmos autores nesta fase descrevem-se os fundamentos que posteriormente justificam as intervenções, realizando colheita de informação objetiva e qualitativa, e uma análise da situação do ponto de vista social, económico e cultural (Ferrito et al., 2010).

Com a intenção primordial de estudar a evidência científica atual e relevante acerca da problemática, foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) (Apêndice I). Segundo Mendes et al. (2008), uma RIL permite agrupar e sintetizar resultados de pesquisas sobre uma temática ou questão, de forma sistemática e ordenada, contribuindo para aprofundar o conhecimento do fenómeno investigado, tratando-se assim, de um método de investigação utilizado na Prática Baseada na Evidência e que permite integrar as evidências encontradas na prática clínica. A “revisão integrativa é uma abordagem que permite a inclusão de estudos que adotam diversas metodologias (ou seja, experimental e de pesquisa não experimental).” (Botelho et al., 2011, p. 127).

A RIL teve como objetivos específicos, identificar as intervenções do EESMP na prevenção do comportamento suicidário na adolescência. Foram identificadas as seguintes intervenções: aconselhamento e suporte emocional na escola; promoção da resiliência e estratégias de *coping*; envolvimento da comunidade escolar; alteração positiva no conhecimento e atitude perante o suicídio; sensibilização dos professores, prevenção, deteção e acompanhamento de casos de *bullying*; promoção das ligações entre alunos e comunidade escolar, a fim de diminuir o *ciberbullying*. Verificou-se igualmente falta de evidência científica que suporte o papel do enfermeiro na escola e pouco reconhecimento na equipa de Saúde Mental, carência de competências para atuação em situações mais graves, intervenção insuficiente na prevenção dos comportamentos suicidários. Associa-se a utilização de Serviços de Saúde Escolares a uma melhor saúde mental (menos sintomas de depressão, menos dificuldades emocionais e comportamentais, e menor risco de suicídio). Concluiu-se que o EESMP, desempenha um papel fundamental pelas suas competências específicas, estando em contexto escolar, estrategicamente bem posicionado para intervir junto dos adolescentes com comportamentos da esfera suicidária.

De acordo com o PNSE, a escola é um local privilegiado para o desenvolvimento e para a promoção de comportamentos saudáveis, e nesse sentido, a Saúde Escolar tem o desafio de, com a suas intervenções, proporcionar na comunidade educativa ambientes favoráveis à melhoria da literacia em saúde e redução das desigualdades, possibilitando a tomada de decisões responsáveis que se traduzam, a longo prazo, em ganhos em saúde. Por outro lado, salienta-se a proximidade estabelecida entre a comunidade educativa e a saúde escolar, criando parcerias essenciais para que a saúde se torne parte efetiva do desenvolvimento de toda a população educativa (DGS, 2015a). O LIVE LIFE - guia para a prevenção do suicídio – implementado pela WHO (2021c), destaca a importância das intervenções em contexto escolar, envolvendo toda a comunidade escolar, considerando pais/educadores, professores/funcionários, e estudantes/associações de estudantes.

Assim, tornou-se evidente que, a implementação de um Projeto de Intervenção de Enfermagem nesta área, seria bastante pertinente. O contexto escolar, traz ao EESMP, um campo riquíssimo de trabalho, pois permite intervir junto dos adolescentes e da comunidade educativa. O papel dos professores, reveste-se de extrema importância, pela posição de proximidade que têm com os adolescentes num grande período do dia, da convivência e interação, sendo essencial sensibilizá-los para a problemática e capacitá-los para intervir, através da sinalização e encaminhamento, corretos e atempados, para os serviços de saúde.

O projeto teve como objetivo geral, identificar as intervenções do EESMP, na prevenção do comportamento suicidário nos adolescentes, e como objetivos específicos: promover a reflexão sobre Saúde Mental/ literacia em Saúde Mental, nomeadamente sobre prevalência e estigma dos comportamentos suicidários na adolescência; sensibilizar e capacitar os professores para identificação de fatores de risco de comportamento suicidário nos adolescentes; sensibilizar e capacitar os professores para a identificação da rede de apoio/respostas de cuidados de saúde, para sinalização/referenciação e encaminhamento dos adolescentes em risco; identificar a necessidade de intervenção do EESMP, no âmbito da prevenção do comportamento suicidário, em contexto escolar- ensino secundário; identificar as competências que pretendemos desenvolver no âmbito do EESMP em articulação com as competências do grau de mestre.

Na fase metodológica do projeto são estabelecidos os métodos para a realização da investigação, bem como a definição dos métodos a aplicar para dar resposta à questão de investigação, a definição da amostra/população e a seleção dos instrumentos para a colheita de dados (Fortin, 2009), e corresponde à “realização, colocando em prática tudo o que foi planeado.” (Ferrito et al., 2010, p. 23).

A implementação do Projeto de Intervenção proposto decorreu de setembro a janeiro de 2022. Definimos como critérios de inclusão na população-alvo: professores do ensino secundário; a lecionar durante o período de realização do estágio/ implementação do Projeto de Intervenção; professores que participem nas sessões de sensibilização e capacitação acerca da prevenção de comportamentos suicidários nos adolescentes. Na fase de execução do Projeto de Intervenção, foram realizadas três sessões, num total de 56 participantes, subordinadas ao tema: Saúde mental na adolescência: prevenção de comportamentos suicidários nos adolescentes. No final das sessões, foi solicitado o preenchimento de breve questionário de satisfação, por forma a compreender a importância e utilidade da temática na sua prática profissional, bem como a correspondência com as suas expectativas (duas questões de resposta fechada – sim/não), e sugestões/comentários.

Na etapa avaliação, assume-se como necessário verificar a concretização dos objetivos, resultando numa avaliação positiva ou negativa. Quando positiva deve-se verificar a “pertinência desse objetivo, ou seja, questionar se atingir o objetivo foi útil ao processo ou se, após o término do projeto, constata-se que o mesmo não era relevante, e quais as possíveis justificações.” (Ferrito et al., 2010, p. 26).

A resposta às questões: Esta sessão de formação, sobre a prevenção de comportamentos suicidários nos adolescentes foi útil para si? – obteve “sim” como 100% das respostas; A temática correspondeu às suas expectativas? - obteve “sim” como 100% das respostas. Nestes resultados pudemos constatar que o Projeto de Intervenção foi bem-sucedido no atingimento do seu objetivo geral, pois foi possível identificarmos intervenções do EESMP, na prevenção do comportamento suicidário nos adolescentes.

Durante as sessões, os professores colocaram questões e esclareceram dúvidas acerca da literacia em saúde mental e principalmente acerca da sinalização e encaminhamento dos adolescentes em risco. Em discussão de determinados acontecimentos e vivências, destacaram

a importância do conhecimento dos fatores de risco e sinais de alarme dos comportamentos suicidários nos seus alunos, que até então, referiram desconhecer a sua maioria. Ficaram igualmente elucidados quanto ao encaminhamento dos alunos para os serviços de saúde, referindo que abordam e discutem, informalmente, as situações preocupantes relativas aos alunos em risco ou com comportamentos suicidários, porém o encaminhamento reflete uma pequena percentagem. A maioria dos professores manifestou sentir necessidade de reforço da formação aos docentes e não docentes, neste âmbito, a cada ano letivo, contemplando a restante comunidade educativa. Como sugestão comum, referiram a necessidade e importância da presença do EESMP em contexto escolar, a fim de apoiar, no estabelecimento de ensino, alunos e comunidade educativa.

Consideramos que o Projeto de Intervenção conseguiu trazer contributos importantes para a literacia em saúde dos participantes, na perspetiva de uma maior sensibilização e compreensão dos comportamentos suicidários e da suma importância do seu papel, como gatekeepers, na prevenção dos mesmos, tal como plasmado no PNPS.

Este projeto de intervenção, reveste-se de importância pelo caráter de promoção da saúde mental e de prevenção dos comportamentos suicidários nos adolescentes, o que nos trouxe mais conhecimento sobre a adolescência, sobre os comportamentos suicidários e intervenções do EESMP na prevenção dos mesmos. O contexto escolar apresentou-se-nos como o ideal para um projeto de intervenção sobre esta problemática, facto corroborado pelos resultados e conclusões a que chegámos. O feedback dos docentes, permitiu-nos analisar e refletir sobre a intervenção do EESMP em contexto escolar, com intenção de replicar o projeto noutras instituições de ensino, pela necessidade premente de intervenção nesta área.

Apresentou-se como necessário, aos enfermeiros do ACES, a criação de um grupo de triagem e encaminhamento de psiquiatria da Infância e Adolescência – GTEPIA, pela elevada prevalência de situações de comprometimento da saúde mental. São sinalizadas crianças e adolescentes à equipa local de saúde, que apresentem comprometimento da sua saúde mental, a fim de serem assistidas por profissionais especializados. Este grupo tem como objetivos: avaliar os casos referenciados de modo a fazer uma triagem rigorosa; garantir o acesso a consultas e tratamento a todas as crianças/jovens com problemas/perturbação de saúde mental; mobilizar recursos para melhor fundamentação e referenciação das situações; articular

com o médico de família/ de recurso para referência para a especialidade médica mais adequada; intervir nas famílias para garantir a adesão às consultas e tratamento.

Tivemos oportunidade de colaborar na operacionalização do GTEPIA, participámos na discussão de casos e nas reuniões. Com a finalidade de uniformizar critérios de referência e exclusão, para psicologia, pediatria e pedopsiquiatria, e dar a conhecer ao ACES, o grupo, elaborámos um documento uniformizador, bem como realizámos sessão de divulgação na Unidade de Saúde.

Esta equipa/grupo é maioritariamente constituída por enfermeiros especialistas, onde a participação do EESMP, dá relevância ao seu papel, na avaliação das situações e no encaminhamento correto e o mais precoce possível, para cuidados de saúde diferenciados no âmbito da Saúde Mental, refletindo desta forma, ganhos em saúde.

A participação nesta atividade, possibilitou o nosso envolvimento nas várias áreas de intervenção do EESMP, em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), com realce para a interdisciplinaridade do ambiente comunitário. Permitiu tomar conhecimento dos casos referenciados, das suas especificidades e proceder à intervenção de enfermagem, mais adequada para cada criança e família (analisando recursos familiares). Por força do combate à pandemia por Covid-19, vários projetos e programas foram suspensos abruptamente. A nossa participação, permitiu reagrupar dados, encerrar estatísticas, elaborando um relatório do último ano do GTEPIA.

5 COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

A enfermagem relaciona competência, exercício profissional e contexto. O conceito de competência traduz-se na capacidade de avaliação das circunstâncias da pessoa alvo dos nossos cuidados, e na mobilização de recursos e conhecimentos por forma a intervir tendo em vista o seu maior bem-estar possível.

O desempenho de funções de EESMP, num conjunto de intervenções específicas, que através de indicadores, sejam de estrutura, processo ou resultado, se traduzam em ganhos em saúde, refletem assim a qualidade dos cuidados padronizados. Analisando estes mesmos ganhos, o caminho, metodologia e recursos para o seu alcance, procurámos refletir sobre a importância da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Neste capítulo, destacamos atividades às quais foram atribuídas especial importância pelo seu contributo, para atingir o delineado no Regulamento das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

5.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do Enfermeiro Especialista encontram-se elencadas no Regulamento nº 140/2019, Diário da República: II Série, nº 26, sendo que se entende por competências comuns:

as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (p.4746).

Os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista passam pela responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

As intervenções de enfermagem desenvolvidas nos estágios, estão assentes nestes quatro domínios, começando pela garantia de que toda a prática profissional, ética e legal se encontra em conformidade com os princípios éticos e deontológicos da profissão com o respeito máximo pelos direitos humanos. O papel dinamizador do enfermeiro especialista, na melhoria contínua da qualidade reflete-se no desenvolvimento de programas de melhoria contínua, desenvolvimento e suporte em estratégias na área de governação clínica e garantia de um ambiente terapêutico e seguro.

A ética e a deontologia em enfermagem surgiram como guias orientadores da ação, permitindo-nos a tomada de decisão em consciência e em responsabilidade, sendo esta algo inerente ao papel assumido perante a sociedade decorrente de um compromisso profissional de cuidado humano (Nunes, 2008). Com esta responsabilidade inerente a uma tomada de decisão torna-se pertinente que existam reflexões sobre as decisões e situações que se nos impõem, sob a premissa de que a pessoa é “um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, crenças e desejos de natureza individual, o que torna a pessoa um ser único, com dignidade própria e com direito a autodeterminar-se” (OE, 2001, p. 8).

Na Lei de Saúde Mental, enuncia-se que o utente dos serviços de saúde mental tem o direito de “ser informado, por forma adequada, dos seus direitos, bem como do plano terapêutico proposto e seus efeitos previsíveis”, “receber tratamento e proteção, no respeito pela sua individualidade e dignidade” e “decidir receber ou recusar intervenções diagnósticas e terapêuticas propostas, salvo quando for caso de internamento compulsivo ou em situações de urgência em que a não intervenção criaria riscos comprovados para o próprio ou para terceiros.” (Lei nº 36/98. Diário da República: série I-A, n.º 169, art. 5º, p. 3544)¹

Verificou-se o desenvolvimento de uma prática profissional e ética dentro do nosso campo de intervenção, suportando as decisões em princípios, valores e normas deontológicas. Assentes

¹ Competência A1 - Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional

no código deontológico dos enfermeiros (CDE) (Decreto-Lei n.º 156/2015. Diário da República: I série, n.º 181), pois entendemos que se alicerçam, nos direitos fundamentais e legalmente protegidos das pessoas ao seu cuidado e igualmente nos direitos legalmente protegidos do enfermeiro, enquanto garantia de qualidade na prestação dos cuidados de enfermagem. O CDE é fonte consolidada que não só disciplina a tomada de decisão do enfermeiro, como também o seu agir quotidiano, nas diferentes áreas de exercício profissional, nomeadamente, nas intervenções que leva a cabo na prestação de cuidados de enfermagem. O pilar fundamental para os documentos legais nacionais apresentados é a Constituição da República Portuguesa, (Decreto-Lei n.º 86/1976. Diário da República: I série, n.º 86) que vai ao encontro da Declaração Universal dos Direitos Humanos, nomeadamente dos seus artigos 1.º, 2.º e 3.º.

Foi igualmente conseguida a segunda competência comum do enfermeiro especialista, que assentou no princípio de que o enfermeiro presta cuidados, reconhecendo a dignidade do outro, respeitando a sua forma de pensar e a sua visão do mundo, estabelecendo limites que proveem do quadro deontológico (Nunes, 2016).

Desenvolvemos a capacidade de promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, tendo em vista a proteção da segurança, privacidade e dignidade do utente.²

Um projeto de melhoria dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, exige uma visão partilhada por todos, tendo em vista a melhor sensação de bem-estar possível, para cada pessoa. Tem como base uma liderança mobilizadora, na definição de prioridades e objetivos de qualidade (claros, concisos, realistas e mensuráveis, que traduzam ganhos em saúde), com implementação de projetos de trabalho que sejam uma mais-valia para todos (beneficiário dos cuidados, o profissional de saúde, o estabelecimento de saúde, e mesmo a sociedade).

De acordo com o Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental, de 25 de junho de 2015 (Regulamento n.º 356/2015, Diário da República: II série, n.º 122) a problemática identificada - Tentativas de suicídio na população adolescente e jovem adulta - encontra-se enquadrada na categoria da Promoção da Saúde, Prevenção de Complicações, e Satisfação do Cliente. Neste sentido, desenvolvemos um projeto

²Competência A2- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;

de melhoria contínua da qualidade de cuidados de enfermagem - A vida por um fio - que pode ser o início de um caminho profícuo na implementação de um programa de prevenção do suicídio no adolescente e jovem adulto, na instituição de saúde. Colaborámos igualmente na operacionalização de projetos instituídos nos contextos clínicos.

Foi igualmente implementado um projeto de intervenção, denominado: Sensibilização e capacitação dos professores para a prevenção do comportamento suicidário na adolescência, com o intuito de melhorar os cuidados prestados à população adolescente, com ganhos efetivos de saúde e bem-estar. O projeto de intervenção desenvolvido, deu cumprimento à nossa área de interesse de estudo, e simultaneamente à necessidade partilhada pela equipa de enfermagem, nomeadamente saúde escolar, pela carência de recursos perante as solicitações da comunidade docente. As atividades descritas, comprovam a aquisição das competências B1 e B2.³

Foram adotados comportamentos e atitudes que pudessem garantir um ambiente terapêutico e seguro, gerindo o risco, para proteção do utente/família/comunidade.

Em contexto hospitalar, a gestão do risco e promoção do ambiente terapêutico, nos espaços físicos partilhados pelos utentes, quer em dinâmicas de grupo, quer em momentos espontâneos, foi um desafio superado. Na mesma medida, a promoção e manutenção de um ambiente seguro aquando da partilha de experiências e vivências, com temas dispares, por vezes fraturantes, mostrou-se possível.

Participámos na gestão do risco em saúde, com colaboração na conceção de documento institucional (estágio hospitalar), pela sua importância para a saúde e segurança do utente na qualidade dos cuidados prestados. O objetivo prendeu-se com a necessidade de notificar, tratar e monitorizar os fatores de risco, para prevenir eventos adversos, potenciadores de causar dano aos utentes e instituições. Adquirimos a capacidade de manter um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança para o cliente.⁴

³ Competência B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; competência B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

⁴ Competência B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro

Em parceria com os utentes, desenvolveram-se estratégias de resolução dos problemas, com a avaliação dos resultados obtidos, sempre que possível, concomitantemente com o supervisor clínico/equipa de saúde, a fim de e promover a reflexão e o surgimento de novas propostas de intervenção. Esta metodologia esteve presente quer na abordagem individual, quer de grupo, tendo sido realizados ajustes a cada intervenção, por via do feedback e análise das atividades realizadas.

Verificou-se capacidade de trabalho em equipa multidisciplinar, reconhecendo e compreendendo os distintos e interdependentes papéis e funções de todos membros da equipa, promovendo um ambiente positivo e favorável à prática.

Foram apresentados, o Projeto de Intervenção e o GTEPIA, à equipa de saúde, que proporcionou uma discussão profícua, e que almejamos ter promovido uma mudança positiva no investimento na Saúde Mental e Psiquiátrica, em contexto de CSP.

Sempre que a delegação de tarefas de enfermagem, a pessoal funcionalmente dependente e com competência e preparação para as executar (OE, 2015), se apresentou como necessária, foi cumprida. Face ao que foi exposto, consideramos que a aquisição das competências incluídas no domínio da competência C (Gestão dos cuidados) foram adquiridas com sucesso, ancoradas concomitantemente, nos conhecimentos apreendidos nas Unidades Curriculares de Gestão em Saúde e Governação Clínica, Políticas e Modelos de Cuidados de Saúde e Epistemologia, Ética e Direito em enfermagem.⁵

O último domínio das competências comuns do EE diz respeito ao Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (D) e inclui duas competências que são: D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019).

Foram fatores importantes para aquisição da competência D1, as UC- Desenvolvimento pessoal em Saúde Mental e Relação de Ajuda em Saúde Mental, a par com a experiência e relação estabelecida com os utentes, assim como, com os enfermeiros supervisores. O investimento pessoal realizado no autoconhecimento, foi central para as intervenções

⁵ Competência C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; competência C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados;

realizadas na consciência do poder da comunicação e da assertividade. Importa ter a consciência que as palavras têm materialidade, e que o sentido das palavras é estimulado para se modificar constantemente. Na relação terapêutica não é só o utente que vai fazer o seu processo de crescimento e mudança, também o terapeuta fará um caminho de crescimento profissional e pessoal (Rogers, 2009). Ao longo deste percurso académico, consideramos que a postura assertiva, disponível e empenhada no processo de aprendizagem, permitiu a criação de boas relações profissionais com os elementos das equipas das instituições onde decorreram os estágios, contribuindo, por isso, para um ambiente, positivo e salutar. ⁶

Com base nas necessidades identificadas, quer de serviço, quer de população adolescente, foram desenvolvidos: projeto de melhoria de cuidados de enfermagem; projeto de intervenção; sistematização de critérios e informação; e apresentação do grupo de triagem e encaminhamento para psiquiatria da infância e adolescência; RIL e colaboração em documento de gestão do risco no serviço hospitalar. Perante um problema identificado, buscou-se evidência científica, que suportassem a tomada de decisão e as intervenções alicerçadas, portanto em conhecimento válido, atual e pertinente, comprovando a nossa capacidade no cumprimento da competência D2. ⁷

Perante o exposto podemos afirmar que as competências inseridas no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais foram desenvolvidas e adquiridas com sucesso. Realizada a apreciação sobre a aquisição das competências comuns do EE segue-se a análise sobre as competências do EEESMP.

5.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Cabe ao EESMP a implementação e monitorização de planos de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica que vão ao encontro do contexto existente e dos problemas e necessidade

⁶ Competência D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

⁷ Competência D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

identificadas. De acordo com o Regulamento nº 515/2018, Diário da República, II Série, N.º 151 de 7 de agosto de 2018, as competências específicas do EEESMP são:

a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;

b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;

c) 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;

d) Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio-terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (p.21427).

Foi impactante e transformador tomar conhecimento da prevalência de comportamentos suicidários nos adolescentes. As emoções, sentimentos e atitudes, dos mesmos e nossas, precipitaram, de forma insidiosa, a auto-reflexão enquanto “tomada de consciência das diversas estruturas da nossa personalidade e do seu funcionamento, e a retroação dos outros permitem-nos descobrir bastante bem quem nós somos, como somos e o que precisaríamos de fazer para melhor nos atualizarmos” (Phaneuf, 2001, p. 177). Este facto foi visto como uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional.

A relação apresenta um potencial terapêutico, na medida em que o enfermeiro vai ter influência no utente, através do uso que faz de si na interação com ele. Nela os dois intervenientes vão partilhar um crescimento pessoal a partir da relação interpessoal criada entre ambos (Peplau, 1988). A relação terapêutica é a base do cuidar em saúde mental e psiquiatria, e nesta conceção, o enfermeiro direciona as suas intervenções, tomando consciência que “é preciso não somente perceber, escutar e ouvir o outro, mas também aprender o que se passa no interior de nós próprios, identificar as emoções, os pensamentos ou as reações que as palavras suscitam em nós.” (Phaneuf, 2005, p. 22). Não foram raros os momentos de reflexão com os supervisores clínicos, tendo-se mostrado fundamentais no reconhecimento de fenómenos de contratransferência, transferência, e sua influência na relação terapêutica com os utentes.

Durante a participação e dinamização dos grupos terapêuticos, era comum a inquietação de alguns utentes, e mesmo verbalização da negação à participação, factos que inicialmente contribuíram para a nossa frustração. Com o desenrolar do estágio, procurámos transformar a frustração em aceitação e compreensão, pela aquisição de conhecimentos através de pesquisa bibliográfica sobre o comportamento, e pela partilha de vivências com os enfermeiros supervisores e equipa de enfermagem. Consideramos, por isso, adquirida a primeira competência do EESMP.⁸

O acompanhamento de utentes em contexto hospitalar e comunitário, permitiu conhecer realidades e avaliar necessidades, em diferentes etapas do ciclo de vida. Este facto, encerra em si a necessidade e importância, da individualização dos cuidados. Para tal uma comunicação adequada e eficaz na colheita de dados, através da entrevista, permite estabelecer vínculo terapêutico, e identificar as necessidades do utente (Amaral, 2010).

Espera-se que os enfermeiros exerçam o seu papel, função, tarefa ou atividade incluindo de forma integrada habilidades cognitivas, psicomotoras e sócio afetivas, demonstrando assim a sua competência (Phaneuf, 2005). A entrevista “é um tipo particular de comunicação humana que visa essencialmente ajudar o outro a ajudar-se a si-mesmo” (Chalifour, 2009, p. 59).

As atividades realizadas, nomeadamente o Estudo de Caso e o acompanhamento domiciliário, além do Projeto de Intervenção, contribuíram para sistematizar o processo de assistência à pessoa/família, na otimização da sua saúde mental. Como menciona Phaneuf (2005, p. 91), a realização destes estudos, “ajudam o profissional a descobrir as dificuldades que enfrentam as pessoas cuidadas, a identificar os problemas com uma certa precisão e, em consequência, a diagnosticá-los”. Permitem igualmente decidir sobre as intervenções a implementar para resolver as carências apresentadas, e avaliar os resultados das intervenções. Esta afirmação encerra em si a necessidade e importância de que os cuidados de enfermagem sejam individualizados, respondam às verdadeiras necessidades de cada pessoa ou grupo, o que

⁸ F1.1. Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.

exige aceder a esta mesma individualidade, e isto só se torna possível através de uma comunicação adequada e eficaz.

Com base no que foi explanado, consideramos ter sido adquirida a segunda competência do EESMP, cumprindo todos os critérios de avaliação para as três unidades de competência.⁹

As atividades de enfermagem desenvolvidas, em contextos hospitalar e comunitário, com vista à promoção e proteção da saúde e prevenção da doença mental, tiveram sempre por base a identificação das necessidades de intervenção especializada no âmbito do EESMP, seguindo a premissa dos autores Saraiva & Garrido (2014, p. 58), em que “a avaliação torna-se intervenção e semente da aliança terapêutica”.

No papel de terapeuta de referência, o enfermeiro assume a metodologia de gestão de caso, garantindo a continuidade de cuidados, implementando estratégias individualizadas para que o utente possa desenvolver conhecimentos e estratégias adaptativas para melhor gerir o seu problema. A identificação dos stressores, seguindo as premissas do Modelo de Betty Neuman, e as medidas de intervenção de enfermagem, ao nível dos vários níveis de prevenção, permitiram ganhos em saúde, traduzidos no equilíbrio do sistema cliente, no seu máximo bem-estar possível, com clara melhoria na adesão terapêutica e controlo sintomático, bem como cumprimento das Atividades de Vida Diárias (AVD), restabelecendo a harmonia familiar (Neuman, 2011).

Foi possível identificar diagnósticos passíveis de intervenção e foram desenvolvidas intervenções e avaliados os resultados, de acordo com o PIC, com claras redefinições do mesmo ao longo do tempo. “A gestão de caso efetivada por enfermeiros resulta numa valorização do desenvolvimento de relações de confiança mútua, e numa profunda compreensão e validação das necessidades individuais e recursos da pessoa, promotoras do seu autocuidado, em situações complexas e crónicas, utilizando a comunicação e os recursos disponíveis para produzir qualidade em cuidados de saúde.” (Almeida & Amendoeira, 2015, p. 340).

⁹ 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; F2.3. Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.

Dando cumprimento ao Processo de Enfermagem, utilizou-se a linguagem CIPE (Internacional Council of Nurses [ICN], 2016), que consideramos apresentar-se como a opção mais adequada, pela sua abrangência e recurso a um padrão internacional que facilita a recolha e análise de dados de enfermagem e simplifica a comunicação entre os enfermeiros. Os dados e a informação resultantes podem ser empregados no planeamento e gestão dos cuidados (ICN, 2009).

A oportunidade de assistir e ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade família, na recuperação e otimização da sua saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto (Regulamento nº 515/2018, Diário da República, II série, n.º 151), permitiu a aquisição da terceira competência do EESMP.¹⁰

Os enfermeiros especialistas, pelos conhecimentos e competências acrescidas que possuem, têm um papel fulcral na dinamização de projetos que visam a qualidade na Saúde, em geral, e dos cuidados de enfermagem, em particular. Considera-se que os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental podem ser definidos como um instrumento essencial para a promoção da melhoria contínua destes cuidados especializados e como referencial para a reflexão sobre a prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental.

O Projeto de Intervenção deu um importante contributo para a promoção e proteção da saúde mental, procurando igualmente contribuir para a prevenção da doença – comportamentos suicidários nos adolescentes. Veio corroborar as evidências encontradas na RIL, permitindo compreender a importância de sensibilizar e capacitar os professores do ensino secundário para deteção de adolescentes em risco e sinalização e referenciação para cuidados de saúde.

A psicoeducação, como uma forma particular de educação, pode ser aplicada para ajudar pessoas com doença mental ou pessoas significativas na compreensão de uma forma clara e precisa, factos sobre a doença mental. Pode também ser usada para ensinar ou desenvolver compreensão sobre estratégias para lidar com a doença e os seus efeitos (Regulamento n.º

¹⁰ F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade; F3.2. Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental; F3.3. Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade; F3.4. Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.

356/2015, Diário da República: II série, n.º 122). Para os doentes, a psicoeducação traz contributos uma melhor adesão à terapêutica, mais integração social e melhor qualidade de vida, o que se verificou, também pelos PIC delineados e executados e avaliados. Os progressos conseguidos, foram encorajados pois, irá estimular a pessoa a continuar o seu percurso, permitindo o *recovery* (Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008. *Diário da República: I Série*, n.º 47).

São características essenciais, em contexto psicoterapêutico, saber-fazer e saber-estar, auto-conhecimento, e capacidade de abertura (Chalifour, 2008). As intervenções psicoterapêuticas individuais, aos utentes/famílias, foram sustentadas através da relação de ajuda, em que se procurou uma “interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada uma contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal o interveniente adota um modo de estar e de fazer, e comunica-o de forma verbal e não verbal em função dos objetivos a alcançar. Os objetivos estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade.” (Chalifour 2008, p. 33).

As sessões de estimulação cognitivas e sensorial, sob os temas “Recordar é Viver” e “Aguçar os sentidos”, mobilizando o contexto e dinâmica de grupo, na comunidade/instituição, permitiram o desenvolvimento de cuidados psicoeducativos, socioterapêuticos e psicossociais, com vista a manter, melhorar e mesmo recuperar a saúde.

Igualmente com os adolescentes com diagnóstico de Depressão e Esquizofrenia, foram realizadas intervenções psicoeducativas, psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicossociais, com vista à restauração da saúde mental, prevenção da incapacidade e promoção da sua autonomia e funcionalidade. Destacamos a psicoeducação em relação à depressão e ansiedade, comportamentos suicidários (TS e CAL), mecanismos de *coping* ajustados, autoregulação emocional e autoestima. Foi também realizado treino de resolução de problemas e treino de competências sociais, que no contexto comunitário, passou por ir à mercearia comprar alimentos, deslocações na Unidade de Saúde, vacinação no CVC.

Desta forma, fica reforçada a importância que o EESMP poderá ter para a reabilitação psicossocial onde, pode promover a participação do doente/família, melhorando o seu processo

de *Recovery*. O desenvolvimento e aquisição da quarta e última competência do EESMP, ficaram plasmados na descrição acima.¹¹

Ao longo de todo o Estágio, todo o conhecimento e habilidades adquiridos puderam minimizar os obstáculos encontrados no seu decorrer, permitindo-me, de forma crítica, desenvolver uma postura e competência que vá de encontro ao definido para o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.

A caminhada pela área da SMP abriu novos horizontes, trouxe desafios e novos *inputs*, permitindo este processo de aquisição de competências na prática de Enfermagem. As Unidades Curriculares do curso de Mestrado em Enfermagem, foram o pontapé de saída para a escalada nos níveis de conhecimento na área em estudo.

A aprendizagem experiencial na prática de enfermagem, a aquisição de competências baseada na aprendizagem clínica e o conhecimento articulado, inerente à prática de enfermagem (Benner, 2001), permitiram que fosse atingido o estadió de proficiente, estado em que o enfermeiro “apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados, e as suas ações são guiadas por máximas” (Benner, 2001, pp. 54-55). Segundo a mesma autora, chegámos a um ponto de compreensão de cada situação de cuidados intuitivamente, tendo noção da complexidade e da perícia exigida por um determinado cuidado, sendo detentores de conhecimento advindo da prática que permite um olhar abrangente e holístico das situações e com a capacidade de previsão de acontecimentos.

De futuro, e de acordo com este modelo, almejamos alcançar o estadió de perito, ser aquele que “tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem perder num largo leque de soluções e de diagnóstico estéreis. (...) age a partir da compreensão profunda da realidade” (Benner, 2001, p. 58).

¹¹ 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.

5.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Tendo por base o Decreto-Lei nº 115/2013 do Ministério da Educação e Ciência. (2013). Diário da República: I série, nº 151, referente aos graus académicos e diplomas do ensino superior, nomeadamente na atribuição do Grau de Mestre, o mesmo é conferido a quem: possuir conhecimentos e capacidade de compreensão, sustentados nos conhecimentos e competências adquiridos ao nível do 1º ciclo, bem como os conhecimentos que constituam a base de desenvolvimento em contexto de investigação; “aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” (p.4761); tiver a capacidade para integrar novos conhecimentos, utilizando-os para superar situações complexas, desenvolvendo soluções ou emitindo juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais; for capaz de comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios obtidos, de forma sucinta, tanto a não especialistas, como a especialistas; adquirir competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida.

Ao longo da descrição deste relatório, temos vindo a demonstrar o investimento pessoal numa procura incessante de conhecimentos, que fundamente as intervenções do EESMP, na prevenção do comportamento suicidário nos adolescentes, nomeadamente através de atividades que conduziram este percurso de desenvolvimento e aquisição de competências de enfermagem.

A problemática em estudo, pelas suas particularidades, exigiu a aplicação de conhecimentos e uma maior capacidade na compreensão dos problemas, assumindo um juízo crítico em contextos alargados e multidisciplinares, novos e não familiares, na busca de estratégias para resolução de problemas. Demonstrámos capacidade para sustentar a práxis no CDE e promover a reflexão acerca das implicações sociais e éticas, na prestação de cuidados de qualidade. Em contexto de estágio hospitalar, a estabilização dos adolescentes com surtos psicóticos, ideação de fuga ou com CAL, não é breve, nem as intervenções terapêuticas têm a eficácia e eficiência no curto prazo desejado, pelo que nos deparamos com obstáculos e desafios com frequência.

Assumimos o dever de exercer a sua profissão baseada em conhecimento científico, técnico e relacional, respeitando a vida, a dignidade humana, a saúde e o bem-estar das pessoas e visando sempre a melhoria dos cuidados, o que exige uma reflexão contínua (Benner, 2001), bem como de manter os conhecimentos atualizados de forma contínua, utilizando de forma competente as tecnologias, não esquecendo a formação permanente e aprofundada acerca das ciências humanas (Regulamento n.º 356/2015, Diário da República. II série, nº 122).

Partindo da premissa, que somos um Ser em construção, consideramos que a nossa caminhada para aquisição de conhecimento em Enfermagem, teve lugar com as bases teóricas adquiridas no curso de Licenciatura em Enfermagem. No curso de Mestrado em Enfermagem, os conteúdos que foram ministrados nas diferentes Unidades Curriculares, assumiram-se como essenciais, na nossa capacitação para prestar cuidados diferenciados e de qualidade. A mesa do colégio da especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica 2012/2015, reforça que “a inclusão das problemáticas de Saúde Mental faz cada vez mais sentido nos planos curriculares da formação dos enfermeiros” e que “a formação dos enfermeiros ao longo da formação pós-graduada deve incidir em conteúdos técnico-sociais, incluindo conteúdos acerca de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária” (OE, 2012, p. 69).

Todo o percurso desenvolvido, estimulou o juízo crítico e fomentou a nossa capacidade e rotina de reflexão sobre a prática, além de despertar a curiosidade, que ambicionamos permitirem uma aprendizagem ao longo da vida.

Desenvolvemos capacidades de investigação, através da realização dos trabalhos solicitados, no cumprimento das unidades curriculares teóricas, teórico-práticas e de estágio, preconizados para o ciclo de estudos. Nesse sentido, realizámos uma Revisão Sistemática da Literatura, no âmbito da unidade curricular de Investigação em Enfermagem, que nos estimulou e abriu portas no caminho da investigação.

A investigação permite descrever, explicar e prever factos e fenómenos (Fortin, 2003). Além da constante pesquisa científica que sustentasse a nossa intervenção na prática clínica, pois estamos em crer que “o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer), graças a estudos científicos e investigações fundados sobre teoria” (Benner, 2001, p. 32), efetuámos uma RIL, com a intenção

primordial de estudar a evidência científica atual e relevante acerca da problemática (apêndice I).

As relações estabelecidas com as equipas multiprofissionais, em contexto de Estágio, no sentido de partilha de saberes, conhecimentos e transmissão de raciocínios e conclusões, permitiram mostrar a importância do trabalho em equipa e o papel do EESMP com elemento da mesma. Assumiu-se uma comunicação eficaz, tanto em equipa como nas sessões terapêuticas e psicoeducativas.

A qualidade em saúde é tarefa multiprofissional, com um contexto de aplicação local. Daqui se deduz o papel importante de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Com vista a aprofundar os conhecimentos adquiridos em diversos contextos, e cumprir os padrões de qualidade, investimos na formação contínua, além da formação académica, tendo-se apresentado como oportunidades indubitáveis, de desenvolvimento pessoal e profissional.

Fizemos um curso de Treino Metacognitivo (Anexo I) e iniciámos a formação de dinamizadores do programa “+contigo” em setembro de 2021.

Participámos em *Webinars* relacionados com a área de estudo, nomeadamente: *Masterclass: "Nursing through Covid-19 Pandemic and Beyond"* ESMP na comunidade; Enfermagem de Saúde Mental no Idoso; Literacia em Saúde Mental; ESMP nos comportamentos aditivos e dependências; Saúde Mental dos enfermeiros; Saúde Mental em contexto Escolar; Ciclo de *Webinars* de Investigação em Enfermagem 2021; Impacto da pandemia na Saúde Mental; ESMP em meio prisional; Enfermagem de Saúde Mental na Infância e Adolescência; ESMP na abordagem à pessoa em fim de vida; Saúde Mental na Criança e no Adolescente; Master Class "Psychiatric and Mental Health Nursing Past Progress and Future Challenges"; III Fórum de Investigação em Enfermagem; Curso “Saúde Mental e Neurodesenvolvimento: O diagnóstico no Bebê e na Criança, baseado na DC: 0-5”.

Para finalizar a análise da aquisição das competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em ESMP, conseguimos afirmar que estas foram atingidas com sucesso.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência da realização do Curso de Mestrado em ESMP, trouxe-nos uma visão diferente do papel do EESMP, na importância da intervenção de enfermagem nos mais variados contextos e no recurso ao enfermeiro, como instrumento terapêutico. O empenho na participação e elaboração das atividades, com vista ao desenvolvimento e aquisição das competências comuns de Enfermeiro Especialista, Específicas de EESMP, e de Mestre em Enfermagem, foi uma constante, pois só assim nos faz sentido. Almejamos que a nossa vida profissional, seja pautada pela inquietação e curiosidade, autoconhecimento e busca pelo crescimento pessoal e profissional.

O impacto imensurável da problemática dos comportamentos suicidários na adolescência, com grande expressão estatística e relevância ao nível da saúde e social, assim como no sofrimento inerente à pessoa e à família, não nos deixou indiferentes. Neste sentido, mergulhámos na problemática, na busca de conhecimento e competências na intervenção de cuidados de enfermagem diferenciados. Seguindo uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, e tendo subjacente o modelo teórico de Betty Neuman, este relatório descreveu as vivências e atividades desenvolvidas ao longo da experiência de estágio.

O recurso à metodologia de projeto, dinâmica e flexível, permitiu a construção de novos conhecimentos e novas competências, sobre os comportamentos suicidários nos adolescentes, junto dos professores do ensino secundário, através de sessões de sensibilização e capacitação, dando a conhecer os fatores de risco e canais de referência e encaminhamento dos adolescentes em risco. Na mesma medida, permitiu-nos identificar a premente necessidade de intervenção do EESMP, no âmbito da prevenção dos comportamentos suicidários, em contexto escolar, particularmente no ensino secundário, dada a sua prevalência nos adolescentes, particularmente na faixa etária 14-19 anos de idade.

Por forma a aprofundar a problemática, foi fundamental a realização duma RIL, com vista a estudar o entorno e especificidades dos comportamentos suicidários nos adolescentes. O interesse, quer pela faixa etária em estudo, quer pela expressão da problemática, conduziram ao desenvolvimento do Projeto de Intervenção. A complexidade do fenómeno, não permite um plano de intervenção padronizada, pelo contrário, este reveste-se da flexibilidade necessária

para adaptação aos contextos, população e características dos comportamentos suicidários. Neste sentido, esta contribuição, naquilo que é a intervenção do EESMP na prevenção dos comportamentos suicidários, estamos em crer, que representa um contributo para pensar esta problemática no universo escolar, e que o investimento nesta área, trará ganhos em saúde.

Este relatório pretende descrever, de forma crítica e reflexiva o percurso efetuado ao longo dos Estágios, salientando as atividades que melhor retratem as experiências vividas, que permitiram o desenvolvimento e a aquisição de competências comuns e específicas como enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica, assim como as competências de Mestre, de acordo com os critérios para a aquisição de cada uma

Creemos ter atingido os objetivos traçados, tirando o maior proveito das experiências que vivemos, tendo viabilizado o crescimento profissional no âmbito das intervenções de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, assim como crescimento e realização pessoais. Chegados ao final do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, encaramos todas as aprendizagens, experiências e desafios, numa perspetiva de continuum de aquisição de competências. Pelo gosto e investimento na área em estudo, estamos em crer que o percurso realizado e a aposta na formação contínua, nos permitirá traçar novas metas no âmbito da promoção da saúde mental e prevenção da doença, nomeadamente com a população jovem, em contexto escolar, e ser uma referência na ESMP comunitária.

Pretendemos acima de tudo, contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e valorização da profissão.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alligood, M. & Tomey, A. (2004). Introdução à Teoria de Enfermagem: História, Terminologia e Análise. In Tomey, A. & Alligood, M. Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem (5ª ed.), 3-13. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Almeida, J. et al. (2013) Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. 1.º Relatório. World Mental Health Surveys Initiative: Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- Almeida, S., Amendoeira, J. (2015). *O enfermeiro gestor de caso no empowerment da pessoa com doença mental crónica. Santarém, Portugal: Instituto Politécnico de Santarém.*
<https://docplayer.com.br/44698188-O-enfermeiro-gestorde-caso-no-empowerment-da-pessoa-com-doenca-mental-cronica-susana-almeida1-jose-amendoeira-2.html>
- Amaral, A. (2010). Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental – mediante a CIPE. Mem Martins: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [AACAP] (2011). *Being prepared, Know When to Seek Help for Your Child, "Facts for Families"*. 24, 9/99.
https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/When-To-Seek-Help-For-Your-Child-24.aspx
- American Psychiatric Association. (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais. DSM-5, (5ª ed.), APA.
- Baptista, M. (2005). *Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): Estudos psicométricos preliminares. Psico-USF, 10 (1), 11-19. Brasil.*
<https://www.scielo.br/j/pusf/a/XgP8jPxbZLdTrJBFQX7LqHm/?lang=pt>

- Batista, M. & Ângelo de Sousa (2007). Consumo de Substâncias Psicoativas e Prevenção em Meio Escolar. Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), Direcção-Geral de Saúde (DGS); Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT). https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/consumospa_prevencaomeioescolar.pdf
- Barker, P. (1998). *The future of the Theory of Interpersonal Relations? A personal reflection on Peplau's legacy. Journal of psychiatric and mental health nursing*, 5(3), 213-220. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.1998.00128.x>
- Benincasa, M., Rezende, M. (2006). Tristeza e suicídio entre adolescentes: Factores de risco e protecção. *Boletim de Psicologia*, 124, 93-110.
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D. & Wasserman, D. (2004). *Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. Crisis*, 25 (4), 147-155.
- Borges, C. & Filho, H. (2008). Intervenções em Saúde em Meio Escolar. Organização de Intervenções Preventivas: Gestão de Problemas de Saúde em Meio Escolar. Lisboa: *Coisas de Ler*.
- Botega, N. (2010). Comportamento suicida em números. *Debates Psiquiatria Hoje*, 2 (1).
- Botelho, L, Cunha, C., Macedo, M. (2011) Método da revisão integrativa nos estudos organizacionais - *Gestão e Sociedade*, Belo Horizonte, 11(5), 121-136.
- Brás, M. (2013). *Conduitas suicidas: vulnerabilidade e prevenção em adolescentes* [Master's thesis, Universidade do Algarve]. Repositório Institucional da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/6704/1/TESE_CONDUTAS%20SUICIDAS_VULNERABILIDADE%20E%20PREVEN%3%87%3%83O_Marta%20Br.pdf
- Buber, M. (2001). *Eu e tu* (8a. ed.). São Paulo: Centauro. (Originalmente publicado em 1923)

- Cardoso, G. T. (2017). Comportamentos autolesivos e ideação suicida em jovens [Master's thesis, Universidade de Coimbra]. Repositório Institucional da Faculdade de Medicina. [Tese de Mestrado.pdf \(uc.pt\)](#)
- Chalifour, J. (2008). A Intervenção Terapêutica: os Fundamentos Existencial Humanistas da Relação de Ajuda, (1), Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). A Intervenção Terapêutica: Estratégias de Intervenção, (2). Loures: Lusodidacta.
- Chamorro, A. V. (2017). La enfermera escolar: comunicación eficaz para la prevención y detención del acoso escolar = The school nurse: effective communication for prevention and arrest of bullying. *REVISTA ESPAÑOLA DE COMUNICACIÓN EN SALUD*, 8(2), 247. <https://doi.org/10.20318/recs.2017.4005>
- Chaniang, S., Fongkaew, W., Sethabouppha, H., Lirtmunlikaporn, S. & Schepp, K. (2019a). *Perceptions of Adolescents, Teachers and Parents towards Causes and Prevention of Suicide in Secondary School Students in Chiang Mai*. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 23(1), 47-60. https://www.researchgate.net/publication/331482481_Perceptions_of_adolescents_teachers_and_parents_towards_causes_and_prevention_of_suicide_in_secondary_school_students_in_Chiang_Mai
- Chaniang, S., Fongkaew, W., Stone, T., Sethabouppha, H. & Lirtmunlikaporn, S. (2019b). *Development and Evaluation of a Suicide Prevention Program for Secondary School Students*. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 23(3), 201-213. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/144034/136094>
- Coimbra de Matos, A. (2012). Adolescência. Lisboa: Climepsi.
- Coleman, J. (2011). *The Nature of Adolescence* (4th ed.). <https://doi.org/10.4324/9780203805633>
- Decreto-Lei nº 86/1976 da Constituição da República Portuguesa. (1976). Diário da República: I série, n.º 86. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775>

- Decreto-Lei n.º161/96 do Ministério da Saúde. (1996). *Diário da República*: I série, nº 205. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde (2008). *Diário da República*: I série n.º 38. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 115/2013 do Ministério da Educação e Ciência. (2013). *Diário da República*, I série, nº 151. <https://dre.pt/application/conteudo/498487>
- Decreto-Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República. (2015). *Diário da República*, I série, nº 181. <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Denny, S., Grant, S., Galbreath, R., Utter, J., Fleming, T., Clark, T. (2019). *An observational study of adolescent health outcomes associated with school-based health service utilization: A causal analysis*. *Health Serv Res*, 54, 678 – 688. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13136>
- Despacho n.º 10143/2009 do Ministério da Saúde. (2009). *Diário da República*: II série, nº 74. <https://files.dre.pt/2s/2009/04/074000000/1543815440.pdf>
- Despacho n.º 1225/2018 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2018). *Diário da República*, II série, nº 25. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1225-2018-114627297>
- Direção-Geral de Saúde. (2013a). Portugal, Saúde Mental em Números 2013. Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2013.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2013b). Programa Nacional para a Saúde Mental - Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013/2017). Lisboa: Direção-Geral de Saúde. 1-114.
- Direção-Geral de Saúde. (2015a). Programa Nacional de Saúde Escolar. Norma 015/2015. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

- Direção-Geral de Saúde. (2015b). Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão a 2020. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a2020.pdf.pdf>
- Direção-Geral de Saúde. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf
- Ferreira, M., & Nelas, P. (2006). Adolescências...Adolescentes... Educação, ciência e tecnologia, 32, 141-162. <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/11.pdf>
- Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, M. (2010). *Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas*. *Revista Percursos*. 15, 1(37). http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar* [Doctoral dissertation, Universidade Abel Salazar]. Repositório do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal. <https://repositorioaberto.up.pt/handle/10216/20569>
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (3ª ed.). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Freese, B. (2004). Betty Neuman, Modelo de Sistemas. In Tomey, A. & Aligood, T. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ª ed). Loures: Lusociência.
- Galderisi S., Heinz A., Kastrup M., Beezhold J. & Sartorius N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World psychiatry*, 14, 231-233. https://www.researchgate.net/publication/317685986_A_proposed_new_definition_of_mental_health
- Gaspar, E. (2011). *Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Contexto Domiciliário* [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório do

Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Sintra, Portugal.
Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8894>

George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional* (4ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Gonçalves, C. & Carrilho, M. J. (2008). *Envelhecimento crescente, mas espacialmente desigual. Revista de Estudos Demográficos*, 40 (2), 21-37.

Groschwitz, R., Kaess, M., Fischer, G., Ameis, N., Schulze, U., Brunner & Plener, P. (2015). The association of non-suicidal self-injury and suicidal behavior according to DSM-5 in adolescent psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, 228(3), 454-461.

Hermida, P. M. & Araújo, I. (2006). Sistematização da assistência de enfermagem: Subsídios para implantação. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 59(5), 675-679.
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000500015>.

Hockenberry, J. M. & Wilson, D. (2014). *Wong - enfermagem da criança e do adolescente* (9ªed). Loures: Lusociência.

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 343 (2), d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>

Internacional Council of Nurses. (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE*. Lisboa, Portugal: *Ordem do Enfermeiros*.

Internacional Council of Nurses. (2016). *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Instituto Nacional de Estatística, (2021) – Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por 100 000 habitantes, Portugal.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003736&contexto=bd&selTab=tab2

- Ipsos (2021). Global health service monitor 2021. <http://www.ipsos.com/en/global-health-service-monitor-2021>
- Kaplan, H., Sadock, B., & Greeb, J. (2006). *Compêndio de Psiquiatria - Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. (7ª ed.). Artmed
- Kim, J., Walsh, E., Pike, K., Thompson, E. (2020). *Cyberbullying and Victimization and Youth Suicide Risk: The Buffering Effects of School Connectedness*. *The Journal of School Nursing*, 36(4), 251-257. <https://doi.org/10.1177%2F1059840518824395>
- Krüger, L. L., & Werlang, G. S. (2010). *A dinâmica familiar no contexto da crise suicida*. *Psico-USF*, 15(1), 59-70.
- Lei nº 36/98 da Assembleia da República. (1998). Diário da República: I-A série, n.º 169. <https://data.dre.pt/eli/lei/36/1998/07/24/p/dre/pt/html>
- Lemes, C. & Neto, J. (2017). *Aplicações da Psicoeducação no Contexto de Saúde*. *Temas em Psicologia*. 25 (1), 17-28. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-02>
- Madge, N.; Hewitt, A.; Hawton, K.; Wilde E.; Corcoran P. & Fekete, S. (2008). *Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 49(6), 667–677. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0469-z>
- Martins, M. A. (2015). *Utilidade instantânea e recordada da abordagem snoezelen em idosos institucionalizados e modelos cognitivos de eficácia em cuidadores*. [Master's thesis, Universidade de Coimbra]. Repositório Institucional da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/29529>
- Mendes, K., Silveira, R. & Glavão, C. (2008). *Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem*. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(4), 758-764. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Mishara, B.; Ystgaard M. (2000). *Exploring the potential for primary prevention: Evaluation of the Befrienders International Reaching Young People Pilot Programme in Denmark*.

- Crisis. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 21(1), 4–5, 7. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.21.1.4>
- Moreira, N. (2008). *Sofrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão* (1ª ed.). Coimbra, Portugal: Quarteto
- Núcleo de estudos do suicídio [NES] (n.d). <https://nes.pt/>
- Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In Neuman, B. & Fawcett, J. *The Neuman Systems Model*. (5th ed.), 3-33. Boston, United States of America: Pearson.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011) - *The Neuman systems model*. (5th ed.) New Jersey: Pearson Education.
- Nunes, L. (2008). *Fundamentos éticos da deontologia profissional*. *Revista Ordem dos Enfermeiros*. *Ordem dos Enfermeiros*, 31, 35-47. https://www.researchgate.net/publication/262048659_Fundamentos_eticos_da_deontologia_profissional
- Nunes, L. (2016). *Os Limites do Agir Ético no dia-a-dia do Enfermeiro*. *Ética em Enfermagem*. *Revista Servir*. 59(2), 7-17. https://www.researchgate.net/publication/262048659_Fundamentos_eticos_da_deontologia_profissional
- OECD, & European Union. (2018). *Health at a glance: Europe 2018: State of health in the EU cycle*. OECD. https://doi.org/10.1787/health_glanceeur-2018-en.
- Oliveira, A., Amâncio, L. & Sampaio, D. (2001). Arriscar Morrer para Sobreviver. Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, XIX:4, 509-521. <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/13947/1/Arriscar%20morrer%20para%20sobreviver.pdf>
- Oliveira, S., Carolino, L., & Paiva, A. (2012). *Programa Saúde mental sem Estigma: Efeitos de estratégias diretas e indiretas nas atitudes estigmatizantes*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde mental*. 8, 30-37. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n8/n8a05.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual- Enunciados Descritivos, Conselho de Enfermagem, Lisboa: *Ordem dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guia Orientador de Boas Praticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos OE, 1 (3)*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratca_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2012). Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária. *Cadernos OE, série I, número 4*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8902/gobp_mceesmp.pdf
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2009) Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global. Versão portuguesa. Lisboa. Portugal: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. https://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf
- Paixão, R. F., Patias, N. D. & Dell’Aglío, D. D. (2018). *Autoestima e Sintomas de Transtornos Mentais na Adolescência: Variáveis Associadas. Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 34 (3) e 34436. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34436>
- Peixoto B., Saraiva C. B. & Sampaio D. (2006). *Comportamentos Suicidários em Portugal*. (1ª ed.). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia - www.spsuicidologia.pt
- Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of References for Psychodynamic Nursing*. New York, United States of America: Springer Publishing Company.
- Peplau, H. (1992). *Interpersonal relations: A framework for application in nursing practice. Nursing Science Quarterly*, 5(1), 13–18. <https://doi.org/0803973233>

- Pestaner, M., Tyndall, D., Powell, S. (2021). *The Role of the School Nurse in Suicide Interventions: An Integrative Review*. *The Journal of School Nursing*, 37(1), 41-50.
<https://doi.org/10.1177%2F1059840519889679>
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Phaneuf, M. (2010). *O envelhecimento perturbado - A doença de Alzheimer (2ª ed.)*. Loures: Lusodidacta.
- Primananda, M., & Keliat, B.A. (2019). *Risk and Protective Factors of Suicidal Ideation in Adolescents*. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 42, 179 - 188.
<https://doi.org/10.1080/24694193.2019.1578439>
- Regulamento n.º 356/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Assembleia da República. (2015). Diário da República: II série, n.º 122.
<https://files.dre.pt/2s/2015/06/122000000/1703417041.pdf>
- Regulamento n.º 515/2018. Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Assembleia da República. (2018). Diário da República: II série, n.º 151.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Assembleia da República. (2019). Diário da República: II Série, n.º 26.
<https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008. Aprova o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016). Assembleia da República. (2008). *Diário da República*: I Série, n.º 47.
<https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/49/2008/03/06/p/dre/pt/html>

- Rogers, C. (2009). Tornar-se pessoa. Lisboa: Padrões Culturais.
- Sampaio, D. (1991) Ninguém Morre Sozinho - O adolescente e o suicídio, Caminho edições
- Sánchez, H. G. (2001). *Risk factor model for suicide assessment and intervention*. *Professional Psychology Research and Practice*, 31 (4), 351-358. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.32.4.351>
- Santos J.C.P.; Façanha J.; Gonçalves M.; Erse M.; Cordeiro R. & Façanha R. (2012). Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Santos, J., Erse, M., Façanha, J., Marques, L. & Simões, R. (2014). "+ Contigo: promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa" - 9, (1ª ed.), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 1 – 115.
- Santos, N., Sampaio, D. (2013). Adolescentes em risco de suicídio: A experiência do Núcleo de Estudos do Suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 18 (3), 187-194.
- Santos, P. & Paúl, C. (2006). Desafios na saúde mental dos mais velhos: o outro lado da terapia. In: Firmino, H. (Ed.) *Psicogeriatrics*. Coimbra: Psicologia Clínica
- Saraiva, C. (1999). Para-Suicídio: Contributo para uma compreensão clínica dos comportamentos suicidários recorrentes. Coimbra: Quarteto
- Saraiva, C. (2006). Estudos sobre o para-suicídio: O que leva os jovens a espreitar a morte. Coimbra: Redhorse.
- Saraiva, C. B. & Garrido, P. (2014). Entrevista e avaliação do doente com ideação suicida. In C. B. Saraiva (Coord.). *Depressão e Suicídio*. Lisboa: Lidel, 43-63.
- Saraiva, C. B. & Gil, N. P. (2014). Conceitos e limites em suicidologia. In C. B. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio. *Suicídio e comportamentos autolesivos. Dos conceitos à prática clínica*. Lisboa: Lidel, 41-54.
- Sequeira, C. (2006). Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Coimbra, Portugal: Quarteto.

- Sharaf, A. Y., Thompson, E. A. & El-Salam, H. F. A. (2016). Perception of Parental Bonds and Suicide Intent Among Egyptian Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 29(1), 15–22. <https://doi.org/10.1111/jcap.12130>
- Shaffer, D., Pfeffer, C. R., Bernet, W., Arnold, V., Beitchman, J., Benson, R. S., Bukstein, O., Kinlan, J., McClellan, J., Rue, D., Shaw, J., & Kroeger, K. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), 24S-51S. <https://doi.org/10.1097/00004583-200107001-00003>
- Silverman, M. (2011). Challenges to classifying suicidal ideations, communications, and behaviours. In R. C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (Eds.), *International handbook of suicide prevention: Research, police and practice*. United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd, 9-26. <https://doi.org/10.1002/9781119998556.ch1>
- Simões, C. (2010). Adolescentes e comportamentos de saúde. <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/769/1/Adolescentes%20e%20comportamentos%20de%20saúde.pdf>
- Simões, R., Erse, M., Façanha, J., & Santos, J. (2014). Enfermagem em suicidologia. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos – Dos conceitos à prática clínica*, 193-202. Lisboa, Portugal: Lidel
- Sin, J., Gillard, S., Spain, D., Cornelius, V., Chen, T., & Henderson, C. (2017). Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 56, 13–24. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.002>
- Souza, Mariana F. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidadosos. (2001). In: Cianciarullo, Tamara I. et al. (2001). *Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências*. São Paulo: Ícone. 29-39.
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A & McKee M. (2011) Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 2011; 378: 124–25.

- Tomás, C. & Gomes, J. (2014). *Avaliação da Eficácia de um Programa de Desenvolvimento de Competências em Adolescentes com Vista à Promoção da Saúde Mental*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. SPE (2), 15-20.
https://www.researchgate.net/profile/Catarina-Tomas/publication/274952706_Avaliacao_da_eficacia_de_um_programa_de_desenvolvimento_de_competencias_em_adolescentes_com_vista_a_promocao_de_saude_mental/links/554153090cf2718618dc9eed/Avaliacao-da-eficacia-de-um-programa-de-desenvolvimento-de-competencias-em-adolescentes-com-vista-a-promocao-de-saude-mental.pdf
- Tomey, A. & Aligood, T. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ª ed). Loures: Lusociência.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de Cuidado na Prática baseada na Evidência*. (6ª ed.) Loures: Lusociência.
- Van Heeringen, C. (2001). The suicidal process and related concepts. In C. Van Heeringen (Ed.), *Understanding suicidal behaviour: the suicidal process approach to research, treatment and prevention*. 1–15. Chichester, UK: Wiley. <http://hdl.handle.net/1854/LU-142461>
- Vieira, K. & Coutinho, M. (2008). Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. *Psicologia: ciência e profissão*, 28(4), 714-727.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000400005&lng=pt&tlng=pt
- Wasserman, D. (2001). *Suicide - an unnecessary death*. Martin Dunitz: Stockholm.
- World Health Organization [WHO]. (1946). *CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION*. International Health Conference, New York, USA.
https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- World Health Organization [WHO]. (1965). *Health Problems of Adolescence – Report of a WHO Expert Committee*. Technical report series, nº 308, Geneva. WHO.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38425/WHO_TRS_308.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization [WHO] (2001). The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope, Geneva: WHO. [whr01_en.pdf \(who.int\)](#)

World Health Organization [WHO] (2004). Promoting mental health: concepts, emerging practice. Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

World Health Organization [WHO] (2011). Preventing Suicide: a resource for suicide case registration. Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44757/9789241502665_eng.pdf

World Health Organization [WHO] (2013). Mental Health Action Plan 2013-2020. WHO Library Cataloguing-in-Publication DataLibrary Cataloguing-in-Publication, World Health Organization, 1–44. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>

World Health Organization [WHO] (2014). Preventing suicide - A global imperative. Geneva WHO Library Cataloguing-in-Publication https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf

World Health Organization [WHO] (2020a). Global Health Estimates 2019: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2019. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>

World Health Organization [WHO] (2021a). Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030, 1-40. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

World Health Organization [WHO] (2021b). Suicide worldwide in 2019: global health estimates. World Health Organization, 1–35. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

- World Health Organization [WHO] (2021c). LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization, 1-142. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>
- Wittchen H. U. et al. (2010). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679
- Xavier, S., Klut, C., Neto, A., Ponte, G. & Melo, J. (2013). *O Estigma da Doença Mental: Que caminho percorremos? PsiLogos*, 11(2), 11-21.
- Yalom, I. D. & Ballinger, B. (1995). Group therapy in practice in Comprehensive book of psychotherapy. New York: Oxford University Press.
- Zimerman, G. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Zygo, M., Pawłowska, B., Potembska, E., Dreher, P., & Kapka-Skrzypczak, L. (2019). *Prevalence and selected risk factors of suicidal ideation, suicidal tendencies and suicide attempts in young people aged 13–19 years. Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 26(2), 329–336. <https://doi.org/10.26444/aaem/93817>

APÊNDICES

Apêndice I- Revisão Integrativa da Literatura - Resumo

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na prevenção do comportamento suicidário na adolescência

Resumo

Introdução: Os comportamentos suicidários são um problema de saúde pública. A saúde mental é uma das áreas atualmente prioritárias para a WHO, OECD e Comissão Europeia, sendo um programa prioritário do Plano Nacional de Saúde Mental, através da dinamização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio.

Objetivo: Identificar as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) na prevenção do comportamento suicidário na adolescência.

Métodos: Pesquisa realizada em Motores de Busca PubMed e Ebsco, de modo a identificar os artigos publicados entre 2017 e 2021 que deem resposta ao objetivo da revisão integrativa da literatura. Depois de implementar os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados seis artigos. A avaliação dos níveis de evidência dos artigos foi assegurada com recurso aos níveis de evidência da Joanna Briggs Institute.

Resultados: As intervenções do EESMP identificadas foram: aconselhamento e suporte emocional na escola; promoção da resiliência e estratégias de *coping*; envolvimento da comunidade escolar; alteração positiva no conhecimento e atitude perante o suicídio; sensibilização dos professores, prevenção, deteção e acompanhamento de casos de *bullying*; promoção das ligações entre alunos e comunidade escolar, a fim de diminuir o *ciberbullying*. Verifica-se falta de evidência científica que suporte o papel do enfermeiro na escola e pouco reconhecimento na equipa de Saúde Mental, pelo que importa identificar barreiras. Foi referida a carência de competências para atuação em situações mais graves, bem como intervenção insuficiente na prevenção dos comportamentos suicidários. A utilização de Serviços de Saúde Escolares está associada a uma melhor saúde mental. Os alunos que os frequentam, têm 1/3 dos problemas de saúde mental, menos sintomas de depressão, menos dificuldades emocionais e comportamentais, e menor risco de suicídio.

Conclusão: O EESMP, desempenha um papel fundamental na prevenção de comportamentos suicidários na adolescência, em ambiente escolar, pelas suas competências específicas. Integrando Equipas de Saúde Mental nas escolas, promovendo a literacia em Saúde Mental, na aproximação dos adolescentes à comunidade educativa, na sensibilização de docentes e não docentes, desempenhando estes um papel de *gatekeepers*. Igualmente na prevenção, deteção e acompanhamento de casos de *bullying e cyberbullying*, assim como prevenção do suicídio.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Intervenções de Enfermagem, Prevenção, Comportamentos suicidários, Adolescência.