



Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde
2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio

João Manuel Ferreira Gomes

Leiria, Setembro de 2014



Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde
2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Relatório de Estágio
Subindo a escada do conhecimento em
enfermagem de saúde mental

João Manuel Ferreira Gomes, n.º51200328

Orientador: Professor Doutor José Carlos Rodrigues Gomes

Leiria, Setembro de 2014

O JÚRI

Presidente Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

O degrau da escada não foi inventado para repousar, mas apenas para sustentar o pé o tempo necessário para que o homem coloque o outro pé um pouco mais alto.

Thomas Huxley

À minha esposa Carolina pela paciência que teve comigo e pelo sempre presente incentivo que me transmitiu ao longo desta jornada; aos meus filhos João, Margarida (para ti também, minha Flor!) e André pelo amor incomensurável com que me têm presenteado e pelo incrível saber que me têm transmitido ao longo destas nossas viagens.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor José Carlos Rodrigues Gomes, coordenador do CPLEESMP e Diretor da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, pela dedicação, amizade, mestria e energia com que acompanhou e orientou a elaboração deste trabalho e o meu percurso formativo, bem como o dos colegas de mestrado.

Aos meus tutores locais no HML, Enfermeira Especialista Fernanda Gonçalves e Enfermeiro Especialista Pedro Rocha bem como ao Enf. Chefe do SII, Enfermeiro Aguiar; À minha Tutora no CHL, Enf. Fátima Duarte e ao Enfermeiro Chefe do serviço de Psiquiatria, Enf. Manuel Carreira: A todos um agradecimento particular pela forma amável como me receberam nos locais de estágio e pela forma como me ajudaram a crescer enquanto enfermeiro, na aquisição de competências especializadas em enfermagem de saúde mental.

Uma palavra de carinho e agradecimento para todos os colegas do SII do HML e do SPSM do CHL, que tão bem me acolheram nesta Caminhada, e às Tias Benilde e Gina que me proporcionaram aconchego na bela Cidade Invicta.

Aos colegas do Serviço de Especialidades Cirúrgicas, pela forma como me acolheram para o exercício de novas funções e pela partilha de experiências que me tem proporcionado novas formas de crescimento profissional.

À Enfermeira Emília Fael, Enfermeira Directora do Centro Hospitalar de Leiria, um agradecimento pela fonte de inspiração e pelo exemplo de verticalidade e resiliência no trabalho em prol da Instituição que representa e da Profissão de Enfermagem.

A todos, Muito Obrigado

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ARSN – Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

BHS – *Beck Hopelessness Scale*

BO – Bloco Operatório

bpm – batimentos por minuto

CC - Complicações

CHKS - *Comparative Health Knowledge System*

CHL – Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.

CHLP – Centro Hospitalar de Leiria – Pombal

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DRG – *Diagnostic Related Group*

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

EE – Enfermeiro especialista

EEB – Escala da Esperança de Barros

EESM – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

HABLO – Hospital de Alcobaça Bernardino Lopes de Oliveira

HDP – Hospital Distrital de Pombal

HML – Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.

HSA – Hospital de Santo André

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

JCI – *Joint Commission International*

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAPE - Sistema de apoio à Prática de Enfermagem

SII – Serviço de Intervenção Intensiva

SPSM – Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

SU – Serviço de Urgência

TIC – Técnica dos Incidentes Críticos

TRI – Teoria das Relações Interpessoais

UIDEPP – Unidade de Internamento de Doentes de Evolução Prolongada de Psiquiatria

UP – Universidade do Porto

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria e refere-se aos estágios realizados no âmbito do Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da mesma escola, que decorreram no Serviço de Intervenção Intensiva do Hospital de Magalhães Lemos e no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Leiria entre 5 de Março e 17 de Julho de 2012.

Este trabalho teve como objetivos efetuar uma reflexão crítica fundamentada sobre o desenvolvimento das competências especializadas e desenvolver competências na área da comunicação de resultados de evidência científica.

Realizámos uma breve contextualização dos serviços onde decorreram os estágios, à luz do referencial para a acreditação dos contextos da prática clínica, seguida de uma análise fundamentada e crítico-reflexiva das competências desenvolvidas em ensino clínico tendo como referência os regulamentos n.º 122/2011 e 129/2011 de 18 de Fevereiro.

Apresentámos ainda um estudo de investigação, realizado com o objetivo de conhecer o impacto de uma intervenção de promoção da esperança em indivíduos com comportamentos suicidários. Trata-se de um estudo de caso múltiplo, quase-experimental, do tipo pré-teste – pós teste, sem grupo de controlo. A intervenção versa a promoção da esperança e a redução da desesperança. É composta de 3 sessões, uma das quais face-a-face, no serviço de urgência, no momento da alta, as seguintes efetuadas por através de contacto telefónico, 1 e 3 semanas após a alta. Os resultados obtidos não são extrapoláveis, mas podem potenciar o surgimento de novas formas de intervenção especializada em enfermagem de saúde mental.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde Mental; Tentativa de Suicídio; Esperança

ABSTRACT

This report was developed under the 2nd Master Degree in Psychiatric and Mental Health Nursing at Health School, Polytechnic Institute of Leiria and refers to the clinical practice performed under the Post-graduate Specialization in Psychiatric and Mental Health Nursing at the same school, which took place at the Department of Intensive Intervention, Hospital de Magalhães Lemos and the Service of Psychiatry and Mental Health, Centro Hospitalar de Leiria between March 5 and July 17, 2012.

This work aimed to make a critical reflection based on the development of specialized competencies in mental health nursing and to develop skills in communicating results of scientific evidence.

We conducted a brief contextualization of services where the clinical practice took place regarding the framework for the accreditation of the contexts of clinical practice, followed by a critical-reflective and funded analysis of the skills developed in clinical teaching with reference to the regulations 122/2011 and 129/2011 of February 18th.

We also presented a research study, conducted with the aim of measuring the impact of an intervention to promote hope in individuals with suicidal behaviour. This is one quasi-experimental multiple case study, the pre-test / post-test type, without a control group. The intervention addresses hope promoting and reducing hopelessness. It consists of 3 sessions, one of which face-to-face, in the emergency department, at discharge, the following made by telephone contact, 1 and 3 weeks after discharge. The results cannot be extrapolated, but may potentiate the emergence of new forms of specialized intervention in mental health nursing.

Descriptors: Nursing; Mental health; Attempted Suicide; Hope

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 16

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL 19

1.1. HOSPITAL DE MAGALHÃES LEMOS, E.P.E. 20

1.1.1. Serviço de Intervenção Intensiva 21

1.2. CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA, E.P.E. 24

1.2.1. Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental 26

2. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA E NORMATIVA 30

3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA 40

3.1. O QUE ME MOVE – INTERVENÇÃO DE BASE PSICOTERAPÊUTICA 43

3.2. COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS – AVALIAÇÃO DO RISCO – SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO 49

3.3. EU E OS OUTROS – INTERVENÇÃO DE BASE PSICOSSOCIAL 52

3.4. A MINHA FAMÍLIA – INTERVENÇÃO DE BASE PSICOTERAPÊUTICA 56

3.5. ANSIEDADE – INTERVENÇÃO DE BASE PSICOEDUCATIVA 60

3.6. SESSÃO DE RELAXAMENTO – TÉCNICAS DE RELAXAMENTO 63

3.7. O EU QUE ME PESA – ESTUDO DE CASO 66

4. REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA ESPECIALIZADA 76

4.1. Enquadramento teórico 76

4.2. Metodologia 79

4.2.1. Questão de Investigação 79

4.2.2. Instrumentos de colheita de dados 80

4.2.3. Operacionalização das variáveis 81

4.2.4. Caracterização da População e da Amostra 82

4.2.5. Procedimentos formais e éticos 82

4.2.6. Intervenções 82

4.3. Resultados 84

4.4. Discussão dos resultados. 87

4.5. Conclusão 88

CONCLUSÃO 89

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 91

ANEXOS

ANEXO I - Dados estatísticos da Triagem Prioridades segundo o Protocolo de Triagem de Manchester no SUG do CHL no ano de 2013

ANEXO II - Plano de Sessão da Intervenção de base psicoterapêutica “O que me move”

ANEXO III - Cartaz de divulgação da formação em serviço “Comportamentos Suicidários – Avaliação do Risco”

ANEXO IV - Plano de Sessão da formação em serviço “Comportamentos Suicidários
– Avaliação do Risco”

ANEXO V - Apresentação multimédia de suporte à formação em serviço
“Comportamentos Suicidários – Avaliação do Risco”

ANEXO VI - Plano de Sessão da Intervenção de base psicossocial “Eu e os outros”

ANEXO VII - Plano de Sessão da Intervenção de base socioterapêutica “A minha
família”

ANEXO VIII - Apresentação multimédia de suporte à Intervenção de base
psicoeducativa “Ansiedade”

ANEXO IX - Plano de Sessão da Intervenção de base psicoeducativa “Ansiedade”

ANEXO X - Guião de Relaxamento progressivo segundo Jacobson

ANEXO XI - Plano de Sessão sobre utilização de técnicas de Relaxamento

ANEXO XII - Plano de Sessão da Intervenção de base psicoterapêutica “O meu
espelho”

ANEXO XIII - Questionário para caracterização sociodemográfica dos sujeitos e
caracterização do evento suicidário

ANEXO XIV - EEB - Escala da Esperança de Barros

ANEXO XV BHS – *Beck Hopelessness Scale*

ANEXO XVI Formulário de consentimento informado para a participação no estudo

ANEXO XVII - Termo de consentimento livre e esclarecido

ANEXO XVIII Artigo “Impacto de um programa de promoção da esperança em
indivíduos com comportamentos suicidários”

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Genograma de “Ana” 67

FIGURA 2: Desenho do estudo 80

FIGURA 3: Desesperança e fatores associados (Beck et al, 1974) 83

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Resultados da aplicação da Escala de Esperança de Barros (EEB) 86

GRÁFICO 2: Resultados da aplicação da Escala de Desesperança de Beck (BHS) 87

ÍNDICE DE QUADROS

- QUADRO 1:** Diagnósticos Internamento de Psiquiatria (DRG), ano de 2013 27
- QUADRO 2:** Consultas de Psiquiatria e Psicologia, ano de 2013 28
- QUADRO 3:** Atos médicos registrados no ano de 2013 (extrato) 28
- QUADRO 4:** Diagnósticos e intervenções de enfermagem estabelecidos na intervenção no caso “Patrícia” 44
- QUADRO 5:** Competências desenvolvidas com a implementação da intervenção “O que me move” 49
- QUADRO 6:** Competências desenvolvidas com a implementação da sessão de formação em serviço “comportamentos suicidários – avaliação do risco” 52
- QUADRO 7:** Competências desenvolvidas com a implementação da intervenção “Eu e os outros” 55
- QUADRO 8:** Competências desenvolvidas com a implementação da intervenção “A minha família” 59
- QUADRO 9:** Competências desenvolvidas com a implementação da intervenção “Ansiedade” 62
- QUADRO 10:** Competências desenvolvidas com a implementação da intervenção “Sessão de relaxamento” 65
- QUADRO 11:** Plano de cuidados de enfermagem de “Ana” 70
- QUADRO 12:** Terapêutica psicofarmacológica 73
- QUADRO 13:** Competências desenvolvidas com a implementação da intervenção “O Eu que me pesa” 74

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria e envolve a descrição e reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas durante os estágios realizados no contexto do Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria durante no período compreendido entre o dia 5 de março e o dia 13 de Julho de 2012. Os ensinamentos clínicos, que decorreram no Serviço de Intervenção Intensiva do Hospital de Magalhães Lemos, no Porto e no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Santo André do Centro Hospitalar de Leiria, visaram o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, mobilizando os conhecimentos teóricos adquiridos durante a formação especializada.

Segundo o Regulamento 129/2011, de 18 de fevereiro, o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental (EESM) *“compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projecto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afectada.”* O mesmo documento refere ainda que na especificidade da sua prática clínica, o EESM mobiliza competências de âmbito psicoterapêutico que lhe permitem desenvolver *“uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e protecção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial.”*

A aquisição das competências necessárias para o desempenho das funções especializadas em enfermagem de saúde mental compreende um processo formativo, no qual a prática clínica tem um papel preponderante. A este propósito, Simões, Isabel, & Costa (2008) referem que, em enfermagem, o estágio assume especial importância *“para o desenvolvimento de aprendizagens ligadas à profissão, para a consolidação dos conhecimentos adquiridos e para a reflexão das práticas”*.

Com a realização deste relatório, pretendemos atingir os seguintes objetivos:

- Efetuar uma reflexão crítica fundamentada sobre o desenvolvimento das competências especializadas (comuns e específicas) definidas pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro Especialista (EE) e para o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental (EESM), publicadas nos regulamentos n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro e 129/2011 de 18 de Fevereiro;
- Evidenciar a aplicação de conhecimentos teóricos e práticos adquiridos durante a formação especializada;
- Desenvolver competências na área da comunicação de resultados de evidência científica;
- Elaborar e defender um documento formal com vista ao reconhecimento do grau académico de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental.

Ao longo deste documento expusemos, de forma detalhada e sistemática, alguns dos momentos que, fruto não só dos próprios acontecimentos, mas sobretudo da sua reflexão crítica, proporcionaram a aquisição, mobilização e desenvolvimento de competências pessoais e de competências profissionais especializadas. Nesse processo fizemos a descrição das intervenções desenvolvidas em contexto da prática especializada, com recurso à sua fundamentação e análise crítica.

Este relatório foi organizado em quatro capítulos. No primeiro, começámos por efetuar a caracterização dos contextos da prática clínica onde decorreram os ensinamentos clínicos, à luz do referencial para a acreditação dos contextos da prática clínica, emanado pela Ordem dos Enfermeiros, e dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental.

De seguida, no segundo capítulo, fizemos a contextualização teórica e normativa, através da abordagem da teoria de enfermagem utilizada no desenvolvimento da prática especializada, explorando o modelo e as suas implicações para a prática clínica, ensino e investigação. O referencial normativo da profissão foi também abordado, explorando os documentos

normativos com maior influência no exercício da enfermagem na área de especialização da Saúde Mental.

O terceiro capítulo foi dedicado à descrição e reflexão fundamentada sobre alguns dos momentos que conduziram à aquisição de competências especializadas em saúde mental, organizados segundo a Teoria dos Incidentes Críticos de Flanagan.

O quarto capítulo centrou-se na reflexão sobre a prática especializada, no qual apresentámos um trabalho de campo realizado durante o ensino clínico com indivíduos com comportamentos suicidários. Na primeira parte deste capítulo descrevemos o enquadramento teórico e justificação do tema e a metodologia utilizada, com esclarecimento da questão de investigação, instrumentos de medida, operacionalização das variáveis, caracterização da população e amostra, procedimentos formais e éticos e intervenção realizada. Na segunda parte procedemos a discussão dos resultados à luz do conhecimento existente e apresentámos as conclusões do estudo, esclarecendo as suas principais limitações, os impactos para a prestação de cuidados e formação e sugestões para investigações futuras.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL

A formação e o desenvolvimento humano envolvem um processo constante de apropriação e transformações de saberes, processo no qual são determinantes os contextos onde decorre. Considerando em particular a formação em enfermagem, e tendo em conta a natureza do exercício profissional, é compreensível a importância que assumem as trajetórias de formação, que envolvem uma importante componente prática, elemento fundamental no desenvolvimento das aprendizagens e competências dos estudantes de enfermagem (Martinho, Pires, Carvalho, & Pimenta, 2014).

Também Almeida (2006) refere o ensino clínico como um momento de aprendizagem por excelência, no qual se pretende que o aluno desenvolva competências de ação e competências meta-reflexivas que lhe possibilitem transformar a experiência em aprendizagem.

Considerámos, aqui, a aprendizagem no contexto da prática clínica, à luz de Alarcão & Rua (2005), numa perspetiva interdisciplinar, tomando em conta a mobilização de diferentes saberes, a sua reconstrução e reconceptualização, que vai, portanto, além da sua aplicação linear.

Frequentámos, nos anos de 2011 e 2012, a 3ª Edição do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. No âmbito do referido Curso, o processo de aquisição, construção e reconstrução de saberes em contexto de prática clínica decorreu em dois locais distintos: Serviço de Intervenção Intensiva (SII) do Hospital de Magalhães Lemos (HML, E.P.E.), de 5 de Março a 21 de Maio de 2012, e no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental (SPSM) do Centro Hospitalar de Leiria (CHL) (à data, Centro Hospitalar de Leiria – Pombal [CHLP]), de 28 de Maio a 13 de Julho do mesmo ano.

A seleção dos contextos da prática clínica para a prossecução dos Ensinos Clínicos seguiu o planeamento descritivo do segundo semestre do referido Curso (Gomes & Henriques, 2012),

com o objetivo de atingir as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (Regulamento n.º 122/2011 publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011 e Regulamento n.º 129/2011 publicado no Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011).

1.1. HOSPITAL DE MAGALHÃES LEMOS, E.P.E.

O nome atribuído a este Hospital constitui uma homenagem ao Prof. Doutor António de Sousa Magalhães e Lemos (1855-1931), eminente neurologista, psiquiatra e professor universitário (UP, 2011).

O Hospital Magalhães Lemos, E.P.E., (HML, E.P.E., adiante designado HML), foi inaugurado oficialmente em 1962, mas só em 1970 foram internados os primeiros doentes, devido a um incêndio ocorrido no Hospital do Conde de Ferreira, numa das enfermarias da "Secção Clínica do Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Norte" (HML, sd).

O HML é um hospital central especializado de psiquiatria e é, no âmbito da Rede de referenciação Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental, em conformidade com o Plano nacional de Saúde Mental 2007-2016, o hospital de referência da Região Norte. A sua área de influência abrange os concelhos de Matosinhos, Porto (exceto Bonfim, Campanhã e Paranhos), Póvoa de Varzim, Vila do Conde, Santo Tirso, Trofa, primeiros contactos de Famalicão e internamentos de Santa Maria da Feira, Arouca, Oliveira de Azeméis, São João da Madeira e Vale de Cambra, perfazendo uma população de cerca de 1 100 000 habitantes (HML, 2014). Para além da área de influência direta, apoia sempre que necessário os restantes serviços de psiquiatria e saúde mental da região Norte do País.

A sua Missão compreende não só a prestação de cuidados de saúde especializados de psiquiatria e de saúde mental à população adulta da respetiva área geodemográfica, mas também o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de eficiência e efetividade e de satisfação, bem como o desenvolvimento de projetos de investigação e de formação pré e pós-graduada. No cumprimento da sua Missão, o Hospital assume como seus valores os

seguintes: Saúde, bem-estar e qualidade de vida dos doentes; Código de ética e padrões de conduta; Qualidade, inovação e excelência de resultados; Humanismo e respeito mútuo; Responsabilidade, integridade e trabalho de equipa (HML, 2011). A sua qualidade é reconhecida através da acreditação e certificação pela *Comparative Health Knowledge System* (CHKS).

O HML possui uma estrutura física organizada em pavilhões e presta serviços em regime de Internamento e Ambulatório, assumindo nesta vertente as respostas de consulta externa especializada de psiquiatria, hospitalização parcial, reabilitação psicossocial e cuidados domiciliários. Dispõe ainda de instalações externas no Porto – Unidade de Vida Apoiada de Costa Cabral; em Vila do Conde – Unidade de Vida Autónoma e Fórum Sócio Ocupacional e Póvoa de Varzim / Vila do Conde – Cuidados Ambulatórios prestados em instalações cedidas pela Administração regional de Saúde do Norte. O serviço de urgência psiquiátrica da área metropolitana do Porto funciona no Centro Hospitalar de São João, E.P.E..

Para dar resposta às necessidades de cuidados de saúde mental e psiquiatria, o HML tinha em 2012 um total de 397 profissionais ao seu serviço, de entre os quais 128 enfermeiros, 53 médicos (20 dos quais em formação pré carreira) e 122 assistentes operacionais (HML, 2014).

1.1.1. Serviço de Intervenção Intensiva

O Serviço de Intervenção Intensiva (SII) atendia os doentes da área assistencial do HML e dava, também, apoio aos departamentos de psiquiatria de toda a região Norte: Amarante, Braga, Bragança, Feira, Gondomar, Guimarães, Viana do Castelo, Vale do Sousa, Valongo, Vila Real, Vila Nova de Gaia / Espinho e Hospital de São João.

Este serviço tinha como principais funções admitir, transferir e apoiar todos os doentes que diariamente e ao longo das 24 horas do dia eram enviados pelo serviço de urgência do Hospital de São João; Apoiar o internamento de utentes, efetuado pela consulta externa do HML, aquando da ausência de vagas nos serviços das áreas geográficas onde pertenciam; Apoiar os serviços de internamento intra-hospitalar em situações de agitação psicomotora que necessitassem de maior vigilância, em que se tornasse necessário preservar a segurança do próprio doente e dos outros doentes, técnicos e instalações.

Era um serviço misto (Homens / Mulheres) com uma lotação de 16 camas. Da estrutura física, destacava-se a existência de 2 quartos individuais terapêuticos (isolamento) com instalações sanitárias e pátio, e ainda 4 quartos individuais *standard*, bem como 1 pátio ao ar livre e 2 salas de convívio com televisão. Era servido de um circuito fechado de televisão, que permitia efetuar na sala de trabalho uma monitorização centralizada do comportamento e da segurança dos doentes internados.

O relatório Portugal Saúde Mental em Números - 2013 (A. Carvalho et al., 2013) do Programa Nacional para a Saúde Mental, apontava 5 patologias que mais condicionavam a atividade produtiva e psicossocial: a depressão major, os problemas ligados ao álcool, as perturbações esquizofrénicas, as doenças bipolares e as demências, sendo que as psicoses constituíram um dos principais motivos de internamento associado às perturbações mentais. O mesmo documento, referindo dados do ano de 2011 revela que, dos 5052 episódios de internamento por psicose esquizofrénica ocorridos em Portugal, 1839 foram na Região Norte, o que corresponde a cerca de 36.5% dos internamentos. Quanto aos internamentos por perturbações delirantes, eles representaram nesta região cerca de 50% dos internamentos por este motivo em Portugal Continental; Já os internamentos por psicoses não orgânicas representaram cerca de 39%.

A realidade encontrada no SII refletia estes números; os doentes internados, oriundos principalmente da área de influência direta do HML, mas também de toda a Região Norte, tinham como diagnósticos mais frequentes as perturbações psicóticas, perturbações depressivas, perturbações bipolares, perturbações de personalidade, entre outras. Associadas a estas (sobretudo às perturbações do humor e da personalidade) apresentavam também frequentemente comportamentos da esfera suicidária.

A Equipa de Enfermagem, constituída por 16 enfermeiros, 10 dos quais especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, assegurava a prestação de cuidados de forma personalizada, utilizando-se o método de trabalho individual. A dotação da equipa era considerada adequada para a lotação normal do serviço, no entanto, a lotação era frequentemente ultrapassada em função das solicitações dos serviços de urgência e da indisponibilidade de vagas para internamento dos doentes nos seus serviços de referência. A alta rotatividade de doentes no Serviço, com consequentes processos de admissão e alta eram também identificados como geradores de maiores necessidades de cuidados de enfermagem,

quer relacionadas com os aspetos burocráticos, quer com a avaliação clínica dos utentes e estabelecimento do plano de cuidados.

No âmbito do processo de certificação e acreditação em que o HML estava envolvido, existiam diversos procedimentos implementados no âmbito da promoção da qualidade e segurança do doente. Fazemos aqui uma breve análise à luz do Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011).

Quanto à Dimensão 1, não tomámos conhecimento de um documento que identificasse claramente o quadro de referências para o Exercício Profissional de Enfermagem para a unidade ou hospital. Contudo estava patente na prática profissional o respeito pelos documentos estruturantes da profissão, nomeadamente o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE); o Código Deontológico do Enfermeiro; o Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, as Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista e que enquadram e regulam o exercício profissional dos enfermeiros. Da mesma forma, o Manual de Acolhimento a Alunos de Enfermagem (HML, 2010) referia um conjunto de atividades desenvolvidas no serviço, sobretudo de âmbito operacional, e que foi elaborado por uma das enfermeiras do serviço, com a colaboração da equipa. Estes conteúdos poderiam constituir uma base de trabalho para o plano de atividades do serviço.

Na equipa de enfermagem havia um elemento responsável pela ligação com a Comissão de Controlo de Infecção, outro responsável pela formação e ainda um elemento Gestor de Risco Local. Estes enfermeiros estavam articulados com o processo de melhoria implementado no Hospital, no âmbito do processo de acreditação e certificação pela CHKS. Ainda no âmbito da Dimensão 2 do referencial, pôde verificar-se a existência de procedimentos de segurança documentados e atualizados, nomeadamente no âmbito da gestão de resíduos, controlo da infeção, controlo de *stocks* e prazos de validade, notificação de eventos adversos e foram evidentes a adequação dos materiais para a prestação de cuidados de enfermagem.

A documentação do processo de enfermagem era efetuada em linguagem codificada, com recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), em suporte informático, com recurso ao Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), incorporando os diagnósticos e intervenções de enfermagem (HML, 2010). Sendo possível extrair alguma

informação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, consideramos que a utilização de ferramentas de *business intelligence* possibilitaria a ampliação da informação disponível, traduzida em indicadores.

Havia um plano de formação implementado no serviço, com uma enfermeira responsável pela formação, que procedia à elaboração dos relatórios de formação e articulava com o departamento de formação do HML e com as Instituições de ensino de enfermagem com as quais o Hospital tinha protocolos.

Pelo exposto, considera-se que o serviço cumpria grande parte dos indicadores de primeiro triénio do referencial de avaliação dos contextos de prática clínica; Considera-se ainda que os que possam ser considerados formalmente ainda não cumpridos, seriam facilmente alcançáveis, o que se alinhava com a perceção de qualidade, adquirida na prática clínica desenvolvida no SII.

1.2. CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA, E.P.E.

O Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. (CHL, E.P.E., adiante designado CHL) agrupa três hospitais: Hospital de Santo André (HSA) – Leiria, Hospital Distrital de Pombal (HDP) – Pombal e Hospital de Alcobaça Bernardino Lopes de Oliveira (HABLO) – Alcobaça e a sua denominação está de acordo com o Decreto-Lei n.º 157/2013, de 12 de novembro.

A atual realidade do CHL resulta das seguintes etapas:

- Criação do Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, E.P.E. (CHLP, E.P.E.) através do Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março, por fusão do Hospital de Santo André, E.P.E. e do Hospital Distrital de Pombal;
- Integração do Hospital Bernardino Lopes de Oliveira de Alcobaça no CHLP, E.P.E., por força do Decreto-Lei n.º 116/2013, de 9 de agosto;
- Alteração da denominação do CHLP, E.P.E. para Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E., pelo Decreto-Lei n.º 157/2013, de 12 de novembro.

O CHL entrou, na atual forma jurídica, em funcionamento no dia 1 de Abril de 2011 e tem uma área de influência que abrange uma população na ordem dos 400.000 habitantes (residentes nos concelhos de Batalha, Leiria, Marinha Grande, Porto de Mós, Nazaré, Pombal, Pedrógão Grande, Figueiró dos Vinhos, Castanheira de Pêra, Ansião, Alvaiázere, Alcobaça, exceto freguesias de Alfeizerão, Benedita e S. Martinho do Porto e parte dos concelhos de Ourém e Soure).

O HSA

Desde a Idade Média existiram em Leiria várias Instituições que teriam como função prestar assistência a doentes. Leiria teve ao longo dessa época, pelo menos nove Hospitais, que se foram fundindo ou mesmo desaparecendo para dar lugar ao atual Hospital de Santo André. Nessa altura os hospitais acumulavam diversas funções, tais como dar apoio a peregrinos, recolher os pobres para além de tratar doentes. Estes hospitais estavam sempre ligados à Igreja e eram geridos por religiosos.

Em 1800 foi inaugurado um novo Hospital da Misericórdia que foi mandado construir pelo Bispo D. Manuel de Aguiar e que viria a dar origem ao Hospital Distrital de Leiria, edifício ainda existente.

Em 1995 surgiu o atual Hospital de Santo André (HSA) para poder servir melhor a população visto que o edifício anterior se encontrava muito degradado e existia muita falta de espaço. Esta moderna unidade hospitalar encontra-se apetrechada com meios técnicos e humanos de ponta de forma a poder desempenhar com eficiência as tarefas que lhe estão incumbidas.

O Hospital de Santo André, unidade do CHL, viu a sua aposta na excelência dos cuidados prestados aos utentes reconhecida pela *Joint Commission International* (JCI), entidade que, na sequência de um longo processo de melhoria, acreditou o HSA em julho de 2012. No relatório enviado ao HSA, a JCI felicitava os profissionais do hospital: «congratulamo-los pela obtenção deste reconhecimento, que traduz o vosso compromisso na promoção de cuidados de qualidade continuamente», destacando o «foco do HSA neste desafiante objetivo de continuamente aumentar a qualidade a níveis mais altos».

A JCI é uma agência de acreditação internacional, a mais reputada e simultaneamente a mais exigente mundialmente, que acredita instituições de saúde. O processo de acreditação em

qualidade, liderado pela Comissão da Qualidade, traduziu-se em ganhos evidentes e de grande importância ao nível da segurança e da qualidade dos serviços prestados aos doentes (CHL, 2012).

1.2.1. Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

O Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental (SPSM) do CHL prestava assistência a uma área de influência que abrange os concelhos de Pombal, Leiria, Marinha Grande, Batalha, Porto de Mós, Nazaré e Alcobaça, exceto freguesias de Alfeizerão, Benedita e S. Martinho do Porto, que corresponde a uma população de cerca de 400 000 habitantes. O Serviço era constituído por Unidade de Internamento de Doentes Agudos, Unidade de Ambulatório de Consultas Externas, Apoio Domiciliário de Enfermagem e Serviço Social, Clínica de Tratamentos Injetáveis de ação prolongada e Unidade de Internamento de Doentes em Evolução Prolongada de Psiquiatria (UIDEPP); prestava também Serviço de Urgência, integrado serviço de Urgência Geral do Hospital de Santo André, em Leiria. As unidades de internamento localizavam-se em Leiria, sendo que a UIDEPP funciona num edifício hospitalar autónomo, na localidade de Andrinos.

O Internamento de Doentes Agudos disponibilizava 43 camas de internamento, distribuídas em duas alas (uma feminina e uma masculina). Entre os motivos de internamento mais frequentes contavam-se a descompensação clínica de patologias mentais, a necessitar de estabilização (por exemplo: Perturbações Afetivas com episódios atuais graves, Episódios Psicóticos) e primeiros episódios de doença mental que requeiram um estudo diagnóstico e introdução de psicofármacos em ambiente hospitalar (por exemplo: Primeiro Episódio Psicótico, Alterações de Conduta) (CHL, 2013). Na tabela 1 apresentam-se os grupos de diagnóstico (DRG – *Diagnostic Related Group*) mais frequentemente documentados nos doentes internados durante o ano de 2013, com referência aos dias de internamento associados e à respetiva demora média (CHL, 2014b).

Os serviços prestados em ambulatório compreendiam as intervenções efetuadas nas unidades de Leiria e Pombal, bem como as intervenções domiciliárias de enfermagem e serviço social. Esta dimensão assistencial estava em linha com a política de desinstitucionalização delineada no âmbito da *World Health Organization* (WHO) e Instituições Europeias, e subscrita por Portugal, que a transpôs para o quadro legal português através da Lei de Saúde Mental (Lei nº 36/98, de 24 de Julho), patente também no Relatório para a Reestruturação e Desenvolvimento

dos Serviços de Saúde Mental em Portugal (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saude Mental, 2007), entre outros documentos, e que tem como objetivos principais promover a prestação de cuidados de saúde mental no âmbito da comunidade, evitando o afastamento dos doentes do seu meio habitual, e facilitando a sua reabilitação e integração social.

QUADRO 1: Diagnósticos Internamento de Psiquiatria (DRG), ano de 2013

| DESCRICAO (DRG) | n° | dias Int | Demora média |
|---|------------|--------------|--------------|
| Psicoses | 403 | 6894 | 17,11 |
| Perturbações da personalidade e/ou do controlo dos impulsos | 73 | 745 | 10,21 |
| Abuso ou dependência do álcool, sem CC | 60 | 701 | 11,68 |
| Neuroses depressivas | 47 | 563 | 11,98 |
| Neuroses exceto as depressivas | 45 | 393 | 8,73 |
| Perturbações orgânicas e/ou atraso mental | 41 | 750 | 18,29 |
| Reações agudas de adaptação e/ou doenças de disfunção | 22 | 218 | 9,91 |
| Abuso ou dependência de cocaína ou de outras drogas, se | 18 | 209 | 11,61 |
| Abuso ou dependência de opiáceos, sem CC | 9 | 86 | 9,56 |
| Abuso ou dependência do álcool, com CC | 6 | 94 | 15,67 |
| Perturbações mentais da infância | 3 | 51 | 17,00 |
| Intoxicações e/ou efeitos tóxicos de drogas, idade > 17 | 3 | 23 | 7,67 |
| Abuso ou dependência de cocaína ou de outras drogas, al | 3 | 17 | 5,67 |
| Continuação de cuidados, sem história de doença maligna | 2 | 63 | 31,50 |
| Abuso ou dependência de opiáceos, alta contra parecer m | 2 | 10 | 5,00 |
| Abuso ou dependência de opiáceos, com CC | 2 | 21 | 10,50 |
| Abuso ou dependência do álcool, alta contra parecer médico | 2 | 6 | 3,00 |
| Outros procedimentos no aparelho digestivo, em B.O., co | 1 | 23 | 23,00 |
| Diabetes, idade < 36 anos | 1 | 1 | 1,00 |
| Infeções do aparelho reprodutor feminino | 1 | 17 | 17,00 |
| Intoxicações e/ou efeitos tóxicos de drogas, idade > 17 | 1 | 16 | 16,00 |
| Intoxicações e/ou efeitos tóxicos de drogas, idade < 18 | 1 | 7 | 7,00 |
| Outros fatores com influência no estado de saúde | 1 | 47 | 47,00 |
| Lesões traumáticas, intoxicações e/ou efeitos tóxicos | 1 | 14 | 14,00 |
| Total Geral | 748 | 10969 | 14,66 |

Fonte: CHL (2014)

Neste aspeto, assumiam particular importância as consultas médicas e não médicas disponibilizadas em regime de ambulatório (Tabela 2), mas também um conjunto de outras intervenções das quais se destaca a intervenção domiciliária de enfermagem e social (Tabela 3) pela sua expressão no conjunto dos cuidados prestados mas também pelo efeito de proximidade

e pelo contributo para a prevenção de complicações em resultado das intervenções no âmbito da gestão da doença mental (CHL, 2014a).

QUADRO 2: Consultas de Psiquiatria e Psicologia, ano de 2013

| CONSULTA | TOTAL |
|--------------------------------------|---------------|
| Psicologia | 2.104 |
| Psicologia - Dor | 18 |
| Psicologia - Forense | 149 |
| Psiquiatria | 8.767 |
| Psiquiatria - Alcobaça * | 97 |
| Psiquiatria - Pombal | 1.131 |
| Psiquiatria – Sem Presença do Doente | 820 |
| Psiquiatria -Alcoologia | 302 |
| Psiquiatria -Geriátrica | 307 |
| TOTAL | 13.695 |

Fonte: CHL (2014a) * Desde 2013-09-01

QUADRO 3: Atos médicos registados no ano de 2013 (extrato)

| Ato médico | Total |
|---|--------------|
| ... | |
| Triagem sem supervisão médica | 3.808 |
| Triagem médica | 1 |
| Triagem com supervisão médica | 251 |
| Entrevista psiquiátrica diagnóstica inicial | 405 |
| Entrevista psiquiátrica diagnóstica de Seguimento | 1.505 |
| Exames psiquiátricos periciais | 15 |
| Entrevista psicossocial de avaliação, não médica | 1 |
| Avaliação por outros testes específicos | 4 |
| Consulta de monitorização de prescrição | 1.445 |
| Consulta de psiquiatria de seguimento | 1.438 |
| Entrevista psicologia de seguimento | 4 |
| Psicoterapia individual | 1.859 |
| Psicoterapia familiar | 1.841 |
| Sessões psicoeducacionais familiares em grupo | 4 |
| Intervenção social, por doente | 1 |
| Intervenções realizadas em estruturas sediadas | 1.762 |
| Intervenções domiciliárias, por doente | 2.022 |

Fonte: Adaptado de CHL (2014a)

No âmbito da intervenção em Urgência, foram observados por médico psiquiatra 3563 dos cerca de 91700 doentes admitidos nas urgências durante o ano de 2013. Da consulta dos dados referentes à aplicação do Protocolo de Triagem de Manchester, o sistema aplicado nos serviços de urgência geral do CHL, pode ainda verificar-se que cerca de 2350 doentes foram triados com o Protocolo de Triagem de Manchester com o quadro 19 – Doença Mental e 276 pelo quadro 50 – Sobredosagem e Envenenamento (ANEXO I). Não tendo sido possível identificar o número de pacientes atendidos por comportamentos suicidários, sublinhamos o número significativo de doentes triados pelo quadro 50, o mais utilizado para intoxicações voluntárias, que correspondia a cerca de 74 casos por 100 000 habitantes. Para mais, estes números excluíam ainda todos os casos de comportamentos suicidários com recurso a outros meios, os casos mais graves de intoxicação, que, por ocultação ou desconhecimento do comportamento na base da sintomatologia apresentada à entrada, podiam ser triados por outros quadros, como, por exemplo, *estado de inconsciência*, bem como os casos de suicídio consumado, que, habitualmente, não chegavam ao SU.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA E NORMATIVA

O percurso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria compreendeu um processo de contextualização teórico e normativo de forma a suprir a necessidade de consolidar as práticas numa matriz conceptual e teórica sólida e alinhada com os normativos profissionais em vigor.

As teorias de enfermagem têm sido um tema dominante na literatura de enfermagem dos últimos 50 anos e têm contribuído para o crescimento exponencial da profissão. Essa produção literária surgiu com a percepção de que, em épocas mais remotas, a qualidade dos cuidados prestados aos doentes não se traduzia em conhecimento escrito e de que não era documentada a eficácia dos cuidados, pelo que a ausência de um corpo de conhecimentos próprio conduziu a um movimento da profissão em busca da autonomia, da delimitação das suas ações, como forma de construção da sua identidade (Alligood & Tomey, 2002a; V. Almeida, Lopes, & Damasceno, 2005).

Alligood & Tomey referem que a teoria confere significado ao conhecimento, de modo a melhorar a prática, descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos. E concretizam, afirmando que o conhecimento teórico reforça o poder da profissão, uma vez que os métodos sistematicamente desenvolvidos orientam o pensamento crítico e a tomada de decisão na prática profissional e aumentam a sua eficácia. As teorias contribuem também para uma melhor compreensão das práticas e para uma exposição e comunicação mais clara junto de outros profissionais de saúde, pelo que “a teoria conduz à autonomia profissional orientando a prática, o ensino e a investigação dentro da profissão” (Alligood & Tomey, 2002a, p.12-13).

Diversas têm sido as teorias produzidas desde a última metade do século XX, sendo diversas, também, as formas de as classificar, relacionadas com as suas origens, os contextos cronológicos ou conceitos centrais das teorias, entre outros (Meleis, 2012). No livro *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra*, Alligood & Tommey propõem uma

classificação em Filosofias, Modelos Conceptuais e Grandes Teorias, e Teorias de Médio Alcance (Allgood & Tomey, 2002b). Já Meleis apresenta na sua obra *Theoretical Nursing: development and progress* uma classificação organizada por escolas de pensamento: Necessidades, Interação, Resultados e Cuidar (Meleis, 2012).

Considerando a nossa própria visão do processo de prestação de cuidados de enfermagem, as especificidades contextuais da área da saúde mental e psiquiatria, bem como os nossos próprios valores e crenças, selecionámos a Teoria das Relações Interpessoais (TRI) de Hildegard Peplau como fundamento teórico na conceção dos cuidados prestados e como orientação no processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Hildegard Elisabeth Peplau nasceu em Reading, Pensilvânia em 1 de setembro de 1909 e faleceu em 7 de Março de 1999, na Califórnia, com 89 anos. Iniciou a sua carreira de enfermagem em 1931 com os seus estudos em Pottstown, Pensilvânia, fez um bacharelato em psicologia interpessoal no *Bennington College*, em Vermont, um mestrado em enfermagem psiquiátrica no *Teacher's College* em Columbia, Nova Iorque e um doutoramento em desenvolvimento curricular na *Columbia University*. Trabalhou e estudou com Erich From, Frida From-Reichmann com Harry Stack Sullivan, eminentes psiquiatras da época, experiências que viriam a influenciar o desenvolvimento da sua teoria (Belcher, 1980 *cit in* Howk, 2002; George, 2000 *cit in* V. Almeida, et al., 2005).

Com a publicação do seu livro "*Interpersonal Relations in Nursing*", em 1952, é-lhe atribuída uma mudança paradigmática na natureza da relação enfermeiro-doente, passando de uma prática de enfermagem que envolvia ação sobre, para e pelo doente, para um novo paradigma em que o doente é conceptualizado como parceiro no processo de enfermagem (Sills, 2000 *cit in* Howk, 2002).

Peplau exerceu ainda importante papel institucional e político, tendo participado na reformulação do sistema de saúde mental dos Estados Unidos, através da colaboração na elaboração do "*National Mental Health Act*" de 1946 e tendo ocupado diversos cargos de direção e consultoria em organismos como a *American Nurses Association*, o *International Council of Nurses*, Organização Mundial de Saúde, entre muitos outros; Recebeu diversas distinções e prémios a nível nacional e internacional (Howk, 2002).

O seu percurso profissional, reconhecido com diversos doutoramentos “*honoris causa*” é referido como tendo influenciado o avanço dos padrões profissionais, educativos e práticos da enfermagem, tendo sido considerada “enfermeira do século” e, na área da psiquiatria, destacada como “a mãe da enfermagem psiquiátrica”. Muitos consideram que a sua vida e obra conduziram às maiores mudanças na prática de enfermagem depois de Florence Nightingale (Howk, 2002; Parker, 2000 *cit in* Moraes, Lopes, & Braga, 2006; Sils, 1999; O’Toole, 1996; George, 2000 *cit in* V. Almeida, et al., 2005),

A Teoria das Relações Interpessoais (TRI) de Peplau foi classificada como uma teoria de médio alcance, centrada na relação de ajuda entre o enfermeiro o doente (Howk, 2002; V. Almeida, et al., 2005) e enquadrada na escola da Interação (Meleis, 2012).

Peplau usou o conhecimento da ciência comportamental, integrando-a na sua estrutura conceptual, desenvolvendo um modelo de enfermagem baseado na teoria, numa altura em que o desenvolvimento da teoria de enfermagem era relativamente novo. Sullivan, Symonds, Maslow, Mittleman e Miller são considerados as principais fontes teóricas da teoria de Peplau, sendo que alguns dos conceitos terapêuticos derivam diretamente das obras de Freud e Fromm (Howk, 2002).

George (2000) *cit in* V. Almeida, et al. (2005) refere que os fundamentos da teoria de Peplau são o crescimento e desenvolvimento, em linha com os estudos de Fromm e Sullivan. As suas teorias adotam como pressuposto básico que a realização do potencial humano decorre do crescimento e desenvolvimento humanos, que ocorrem de forma gradual.

O crescimento é, neste contexto, entendido como um aumento em dimensão e formas físicas, regular e ordenado, com um padrão único, individual e influenciado por fatores intrínsecos e extrínsecos, enquanto o desenvolvimento se refere a alterações funcionais do indivíduo, de âmbito qualitativo, mas também sujeito a influências internas e externas (Leddy & Pepper, 1989 *cit in* V. Almeida, et al., 2005).

A utilização de conceitos do modelo psicológico

“permitiu que a enfermeira começasse a afastar-se de uma orientação para a doença para outra através da qual o significado psicológico dos eventos,

sentimentos e comportamentos podia ser explorado e incluído nas intervenções de enfermagem. Deu às enfermeiras uma oportunidade de ensinar os doentes a explorar os seus sentimentos e de explorarem com os clientes como lidar com os seus sentimentos” (Peplau, 1996, p. 6 *cit in* Howk, 2002 p. 425).

Neste sentido, Peplau (1952, p. xii) *cit in* Howk, (2002, p. 428) adotou, na sua teoria, dois pressupostos explícitos:

“(1) o tipo de pessoa que a enfermeira se torna faz uma diferença substancial naquilo que cada doente irá aprender enquanto recebe os cuidados de enfermagem. (2) Alimentar o desenvolvimento da personalidade no sentido da maturidade é uma função da enfermagem e do ensino de enfermagem. A enfermagem utiliza princípios e métodos que orientam o processo no sentido da resolução de problemas interpessoais.”

Peplau (1952, p. 6) *cit in* Howk (2002, p.428) apresentou ainda um pressuposto implícito: *“a profissão de enfermagem é legalmente responsável pela utilização eficaz da enfermagem e pelas suas consequências para os doentes”*.

Peplau (1952, p16) *cit in* Howk (2002) descreveu a enfermagem como

“um processo interpessoal, significativo e terapêutico. Funciona em cooperação com outros processos humanos que tornam a saúde possível para os indivíduos nas comunidades. ... A enfermagem é um instrumento educativo, uma força de maturação que tenciona promover o movimento do progresso da personalidade no sentido de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária.”

Peplau criou, assim, o conceito de enfermagem psicodinâmica, que envolve reconhecer, esclarecer e construir uma compreensão acerca do que acontece no âmbito da relação terapêutica com o doente (O’Toole & Welt, 1996 *cit in* V. Almeida, et al., 2005) e desenvolveu o modelo, descrevendo os conceitos estruturais do processo interpessoal – as fases da relação enfermeiro-doente: Orientação, Identificação, Exploração e Resolução, que, apesar de independentes, se sobrepõem e ocorrem durante o tempo da relação (Howk, 2002).

A fase de orientação corresponde ao início da relação entre enfermeiro e o paciente. O indivíduo tem uma necessidade sentida e procura ajuda profissional. O enfermeiro ajuda o paciente a reconhecer e compreender o seu problema, e ambos assumem partes igualmente importantes na relação terapêutica (Peplau, 1952 *cit in* Howk, 2002); (Pinheiro, 2003, *cit in* Moraes, et al., 2006). O paciente fornece pistas acerca da forma como visualiza as suas necessidades e o enfermeiro tem oportunidade de reconhecer as suas carências de informação e compreensão do problema. Partindo deste ponto, o enfermeiro orienta o paciente acerca do problema e implicações, levando em conta a ansiedade apresentada pelo paciente, com o objetivo de tentar relacionar a sua experiência atual com as anteriores (Peplau, 1990 *cit in* V. Almeida, et al., 2005).

À medida que o processo vai avançando, entra-se na fase de identificação, o indivíduo identifica-se com o enfermeiro, que o pode ajudar, e este direciona as suas intervenções no sentido de ajudar o doente a adquirir uma aprendizagem construtiva, focalizando-se nos elementos essenciais do problema, com recurso aos seus próprios esforços, desenvolvendo respostas independentes do enfermeiro (Peplau, 1990, *cit in* V. Almeida, et al., 2005; Peplau, 1993, *cit in* Moraes, et al., 2006);

O’Toole (1996) *cit in* V. Almeida, et al. (2005) refere que, nesta fase, as intervenções de enfermagem poderão levar o doente a identificar o enfermeiro como alguém familiar ou culturalmente importante na sua memória e que o doente pode responder desenvolvendo ações de carácter participativo ou interdependente, ou isolando-se e assumindo uma atitude de independência, ou ainda, pelo contrário, assumindo uma atitude de dependência em relação ao profissional.

Na fase denominada “exploração”, tal como o próprio nome indica, o doente faz o máximo uso dos serviços que lhe são oferecidos, explorando a relação no sentido de maximizar os benefícios obtidos. A intervenção de enfermagem deve compreender, nesta fase a manutenção da satisfação das necessidades do doente, devendo começar a ser estabelecidas novas metas, como o regresso ao trabalho ou o retorno a casa, com o objetivo de diminuir a identificação do doente com o profissional que lhe presta ajuda (Peplau, 1990 *cit in* V. Almeida, et al., 2005)

Peplau caracterizava a fase de resolução mais como um fenómeno psicológico, pelo qual o doente solta os laços psicológicos criados com o enfermeiro e se prepara para voltar a

casa (Peplau, 1990, *cit in* V. Almeida, et al., 2005). Esta fase deve compreender uma libertação gradual da identificação criada com o enfermeiro, e um fortalecimento da capacitação do doente para agir por si mesmo; Apesar de, em muitos casos o doente recuperado não ter uma real vontade de concluir a doença, espera-se que nesta fase as necessidades do doente já tenham sido satisfeitas (Peplau, 1993 *cit in* Moraes, et al., 2006).

Para além das fases da relação, Peplau descreveu seis papéis de enfermagem, que surgem nas diversas fases da relação enfermeiro - doente: papel de estranho, papel de pessoa de recurso, papel de professor, papel de líder, papel de substituto e papel de conselheiro (Peplau, 1952 *cit in* Howk, 2002)

No papel de “pessoa estranha”, o enfermeiro aceita o doente como pessoa, trata-o com respeito e interesse, evitando juízos de valor prévios e considera-o como emocionalmente capaz, até prova em contrário; coincide com a fase de identificação (Peplau, 1952 *cit in* Howk, 2002). Outro papel referido pelo mesmo autor é o de “pessoa de recurso”, no qual o enfermeiro fornece respostas específicas às questões do doente, nomeadamente informações de saúde, e esclarece o doente sobre o plano de cuidados, questões, essas, que estão geralmente associadas a problemas mais vastos. O enfermeiro faz uma adequação do tipo de respostas à aprendizagem construtiva, utilizando tanto respostas factuais como prestando aconselhamento. Ainda segundo o mesmo autor, o enfermeiro pode atuar ainda como “professor”, papel que Peplau descreve como uma combinação de todos os papéis, e que, no desenvolvimento da sua teoria, separa em duas categorias: educativa, que consiste, de uma forma geral em fornecer informação, e empírica, que consiste em usar a experiência do doente como base para abordar e desenvolver as generalizações e apreciações que o doente faz das suas experiências (Peplau, 1964 *cit in* Howk, 2002). Este conceito de aprendizagem cruza-se com o papel de conselheiro, uma vez que são mobilizadas pelo enfermeiro técnicas psicoterapêuticas. O “papel de líder” envolve uma relação de cooperação e participação ativa como estratégia para ajudar o doente a cumprir as tarefas (Peplau, 1952 *cit in* Howk, 2002). Segundo o mesmo autor, as formas de estar e os comportamentos do enfermeiro podem gerar no doente reativação de sentimentos gerados numa relação anterior. O doente coloca, portanto, o enfermeiro no “papel de substituto”. A função do enfermeiro é a de ajudar o doente a reconhecer as semelhanças entre o enfermeiro e a pessoa de quem o doente se lembra, ajudando-o a ver

as diferenças entre os papéis de um e outro, e definindo com o doente áreas de dependência, independência e interdependência. No papel de conselheiro, que Peplau considerava ter a maior ênfase na enfermagem psiquiátrica, os enfermeiros respondem aos pedidos dos doentes ajudando o doente a tomar consciência do que lhe está a acontecer na situação atual, de forma a integrar essa experiência com outras experiências de vida (Peplau, 1952, 1962 *cit in* Howk, 2002).

Peplau descreveu ainda quatro experiências psicobiológicas: necessidade, frustração, conflito e ansiedade. Estas experiências fornecem energia que é transformada em alguma forma de ação, obrigando a respostas destrutivas ou construtivas de enfermeiros e doentes e cujo entendimento fornece uma base para a formação de objetivos e intervenções de enfermagem (Peplau, 1952 *cit in* Howk, 2002).

Embora a importância da teoria de Peplau seja hoje amplamente reconhecida e o seu uso na prática clínica e no ensino seja uma constante desde a sua publicação, algumas críticas apontam discordância quanto à metodologia das funções psicoterapêuticas e do papel da enfermeira como substituta (Peplau, 1968 *cit in* Howk, 2002), ou a falta de desenvolvimento dos sistemas sociais, numa perspetiva de alargamento da base para a compreensão dos sistemas sociais (Howk, 2002).

De facto, diversos autores têm-se debruçado sobre a teoria de Peplau, efetuando a sua análise crítica e refletindo sobre a aplicabilidade da Teoria em variados contextos específicos.

V. Almeida, et al. (2005), analisaram a Teoria das Relações Interpessoais à luz do modelo de Barnum (1998). Os autores referem que ela continua atual, pois a relação enfermeiro paciente faz parte da própria natureza da enfermagem, e os conceitos e fases apresentados na Teoria de Peplau são claras e operacionalizáveis. Concluíram que cumpre os critérios de utilidade de Barnum para a sua utilização no ensino, na investigação, bem como na prática clínica da enfermagem, em todas as situações em que o enfermeiro possa estabelecer algum tipo de interação com o doente, identificando, portanto uma limitação à sua utilização. Howk (2002) corrobora esta ideia ao referir que a sua utilização é limitada quando se trabalha com doentes em estado comatoso, senis ou recém-nascidos, pelo que a TRI, não podendo ser aplicada a todos os doentes, não cumpre os critérios de generalidade. Na sua análise crítica da teoria, Howk refere, no entanto, que Teoria é

facilmente compreensível, a relação entre a Teoria e os dados empíricos permite que outros cientistas validem e verifiquem a teoria, e, ainda, que o trabalho de Peplau foi pioneiro no campo da enfermagem e constituiu um contributo significativo para a base do conhecimento de enfermagem, razões pelas quais cumpre os critérios de avaliação de simplicidade, precisão empírica e consequências deriváveis. Moraes, et al. (2006) analisam a Teoria das Relações Interpessoais à luz do modelo de Meleis (1997) e sublinham a existência de semelhanças básicas entre o processo de enfermagem e as fases interpessoais da teoria de Peplau, referindo que tanto as fases como o processo de enfermagem são sequenciais e focalizam interações terapêuticas com o propósito final de satisfazer as necessidades através das intervenções propostas.

Outro foco de análise da Teoria de Peplau tem sido a sua utilidade e aplicabilidade ao contexto da do trabalho com grupos. No seu artigo *The application of Peplau's theory to group psychotherapy*, Lego (1998) demonstrou a aplicação da TRI em grupos psicoterapêuticos utilizando exemplos clínicos para evidenciar a progressão dos doentes nas fases do processo e o desempenho dos papéis do enfermeiro naquele contexto. Também Moraes, et al. (2006) analisaram a confluência da Teoria de Peplau com o referencial de grupo, em especial no contexto da prática de cuidar do dependente químico, concluindo que existe congruência entre as fases da Teoria e as fases do desenvolvimento de um grupo, pelo que ela se pode considerar aplicável nesta modalidade de intervenção. Esta ideia é corroborada por Monteiro & Pagliuca (2008) que referem que as fases propostas na Teoria também ocorrem no processo grupal, com momentos sobrepostos e interrelacionados, embora em grupos permanentes e abertos as fases possam não se desenvolver sequencialmente.

Noutro contexto, Hrabe (2005), no seu artigo *Peplau in cyberspace: an analysis of Peplau's Interpersonal Relations Theory and computer-mediated communication* fez uma análise da aplicação da Teoria de Peplau ao contexto da comunicação não presencial. Reconhecendo que a Teoria não foi desenhada para ser aplicada neste contexto, o autor recorreu à investigação realizada no âmbito da comunicação social e da psicologia para sugerir que a sua aplicação pode ser possível na comunicação à distância, telefónica ou mediada por computador, e sublinhou que as fronteiras da relação terapêutica estão a ser pressionadas para o *ciberespaço*, pelo que defende a necessidade de desenvolver investigação sobre a relação terapêutica entre enfermeiro e doente nesse contexto.

Em qualquer contexto, a Teoria de Peplau veio criar uma mudança de paradigma na relação entre enfermeiro e doente, enfatizando o doente como parceiro no processo de enfermagem (Howk, 2002) e o enfermeiro como instrumento terapêutico, num processo psicodinâmico, no qual as necessidades do próprio enfermeiro devem ser consideradas e o respetivo autoconhecimento é considerado central para a eficácia da relação (V. Almeida, et al., 2005).

Este aspeto assume também relevo nos normativos profissionais. O Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro, que aprova o Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista, no âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, refere que o enfermeiro *“Demonstra, em situação, a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.*

No mesmo sentido, o Regulamento n.º 129/2011 de 18 de Fevereiro, que aprova o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, identifica como primeira competência (F1) que o EESM *“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.”*

O mesmo documento refere ainda que

“O EESM, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução.”

Importa ainda trazer a esta contextualização o Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, que aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), nomeadamente a sua definição de Enfermagem: *“é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo 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.”

Por seu lado a Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro, republica o estatuto da Ordem dos Enfermeiros que integra, na sua secção II o Código Deontológico do Enfermeiro. Este, nos princípios gerais, refere que *“As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.”*

Pudemos, portanto, constatar que o referencial teórico por nós selecionado se alinha com o referencial normativo da profissão de enfermagem, colocando ênfase no processo terapêutico interpessoal, entre o indivíduo alvo dos cuidados e o enfermeiro, respeitando a individualidade e a dignidade de ambos, processo no qual o enfermeiro se assume como instrumento terapêutico, para o que é indispensável um processo de desenvolvimento aprofundamento e do conhecimento de Si.

3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

Os estágios foram projetados tendo por base os objetivos educacionais definidos no plano de estudos e os objetivos pessoais, considerando ainda a natureza dos locais do ensino clínico e as oportunidades de treino / aprendizagem disponíveis.

Os ensinamentos clínicos I e III decorreram no SII do Hospital Magalhães Lemos. Como se disse anteriormente, o SII é uma unidade com características especiais, raramente encontradas num internamento de psiquiatria. Atendendo à sua missão, apresentava uma reduzida demora média dos internamentos (cerca de dois dias), e foi frequente a sua sobrelotação em virtude das solicitações do serviço de urgência psiquiátrica do Porto, no Hospital de São João, bem como de todas as unidades da zona norte do país, às quais o SII dava apoio. Sendo um serviço na primeira linha de atendimento dos doentes com perturbações psiquiátricas, a maioria dos indivíduos encontrava-se em situação de descompensação aguda da sua doença.

Neste contexto, as intervenções de enfermagem foram por si realizadas com base no processo de enfermagem, de acordo com as necessidades / problemas identificados na avaliação inicial, atuando no *aqui-e-agora*, com vista à estabilização do doente, gestão dos sintomas, remissão dos problemas e promoção de uma melhor compreensão por parte do paciente dos fatores que haviam precipitado a crise.

A preparação e implementação das intervenções contribuíram para o desenvolvimento de conhecimentos e algumas técnicas de intervenção, nomeadamente em grupos. Contudo, as intervenções que considerámos terem sido mais pertinentes foram as intervenções de base psicoterapêutica e psicoeducativa individuais, focalizando o *aqui-e-agora*, a identificação dos problemas, motivando para a resolução de problemas, capacitando através do conhecimento da doença e dos sintomas, fomentando o uso desse conhecimento como fator terapêutico na crise e na preparação para a alta.

O ensino clínico II decorreu na ala feminina do Serviço de Psiquiatria do CHLP, localizado no Hospital de Santo André em Leiria. Foi dado especial enfoque à intervenção em doentes com comportamentos suicidários, um dos eixos orientadores do ensino clínico.

A intensidade das vivências dos utentes, a leitura das suas próprias estratégias ajudou-nos a desenvolver cada vez melhor a capacidade de escutar, entender e interpretar o discurso verbal e não-verbal dos utentes e, assim sermos mais pertinentes e eficazes na sua avaliação e na identificação dos diagnósticos de enfermagem e implementação das intervenções no âmbito do processo terapêutico.

A intervenção em enfermagem de saúde mental tem como objetivos promover a saúde mental, prevenir ou estabilizar a doença trabalhando com a pessoa, grupo ou comunidade fomentando respostas mais ajustadas nos processos de transição ou na gestão da doença mental (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, 2011).

Os cuidados de enfermagem especializados em saúde mental são um trabalho feito com a pessoa e não apenas para a pessoa. Cada ser humano na sua individualidade tem potencial para atingir um melhor ajustamento intra e interpessoal e viver experiências mais gratificantes.

Em saúde mental e psiquiatria são raras as imagens de rápidas e espetaculares recuperações que os *media* gostam de emprestar aos serviços de saúde. Mas cada intervenção, no *aqui-e-agora*, cada pequena aquisição, cada potencial desenvolvido pelo indivíduo pode significar um alívio do seu sofrimento ou um passo em direção à sua recuperação.

Dando resposta às competências definidas no n.º 1 do art.º 4º do Regulamento n.º 129/2011 de 18 de Fevereiro, documentámos, dentre as diversas intervenções efetuadas, as que considerámos mais significativas em termos de desenvolvimento das referidas competências.

Para a organização deste capítulo utilizámos a técnica dos incidentes críticos, de modo a facilitar a leitura do mesmo e a possibilitar uma melhor compreensão da forma como

foram desenvolvidas em ensino clínico as competências especializadas em enfermagem, quer as comuns quer as específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

A Técnica dos Incidentes Críticos (TIC) é um conceito introduzido nos anos 50 por Flanagan, em resultado de vários estudos realizados durante a Segunda Guerra Mundial no Programa de Psicologia de Aviação do Exército de Estados Unidos, com o objetivo de melhorar o treino de voo militar. A TIC foi definida como “um conjunto de procedimentos para a colheita de observações diretas do comportamento humano, de modo a facilitar sua utilização potencial na solução de problemas práticos e no desenvolvimento de amplos princípios psicológicos” (Flanagan, 1973 *cit in* Zani, 2005 p. 41).

Ribeiro, Souza, Barreto, Neves, & Barbosa (2012), num artigo de revisão sistemática da literatura sobre o uso da TIC em enfermagem refere que esta técnica tem vindo utilizada nas últimas décadas pelos enfermeiros, pela sua capacidade de aceder à subjetividade das pessoas que vivenciaram determinadas situações. Simões (2006) corrobora esta ideia, referindo que a técnica se centra na própria pessoa que relata o incidente, sendo considerados importantes os acontecimentos críticos significativos.

Ainda que originalmente a técnica fosse utilizada com recurso um à avaliação das situações por um investigador, Estrela (1986) *cit in* Simões (2006) refere que, recentemente, a técnica tem vindo a ser utilizada através da observação indireta, com a recolha dos incidentes a ser feita pelo próprio implicado na ação, o que se crê ser em si mesmo formativo.

Simões (2006) conclui que a TIC é um excelente método para a recolha de experiências vivenciadas pelos enfermeiros, ideia corroborada por Ribeiro, et al. (2012) que considera que a técnica, sendo de aplicação prática e eficaz, traz situações e comportamentos identificados como críticos, o que permite a reflexão de possíveis soluções para a melhoria do atendimento e da qualidade da assistência prestada e fortalece a construção do conhecimento da enfermagem.

3.1. O QUE ME MOVE – INTERVENÇÃO DE BASE PSICOTERAPÊUTICA

Fundamentação / Enquadramento

No contexto do ensino clínico I, entrevistámos a Patrícia (nome fictício), 21 anos, estudante universitária, admitida no SII por comportamento autodestrutivo, com ideação suicida pouco estruturada.

Em entrevista inicial, realizada no dia anterior havia relatado relacionamentos conturbados no contexto familiar na infância, com história de alcoolismo do pai e violência familiar dirigida à mãe e, posteriormente tentativa de abuso sexual por parte do padrasto. Este contexto era referido como já livre de violência, embora com um relacionamento algo distante e com fracos laços afetivos entre a Patrícia e a mãe.

Considerando a instabilidade emocional e o cansaço físico que apresentava à entrada no serviço, foi proposto agendamento de entrevista individual, prontamente aceite pela paciente, para avaliação subsequente, identificar fatores associados a comportamento autodestrutivo, promover motivação e estratégias para a recuperação, através de estabelecimento de plano de intervenção terapêutica.

Patrícia referiu ser uma pessoa tímida, com alguns amigos; Disse ter um namorado, com quem mantinha um relacionamento “há algum tempo”. Apresentou ambivalência de sentimentos relativamente a um colega de escola, com quem terá tido uma relação ocasional.

Apresentou-se calma e colaborante ao longo da intervenção, com postura algo retraída, manuseamentos frequentes, humor eutímico, demonstrando ambivalência afetiva e autoestima diminuída. Foi identificada ansiedade relacionada com ambivalência afetiva e *coping* ineficaz. Não foi identificada ideação suicida nem alteração do pensamento ou da percepção. A avaliação física não mostrou alterações relevantes.

A partir desta avaliação estabelecemos os diagnósticos e as intervenções de enfermagem identificadas no Quadro 4, utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), com recurso à versão beta 2 e versão 1 – tendo por base o trabalho realizado por Amaral (2010).

QUADRO 4: Diagnósticos e intervenções de enfermagem estabelecidos na intervenção no caso “Patrícia”

| | |
|---|--|
| Foco | |
| | <i>Diagnóstico inicial</i> |
| Intervenções de enfermagem | |
| | <i>Diagnóstico final</i> |
| Autoestima | |
| | <i>Autoestima diminuída em grau elevado</i> |
| Escutar ativamente Executar intervenção de base psicoterapêutica com o objetivo de promover autoconsciência, esclarecimento de sentimentos e autopercepção positiva, utilizando técnicas de descatastrofização e reestruturação cognitiva. | |
| | <i>Autoestima diminuída em grau moderado</i> |
| Coping | |
| | <i>Coping ineficaz</i> |
| Apoiar tomada de decisão Iniciar treino de competências com o objetivo de proporcionar capacitação para a tomada de decisão com contextos ambivalentes e de conflito | |
| | <i>Coping ineficaz</i> |

O Regulamento n.º 129/2011 de 18 de Fevereiro, refere que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental tem competência para prestar cuidados de enfermagem de âmbito psicoterapêutico. No Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, a Ordem dos Enfermeiros, define a psicoterapia (ou aconselhamento pessoal com um psicoterapeuta) como “*um processo que se baseia na relação interpessoal desenvolvida por profissionais com competências reconhecidas e o cliente (pessoa ou grupo)*).

O processo terapêutico interpessoal permite o crescimento e desenvolvimento de todos os intervenientes, de forma autónoma, construindo em parceria novas explicações e razões para os problemas identificados. Esta técnica de intervenção não farmacológica tem como objetivo ajudar um cliente ou paciente a ultrapassar os seus problemas de vida e aumentar

o sentimento de bem-estar do indivíduo. A intervenção psicoterapêutica emprega uma variedade de técnicas baseadas na construção de relacionamento experiencial, diálogo, comunicação e mudança de comportamento que são planejados para melhorar a saúde mental de um cliente ou paciente, ou para melhorar as relações de grupo (família por exemplo).

A *psicoterapia* pode ser feita por profissionais com diferentes qualificações, (psiquiatria, psicologia clínica, terapia familiar, enfermagem de saúde mental, psicanálise e outras psicoterapias) (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, 2011).

Diversos são os estudos que referem intervenções de âmbito psicoterapêutico implementadas por enfermeiros em diversos contextos e com diversos tipos de pacientes (England, 2006, 2007; Lego, 1998; Puentes, 2004; Tsai, Wong, Tsai, & Ku, 2008).

A este propósito Sampaio, Sequeira, & Lluch-Canut (2014) referem que apesar de a regulamentação nacional referir as competências para a implementação de intervenções de base psicoterapêutica, de diversas publicações referirem investigação em enfermagem envolvendo técnicas psicoterapêuticas, e de as perspetivas internacionais apontarem a importância da realização de intervenções psicoterapêuticas por parte dos enfermeiros, subsiste a necessidade de ser criado um modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem, com um corpo de conhecimento próprio e com uma metodologia de operacionalização bem sistematizada.

Considerando a discussão acerca dos tipos de psicoterapia utilizados e dos profissionais intervenientes, Cahill, Paley, & Hardy (2013) estudaram a perceção dos clientes de dois modelos de terapia, aplicados no Reino Unido por enfermeiros e psicólogos clínicos - respetivamente a terapia interpessoal psicodinâmica e a terapia cognitivo comportamental. Os seus resultados apontam para a inexistência de diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos na grande maioria das dimensões estudadas (11 em 13), sendo que as duas dimensões em que ela existe parecem estar relacionada com as características próprias de cada tipologia de intervenção (“*awareness*” e “*problem solution*”). Os mesmos autores referem ainda que a relação terapêutica mantém-se como um marco da prática de enfermagem de saúde mental, com especial influência de Peplau. Os autores citam também uma revisão de literatura publicada pelo

Chief Nursing Officer (DoH 2006) que recomenda o desenvolvimento das aptidões dos EESM para incluir nas suas práticas as psicoterapias com evidência estabelecida, assente na relação terapêutica que deve sustentar essas práticas.

Estratégias / Atividades

Não descartando a necessidade do aprofundamento dos quadros conceptuais em enfermagem em contexto de intervenção psicoterapêutica, baseámos a nossa prática no modelo de Peplau, que, conforme referido em capítulo anterior, é específico da enfermagem, de aplicação clara, baseado na teoria psicológica e com aplicação testada em variadíssimos contextos da prática clínica, investigação e ensino da enfermagem.

Considerando o Modelo de Peplau, a intervenção com a Patrícia decorreu nas fases de Orientação e Identificação, tendo o enfermeiro desempenhado o papel de estranho, pessoa de recurso, professor e conselheiro.

Numa segunda parte da intervenção, após a avaliação inicial, já descrita, iniciámos a escuta ativa como estratégia de estabelecimento de relação terapêutica com base na confiança e ausência de juízos de valor. Foi solicitado que falasse de si e a entrevista foi conduzida à exploração da auto-consciência, dos acontecimentos significativos do passado e dos sentimentos envolvidos. Expôs os seus sentimentos de ambivalência afetiva face ao seu namorado e a um amigo, situação geradora de conflito interno. Quando se procurou abordar a infância e a história de abuso por parte do padrasto, disse “já ter passado”, que agora “está tudo bem”, fugindo a este assunto. Questionada sobre a ideia suicida, referiu que já não pensava nisso; que estava muito confusa por causa da sua situação, não sabia o que fazer, mas que agora sabia que não queria morrer e que haveria de encontrar uma solução.

Considerando a identificação de sentimentos de auto-desvalorização foram também utilizadas técnicas de âmbito cognitivo, nomeadamente a descatastrofização e a reestruturação cognitiva, com o objetivo de abrir novas possibilidades de pensamento.

Como atividade, durante a intervenção, foi solicitado que elaborasse sob a forma escrita duas listas, uma de “o que gosto de fazer” e outra de “o que quero fazer”. Na primeira identificou atividades relacionadas com o seu campo de interesses - a música e o canto –

sentimentos de felicidade e o reconhecimento de terceiros. Quando questionada acerca do facto de ter riscado duas frases (“ter verdadeiros amigos” e “ter quem me queira e que sinta que eu sou a razão do seu viver e ele do meu”) disse tratar-se de coisas importantes na vida, mas que não podem ser as principais, por isso teria que se centrar nas mais importantes: a música e o canto, no contexto dos seus estudos. Na segunda lista volta a focar-se nos seus estudos e no canto, fazendo de novo referência a “ter verdadeiros amigos”.

Solicitada para tal, refletiu sobre as duas listas; foi sublinhado o facto de a Patrícia ter objetivos definidos para o futuro em termos profissionais, e a importância deste caminho como um referencial, em torno do qual, com avanços e recuos poderá desenvolver a sua carreira.

Foi também abordado o significado atribuído a expressões como “ter verdadeiros amigos” ou “ser valorizado”. Estes sentimentos pareciam estar relacionados aprendizagem dos afetos e com o padrão de funcionamento da sua família durante a sua infância. A Patrícia não quis abordar estas questões nesta entrevista, pelo que se acordou voltar a esta questão mais tarde, quando se sentisse mais preparada para tal.

A Patrícia evidenciou, também, ambivalência de sentimentos face ao seu namorado e a um amigo com quem terá mantido um relacionamento ocasional. Disse sentir-se confusa, porque gosta do seu namorado, mas que sentiu muito atraída pelo seu amigo.

Foi sugerida como atividade para realizar até ao dia seguinte uma reflexão acerca do significado de amigo e de namorado, dos sentimentos associados a cada um dos papéis e de qual a forma mais adequada de gerir esses papéis em termos dos seus próprios sentimentos, de forma a construir relações interpessoais satisfatórias, que possam reforçar a sua autoestima.

Antes de terminar, a Patrícia colocou algumas questões relacionadas com o funcionamento do serviço, possibilidade de receber visitas, e natureza do plano terapêutico. Agradeceu a entrevista, referindo que tinham sido abordadas questões muito importantes que se sentia muito confusa acerca dos seus sentimentos, e que seria importante refletir acerca dos mesmos, como forma de estabelecer um caminho mais feliz para si.

Avaliação

Analisando a intervenção, apontamos como limitação a restrição na sua preparação, uma vez que, considerando o curto período de internamento, não é possível estabelecer um plano de intervenção previamente estruturado, nem houve possibilidade de dar continuidade à intervenção, uma vez que a Patrícia foi transferida para outro serviço no dia seguinte. Consideramos que seria ainda necessário desenvolver o fraco insight para a compreensão do papel desempenhado pelos acontecimentos da infância e a trabalhar a clarificação de sentimentos para com o seu namorado e um seu amigo. Esta informação foi registada no processo clínico de modo a que fosse dado seguimento ao processo terapêutico.

Porém, esta intervenção foi especialmente importante para o treino no estabelecimento de relação interpessoal, à luz da teoria de Peplau, colocando a ênfase na relação terapêutica e trabalhando algumas técnicas psicoterapêuticas. Para a Patrícia, foi evidente, após a intervenção, uma redução dos manuseamentos e a adoção de uma postura menos retraída, o que consideramos estar relacionado com alteração do seu pensamento, nomeadamente com a abertura de novas possibilidades de resolução dos seus problemas e da sensação de capacidade para jogar um papel mais ativo na definição do seu projeto de vida.

Identificámos, assim, ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem – melhoria da autoestima. Quanto ao diagnóstico de *coping* ineficaz, apesar de não considerarmos que a intervenção tenha sido suficiente para alterar o diagnóstico, porquanto não foi evidente a capacitação efetiva para mobilizar os seus recursos de forma autónoma para a resolução dos seus problemas, cremos que foi iniciado o processo para que tal seja possível.

Para nós, foi também importante o desenvolvimento da consciência de si, enquanto instrumento terapêutico, nomeadamente a consciência da importância da postura corporal, e da distância interpessoal, bem como os seus conceitos e valores como fatores que influenciam a relação terapêutica. Estes aspetos assumem especial impacto na situação relatada, atendendo ao fraco esclarecimento de sentimentos e ao provável papel da experiência traumática de âmbito sexual; Identificamos ainda a necessidade de adquirir mais conhecimentos acerca da intervenção em situações de abuso.

Com esta intervenção, de que foi elaborado um plano de sessão (ANEXO II), consideramos ter desenvolvido as competências identificadas no Quadro 5

QUADRO 5: Competências desenvolvidas com a implementação da intervenção “O que me move”

| COMPETÊNCIAS COMUNS EE Regulamento 122/2011 | COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EESM Regulamento 129/2011 |
|--|---|
| A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. | F1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional. |
| A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. | F2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental. |
| B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro | F3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto. |
| C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional | F4. Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde. |
| D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade | |
| D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento | |

3.2. COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS – AVALIAÇÃO DO RISCO – SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Fundamentação / Enquadramento

O suicídio é um grave problema a nível mundial. Segundo o Relatório Mundial de Saúde (WHO, 2001) cerca de um milhão de pessoas cometeram suicídio no ano 2000, a cada 40

segundos uma pessoa comete suicídio, a cada 3 segundos, uma pessoa atenta contra a sua vida, e o suicídio está entre as 3 primeiras causas de morte entre os 15 e os 35 anos.

Em Portugal, tem-se assistido a um aumento da taxa de suicídio nos últimos anos em torno dos 10/100000 habitantes, com a região litoral do Alentejo a ultrapassar os 32/100000 habitantes (WHO, 2011).

Os comportamentos suicidários têm um impacto enorme na sociedade, quer pelo sofrimento que acarreta para os doentes e para a família e amigos, quer pelos custos diretos do tratamento doentes e dos familiares afetados, quer pelos dias de vida ativa perdidos. Os doentes com comportamentos suicidários frequentemente apresentam repetição dos mesmos e muitos acabam por consumir o suicídio.

O atendimento destes doentes e famílias constitui um desafio para os profissionais e exige uma abordagem adequada e efetiva, de modo a minorar o sofrimento dos envolvidos, reduzir o risco de repetição destes comportamentos e avaliar a evolução do processo terapêutico.

O processo de prestação de cuidados inicia-se com a intervenção na crise, com o objetivo de conter a desorganização e angústia associadas à crise, mitigar os problemas, mas também para permitir ao paciente compreender melhor os fatores precipitantes da crise. Esta fase implica uma intervenção intensa com o paciente, com intervenção psicoterapêutica e, quando necessário psicofarmacológica (Santos & Neves, 2006).

A entrevista de enfermagem constitui uma importante ferramenta na abordagem do risco de comportamentos suicidários, como ponto de partida para o planeamento de cuidados efetivos ao indivíduo e família no internamento e na alta

A ação de formação levada a cabo em serviço durante o ensino clínico vem em linha com os objetivos do estágio e ia de encontro a uma problemática muito presente nos doentes internados no serviço.

Objetivos

De forma a orientar a elaboração e a dinamização da ação de formação, foram definidos os seguintes objetivos:

- Rever conceitos associados a comportamentos suicidários
- Identificar os comportamentos suicidários como eventos de base multifatorial
- Identificar os fatores de risco modificáveis como primordiais para guiar a intervenção em doentes com comportamentos suicidários
- Identificar estratégias de entrevista em suicidologia.

Estratégias / Atividades

Do ponto de vista teórico, a ação de formação foi desenhada de forma a proporcionar o esclarecimento dos principais conceitos, e a abordagem e discussão dos aspetos epidemiológicos e demográficos, as teorias do suicídio, o suicídio como evento multifatorial, fatores predisponentes, desencadeantes e protetores, uma proposta de guia para a entrevista em comportamentos suicidários e a preparação da alta (ANEXO III, IV e V).

Avaliação

Participaram na sessão 7 enfermeiros do SII, 3 alunos de enfermagem e 1 aluno de pós-licenciatura de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

A avaliação foi feita através de reflexão crítica entre os presentes. Identificam-se as principais ideias:

- O tema é interessante e a abordagem do mesmo foi inovadora e adequada;
- O tempo estipulado para a sessão foi cumprido;
- Os meios utilizados foram adequados;
- Foi sugerido que fosse apresentado o exemplo de um plano de cuidados de um doente com comportamento suicidário em CIPE, no aplicativo SAPE para exemplificação do trabalho desenvolvido nesta área no HML.

Já após a realização desta ação de formação, a Ordem dos Enfermeiros publicou o Guia Orientador de Boas Práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e

comportamentos suicidários (OE, 2012), um documento que reúne a melhor evidência disponível á data acerca do tema, em Portugal e estabelece orientações para a avaliação do indivíduo em risco, recomendações para a prevenção e para a prática de cuidados, nomeadamente intervenção especializada em enfermagem de saúde mental. O documento aponta ainda recomendações para a formação, para as instituições de saúde e para a investigação. No âmbito das recomendações para a formação, o documento reforça a necessidade de que a formação pós graduada incida sobre conteúdos técnico-sociais, nomeadamente conteúdos sobre a sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária.

Consideramos, portanto, a ação de formação que decidimos implementar oportuna quanto ao tema e quanto aos conteúdos apresentados e pertinente para o contexto onde foi ministrada. Com a sua realização consideramos ter atingido as competências contantes do quadro 6.

QUADRO 6: Competências desenvolvidas com a implementação da sessão de formação em serviço “comportamentos suicidários – avaliação do risco

| COMPETÊNCIAS COMUNS EE Regulamento 122/2011 | COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EESM Regulamento 129/2011 |
|--|--|
| C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional | F1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional. |
| C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados | |
| D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade | |
| D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento | |

3.3. EU E OS OUTROS – INTERVENÇÃO DE BASE PSICOSSOCIAL

Fundamentação / Enquadramento

As doentes internadas no serviço de psiquiatria do CHL apresentavam frequentemente comportamentos de isolamento do grupo, ou, por outro lado, comportamentos de excessiva dependência e intimidade com outros indivíduos internados, não ancorados em relacionamentos estruturados, o que pode denotar limitações na construção de relações sociais adaptativas.

Pretendemos com esta intervenção promover o desenvolvimento psicológico em interação com o ambiente social, estimulando a reflexão sobre os relacionamentos e comportamentos sociais e sobre os sentimentos e fantasias colocadas nas relações, com o objetivo de promover contactos adequados entre os indivíduos internados, o desenvolvimento da capacidade de escuta e a reflexão sobre o papel social no grupo de doentes internados face aos outros grupos em que se incluem.

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (2011, p.16) cita a definição de reabilitação psicossocial publicada no Relatório Mundial da Saúde (WHO, 2002):

“A reabilitação psicossocial é um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados incapacitados ou deficientes, devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu potencial de funcionamento independente, na comunidade. Envolve tanto o incremento das competências individuais como a introdução de mudanças ambientais. Os principais objetivos são a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma, a melhoria da competência social individual e a criação de um sistema de apoio social de longa duração.”

Mullen (2009), num artigo de revisão da literatura, analisou a implementação de intervenções psicossociais por enfermeiros de saúde mental em internamentos de agudos. O autor refere que, apesar de frequentemente isso não acontecer, faz imenso sentido disponibilizar intervenções eficazes em contexto agudo, com os enfermeiros de saúde mental na linha da frente desses processos terapêuticos. Reconhecendo que é necessária muita energia para se manter o envolvimento em programas de intervenção psicossocial estruturados, Mistral et al (2002) citados pelo mesmo autor, demonstraram que, independentemente de quão caótica ou stressante for a unidade, podem ser obtidas melhorias significativas nos doentes e no ambiente do serviço, utilizando princípios de

intervenção comunitária para abordar problemas relacionados com a cultura da unidade e o ambiente caótico.

Desenvolvimento

A intervenção decorreu em sala, no serviço de Psiquiatria do CHL. Durante a sessão foram explorados os sentimentos de cada paciente no grupo, bem como o que cada uma considerava serem comportamentos adequados na sala de estar do serviço, a relação da adequação dos comportamentos com o contexto e o papel do grupo como regulador de comportamentos.

A abordagem foi efetuada tendo por base a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau (1952), tendo o enfermeiro assumido os papéis de estranho, professor e conselheiro. Quanto às fases do grupo, consideramos que a intervenção decorreu na fase de orientação, uma vez que procuramos ajudar as utentes a reconhecer o problema associados a comportamentos desajustados, envolvendo-se com as utentes na exploração da resolução do problema e orientando as pacientes acerca do problema e implicações, com o objetivo de tentar relacionar a sua experiência atual com as anteriores e futuras.

A intervenção de enfermagem foi focalizada no sentido de ajudar as pacientes a adquirir uma aprendizagem construtiva e as utentes responderam, enquanto grupo e algumas individualmente, identificando os elementos essenciais do problema, identificando-se com o enfermeiro, pelo que a relação passou progrediu para a fase de identificação.

Avaliação

Das dezassete doentes internados foram todas selecionadas para participarem na intervenção, de entre as quais duas recusaram por se apresentarem sonolentas e pretenderem descansar.

A intervenção focalizou as utentes no grupo de doentes internadas e no seu funcionamento, sublinhando a individualidade da cada uma das utentes como membro do grupo. Foi conseguida uma participação ativa das utentes, que defenderam a sua visão da interação adequada entre as utentes e colocaram questões diversas relacionadas com as regras de funcionamento do serviço. A valorização das capacidades, crenças e valores das utentes, bem como o estabelecimento de uma relação de confiança com o grupo, vai de

encontro ao estabelecido no primeiro enunciado descritivo do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (2011), dirigido à satisfação dos clientes.

Partindo da apreciação subjetiva de cada utente, foram colocadas em perspetiva as análises individuais, sugerindo a inversão de papéis entre as pessoas com diferentes opiniões, com o objetivo de sublinhar a importância de uma atitude empática entre as utentes, promovendo, deste modo a construção de um ambiente mais saudável e promotor da saúde mental e a promoção de competências interpessoais das utentes. Estes aspetos estão alinhados com o segundo, terceiro e quinto enunciados descritivos do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (2011), relacionados com a promoção da saúde, a prevenção de complicações e a adaptação.

Foi abordada a importância da relação de amizade como suporte na gestão dos problemas do dia-a-dia e a definição de “amigo” segundo os próprios. Foi estimulado o sentido crítico dos participantes no sentido de clarificar a construção de relações de amizade como relações adaptativas.

No final foi feito um resumo da sessão, com validação dos aspetos mais valorizados pelas participantes, enquadradas com os princípios de relações adaptativas validadas pelo grupo e elaborada uma ficha síntese da intervenção (ANEXO IV)

Com esta intervenção desenvolvemos as competências enunciadas no Quadro 7.

QUADRO 7: Competências desenvolvidas com a implementação da intervenção “Eu e os outros”

| COMPETÊNCIAS COMUNS EE Regulamento 122/2011 | COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EESM Regulamento 129/2011 |
|--|--|
| A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. | F1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional. |

COMPETÊNCIAS COMUNS EE
Regulamento 122/2011

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EESM
Regulamento 129/2011

A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

F2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.

B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

F3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

F4. Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional

D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade

D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

3.4. A MINHA FAMÍLIA – INTERVENÇÃO DE BASE PSICOTERAPÊUTICA

Fundamentação / Enquadramento

A Ana, 50 anos, desempregada, foi internada no Serviço de Psiquiatria por Depressão Major com ideação suicida. Havia recorrido ao Serviço de Urgência Geral do HSA com queixas de insónia e ideias suicidas, tendo sido referenciada para o CHUC (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra) para avaliação urgente por indisponibilidade de psiquiatra no Serviço de Urgência Geral do CHLP (Centro Hospitalar Leiria-Pombal) naquele momento.

Após avaliação por psiquiatria no CHUC foi reenviada para o CHLP por agravamento de depressão com ideação suicida.

Ana tinha história de 2 internamentos anteriores por depressão. No serviço de urgência referiu uma rutura amorosa há cerca de 2 semanas e que desde então se sentia triste e com ideação suicida. Apresentava anedonia, humor deprimido e insónia.

Durante o internamento pôde apurar-se que a irmã da Ana era a sua visita mais frequente e que a utente e recebia com agrado.

Perante esta avaliação desenhamos esta intervenção com o objetivo de conhecer a dinâmica familiar da doente, validar as informações prestadas pela doente, conhecer o suporte que pode ser disponibilizado pela irmã ou outros membros da família após a alta e promover o insight sobre a importância da relação familiar na recuperação da doente.

A ênfase foi colocada na modificação do ambiente e melhoria das relações interpessoais, em vez de intervir em fatores intrapsíquicos.

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (2011, p.18) define socioterapia como:

A socioterapia é um processo que se baseia na relação interpessoal desenvolvida entre profissionais com competências reconhecidas e o cliente, que neste caso é sempre o grupo. O foco da intervenção socioterapêutica centra-se na interacção que os diferentes elementos do grupo estabelecem entre si, remetendo para as interacções familiares, sociais, profissionais ou outras. A melhor compreensão dos problemas de interacção vividos em grupo, possibilita ao cliente desenvolver novas respostas humanas para problemas de vida identificados ou para novos problemas que emergem nos diferentes grupos que integra ao longo do ciclo de vida, aumentando o sentimento de bem-estar. A socioterapia é desenvolvida por profissionais com diferentes qualificações (psiquiatria, psicólogos clínicos, enfermeiros de saúde mental, serviço social ou outros) desde que possuam competências reconhecidas em socioterapia.

Os recursos familiares são considerados fatores protetores face aos comportamentos da esfera suicidária, mais concretamente o apoio familiar, a comunicação entre a família e a vivência de relacionamentos estáveis de confiança (Fortune et al., 2008 cit in OE, 2012; Tompson et al., 2005; Walsh & Eggert, 2007).

Desenvolvimento

A Ana apresentou-se calma e colaborante ao longo desta intervenção, com postura adequada, com um contacto fácil, motricidade livre, sem manuseamentos dirigidos humor ligeiramente deprimido. Afeto sintónico. Não foram detetadas alterações da percepção ou do pensamento. Atenção e concentração mantidas. Esteve sempre receptiva à intervenção e agradada com a mesma.

A intervenção iniciou-se com questões abertas, conduzindo posteriormente a intervenção para os aspetos relacionados com dinâmica familiar, focalizando no relacionamento com a irmã e o pai da utente.

Partiu-se do exercício “a minha família” para identificar os elementos relevantes da família de Ana segundo a sua avaliação e validação da sua Irmã. Foram usadas técnicas de clarificação e reformulação de modo a esclarecer a natureza do relacionamento entre os membros da família (ANEXO VII).

Ana tinha duas irmãs, R. e A., referia ter boa relação com ambas, mas maior proximidade com R. em virtude de esta estar mais próxima. A. vivia longe e tinham, por isso, um contato menos frequente. A mãe de Ana havia falecido em 2007, o seu pai vivia consigo, e era dependente dos seus cuidados. Devido ao internamento de Ana estava naquele momento ao cuidado de R..

Ana referia que o seu relacionamento com R. era muito bom e que esta sempre a havia ajudado ao longo da sua vida. Quanto ao seu pai, nem sempre o relacionamento tinha sido bom; Ana entendia que o seu Pai teve uma educação “mais antiquada” mas havia sido muitas vezes difícil aceitar a crítica e o confronto de valores com o seu pai, nomeadamente por causa das suas relações amorosas. Ana nunca casou, teve várias relações mais ou menos duradouras mas, como refere “sempre quis ser independente, tenho a minha casa, a minha vida e nunca quis abdicar da minha independência, mesmo quando estive a viver com um companheiro durante três anos... o meu pai não entende isto”.

R. referiu, ainda, que, realmente, o seu pai teve uma educação que não lhe permitia aceitar bem o estilo de vida de Ana e que também não compreendia a doença de Ana.

Questionadas acerca da organização do apoio ao seu pai, que se apresentava dependente, R. referiu a necessidade de falar com a irmã e Ana, de modo a pensar melhor sobre o apoio ao pai, porque Ana necessitava companhia, mas também necessitava de ter mais espaço e menos sobrecarga durante a sua recuperação.

Ana dizia não se importar de ter o Pai consigo mas que compreendia que, por vezes, o relacionamento entre os dois não era benéfico para o seu bem-estar. Admitia a necessidade de refletir com a irmã acerca da organização do apoio ao pai.

Avaliação

No final foram sumariados os assuntos abordados, sublinhando as principais conclusões e reformuladas as novas soluções potenciais encontradas para os problemas. Foi ainda validado o valor do suporte familiar como recurso para o estabelecimento da recuperação.

A Ana e a irmã agradeceram a entrevista e consideraram importantes os caminhos explorados na intervenção.

Considera-se terem sido atingidos os objetivos propostos com a realização desta intervenção e consideram ter-se desenvolvido as competências enunciadas no Quadro 8.

QUADRO 8: Competências desenvolvidas com a implementação da intervenção “A minha família”

| COMPETÊNCIAS COMUNS EE Regulamento 122/2011 | COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EESM Regulamento 129/2011 |
|--|--|
| A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. | F1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional. |
| A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. | F2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental. |
| B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro | F3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto. |

| | |
|--|---|
| C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional | F4. Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde. |
| C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados | |
| D1. Desenvolve o auto -conhecimento e a assertividade | |
| D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento | |

3.5. ANSIEDADE – INTERVENÇÃO DE BASE PSICOEDUCATIVA

Fundamentação / Enquadramento

A Ordem dos Enfermeiros (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, 2011) define psicoeducação como :

“uma forma específica de educação. É destinado a ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa. É também uma maneira desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos.”

A Organização Mundial de Saúde aconselha o uso de técnicas de psicoeducação como intervenções a implementar com pessoas com problemas mentais, neurológicos ou abuso de substâncias (WHO, 2010). Aquela Organização refere que existe uma evidência forte de que a psicoeducação deve ser oferecida rotineiramente aos indivíduos com patologias psicóticas e perturbações bipolares e bem como às suas famílias ou cuidadores (WHO, 2012). Diversos estudos conduzidos por enfermeiros têm mostrado evidência da eficácia destas intervenções em diferentes contextos (Coelho, 2012; Menezes & Souza, 2012).

Desenvolvimento

A intervenção foi dirigida a todas as utentes internadas na unidade de internamento de psiquiatria – ala feminina, com o objetivo de estimular o sentido crítico dos utentes face à sua saúde mental; diagnosticar o nível de conhecimentos acerca da temática; Facilitar o acesso à informação; esclarecer dúvidas e desmistificar conceitos relacionados com a doença / saúde mental; simplificar a compreensão sobre a experiência que a pessoa atravessa; promover o acesso a uma ajuda e tratamento mais adequados; minimizar o sofrimento, stresse, depressão; e maximizar o entendimento e facilitar a compreensão da doença e tratamento.

A sessão foi conduzida em sala com recurso a meios audiovisuais para a projeção de apresentação (ANEXO VIII) e vídeo.

Avaliação

O grupo foi encorajado a interromper e colocar as questões que entendesse pertinentes para o esclarecimento de dúvidas que a apresentação suscitasse. As questões colocadas pelas pacientes foram utilizadas como ponto de partida para o esclarecimento de aspetos associados ou para questionamento circular.

Segundo o referencial de Peplau, a intervenção decorreu nas fases de Orientação, Identificação, Exploração e Resolução. Isto verificou-se uma vez que o grupo tinha as características de um grupo aberto, porque incluía as pacientes que iam sendo internadas. Foram desempenhados os papéis de pessoa estranha, pessoa de recurso, substituto, professor e conselheiro. Para algumas das utentes a relação estabeleceu-se com a perspetiva da preparação da alta.

O grupo aderiu à sessão com muito interesse, apenas uma das 19 utentes internadas não participou na sessão por se encontrar em entrevista. Todas as restantes 18 participaram na intervenção durante toda a sua duração, mostrando agrado e interesse.

Foi promovida a participação ativa de todas as participantes, utilizando a técnica de brainstorming. Foi efetuado reforço positivo às participantes, elogiando os seus contributos.

Todas as doentes disseram que a intervenção foi muito importante e que gostaram da forma como foi abordada.

As doentes manifestaram também reconhecer os benefícios do conhecimento acerca da ansiedade, e como este conhecimento associado a estratégias de gestão da ansiedade, tais como medidas não farmacológicas, pode melhorar o seu papel como atrizes principais da mudança no seu estado de saúde.

O desenho da intervenção, com participação ativa dos doentes internados, da qual foi elaborado um plano de sessão (ANEXO IX), foi valorizado pelas participantes. Considera-se que foram desenvolvidas as competências especializadas enunciadas no quadro 9.

QUADRO 9: Competências desenvolvidas com a implementação da intervenção “Ansiedade”

| COMPETÊNCIAS COMUNS EE Regulamento 122/2011 | COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EESM Regulamento 129/2011 |
|---|---|
| A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. | F1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional. |
| A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. | F2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental. |
| B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro | F3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto. |
| C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados | F4. Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde. |
| D1. Desenvolve o auto -conhecimento e a assertividade | |
| D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento | |

3.6. SESSÃO DE RELAXAMENTO – TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

Fundamentação / Enquadramento

A ansiedade desempenha um importante papel nos doentes com diversas patologias mentais, contribuindo para a redução dos seus níveis de saúde mental, e cursando frequentemente como comorbidade com a depressão (WHO, 2001).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem ansiedade é uma emoção negativa, envolvendo sentimentos de ameaça, perigo ou angústia (ICN, 2010)

Deste modo entendeu-se que seria benéfico aplicar técnicas de relaxamento com enfoque para a aprendizagem de técnicas que possam ser utilizadas em autocuidado para controlo de situações de ansiedade e impulsividade.

A Ordem dos Enfermeiros (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, 2011) define técnica de relaxamento ou treino de relaxamento como:

“um método, processo, procedimento ou atividade que ajuda a pessoa a relaxar, para atingir um estado de calma aumentado; ou reduzir os níveis de stresse, ansiedade ou raiva. As técnicas de relaxamento são muitas vezes utilizadas como um elemento de um programa mais amplo de gestão de stresse e pode diminuir a tensão muscular, a pressão arterial e a frequência cardíaca e respiratória, entre outros benefícios para a saúde.”

J. C. Carvalho & Sequeira (2005), abordando o diagnóstico e intervenções de enfermagem na ansiedade, referem que, entre outras intervenções, são adequadas a execução e instrução sobre técnicas de relaxamento, sendo que os critérios para a escolha da técnica se centrem no contexto do doente e do enfermeiro.

Nesse sentido, excluiu-se a técnica de Schultz por poder suscitar o agravamento de sintomatologia psicótica, pelo que optamos pela técnica de Relaxamento Progressivo, uma técnica de relaxamento desenvolvida por Edmund Jacobson que recorre à utilização de tensão e relaxamento dos vários grupos de músculos do corpo. Aproveita-se nesta técnica o relaxamento natural que acontece depois de uma tensão forte no músculo. Este

tipo de relaxamento pode ser utilizado num determinado grupo muscular ou em todo o corpo e tem sido aplicada no tratamento da tensão muscular, insónia, depressão, fadiga, irritabilidade, espasmos musculares, pressão arterial elevada e fobias (P. Carvalho & Pacheco, 2004).

Intervenção

Com esta intervenção, pretendeu-se ensinar benefícios das técnicas de relaxamento, promover sessão de relaxamento para os utentes internados serviço, ensinar técnicas de relaxamento para o autocuidado.

A sessão decorreu na sala de convívio, tendo sido preparado e gerido o ambiente para o efeito. Numa fase inicial foi explicado o conteúdo da intervenção e feito o convite à participação das utentes.

De seguida foi efetuada a apresentação dos objetivos da sessão, dos conceitos de stresse e ansiedade, benefícios do relaxamento e a explicação da técnica de relaxamento de Jacobson, com reforço aprendizagem para o autocuidado.

Por motivos de limitação de espaço, tempo e meios e, optou-se por realizar a sessão com os participantes em posição de sentados, na sala de estar do Serviço.

Avaliação

Participaram 15 das 19 utentes internadas no SII; 1 utente esteve ausente por se encontrar em entrevista, 3 outras abandonaram a sessão antes da aplicação das técnicas de relaxamento para receberem visitas.

Foi pedido aos participantes para contabilizarem a respetiva pulsação durante quinze segundos, cronometrado por nós, antes da sessão de relaxamento. A média das pulsações antes da sessão foi de 82bpm.

De seguida foi executada a sessão de relaxamento propriamente dito, com a duração de cerca de 15 minutos (ANEXO X).

No final da sessão de relaxamento foi de novo autoavaliado o pulso dos participantes, sendo que a média das pulsações foi de 76bpm.

Todas as utentes participaram com interesse e agrado na sessão, mostrando compreender a aplicação das técnicas de relaxamento e mostrando interesse em avaliar o pulso periférico. Algumas utentes não conseguiram fazer a avaliação corretamente, pelo que se fez o ensino individualizado posteriormente.

Os utentes identificaram como muito importante o conhecimento destas técnicas para utilizarem na gestão do stresse no seu dia-a-dia.

Consideramos terem sido desenvolvidas as competências constantes do Quadro 10. Foi elaborado o plano de sessão da intervenção (ANEXO XI).

QUADRO 10: Competências desenvolvidas com a implementação da intervenção “Sessão de relaxamento”

| COMPETÊNCIAS COMUNS EE Regulamento 122/2011 | COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EESM Regulamento 129/2011 |
|--|---|
| A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. | F1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional. |
| A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. | F2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental. |
| B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro | F3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto. |
| C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional | F4. Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde. |
| D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade | |
| D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento | |

3.7. O EU QUE ME PESA – ESTUDO DE CASO

O estudo de caso é uma abordagem metodológica especialmente adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores (Yin, 2010).

O presente estudo de caso, a que se chamámos "O Eu que me pesa", retrata o caso de Ana (nome fictício), internada na ala feminina do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do CHLP por depressão major com ideação suicida mantida. Como em tantos outros casos, foram patentes sentimentos de desesperança, sofrimento psicológico e desadaptação intra e interpessoal. A escolha do caso foi feita no alinhamento com os objetivos definidos para o ensino clínico e uma das áreas de estudo e intervenção que foram desenvolvidas durante os estágios.

Com a elaboração deste estudo pretendeu-se: adquirir conhecimentos acerca da história clínica do utente através da consulta do processo e recolha de informação junto dos técnicos de saúde e do próprio utente, estabelecendo para isso uma relação terapêutica; efetuar uma avaliação inicial de enfermagem, abordar os diagnósticos e intervenções de enfermagem e refletir acerca das intervenções psicoterapêuticas mais adequadas ao caso em estudo.

A elaboração deste estudo foi apoiada na pesquisa bibliográfica e na reflexão. A metodologia utilizada baseou-se no método descritivo/reflexivo. O enfoque foi colocado na abordagem especializada de enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Anamnese

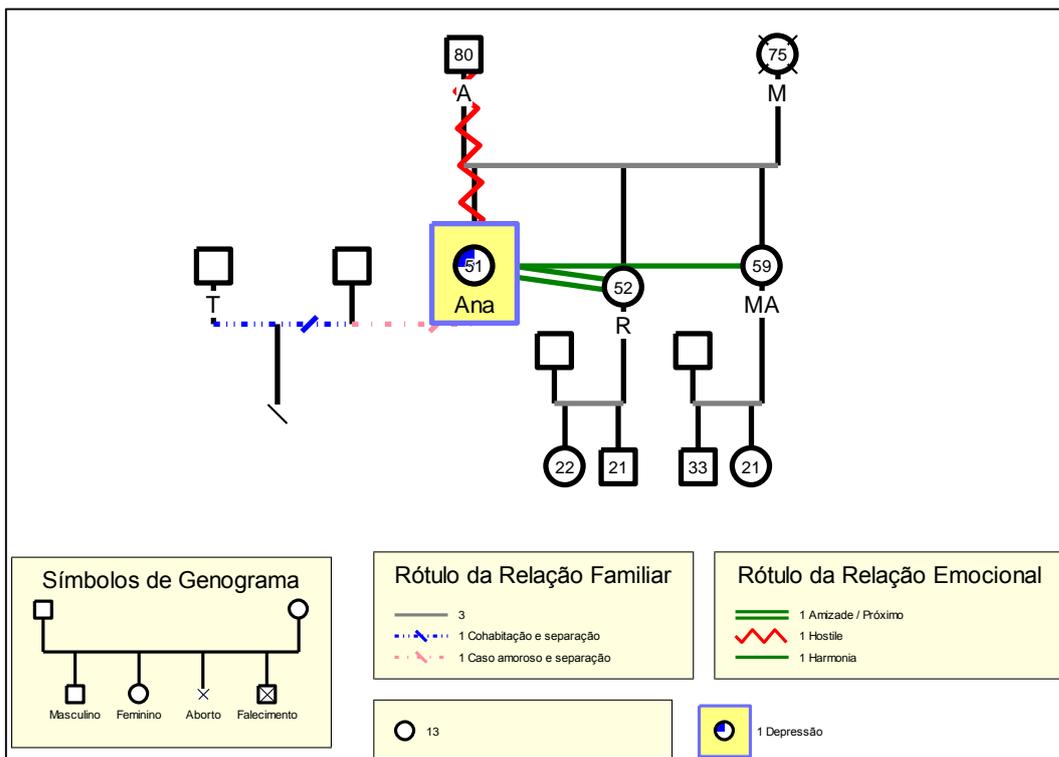
O sujeito que seleccionámos para a realização deste estudo foi a Ana (nome fictício), a mesma com a qual desenvolvemos a intervenção referida no ponto 3.4 – A minha família, uma utente internada no Serviço de Psiquiatria por Depressão Major com ideação suicida.

Como atrás referido, Ana tinha história de 2 internamentos anteriores por depressão e uma rutura amorosa cerca de 2 semanas antes do internamento. Desde então sentia-se triste e com ideação suicida. Apresentava anedonia, humor deprimido, insónia.

Para além do relacionamento que terminou recentemente Ana referiu (já durante o internamento) um outro relacionamento anterior, do qual resultou uma gravidez, tendo feito Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), em 2007; Afirmou tê-lo feito por não ter uma relação estável quando surgiu a gravidez.

Ana tinha duas irmãs, R. e MA.; referia ter boa relação com ambas, mas maior proximidade com R. em virtude de esta estar mais próxima. MA vivia longe e tinham, por isso, um contato menos frequente. A mãe de Ana faleceu em 2007, o seu pai vivia consigo, e era dependente dos seus cuidados (Figura 1). Devido ao internamento de Ana estava, então, ao cuidado de R.. A irmã de Ana (R.) era uma das suas visitas mais frequentes e que a utente recebia com agrado.

FIGURA 1: Genograma de “Ana”



Ana referia que o seu relacionamento com R. era muito bom e que esta sempre a ajudou ao longo da sua vida. Quanto ao seu pai, nem sempre o relacionamento foi bom; Ana entendia que o seu Pai teve uma educação “mais antiquada” mas havia sido muitas vezes difícil aceitar a crítica e o confronto de valores com o seu pai, nomeadamente por causa das suas relações amorosas. Ana nunca casou, teve várias relações mais ou menos duradouras mas, como refere “sempre quis ser independente, tenho a minha casa, a minha

vida e nunca quis abdicar da minha independência, mesmo quando estive a viver com um companheiro durante três anos... o meu pai não entende isto”.

R. mostrou uma atitude apoiante, referiu que realmente o seu pai teve uma educação que não lhe permitia aceitar bem o estilo de vida de Ana e que também não compreendia a doença de Ana.

Durante o internamento apurou-se uma diminuição da autoestima e sentimentos de autodesvalorização e de culpa, manifestados por expressões como “... sinto-me apática, sem autoestima, em degradação...” ou “...sinto-me revoltada por me ter deixado ir abaixo, ... eu conheço os sintomas da minha doença, e não sei porque me deixei ir abaixo, ficar em casa, deixar de fazer exercício físico, deixar de me arranjar...” ou ainda “eu era uma mulher atraente, e gostava de me arranjar, de me maquilhar, agora sou uma sombra do que era...”.

Ana estava desempregada há cerca de 3 anos. Era vendedora e trabalhava para várias multinacionais. Refere que tinha um estilo de vida muito “acelerado” viajava pelo país todo, “ganhei bastante dinheiro, pude comprar a minha casa e não depender de ninguém”. O subsídio de desemprego já terminou “mas ainda tenho poupanças”.

Ana referiu ter um “tumor do reto”, benigno, fez um exame e um tratamento em Braga, (viveu em naquela cidade durante cerca de três anos, com um homem com quem teve um relacionamento amoroso). Posteriormente teve um exame de controlo marcado mas faltou.

Em 2007 fez IVG, em 2009 esteve internada em Psiquiatria por Perturbação Depressiva Major. Teve alta e cumpriu medicação em ambulatório, referindo ter andado bem até final de 2010. Em janeiro de 2011 esteve de novo internada após Intoxicação Medicamentosa Voluntária premeditada com comprimidos e álcool, com carta de despedida dirigida à irmã (R.) e pai, manifestando diminuição da autoestima, tristeza, anedonia e insónia.

Não foram referidos antecedentes psiquiátricos familiares

Avaliação inicial

A Ana chegou ao Serviço de Internamento de Psiquiatria, Ala Feminina acompanhada de um assistente operacional, a andar pelo seu pé. De seguida descrevemos o exame do estado mental efetuado à entrada:

Exame do estado mental

Aspeto, atitude e atividade

- Sem defeitos físicos ou traumáticos;
- Bom estado nutricional, apresenta idade aparente idêntica a idade real;
- Consciente
- Vestida com roupa hospitalar. Sem maquilhagem.
- Sem sinais de abuso de substâncias.
- Postura retraída, ombros descaídos,
- Contato superficial.
- Motricidade lenta, adinamia
- Sem movimentos automáticos, tiques ou maneirismos.

Humor e emoções

- Humor depressivo, com restrição emocional. Anedonia. Angustia.

Discurso e linguagem

- Discurso lentificado, fluente, lógico, centrado nas queixas depressivas, sentimento de incapacidade, sentimentos de autodesvalorização e de culpa. Com aumento do tempo de latência da resposta.

Conteúdo, processo do pensamento e percepção

- Sem alterações da forma, conteúdo ou posse do pensamento. Mantém ideação suicida não estruturada.

Cognição

- Orientada, auto e alopsiquicamente no tempo e espaço;
- Atenção e concentração com ligeiro défice.
- Memória sem alterações.

Insight e juízo crítico

- Crítica mantida.

Funções Biológicas Vitais

- Queixas de insónia.
- Autoestima diminuída

Avaliação física

- Alimentação: Peso 58kg, Altura 160, IMC: 23 (normal)
- TA: 123/68 mmHg, FC: 74bpm, T. ax: 36,1°C Dor =0 (EVA)
- Sono: Insónia inicial
- Comportamentos aditivos: Nega
- Risco de queda ausente (Escala de Morse): Baixo risco

Plano de cuidados

Após a colheita de dados e o exame mental, foram identificados os diagnósticos de enfermagem e delineou-se um plano de cuidados (Quadro 11) mediante a CIPE, (Amaral, 2010) que foi sendo adaptado ao longo do internamento, com o objetivo de promover a recuperação da doente, reforçar e facilitar uma comunicação apropriada, diminuir a ativação e a angústia, demonstrar interesse, empatia e encorajar a esperança, facilitar a expressão das emoções, facilitar a compreensão dos seus problemas e das suas respostas e facilitar o comportamento de resolução de problemas (Bloch, 1999, *cit in* Santos & Neves, 2006).

QUADRO 11: Plano de cuidados de enfermagem de “Ana”

| Início | Foco | Termo |
|------------|--|------------|
| | <i>Especificações; Diagnóstico</i> | |
| | Intervenções de enfermagem | |
| 2012/06/04 | Recuperação | 2012/07/03 |
| | <i>Risco de recuperação ineficaz</i> | |
| 2012/06/20 | Executar entrevista de acolhimento Executar entrevista de avaliação inicial Planear entrevista de reavaliação do processo de enfermagem Preparar alta Promover o envolvimento da família Executar intervenção de base psicossocial com o objetivo de otimizar a assistência familiar e treinar a técnica de resolução de problemas associada ao apoio a disponibilizar pela família ao seu pai (dependente) | |

| Início | Foco | Termo |
|------------|---|------------|
| | <i>Especificações; Diagnóstico</i> | |
| | Intervenções de enfermagem | |
| 2012/06/04 | Humor | 2012/06/26 |
| | Depressivo; humor depressivo | |
| 2012/04/19 | <p>Vigiar humor Escutar ativamente Proporcionar suporte emocional Vigiar o comportamento do doente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • autocuidado: arranjar-se, vestuário; • humor, • manifestações de autoestima; • interação social, comunicação; • manifestações de ansiedade; <p>Executar intervenção de base psicoterapêutica com o objetivo de promover auto-percepção positiva, utilizando técnicas de descatastrofização e reestruturação cognitiva.</p> | |
| 2012/06/04 | Vontade de viver | 2012/06/18 |
| | Diminuição; vontade de viver diminuída | |
| 2012/06/10 | <p>Vigiar vontade de viver Escutar ativamente Vigiar o comportamento do doente:</p> <ul style="list-style-type: none"> autocuidado: arranjar-se, vestuário; manifestações de autoestima; manifestações autodestrutivas; interação social, comunicação; manifestações de ansiedade; <p>Executar reestruturação cognitiva com o objetivo de instilar esperança Promover autopercepção positiva Promover envolvimento da família (irmã)</p> | |
| 2012/06/04 | Gestão do Regime Terapêutico | 2012/06/25 |
| | Especificações; gestão do regime terapêutico risco de recaída | |
| | <p>Vigiar comportamento com medicamentos Promover psicoeducação a doente e família (irmã) com o objetivo de ensinar a importância da adesão ao regime terapêutico, quer medicamentoso, quer não medicamentoso, incluindo</p> <ul style="list-style-type: none"> Hábitos de vida saudáveis, Exercício físico Consultas Promoção de relações familiares e de amizade satisfatórias | |

| Início | Foco | Termo |
|------------|---|------------|
| | <i>Especificações; Diagnóstico</i> | |
| | Intervenções de enfermagem | |
| 2012/06/04 | Insónia | 2012/06/28 |
| | Especificações; insónia inicial | |
| | Vigiar o sono Facilitar o sono Ensinar técnicas de relaxamento progressivo Treinar técnicas de relaxamento progressivo Evitar interrupção do sono Requerer serviço médico em SOS Gerir medicação em SOS | |
| 2012/06/10 | Autoestima | |
| | <i>Diminuída em grau elevado</i> | 2012/06/22 |
| | Escutar ativamente Ensinar sobre o processo de doença Promover auto percepção positiva, através de intervenção de base psicoterapêutica “o meu espelho” (ANEXO XII) | |
| 2012/06/22 | <i>Diminuída em grau moderado</i> | |
| | Executar reestruturação cognitiva Promover auto percepção positiva | |

Evolução

A Ana esteve internada cerca de 4 semanas. Ao longo do internamento foi apresentando melhoria do humor, manifestada pela expressão facial, melhoria do contacto com a equipa terapêutica e a interação social com o grupo

Aderiu ao regime terapêutico proposto, aceitando sempre com agrado as intervenções de enfermagem e aceitando a terapêutica medicamentosa à qual estava atenta. Manifestou desadaptação com agravamento da insónia após um ajuste da terapêutica medicamentosa (introdução de venlafaxina à noite) pelo que foi requerido o serviço médico, e na sequência do qual foi alterada a hora de administração com melhoria do sono, mantendo, no entanto, insónia inicial.

QUADRO 12: Terapêutica psicofarmacológica

| Medicação Início | Fármaco | Dose | Via | Horário | Termo |
|-------------------------|----------------|-------------|------------|----------------|--------------|
| 2012/06/04 | Lorazepam | 1mg | Oral (O) | SOS | |
| 2012/06/04 | Lorazepam | 2.5mg | Oral (O) | 21.00 | |
| 2012/06/04 | Risperidona | 2mg | Oral (O) | 21.00 | |
| 2012/06/04 | Trazodona | 100mg | Oral (O) | 21.00 | |
| 2012/06/04 | Venlafaxina AP | 150mg | Oral (O) | 09.00 | 2012/06/04 |
| 2012/06/12 | Fluoxetina | 20mg | Oral (O) | 09.00 | |
| 2012/06/12 | Venlafaxina AP | 150mg | Oral (O) | 18.00 | 2012/06/15 |
| 2012/06/16 | Venlafaxina AP | 75mg | Oral (O) | 09.00 13.00 | |

A vontade de viver foi avaliada tendo por base a *Reasons for Living Scale* de Linehan et al. (1983), com recurso ao hetero-preenchimento da escala, por não se encontrar traduzida para a língua portuguesa. Trata-se de um instrumento centrado nos fatores protetores, nomeadamente nas crenças de sobrevivência e respostas adaptativas, responsabilidade pela família, preocupações com as crianças, medo do suicídio, medo da reprovação social e objeções morais. Constatámos uma evolução positiva nas dimensões relacionadas com os mecanismos de *coping*, responsabilidade com a família e medo de reprovação social e uma estagnação das restantes dimensões, já que a Ana não tinha filhos e não tinha crenças religiosas fortes, apesar de se referir católica. Apesar de ter manifestado ter projetos para o futuro, nomeadamente voltar a trabalhar, fazer exercício e cuidar melhor de si, estes eram pouco estruturados, pelo que mantivemos o diagnóstico de vontade de viver diminuída.

Apresentou uma melhoria relativa quanto à autoestima, evoluindo de um diagnóstico de diminuição da autoestima em grau elevado para diminuição da autoestima em grau moderado. Para a avaliação foi utilizada a escala de autoestima de Rosenberg (1965), adaptada à população portuguesa por Santos e Maia (1999), na qual pontuou quinze

pontos em quarenta possíveis no início do internamento, e vinte e oito pontos em quarenta no final do internamento.

As intervenções de enfermagem para a promoção da autopercepção positiva parecem ter surtido efeito, no entanto pareceu-nos que à data da alta a Ana se apresentava ainda pouco convincente ao referir-se de forma mais positiva a si própria, mantendo referência a sentimentos de culpa face ao seu papel no agravamento da sua doença, pelo que mantivemos o diagnóstico de diminuição da autoestima em grau moderado.

Saiu com alta, acompanhada da irmã, para seguimento em consulta com o seu médico assistente.

Conclusão

Para a realização deste estudo de caso recorremos à pesquisa bibliográfica, recolha de informação junto dos técnicos de saúde e da própria utente, estabelecendo para isso uma relação terapêutica; Elaboramos um plano de cuidados de enfermagem identificamos diagnósticos e executamos intervenções de enfermagem e refletimos acerca das intervenções psicoterapêuticas mais adequadas ao caso em estudo. Foi, portanto, um exercício importante para o trajeto de desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista de Saúde Mental. Com a realização deste trabalho consideramos ter dado resposta aos requisitos propostos para a realização do mesmo.

QUADRO 13: Competências desenvolvidas com a implementação da intervenção “O Eu que me pesa”

| COMPETÊNCIAS COMUNS EE Regulamento 122/2011 | COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EESM Regulamento 129/2011 |
|--|--|
| A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. | F1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional. |
| A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. | F2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental. |

COMPETÊNCIAS COMUNS EE
Regulamento 122/2011

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EESM
Regulamento 129/2011

B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

F3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

F4. Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional

C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados

D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade

D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

4. REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA ESPECIALIZADA

O tema dos comportamentos suicidários marcou presença um pouco em todo o trabalho realizado nos ensinamentos clínicos e também foi o tema do trabalho de investigação desenvolvido no âmbito da formação especializada.

A escolha deste tema surgiu do exercício de funções no Serviço de Urgência (SU) nos oito anos anteriores, enquanto enfermeiro generalista.

Um grande número de pessoas com comportamentos suicidários era atendido no SU, quer envolvendo tentativas de suicídio, quer parasuicídios ou outros comportamentos da esfera suicidária. Em cada um dos casos com que contactámos reconhecemos sofrimento, ausência de respostas ajustadas, disfunções familiares, falta de esperança, incapacidade de resolução de problemas.

Na equipa encontrámos, algumas vezes, falta de sensibilidade e conhecimento para perceber a miríade de problemas por detrás destes comportamentos, manifestadas por expressões de desvalorização ou ridicularização do comportamento.

Individualmente, identificámos falta de respostas e muitas dúvidas acerca da melhor forma de abordar estes doentes, como comunicar eficazmente, em suma, como intervir na crise suicidária.

Com este trabalho de investigação, pretendemos identificar o impacto de um programa de intervenção na esperança em doentes com comportamentos suicidários, programa este envolvendo uma intervenção presencial no SU e duas intervenções telefónicas após a alta.

4.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O suicídio e os comportamentos suicidários são fenómenos que têm preocupado os vários sectores da sociedade em todo o mundo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000), o suicídio é um óbito que resulta de uma ação ou omissão iniciada com a intenção de causar a morte e com a expectativa desse desfecho.

Para o Conselho Internacional de Enfermeiros, suicídio é um comportamento autodestrutivo que consiste em execução de atividades suicidas que levam à própria morte (ICN, 2010).

De forma mais abrangente, comportamento suicida é uma expressão que cobre uma série de fenômenos ligados ao suicídio, dos quais os mais relevantes são o suicídio propriamente dito (óbito) e a tentativa de suicídio. Embora os comportamentos não sejam necessariamente uma doença, estão na sua maioria associados a várias perturbações mentais, tais como transtornos do humor (particularmente a depressão), transtornos por uso de substâncias (especialmente a dependência de álcool), esquizofrenias e transtornos de personalidade, entre outros (Bertolote, Mello-Santos, & Botega, 2010).

Estima-se que os indivíduos com tentativas de suicídio tenham um risco de morte por suicídio no primeiro ano após a sua tentativa, mais do que 66 vezes superior ao risco anual de suicídio na população em geral e que aproximadamente 15% dos que tentam suicídio voltarão a tentar dentro do ano seguinte (Links, Bergmans, & Cook, 2003).

O suicídio constitui um grave problema de saúde pública, está entre as dez principais causas de morte na população mundial em todas as faixas etárias e representa a terceira causa de morte em jovens com idades compreendidas entre os 15 e 35 anos. Segundo dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001), estima-se que um milhão de pessoas em todo o mundo cometeram suicídio no ano 2000. A cada 40 segundos, uma pessoa comete suicídio no mundo. A cada 3 segundos, uma pessoa atenta contra a própria vida. Cada suicídio tem um sério impacto em pelo menos outras seis pessoas, sendo que o impacto psicológico, social e financeiro do suicídio na família e comunidade é imensurável.

A mesma fonte refere, ainda, que nos últimos 45 anos os índices de suicídio aumentaram 60% em todo o mundo, e que, em relação aos jovens, os índices de suicídio têm

aumentado de forma significativa, representando um grupo de elevada vulnerabilidade (WHO, 2001).

Um estudo realizado com dados de noventa países estimou em 7,4/100 mil a taxa de suicídios entre jovens. O suicídio representa a segunda causa de morte de jovens na Itália, na França e no Reino Unido e a terceira causa nos EUA. Na Suíça o suicídio é a principal causa de morte na faixa etária dos 14 aos 25 anos, correspondendo a um suicídio a cada três dias e 15 a 20 mil tentativas/ano (Wasserman et al, 2005 *cit in* Gonçalves, Freitas, & Sequeira, 2011). Em Portugal, as estatísticas disponibilizadas pela Organização Mundial de Saúde mostram uma elevação das taxas de suicídio, a partir do início da década de 2000, atingindo os dois dígitos mantendo-se consistentemente próximas dos 10 óbitos por suicídio por cada 100 000 habitantes (WHO, 2011).

O suicídio representa a tentativa de resolução de um problema ou crise causadora de sofrimento intenso, associado a necessidades não satisfeitas, sentimentos de desesperança, conflitos entre a sobrevivência e stresse insuportável, ausência de alternativas e procura de uma fuga, em que o suicida apresenta sinais de angústia (Kaplan, Sadock, & Grebb, 2003).

A maioria dos pacientes que receberam alta diretamente do atendimento de emergência são considerados de menor risco psicopatológico a curto prazo. Quando são referenciados para os serviços comunitários, no entanto, não são avaliados para adesão ao tratamento ou o sucesso do tratamento (Vaiva et al., 2006).

A correlação entre desesperança e suicídio está bem estabelecida, como afirmam outros autores numa revisão de vários estudos (Links, et al., 2003).

Vaiva et al (2006) avaliaram o impacto do contato telefónico em doentes com intoxicação voluntária 1 mês e 3 meses após a alta dos departamentos de emergência no norte da França, comparado ao tratamento usual (3 grupos). Os autores concluíram que o contato por telefone um mês após a alta pode ajudar a reduzir tentativas de suicídio até um ano após a alta e sugeriram efetuar o contato telefónico mais precocemente, atendendo a que alguns participantes voltaram a ter comportamentos suicidários no primeiro mês, antes do primeiro contato telefónico.

A partir destes trabalhos, procuramos, com este estudo, avaliar o impacto de um programa de promoção da esperança em indivíduos com comportamentos suicidários, verificando o impacto na avaliação da esperança e desesperança nesses indivíduos. Pretendeu-se saber se uma intervenção de base cognitiva, com enfoque na promoção da esperança, composta por uma intervenção face a face no serviço de urgência duas intervenções através de contacto telefónico, mais precoces do que o efetuado no estudo de Vaiva et al (2006), produziam resultados na modificação dos níveis de esperança e desesperança, que, como atrás se refere, se sabe estarem relacionados com o suicídio.

4.2. METODOLOGIA

O tipo de estudo utilizado nesta investigação foi o estudo de caso múltiplo, quase-experimental, do tipo pré-teste – pós teste, sem grupo de controlo (Fortin, 2003). Foi feita uma análise descritiva e comparativa dos resultados obtidos antes e após a intervenção para cada elemento da amostra (Fig. 2).

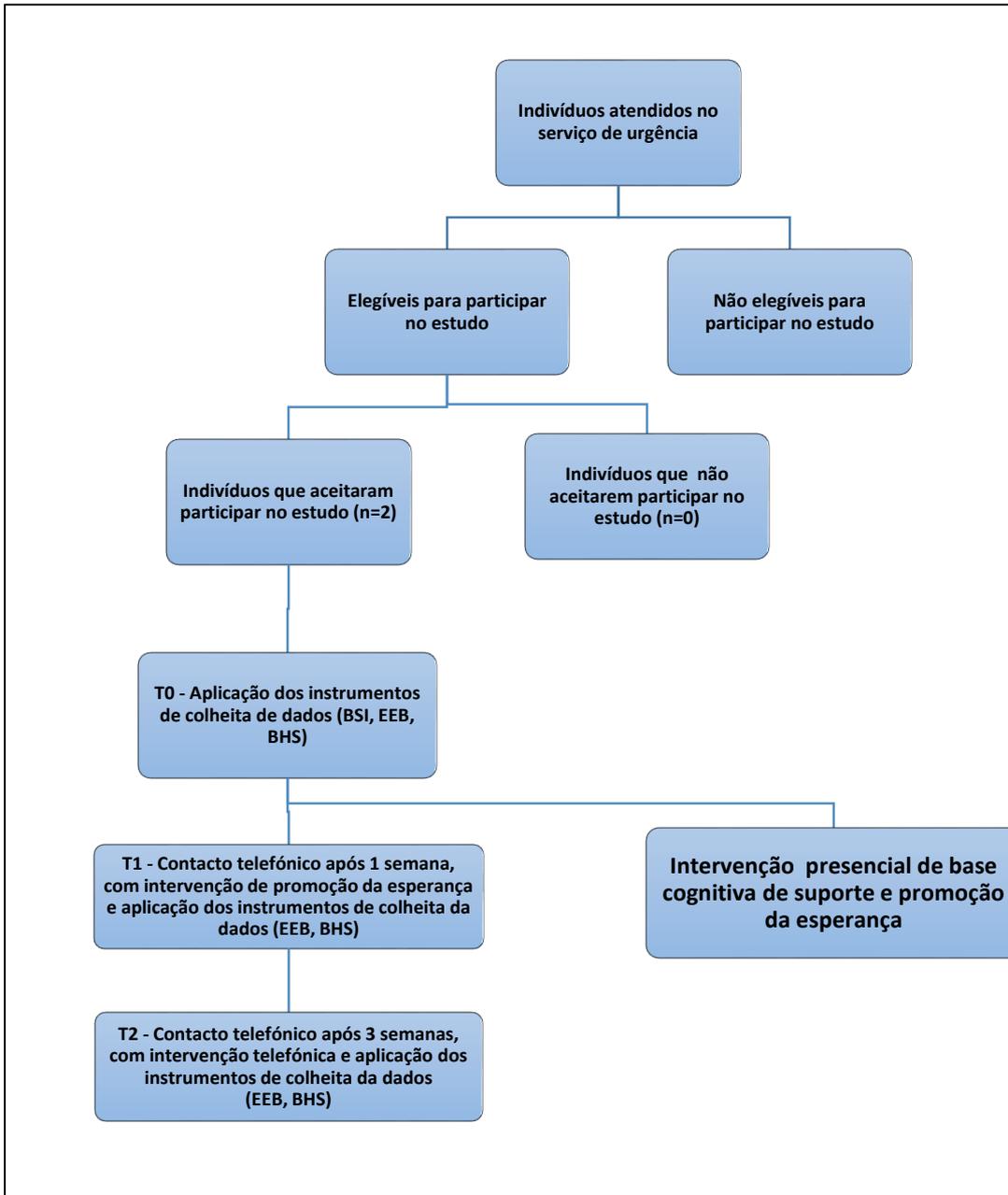
4.2.1. Questão de Investigação

Uma questão de investigação constitui-se como uma enunciado interrogativo, contendo uma ou mais variáveis a descrever, bem como a população a estudar (Fortin, 2003).

De forma a dar cumprimento aos objetivos do estudo, foi definida a seguinte questão de investigação:

Q: Como é que uma intervenção de promoção da esperança composta por um contacto face-a-face e por contactos telefónicos 1 e 3 semanas após a alta do serviço de urgência influencia a esperança e desesperança dos utentes atendidos por comportamentos suicidários

FIGURA 2: Desenho do estudo



4.2.2. Instrumentos de colheita de dados

Para a avaliação das variáveis em estudo foram utilizados: (1) um questionário para caracterização sociodemográfica dos sujeitos e caracterização do evento suicidário (ANEXO XIII) incluindo sexo, idade, estado civil, ocupação, história dos transtornos mentais, tentativas de suicídio anterior, presença recente de ideação suicida, história familiar prévia de suicídio, presença de eventos stressantes, apoio social / familiar, história de abuso físico ou sexual, história de assédio, humor, presença de planos futuros

para o suicídio, (2) a Escala de Esperança de Barros (2003) (ANEXO XIV), que se caracteriza por ser unifatorial, do tipo Likert com seis itens de resposta, baseada na escala de HOPE de Snyder (1995). A cada item é atribuída uma cotação de um a cinco, que se refere por ordem crescente a: “totalmente em desacordo”, “bastante em desacordo”, “mais ou menos (nem concordo nem discordo)”, “bastante de acordo” e “totalmente em acordo”. O nível esperança obtém-se somando os valores atribuídos a cada um dos itens. Valores mais altos correspondem a níveis mais elevados de esperança (máximo de trinta pontos) (Barros de Oliveira, 2003) e (3) a BHS - Escala da Desesperança de Beck (Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974) (ANEXO XV), composta por um total de 20 afirmações de resposta dicotómica, onze verdadeiras e nove falsas (itens 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19). A cada uma das afirmações é atribuída uma cotação de 0 ou 1 sendo que a soma varia entre 0 e 20, correspondendo valores mais elevados a maiores níveis de desesperança. Esta escala permite avaliar três fatores: Sentimentos quanto ao futuro (itens 1, 6, 13, 15 e 19) Perda de motivação (itens 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 e 20) e Expectativas quanto ao futuro (itens 4, 7, 8, 14 e 18). Se o resultado se encontrar entre 0 e 3 assume-se que estão dentro do nível normal ou assintomático, de 4 a 8 corresponde a um nível médio de desesperança, de 9 a 14 a desesperança moderada, sendo que quando os níveis são superiores a 14 corresponde a uma situação de pessimismo severo (Cunha, 2001). Para o presente estudo tivemos por base a escala validada por Cunha (2001) para a população brasileira, por indisponibilidade de escala validada para a população portuguesa.

4.2.3. Operacionalização das variáveis

Segundo Fortin (2003, p. 217) “operacionalizar um conceito significa defini-lo de maneira a que ele possa ser observado e medido”, envolvendo, portanto, a atribuição de significados aos conceitos e definido as operações necessárias para os medir.

As variáveis foram selecionadas para este estudo em função dos objetivos e da questão de investigação previamente definida.

Variável independente: intervenção de promoção da esperança composta por um contacto face-a-face e por contactos telefónicos 1 e 3 semanas após a alta do serviço de urgência.

Variáveis dependentes: Esperança e desesperança dos utentes atendidos por comportamentos suicidários

4.2.4. Caracterização da População e da Amostra

O estudo foi realizado num hospital da região centro de Portugal. A população é constituída por indivíduos atendidos no serviço de urgência por comportamento suicidário. A amostra é constituída por dois indivíduos que foram atendidos por comportamento suicidário, classificando-se como não probabilística intencional (Fortin, 2003). Foram considerados elegíveis os indivíduos com idade entre 18 e 65 anos atendidos no Serviço de Urgência por comportamento suicidário, que tivessem sido avaliados por um psiquiatra que tivesse concordado com a sua alta do serviço de urgência, que aceitassem participar no estudo, dessem o nome do seu médico assistente pudessem ser contactados por telefone e que dessem consentimento por escrito para serem contactados. Foram definidos como critérios de exclusão o consumo conhecido de drogas ilícitas e a identificação de alterações cognitivas na avaliação pelo psiquiatra.

4.2.5. Procedimentos formais e éticos

Foram aplicados os instrumentos de colheita de dados aos indivíduos envolvidos no estudo, nomeadamente a EEB, BHS. De seguida foi implementado um programa de intervenção breve (uma sessão com a duração aproximada de 45 minutos), visando o suporte emocional e a promoção da esperança.

Uma semana e três semanas após a alta foram efetuados contactos telefónicos, avaliando a adesão ao regime terapêutico e reforçando a intervenção feita no serviço de urgência. Durante este contacto telefónico foram aplicadas a escala da esperança de Barros e a Escala da Desesperança de Beck (BHS) (ver Fig. 1: desenho do estudo).

4.2.6. Intervenções

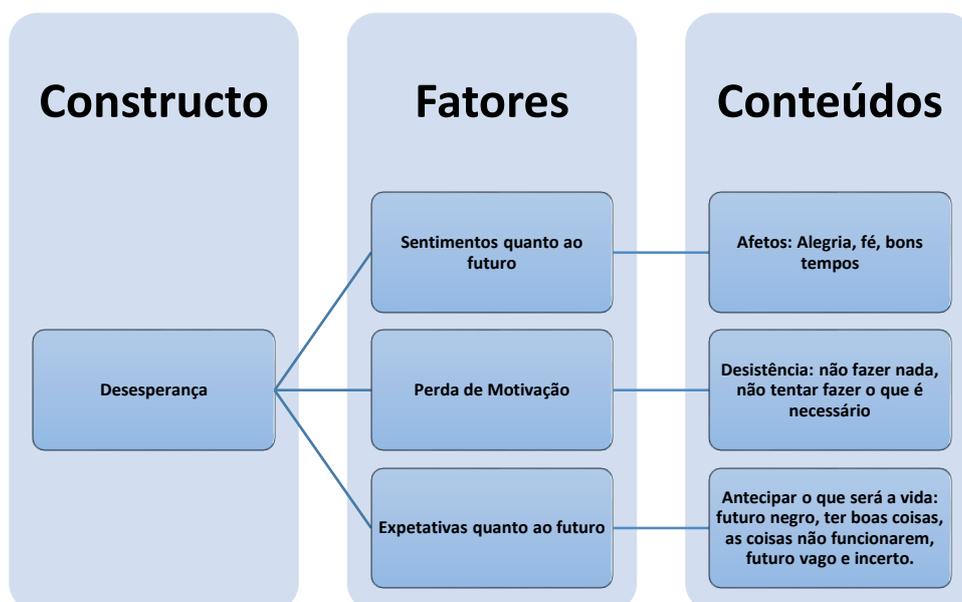
Foram seguidos os princípios definidos por Conn, Rantz, Wipke-Tevis, & Maas (2001) e Sidani & Braden (1998) para a elaboração de intervenções de enfermagem efetivas. As intervenções foram conduzidas por um enfermeiro com pelo menos dois anos de experiência clínica e conhecimentos especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. A primeira foi efetuada presencialmente no serviço de urgência, as seguintes foram efetuadas telefonicamente. Foi definido que o contacto telefónico seria abandonado se não fosse bem-sucedido após 3 tentativas em três alturas diferentes do dia (manhã tarde

e noite), o que não se verificou ser necessário. Nesses casos seria contactada a unidade de saúde comunitária a que pertence informando o enfermeiro de referência ou o médico assistente do insucesso do contacto e solicitada a avaliação da situação. Se algum dos indivíduos fosse considerado em alto risco, seria aconselhado o recurso ao serviço de urgência e seria contactada a unidade de saúde comunitária a dar conhecimento desta avaliação ao enfermeiro de referência e ao médico de família.

As intervenções foram dirigidas aos fatores identificados por Beck et al. (1974) na construção da BHS (Figura 3), e têm uma base cognitiva e de suporte utilizando técnicas como a empatia, escuta ativa, sugestão, normalização, abordar a ambivalência em ordem a instilar esperança, reforçar estratégias de *coping* positivas usadas no passado, reforçar a importância do tratamento, estimular a identificação de aspetos positivos da vida e a identificação de projetos ou ambições para o futuro.

A evidência científica disponível mostra a adequação desta intervenção à população em estudo (Beck, Brown, Berchick, Stewart, & Steer, 1990; Beck, et al., 1974; Vaiva, et al., 2006). Ela foi ajustada às características dos indivíduos intervenientes e decorreu em ambiente adequado ao efeito, mantendo a sua privacidade e a segurança.

FIGURA 3: Desesperança e fatores associados (Beck et al, 1974)



Considerações ético-legais

Foi solicitado o consentimento escrito aos indivíduos para participarem no estudo, incluindo o contato telefónico (ANEXO XVII); os sujeitos foram esclarecidos sobre a finalidade e objetivos do estudo e foi pedida a sua colaboração para realização do mesmo. É garantida a confidencialidade dos dados recolhidos, e foi salvaguardada a possibilidade de recusar ou desistir da participação.

Foi entregue, anexado ao questionário, um termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO XVII) onde se apresentam os objetivos e etapas do estudo, a identificação do investigador envolvido, a garantia do respeito pela vontade dos indivíduos em colaborar ou não no estudo, qualquer que seja a fase em que se encontrem, a garantia do direito à confidencialidade das suas respostas e a garantia de anonimato das informações e de estas servirem apenas para a realização do estudo. Foi solicitada a autorização para a realização do estudo à instituição onde se desenvolveu.

4.3. RESULTADOS

Os dados quantitativos recolhidos foram tratados com recurso ao Microsoft Office Excel 2010, sendo que as medidas estatísticas utilizadas para a apresentação dos resultados foram as frequências absolutas.

Caracterização da amostra

A caracterização dos elementos da amostra tem por base as informações recolhidas através do questionário e da consulta do processo das doentes e ainda de informação recolhida durante a intervenção.

Caso A

Trata-se de uma senhora de 41 anos, divorciada, empregada, a viver uma relação com um companheiro, que no entanto não identifica como união de facto. Tem dois filhos; refere ter má relação com os filhos e o ex-marido, sobretudo com a sua filha (18 anos), que diz não lhe ter respeito. À entrada referiu ainda ter situação económica estável mas que está farta do ex-marido e dos filhos, porque “eles só querem que eu morra para ficarem com o dinheiro” (sic).

No momento da entrevista apresenta-se com um humor triste, contacto fácil. Sem alterações do conteúdo do pensamento ou da percepção.

Da aplicação do questionário sócio demográfico e de caracterização do comportamento suicidário apura-se a existência de tentativas de suicídio anteriores, com presença recente de ideação suicida. A senhora A negou história familiar de suicídio bem como história de abuso físico ou sexual ou assédio.

Foi trazida ao SU por intoxicação voluntária com múltiplos fármacos sob a forma de comprimidos, sem menção de consumo concomitante de álcool.

Caso B

Trata-se de uma senhora de 38 anos de idade, divorciada, que refere trabalhar num restaurante que possui em sociedade com o seu irmão. Tem uma filha menor, que está à sua guarda. Refere ter muito boa relação com a sua família, nomeadamente com o seu irmão e com a sua mãe, que a ajuda a cuidar da sua filha. Refere que “embora a situação económica do país não esteja boa, eu trabalho muito e, graças a Deus, não tenho tido grandes dificuldades para cuidar da minha filha” (sic).

No momento da entrevista apresenta-se algo ansiosa, referindo que necessita ter alguma pressa para sair do serviço a fim de ir trabalhar.

Apresenta-se com contacto fácil, humor eutímico, apesar de referir estar com pressa aceita com agrado a entrevista e disponibiliza-se de imediato para participar na investigação.

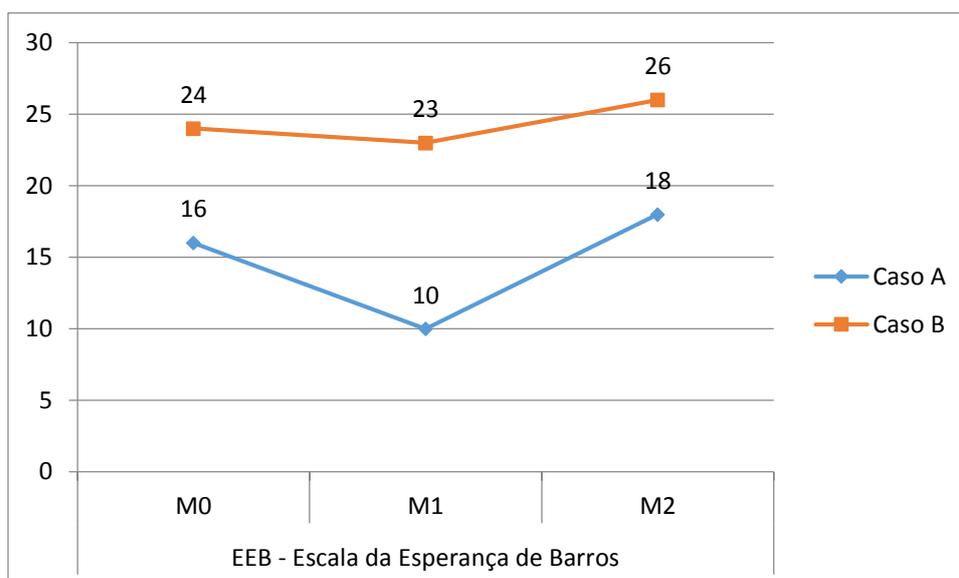
Através da aplicação do questionário sócio demográfico e de caracterização do comportamento suicidário apura-se a ausência de tentativa de suicídio anterior, a ausência recente de ideação suicida, a ausência de história familiar prévia de suicídio e a ausência de história de abuso físico ou sexual ou de assédio.

A senhora B foi trazida ao serviço de urgência por precipitação de um local que se apurou ser pouco elevado, junto a uma praia, para uma zona arenosa, do qual resultaram, em termos físicos, apenas pequenas escoriações.

Avaliação dos níveis de esperança

Os níveis de esperança iniciais (M0) do Caso A (antes da intervenção presencial no SU) eram moderadamente baixos (EEB=16), tendo apresentado um valor ainda mais baixo após a primeira intervenção telefónica (M1, 1 semana após a alta). Após a segunda intervenção telefónica (M2, 1 mês após a alta) o score da escala de esperança era um pouco mais alto, mantendo no entanto um valor moderado (EEB=18) (Gráfico 1)

GRÁFICO 1: Resultados da aplicação da Escala de Esperança de Barros (EEB)

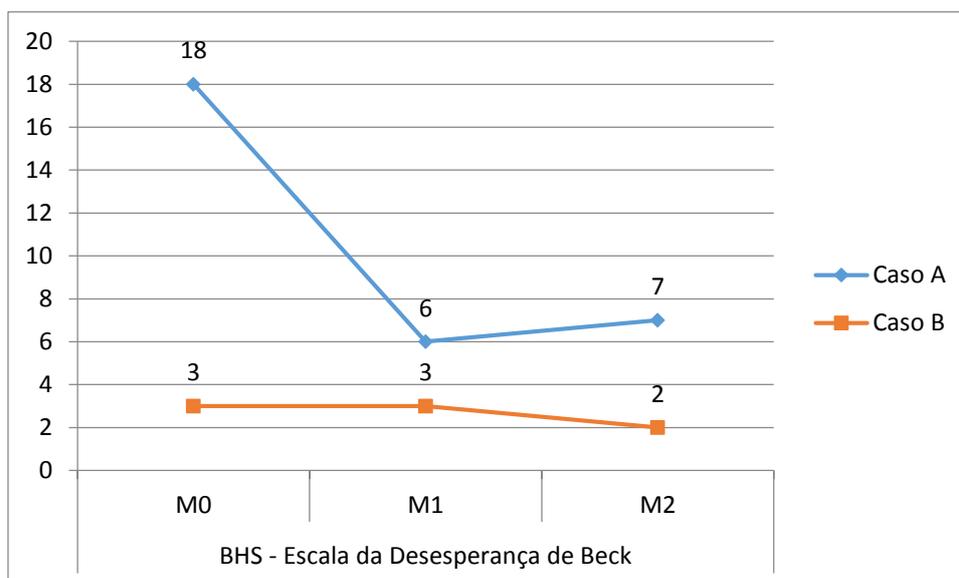


O Caso A apresentava níveis iniciais de desesperança muito elevados (M0: BHS=18), correspondendo a uma situação de pessimismo severo.

Após as intervenções o caso A apresentou níveis mais baixos de desesperança, (M1: BHS=6, M2: BHS=7), valores que correspondem a níveis de desesperança médios.

O Caso B apresentava à partida níveis de desesperança baixos, que assim se mantiveram a longo do estudo (Gráfico 2).

GRÁFICO 2: Resultados da aplicação da Escala de Desesperança de Beck (BHS)



4.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.

No que diz respeito aos níveis de esperança avaliados segundo a escala de Barros, os dois casos apresentavam valores bastante diferentes: enquanto o caso A apresentava valores mais baixos desde a avaliação inicial à avaliação final, com uma melhoria relativa ligeira na última avaliação, o caso B apresentava níveis mais elevados de esperança, próximos do score máximo da escala (30). Estes dados são congruentes com a avaliação da desesperança através da escala de Beck, que mostrou valores tendencialmente inversos aos da esperança, o que foi particularmente notório no caso B. Já no caso A, a redução significativa dos níveis de desesperança não se fez acompanhar da recuperação acentuada dos níveis de esperança.

A este propósito, Cheavens, Feldman, Woodward, & Snyder (2006), referem que a *Esperança* segundo Snyder e a *Desesperança* segundo Beck são dois constructos distintos, embora relacionados, pelo que é provavelmente útil usar ambos na abordagem psicoterapêutica.

Deste modo, parece-nos importante rever o desenho da intervenção, de modo a melhorá-la no que se refere ao fator esperança, já que parece estar mais dirigida à desesperança, dimensão na qual se encontraram melhores resultados.

Quanto à evolução ao longo do estudo, pode constatar-se em ambos os casos uma melhoria dos níveis de esperança e uma redução dos níveis de desesperança, com a evolução a manter-se ao longo do período do estudo, após as intervenções presenciais e telefónicas. Vaiva et al (2006) num estudo realizado em 13 serviços de urgência no norte da França envolvendo 605 indivíduos, concluíram que o contacto telefónico um mês ou menos após a alta pode ajudar a proporção de pessoas que voltam a tentar suicídio. Estes autores acrescentam ainda que o contacto telefónico também permite a deteção de pessoas em risco de futuras tentativas de suicídio e possibilita a sua referenciação para o serviço de urgência.

4.5. CONCLUSÃO

Embora, pelas limitações do estudo, nomeadamente do reduzido tamanho da amostra não seja possível generalizar conclusões dos resultados encontrados, podemos concluir que, nos casos em estudo a intervenção teve um impacto positivo nos níveis de esperança e desesperança.

Conclui-se ainda que a intervenção deve ser redesenhada por forma a melhorar o impacto na dimensão esperança, que teve melhorias menos acentuadas.

A intervenção presencial no SU parece ter um impacto importante, mas a ausência de avaliação após a intervenção presencial e antes da primeira intervenção telefónica não permite esclarecê-lo, pelo que se sugere a avaliação do impacto desta fase da intervenção de modo a avaliar a sua utilidade, comparativamente com uma intervenção apenas telefónica.

Sugere-se ainda a implementação do programa num número mais alargado de casos de modo a verificar a eficácia deste programa noutros casos, o que, a verificar-se pode sustentar a implementação do programa no atendimento sistemático dos utentes com comportamentos suicidários no SU.

Na sequência da elaboração deste estudo foi elaborado um artigo para publicação em revista científica (ANEXO XVIII).

CONCLUSÃO

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, publicado em anexo ao Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, com a redação que lhe é dada pela Lei 11/2009 de 16 de Setembro, consagra um conjunto de normas de especial importância para o exercício da Enfermagem, e integra, no capítulo da Deontologia Profissional, o Código Deontológico do Enfermeiro, cuja publicação em diploma legislativo vincula todos os enfermeiros.

Este documento estruturante da profissão refere, no n.º 1 do Art.º 78º que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro).

Por outro lado o Regulamento n.º 129/2011 de 18 de Fevereiro refere que “*Os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.*”

A prossecução da excelência dos cuidados de enfermagem deve constituir um desígnio central para os enfermeiros. O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (2011), emanado pela Ordem dos Enfermeiros, assume-se 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.*

Ao longo do processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de saúde mental, percorrido de forma proactiva e com suporte na investigação, procurámos utilizar uma abordagem crítico-reflexiva que visou transmitir intencionalidade às atividades desenvolvidas, bem como evidenciar o processo evolutivo e desenvolvimental que este período de formação proporcionou.

A elaboração deste relatório permitiu organizar e sedimentar os aspetos mais relevantes daquele processo, tendo sido utilizada técnica dos incidentes críticos como ponto de partida para a análise de algumas das intervenções mais significativas, cuja contextualização e reflexão permitiu gerar conhecimento, aprendizagem e competências.

O relatório serviu também para apresentar um trabalho de campo que estudou o impacto de uma intervenção de enfermagem de promoção da esperança em indivíduos com comportamentos suicidário. A intervenção era constituída por uma sessão face-a-face e duas sessões aplicadas através por telefone. Trata-se de um estudo de caso múltiplo, que se assume como um estudo piloto, e que pode potenciar o surgimento de novas formas de intervenção especializada e novas investigações sobre o tema.

O processo de desenvolvimento de competências especializadas em geral e a execução deste relatório, em particular, não foram isentos de dificuldades. A gestão de múltiplos papéis, tanto a nível pessoal como profissional, e a sua conjugação com as atividades do curso, foi frequentemente um conflito difícil de conjugar. Contudo, no seu conjunto, o processo representou uma experiência transformacional, assente no crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

Consideramos ter atingido os objetivos a que nos propusémos com a elaboração deste relatório: foi feita uma descrição das intervenções mais significativas desenvolvidas durante a prática clínica especializada e sobre as quais foi produzida uma reflexão crítica, fundamentada e contextualizada, de modo a evidenciar a aquisição das competências especializadas do EESM, conforme regulamentado pela Ordem dos Enfermeiros; Foi ainda desenvolvida uma investigação no contexto da prática especializada, tendo, sobre ele, sido elaborado um artigo científico de modo a evidenciar o desenvolvimento de competências na comunicação de resultados da evidência científica, aspeto considerado importante para o desenvolvimento da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enferm*, 3, 10.
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2002a). Introdução à Teoria de Enfermagem: História, Terminologia e Análise. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed., pp. 3-14). Loures: Lusociência.
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2002b). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Almeida, T. (2006). *Contributo da supervisão na gestão do stresse dos alunos em ensino clínico*. Mestrado em Supervisão Dissertação, Universidade de Aveiro. Retrieved from <http://ria.ua.pt/handle/10773/1309>
- Almeida, V., Lopes, M., & Damasceno, M. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnum. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39, 202-210.
- Amaral, A. C. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE*. Loures: Lusociência.
- Barnum B.S. (1998). *Nursing theory: analysis, application, evaluation*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott
- Barros de Oliveira, J. (2003). Esperança: Natureza e Avaliação (Proposta de uma nova Escala). *Psicologia Educação e Cultura*, Vol. VII, nº 1, 83-106.
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R., Stewart, B., & Steer, R. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *The American Journal Of Psychiatry*, 147(2).
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.
- Bertolote, J. M., Mello-Santos, C., & Botega, N. J. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, S87-S95.

- Cahill, J., Paley, G., & Hardy, G. (2013). What do patients find helpful in psychotherapy? Implications for the therapeutic relationship in mental health nursing. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 20(9), 782-791.
- Carvalho, A., Nogueira, P., Silva, A., Rosa, M., Alves, M., Afonso, D., . . . Oliveira, A. (2013). Portugal – Saúde Mental em números – 2013. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Carvalho, J. C., & Sequeira, C. (2005). Ansiedade. Diagnóstico e intervenções de enfermagem. *Nursing*, 16(197), 12-15.
- Carvalho, P., & Pacheco, S. (2004). Técnica de Relaxamento Progressivo de Jacobson. *Nursing*, 15(186), 40-41.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Woodward, J. T., & Snyder, C. R. (2006). Hope in Cognitive Psychotherapies: On Working With Client Strengths. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20, 12.
- CHL. (2012). Agência de acreditação internacional em Saúde reconhece excelência e qualidade do HSA Retrieved 2012-07-18, 2012, from <http://www.chlp.pt/comunicacao-social/noticias-eventos/-/agencia-de-acreditacao-internacional-em-saude-reconhece-excelencia-e-qualidade-do-hsa-15/>
- CHL. (2013). Serviço de Psiquiatria - Caracterização do Serviço Retrieved 2014-07-14, 2014, from <http://www.chlp.pt/prestacao-de-cuidados/por-especialidade/medicas/#Letra-P/psiquiatria>
- CHL. (2014a). Consultas de Psiquiatria e Psicologia, ano de 2013. Leiria: Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.
- CHL. (2014b). Diagnósticos Internamento de Psiquiatria (DRG), ano de 2013. Leiria: Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.
- Coelho, L. V. M. (2012). Competência Emocional em Professores: Contributos da Psicoeducação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 16-24.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, C. (2007). Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal - Plano de Acção 2007-2016. In C. Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (Ed.), (pp. 154). Lisboa: Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, CNRSSM.
- Conn, V. S., Rantz, M. J., Wipke-Tevis, D. D., & Maas, M. L. (2001). Focus on Research Methods - Designing Effective Nursing Interventions. *Research in Nursing & Health*, 24, 433±442.
- Cunha, J. (2001). *Manual da versão em português das escalas de Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro § Diário da República, I Série A, n.º 205 (1996).
- England, M. (2006). Cognitive intervention for voice hearers. *Issues Ment Health Nurs*, 27, 735-751.
- England, M. (2007). Efficacy of cognitive nursing intervention for voice hearing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 43(2).
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (N. Salgueiro, Trans. 3 ed.). Loures: Lusociência.
- Gomes, J., & Henriques, C. (2012). Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria - Planeamento descritivo do 2º semestre (pp. 33). Leiria: Instituto Politécnico de Leiria.
- Gonçalves, A., Freitas, P., & Sequeira, C. (2011). Comportamentos Suicidários em Estudantes do Ensino Superior: Factores de Risco e de Protecção. *Millenium*, 40, 149-159.
- HML. (2010). Manual de acolhimento a alunos de enfermagem (pp. 31). Porto: Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E.
- HML. (2011). *Regulamento Interno do Hospital de Magalhães Lemos, E. P. E.* Porto: Hospital Magalhães Lemos.
- HML. (2014). Relatório e Contas 2013 (pp. 84). Porto: Hospital Magalhães Lemos, E.P.E.
- HML. (sd). *Guia geral de acolhimento ao doente*. Hospital Magalhães Lemos. Porto.
- Howk, C. (2002). Hildegard E. Peplau: Enfermagem Psicodinâmica. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed., pp. 423-444). Loures: Lusociência.
- Hrabe, D. P. (2005). Peplau in cyberspace: an analysis of Peplau's Interpersonal Relations Theory and computer-mediated communication. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(4), 397-414.
- ICN. (2010). CIPE® Versão 2 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM. In I.-I. C. o. Nurses (Ed.). Genebra ICN - International Council of Nurses.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (2003). *Compêndio de Psiquiatria. Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica* (7ª ed.). Porto Alegre: ARTMED.
- Lego, S. (1998). The application of Peplau's theory to group psychotherapy. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 5(3), 193-196. doi: 10.1046/j.1365-2850.1998.00129.x
- Lei n.º 36/98 de 24 de Julho. Diário da República – I Série – A, n.º 169 (1998)
- Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro § Diário da República, I Série, n.º 180 (2009)

- Linehan, M., Godstein, J., Nielsen, S., & Chiles, J. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 276-286
- Links, P., Bergmans, Y., & Cook, M. (2003). Psychotherapeutic Interventions to Prevent Repeated Suicidal Behavior. [Research Commentary]. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3(4), 445-464.
- Martinho, J., Pires, R., Carvalho, J. C., & Pimenta, G. (2014). Formação e desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem em contexto de ensino clínico em saúde mental e psiquiatria. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 97-102.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Menezes, S. L., & Souza, M. C. B. d. M. e. (2012). Implicações de um grupo de Psicoeducação no cotidiano de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46, 124-131.
- Monteiro, M. A. A., & Pagliuca, L. M. F. (2008). Análise da adequação da teoria do relacionamento interpessoal em grupos conduzidos por enfermeira. *Escola Anna Nery*, 12, 424-429.
- Moraes, L. M. P., Lopes, M. V. d. O., & Braga, V. A. B. (2006). Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19, 228-233.
- Mullen, A. (2009). Mental health nurses establishing psychosocial interventions within acute inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(2), 83-90. doi: 10.1111/j.1447-0349.2008.00578.x
- OE. (2011). *Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica - Estrutura de Idoneidades, Concepção, processos, etapas e funcionamento*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- OE. (2012). Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária (pp. 106): Ordem dos Enfermeiros.
- Puentes, W. J. (2004). Cognitive therapy integrated with life review techniques: an eclectic treatment approach for affective symptoms in older adults. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 84-89. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00828.x
- Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (2011).
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro, Regulamento n.º 122/2011 C.F.R. (2011).
- Regulamento n.º 129/2011 de 18 de Fevereiro, Regulamento n.º 129/2011 C.F.R. § N.º 35 (2011).

- Ribeiro, L. C. M., Souza, A. C. S. e., Barreto, R. A. d. S. S., Neves, H. C. C., & Barbosa, M. A. (2012). Técnica de incidente crítico e seu uso na Enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65, 162-171.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 103-108.
- Santos, N., & Neves, E. L. (2006). Entrevista e Intervenção em Crise. In B. Peixoto, C. Braz Saraiva & D. Sampaio (Eds.), *Comportamentos Suicidários em Portugal* (1 ed., pp. 479). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Santos, P.J., & Maia, J. (1999). Adaptação e análise factorial confirmatória da Rosenberg self-esteem scale com uma amostra de adolescentes: Resultados preliminares: In Avaliação psicológica: Formas e contextos (vol. VI, pp. 101-103). Braga: Apport
- Sidani, S., & Braden, C. (1998). *Evaluating nursing interventions: a theory-driven approach*. London: Sage.
- Simões, J. (2006). A técnica dos incidentes críticos na investigação em Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 13, 8.
- Simões, J., Isabel, A., & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista Referência*, 18.
- Snyder, C. R. (1995). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling and Development*, 73, 355-360
- Tsai, Y. F., Wong, T. K., Tsai, H. H., & Ku, Y. C. (2008). Self-worth therapy for depressive symptoms in older nursing home residents. *Journal of advanced nursing*, 64(5), 488-494.
- UP. (2011). António de Sousa Magalhães e Lemos. *Antigos Estudantes Ilustres da Universidade do Porto*. Retrieved 2014-09-17, 2014, from http://sigarra.up.pt/up/pt/web_base.gera_pagina?P_pagina=1012514
- Vaiva, G., Ducrocq, F., Meyer, P., Mathieu, D., Philippe, A., Libersa, C., & Goudemand, M. (2006). Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. [Randomised controlled study]. *BMJ*, 332, 1241-1245.
- WHO. (2000). *Preventing Suicide - A resource for Primary Health Care Workers*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2001). *The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2010). mhGAP Intervention Guide W. H. Organization (Ed.) (pp. 93). Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf

- WHO (Producer). (2011). Taxas Suicídio Portugal 1950-2009. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/media/port.pdf
- WHO. (2012). Psychoeducation, family interventions and cognitive-behavioural therapy Retrieved 2012-02-12, 2012, from http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/q10/en/
- Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso : planejamento e métodos* (4.^a ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Zani, A. V. (2005). *Incidentes críticos do Processo Ensino-Aprendizagem do Curso de Graduação em Enfermagem segundo a percepção de alunos e professores*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ANEXOS

ANEXO I

Dados estatísticos da Triagem Prioridades segundo o Protocolo de Triagem de Manchester no SUG do CHL no ano de 2013

| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Total | |
|-------|--------------------------------|-----|---|---|----|-----|-----|---|----|-------|-----|
| 1 | AGRESSÃO | 3 | ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| | | | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| | | 18 | CHOQUE | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 36 | DOR | 0 | 0 | 0 | 210 | 0 | 0 | 0 | 210 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 210 | 0 | 0 | 0 | 210 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 0 | 148 | 0 | 0 | 0 | 0 | 148 |
| | | | Total | 0 | 0 | 148 | 0 | 0 | 0 | 0 | 148 |
| | | 85 | HISTÓRIA DE PERDA DE CONSCIÊNCIA | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | | Total | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | 122 | MECANISMO DE LESÃO | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | | Total | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | 129 | NOVOS SINTOMAS/SINAIS NEUROLÓGICOS | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | | Total | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | 137 | PEQUENA HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Total | 0 | | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | | |
| 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | | |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | | |
| Total | | | | 1 | 4 | 157 | 212 | 0 | 0 | 374 | |
| Total | | | | 1 | 4 | 157 | 212 | 0 | 0 | 374 | |
| 2 | ASMA | 11 | ASMA S/MELHORIA C/TRATAMENTO HABITUAL | 0 | 0 | 133 | 1 | 0 | 0 | 134 | |
| | | | Total | 0 | 0 | 133 | 1 | 0 | 0 | 134 | |
| | | 15 | BRONCOSPASMO | 0 | 0 | 0 | 23 | 0 | 0 | 0 | 23 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 23 | 0 | 0 | 0 | 23 |
| | | 89 | HISTÓRIA SIGNIFICATIVA DE ASMA | 0 | 0 | 53 | 0 | 0 | 0 | 0 | 53 |
| | | | Total | 0 | 0 | 53 | 0 | 0 | 0 | 0 | 53 |
| | | 100 | INCAPACIDADE DE ARTICULAR FRASES COMPLETA | 0 | 16 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 16 |
| | | | Total | 0 | 16 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 16 |
| | | 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 42 | 0 | 0 | 0 | 42 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 42 | 0 | 0 | 0 | 42 |
| | | 165 | SAO2 BAIXO | 0 | 0 | 95 | 0 | 0 | 1 | 0 | 96 |
| | | | Total | 0 | 0 | 95 | 0 | 0 | 1 | 0 | 96 |
| | | 166 | SAO2 MUITO BAIXO | 0 | 24 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 24 |
| | | | Total | 0 | 24 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 24 |
| | | 176 | TAQUICARDIA ACENTUADA | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| Total | 0 | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | | |
| 1.025 | PROVÁVEL INFECÇÃO RESPIRATÓRIA | 0 | 0 | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 19 | | |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 19 | | |
| Total | | | | 0 | 49 | 281 | 85 | 0 | 1 | 416 | |
| Total | | | | 0 | 49 | 281 | 85 | 0 | 1 | 416 | |
| 3 | AUTO-AGRESÃO | 7 | ANGÚSTIA MARCADA | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | |
| | | | Total | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | |
| | | 24 | COMPROMISSO DA VIA AÉREA | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |

| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Total |
|-------|----------------------------|-------|------------------------------------|----|-----|-------|-----|----|---|-------|
| 3 | AUTO-AGRESSÃO | 39 | Total | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 161 | RISCO MODERADO DE AUTO-AGRESSÃO | 0 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| | | | Total | 0 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| | | 1.043 | ALTO RISCO DE NOVA AUTO-AGRESSÃO | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 1.048 | SEM ANGÚSTIA MARCADA | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 |
| Total | | 1 | 2 | 9 | 3 | 0 | 0 | 15 | | |
| Total | | | | 1 | 2 | 9 | 3 | 0 | 0 | 15 |
| 7 | CEFALEIA | 1 | ACUIDADE VISUAL REDUZIDA | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| | | | Total | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| | | 27 | COURO CABELUDO DOLOROSO | 0 | 0 | 39 | 0 | 0 | 0 | 39 |
| | | | Total | 0 | 0 | 39 | 0 | 0 | 0 | 39 |
| | | 36 | DOR | 0 | 1 | 1 | 912 | 0 | 0 | 914 |
| | | | Total | 0 | 1 | 1 | 912 | 0 | 0 | 914 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 1 | 999 | 0 | 0 | 0 | 1.000 |
| | | | Total | 0 | 1 | 999 | 0 | 0 | 0 | 1.000 |
| | | 43 | DOR SEVERA | 0 | 23 | 0 | 0 | 0 | 0 | 23 |
| | | | Total | 0 | 23 | 0 | 0 | 0 | 0 | 23 |
| | | 56 | Sub-Febril (Febrícula) | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | 84 | HISTÓRIA INAPROPRIADA | 0 | 0 | 16 | 0 | 0 | 0 | 16 |
| | | | Total | 0 | 0 | 16 | 0 | 0 | 0 | 16 |
| | | 85 | História de perda de consciência | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | | Total | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | 109 | INÍCIO REPENTINO | 0 | 18 | 0 | 0 | 0 | 0 | 18 |
| | | | Total | 0 | 18 | 0 | 0 | 0 | 0 | 18 |
| | | 129 | NOVOS SINTOMAS/SINAIS NEUROLÓGICOS | 0 | 0 | 24 | 0 | 0 | 0 | 24 |
| | | | Total | 0 | 0 | 24 | 0 | 0 | 0 | 24 |
| | | 139 | PERDA SÚBITA DE VISÃO | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | | Total | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 10 | 0 | 1 | 11 |
| Total | 0 | | 0 | 0 | 10 | 0 | 1 | 11 | | |
| 151 | QUENTE | 0 | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 19 | | |
| | Total | 0 | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 19 | | |
| 172 | SINAIS DE MENINGISMO | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | | |
| | Total | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | | |
| 173 | SINAIS NEUROLÓGICOS FOCAIS | 0 | 0 | 22 | 0 | 0 | 0 | 22 | | |
| | Total | 0 | 0 | 22 | 0 | 0 | 0 | 22 | | |
| Total | | | | 0 | 52 | 1.130 | 923 | 0 | 1 | 2.106 |
| Total | | | | 0 | 52 | 1.130 | 923 | 0 | 1 | 2.106 |
| 8 | COMPORTAMENTO ESTRANHO | 3 | ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA | 0 | 377 | 1 | 0 | 0 | 9 | 387 |
| | | | Total | 0 | 377 | 1 | 0 | 0 | 9 | 387 |
| | | 24 | COMPROMISSO DA VIA AÉREA | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| | | | Total | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| 76 | HIPOGLICÉMIA | 11 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 13 | | |

| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Total | |
|-------|---|-----|--|-------|-----|-------|----|-------|-------|-------|
| 8 | COMPORTAMENTO ESTRANHO | 76 | Total | 11 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 13 |
| | | 85 | HISTÓRIA DE PERDA DE CONSCIÊNCIA | 0 | 3 | 265 | 0 | 0 | 1 | 269 |
| | | | Total | 0 | 3 | 265 | 0 | 0 | 1 | 269 |
| | | 87 | HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA SIGNIFICATIVA | 0 | 0 | 25 | 0 | 0 | 0 | 25 |
| | | | Total | 0 | 0 | 25 | 0 | 0 | 0 | 25 |
| | | 92 | História de sobredosagem/envenenamento | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 129 | NOVOS SINTOMAS/SINAIS NEUROLÓGICOS | 0 | 15 | 1.459 | 4 | 0 | 10 | 1.488 |
| | | | Total | 0 | 15 | 1.459 | 4 | 0 | 10 | 1.488 |
| | | 156 | RESPIRAÇÃO INEFICAZ | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| | | | Total | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| | | 158 | ALTO RISCO DE AGRESSÃO A TERCEIROS | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | | Total | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | 159 | ALTO RISCO DE AUTO-AGRESSÃO | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 160 | RISCO MODERADO DE AGRESSÃO A TERCEIROS | 0 | 0 | 18 | 0 | 0 | 0 | 18 |
| | | | Total | 0 | 0 | 18 | 0 | 0 | 0 | 18 |
| | | 161 | RISCO MODERADO DE AUTO-AGRESSÃO | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 173 | SINAIS NEUROLÓGICOS FOCAIS | 0 | 2 | 323 | 1 | 0 | 4 | 330 |
| | | | Total | 0 | 2 | 323 | 1 | 0 | 4 | 330 |
| 175 | T.C.E. | 0 | 1 | 38 | 0 | 0 | 1 | 40 | | |
| | Total | 0 | 1 | 38 | 0 | 0 | 1 | 40 | | |
| 1.050 | SEM HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA SIGNIFICATIVA | 0 | 1 | 0 | 170 | 0 | 1 | 172 | | |
| | Total | 0 | 1 | 0 | 170 | 0 | 1 | 172 | | |
| | Total | 24 | 405 | 2.131 | 175 | 0 | 26 | 2.761 | | |
| | Total | 24 | 405 | 2.131 | 175 | 0 | 26 | 2.761 | | |
| 9 | CONVULSÕES | 3 | ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA | 0 | 31 | 0 | 0 | 0 | 0 | 31 |
| | | | Total | 0 | 31 | 0 | 0 | 0 | 0 | 31 |
| | | 16 | CEFALEIA | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| | | 18 | CHOQUE | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 24 | Compromisso da via aérea | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | | Total | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | 26 | CONVULSÃO ACTUAL | 15 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 |
| | | | Total | 15 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 |
| | | 36 | DOR | 0 | 1 | 0 | 69 | 0 | 0 | 70 |
| | | | Total | 0 | 1 | 0 | 69 | 0 | 0 | 70 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 4 | 57 | 1 | 0 | 0 | 62 |
| | | | Total | 0 | 4 | 57 | 1 | 0 | 0 | 62 |
| | | 43 | Dor severa | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | | |
| 84 | HISTÓRIA INAPROPRIADA | 0 | 2 | 58 | 0 | 0 | 0 | 60 | | |
| | Total | 0 | 2 | 58 | 0 | 0 | 0 | 60 | | |
| 92 | HISTÓRIA DE SOBREDOSAGEM/ENVENENAMENTO | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | | |

| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Total |
|-----|-------------------------------|-------|-------------------------------------|-----|----|-----|-----|-----|---|-------|
| 9 | CONVULSÕES | 92 | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 93 | HISTÓRIA DE T.C.E. | 0 | 2 | 14 | 0 | 0 | 0 | 16 |
| | | | Total | 0 | 2 | 14 | 0 | 0 | 0 | 16 |
| | | 129 | NOVOS SINTOMAS/SINAIS NEUROLÓGICOS | 0 | 1 | 33 | 0 | 0 | 1 | 35 |
| | | | Total | 0 | 1 | 33 | 0 | 0 | 1 | 35 |
| | | 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 1 | 21 | 0 | 0 | 22 |
| | | | Total | 0 | 0 | 1 | 21 | 0 | 0 | 22 |
| | | 151 | QUENTE | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | | Total | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | 156 | RESPIRAÇÃO INEFICAZ | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | Total | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | | |
| 173 | SINAIS NEUROLÓGICOS FOCAIS | 0 | 0 | 12 | 0 | 0 | 0 | 12 | | |
| | Total | 0 | 0 | 12 | 0 | 0 | 0 | 12 | | |
| | Total | | | 19 | 48 | 177 | 93 | 0 | 1 | 338 |
| | Total | | | 19 | 48 | 177 | 93 | 0 | 1 | 338 |
| 10 | CORPO ESTRANHO | 36 | DOR | 0 | 0 | 0 | 221 | 0 | 0 | 221 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 221 | 0 | 0 | 221 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 0 | 94 | 0 | 0 | 0 | 94 |
| | | | Total | 0 | 0 | 94 | 0 | 0 | 0 | 94 |
| | | 43 | DOR SEVERA | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | | Total | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | 84 | HISTÓRIA INAPROPRIADA | 0 | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| | | | Total | 0 | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| | | 91 | História significativa de incidente | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 107 | INFLAMAÇÃO LOCAL | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 23 | 0 | 0 | 23 |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 23 | 0 | 0 | 23 | | |
| 183 | TRAUMATISMO OCULAR PENETRANTE | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | | |
| | Total | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | | |
| | Total | | | 0 | 6 | 104 | 245 | 0 | 0 | 355 |
| | Total | | | 0 | 6 | 104 | 245 | 0 | 0 | 355 |
| 13 | CRIANÇA IRRITÁVEL | 36 | DOR | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | Total | | | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | Total | | | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 14 | DIABETES | 3 | ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| | | | Total | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| | | 18 | CHOQUE | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | | Total | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | 56 | SUB-FEBRIL (FEBRÍCULA) | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 6 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 6 |
| | | 74 | HIPERGLICÊMIA | 0 | 6 | 271 | 0 | 0 | 0 | 277 |
| | Total | 0 | 6 | 271 | 0 | 0 | 0 | 277 | | |
| 75 | HIPERGLICÊMIA COM CETOSE | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | | |

| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Total |
|-------|---|-----|------------------------------------|-----|----|-----|-------|-----|---|-------|
| 14 | DIABETES | 75 | Total | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | 76 | HIPOGLICÉMIA | 68 | 5 | 2 | 3 | 0 | 1 | 79 |
| | | | Total | 68 | 5 | 2 | 3 | 0 | 1 | 79 |
| | | 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 1 | 0 | 187 | 0 | 0 | 188 |
| | | | Total | 0 | 1 | 0 | 187 | 0 | 0 | 188 |
| | | 151 | QUENTE | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 190 | VÔMITOS | 0 | 0 | 0 | 14 | 0 | 0 | 14 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 14 | 0 | 0 | 14 |
| | | 191 | VÔMITOS PERSISTENTES | 0 | 0 | 13 | 0 | 0 | 0 | 13 |
| | Total | 0 | 0 | 13 | 0 | 0 | 0 | 13 | | |
| 1.046 | Não é Problema recente | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | | |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | | |
| | Total | | | 70 | 23 | 287 | 210 | 1 | 1 | 592 |
| | Total | | | 70 | 23 | 287 | 210 | 1 | 1 | 592 |
| 15 | DIARREIA | 36 | DOR | 0 | 3 | 0 | 499 | 0 | 0 | 502 |
| | | | Total | 0 | 3 | 0 | 499 | 0 | 0 | 502 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 1 | 118 | 0 | 0 | 0 | 119 |
| | | | Total | 0 | 1 | 118 | 0 | 0 | 0 | 119 |
| | | 90 | HISTÓRIA SIGNIFICATIVA DE DIARREIA | 0 | 0 | 108 | 0 | 0 | 1 | 109 |
| | | | Total | 0 | 0 | 108 | 0 | 0 | 1 | 109 |
| | | 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 25 | 0 | 0 | 25 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 25 | 0 | 0 | 25 |
| | | 169 | SINAIS DE DESIDRATAÇÃO | 0 | 0 | 21 | 0 | 0 | 0 | 21 |
| | | | Total | 0 | 0 | 21 | 0 | 0 | 0 | 21 |
| | | 190 | VÔMITOS | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 8 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 8 |
| | | 191 | VÔMITOS PERSISTENTES | 0 | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| | | | Total | 0 | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| 1.018 | HISTÓRIA DE FEZES PRETAS/ENSANGUENTADAS | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 8 | | |
| | Total | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 8 | | |
| 1.046 | NÃO É PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | | |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | | |
| | Total | | | 0 | 4 | 264 | 532 | 1 | 1 | 802 |
| | Total | | | 0 | 4 | 264 | 532 | 1 | 1 | 802 |
| 16 | DISPNEIA | 3 | ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| | | | Total | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| | | 15 | BRONCOSPASMO | 0 | 1 | 0 | 53 | 0 | 0 | 54 |
| | | | Total | 0 | 1 | 0 | 53 | 0 | 0 | 54 |
| | | 24 | COMPROMISSO DA VIA AÉREA | 16 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 18 |
| | | | Total | 16 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 18 |
| | | 36 | DOR | 1 | 4 | 2 | 1.608 | 0 | 1 | 1.616 |
| | | | Total | 1 | 4 | 2 | 1.608 | 0 | 1 | 1.616 |
| 39 | DOR MODERADA | 0 | 8 | 393 | 0 | 0 | 2 | 403 | | |
| | Total | 0 | 8 | 393 | 0 | 0 | 2 | 403 | | |
| 41 | DOR PLEURÍTICA | 0 | 1 | 228 | 1 | 0 | 0 | 230 | | |

| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Total |
|-------|--------------------------------|-----|---|----|-------|-------|-------|----|----|-------|
| 16 | DISPNEIA | 41 | Total | 0 | 1 | 228 | 1 | 0 | 0 | 230 |
| | | 42 | DOR PRÉ-CORDIAL | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| | | | Total | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| | | 43 | DOR SEVERA | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | | Total | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | 52 | EXAUSTÃO | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | | Total | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | 89 | HISTÓRIA SIGNIFICATIVA DE ASMA | 0 | 0 | 207 | 0 | 0 | 0 | 207 |
| | | | Total | 0 | 0 | 207 | 0 | 0 | 0 | 207 |
| | | 100 | INCAPACIDADE DE ARTICULAR FRASES COMPLETA | 0 | 135 | 0 | 1 | 0 | 0 | 136 |
| | | | Total | 0 | 135 | 0 | 1 | 0 | 0 | 136 |
| | | 108 | Início agudo pós-traumático | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 173 | 0 | 0 | 173 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 173 | 0 | 0 | 173 |
| | | 148 | PULSO ANORMAL | 0 | 143 | 1 | 1 | 0 | 2 | 147 |
| | | | Total | 0 | 143 | 1 | 1 | 0 | 2 | 147 |
| | | 156 | RESPIRAÇÃO INEFICAZ | 34 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 36 |
| | | | Total | 34 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 36 |
| | | 165 | SAO2 BAIXO | 1 | 23 | 1.375 | 1 | 0 | 5 | 1.405 |
| | | | Total | 1 | 23 | 1.375 | 1 | 0 | 5 | 1.405 |
| | | 166 | SAO2 MUITO BAIXO | 1 | 877 | 3 | 1 | 0 | 0 | 882 |
| | | | Total | 1 | 877 | 3 | 1 | 0 | 0 | 882 |
| 1.025 | PROVÁVEL INFECÇÃO RESPIRATÓRIA | 0 | 0 | 0 | 92 | 0 | 0 | 92 | | |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 92 | 0 | 0 | 92 | | |
| 1.030 | TRAUMATISMO TORÁCICO | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | | |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | | |
| 1.046 | NÃO É PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 | | |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 | | |
| | Total | | | 53 | 1.223 | 2.209 | 1.932 | 3 | 10 | 5.430 |
| | Total | | | 53 | 1.223 | 2.209 | 1.932 | 3 | 10 | 5.430 |
| 18 | DOENÇA HEMATOLÓGICA | 36 | DOR | 0 | 0 | 1 | 107 | 0 | 0 | 108 |
| | | | Total | 0 | 0 | 1 | 107 | 0 | 0 | 108 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 2 | 44 | 0 | 0 | 2 | 48 |
| | | | Total | 0 | 2 | 44 | 0 | 0 | 2 | 48 |
| | | 56 | SUB-FEBRIL (FEBRÍCULA) | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 5 |
| | | | Total | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 5 |
| | | 82 | HISTÓRIA HEMATOLÓGICA SIGNIFICATIVA | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| | | | Total | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| | | 96 | IMUNOSSUPRESSÃO CONHECIDA | 0 | 0 | 11 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| | | | Total | 0 | 0 | 11 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| | | 137 | PEQUENA HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | Total | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | | |
| 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 73 | 0 | 1 | 74 | | |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 73 | 0 | 1 | 74 | | |
| 1.046 | NÃO É PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 | | |

| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Total |
|----|---------------------|---------------------------------|--|-----|-------|-------|-------|-----|-------|-------|
| 18 | DOENÇA HEMATOLÓGICA | 1.046 | Total | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 |
| | | | Total | 0 | 7 | 60 | 184 | 3 | 3 | 257 |
| | | Total | | 0 | 7 | 60 | 184 | 3 | 3 | 257 |
| 19 | DOENÇA MENTAL | 3 | ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 7 | ANGÚSTIA MARCADA | 0 | 1 | 627 | 0 | 0 | 0 | 628 |
| | | Total | 0 | 1 | 627 | 0 | 0 | 0 | 628 | |
| | | 22 | COMPORTAMENTO DISRUPTIVO | 0 | 1 | 42 | 0 | 0 | 0 | 43 |
| | | Total | 0 | 1 | 42 | 0 | 0 | 0 | 43 | |
| | | 87 | HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA SIGNIFICATIVA | 0 | 1 | 777 | 0 | 0 | 0 | 778 |
| | | Total | 0 | 1 | 777 | 0 | 0 | 0 | 778 | |
| | | 158 | ALTO RISCO DE AGRESSÃO A TERCEIROS | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 19 |
| | | Total | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 19 | |
| | | 159 | ALTO RISCO DE AUTO-AGRESSÃO | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 |
| | | Total | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 | |
| | | 160 | RISCO MODERADO DE AGRESSÃO A TERCEIROS | 0 | 0 | 135 | 0 | 0 | 0 | 135 |
| | | Total | 0 | 0 | 135 | 0 | 0 | 0 | 135 | |
| | 161 | RISCO MODERADO DE AUTO-AGRESSÃO | 0 | 0 | 270 | 0 | 0 | 0 | 270 | |
| | Total | 0 | 0 | 270 | 0 | 0 | 0 | 270 | | |
| | 1.048 | SEM ANGÚSTIA MARCADA | 0 | 1 | 0 | 455 | 0 | 0 | 456 | |
| | Total | 0 | 1 | 0 | 455 | 0 | 0 | 456 | | |
| | Total | | 0 | 44 | 1.851 | 455 | 0 | 0 | 2.350 | |
| | Total | | 0 | 44 | 1.851 | 455 | 0 | 0 | 2.350 | |
| 20 | DOENÇAS SEXUALMENTE | 36 | DOR | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 6 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 6 |
| | | 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 |
| | | Total | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 | |
| | Total | | 0 | 0 | 0 | 9 | 0 | 0 | 9 | |
| | Total | | 0 | 0 | 0 | 9 | 0 | 0 | 9 | |
| 21 | DOR ABDOMINAL | 36 | DOR | 0 | 3 | 1 | 1.844 | 1 | 1 | 1.850 |
| | | | Total | 0 | 3 | 1 | 1.844 | 1 | 1 | 1.850 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 22 | 4.435 | 4 | 0 | 6 | 4.467 |
| | | Total | 0 | 22 | 4.435 | 4 | 0 | 6 | 4.467 | |
| | | 43 | DOR SEVERA | 0 | 92 | 0 | 0 | 0 | 0 | 92 |
| | | Total | 0 | 92 | 0 | 0 | 0 | 0 | 92 | |
| | | 68 | HEMATOQUÉSIAS, MELENAS OU RECTORRAGIAS | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| | | 140 | POSSÍVEL GRAVIDEZ | 0 | 0 | 28 | 0 | 0 | 0 | 28 |
| | | Total | 0 | 0 | 28 | 0 | 0 | 0 | 28 | |
| | | 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 26 | 0 | 0 | 26 |
| | | Total | 0 | 0 | 0 | 26 | 0 | 0 | 26 | |
| | | 190 | Vômitos | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | | |
| | 191 | VÔMITOS PERSISTENTES | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 7 | |
| | Total | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 7 | | |
| | 1.008 | DOR COM IRRADIAÇÃO AO OMBRO | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | |

| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Total |
|-------|-----------------------------------|-------|---|-------|-------|-------|-------|-------|---|-------|
| 21 | DOR ABDOMINAL | 1.008 | Total | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 1.010 | DOR IRRADIANDO PARA A REGIÃO DORSAL | 0 | 22 | 2 | 0 | 0 | 0 | 24 |
| | | | Total | 0 | 22 | 2 | 0 | 0 | 0 | 24 |
| | | 1.018 | HISTÓRIA DE FEZES PRETAS/ENSANGUENTADAS | 0 | 0 | 37 | 0 | 0 | 0 | 37 |
| | | | Total | 0 | 0 | 37 | 0 | 0 | 0 | 37 |
| | | 1.046 | NÃO É PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| Total | | 0 | 140 | 4.511 | 1.875 | 3 | 7 | 6.536 | | |
| Total | | | | 0 | 140 | 4.511 | 1.875 | 3 | 7 | 6.536 |
| 23 | DOR CERVICAL | 36 | DOR | 0 | 0 | 0 | 265 | 0 | 0 | 265 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 265 | 0 | 0 | 265 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 0 | 652 | 0 | 0 | 0 | 652 |
| | | | Total | 0 | 0 | 652 | 0 | 0 | 0 | 652 |
| | | 43 | DOR SEVERA | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | | Total | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | 56 | SUB-FEBRIL (FEBRÍCULA) | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 |
| | | 129 | NOVOS SINTOMAS/SINAIS NEUROLÓGICOS | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| | | | Total | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| | | 144 | Problema recente | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | 151 | Quente | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 180 | TRAUMA DIRECTO DA REGIÃO CERVICAL | 0 | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 | 20 | | |
| | Total | 0 | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 | 20 | | |
| Total | | 0 | 3 | 681 | 269 | 0 | 0 | 953 | | |
| Total | | | | 0 | 3 | 681 | 269 | 0 | 0 | 953 |
| 24 | DOR DE GARGANTA | 36 | DOR | 0 | 1 | 0 | 1.532 | 0 | 0 | 1.533 |
| | | | Total | 0 | 1 | 0 | 1.532 | 0 | 0 | 1.533 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 2 | 212 | 0 | 0 | 0 | 214 |
| | | | Total | 0 | 2 | 212 | 0 | 0 | 0 | 214 |
| | | 56 | SUB-FEBRIL (FEBRÍCULA) | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | 95 | HISTÓRIA DE VIAGENS AO ESTRANGEIRO | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| | | | Total | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| | | 110 | INSTALAÇÃO SÚBITA | 0 | 0 | 32 | 0 | 0 | 0 | 32 |
| | | | Total | 0 | 0 | 32 | 0 | 0 | 0 | 32 |
| | | 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 9 | 0 | 0 | 9 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 9 | 0 | 0 | 9 |
| | | 1.002 | ADULTO QUENTE | 0 | 0 | 121 | 0 | 0 | 0 | 121 |
| | | | Total | 0 | 0 | 121 | 0 | 0 | 0 | 121 |
| 1.046 | NÃO É PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 | | |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 | | |
| Total | | 0 | 3 | 371 | 1.542 | 3 | 0 | 1.919 | | |
| Total | | | | 0 | 3 | 371 | 1.542 | 3 | 0 | 1.919 |
| 25 | DOR | 36 | DOR | 0 | 1 | 0 | 1.781 | 0 | 0 | 1.782 |

| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Total |
|-------|--------------------------------------|-----|------------------------------------|----|----|-------|-------|----|---|-------|
| 25 | DOR LOMBAR | 36 | Total | 0 | 1 | 0 | 1.781 | 0 | 0 | 1.782 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 1 | 2.017 | 1 | 0 | 0 | 2.019 |
| | | | Total | 0 | 1 | 2.017 | 1 | 0 | 0 | 2.019 |
| | | 43 | DOR SEVERA | 0 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 |
| | | | Total | 0 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 |
| | | 56 | SUB-FEBRIL (FEBRÍCULA) | 0 | 0 | 0 | 30 | 0 | 0 | 30 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 30 | 0 | 0 | 30 |
| | | 99 | INCAPACIDADE DE ANDAR | 0 | 0 | 21 | 0 | 0 | 0 | 21 |
| | | | Total | 0 | 0 | 21 | 0 | 0 | 0 | 21 |
| | | 129 | NOVOS SINTOMAS/SINAIS NEUROLÓGICOS | 0 | 0 | 36 | 0 | 0 | 0 | 36 |
| | | | Total | 0 | 0 | 36 | 0 | 0 | 0 | 36 |
| | | 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 | 7 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 | 7 |
| | | 151 | QUENTE | 0 | 0 | 11 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| | Total | 0 | 0 | 11 | 0 | 0 | 0 | 11 | | |
| 182 | TRAUMATISMO DIRECTO DA REGIÃO LOMBAR | 0 | 0 | 77 | 0 | 0 | 0 | 77 | | |
| | Total | 0 | 0 | 77 | 0 | 0 | 0 | 77 | | |
| 1.007 | DOR ABDOMINAL | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | | |
| | Total | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | | |
| | Total | | | 0 | 32 | 2.163 | 1.819 | 0 | 0 | 4.014 |
| | Total | | | 0 | 32 | 2.163 | 1.819 | 0 | 0 | 4.014 |
| 26 | DOR TESTICULAR | 17 | CELULITE ESCROTAL | 0 | 0 | 15 | 0 | 0 | 0 | 15 |
| | | | Total | 0 | 0 | 15 | 0 | 0 | 0 | 15 |
| | | 20 | CÓLICA | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 36 | DOR | 0 | 0 | 0 | 73 | 0 | 0 | 73 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 73 | 0 | 0 | 73 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 0 | 76 | 0 | 0 | 0 | 76 |
| | | | Total | 0 | 0 | 76 | 0 | 0 | 0 | 76 |
| | | 43 | DOR SEVERA | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| | | | Total | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| | | 56 | SUB-FEBRIL (FEBRÍCULA) | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| | | 64 | Gangrena escrotal | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| 151 | QUENTE | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | | |
| | Total | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | | |
| 181 | TRAUMA ESCROTAL | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 8 | | |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 8 | | |
| 1.020 | IDADE < 25 ANOS | 0 | 21 | 0 | 0 | 0 | 0 | 21 | | |
| | Total | 0 | 21 | 0 | 0 | 0 | 0 | 21 | | |
| | Total | | | 0 | 28 | 95 | 85 | 0 | 0 | 208 |
| | Total | | | 0 | 28 | 95 | 85 | 0 | 0 | 208 |
| 27 | DOR | 18 | Choque | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |

| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Total |
|-------|----------------------------------|-----|---|---|-------|-------|-----|----|---|-------|
| 27 | DOR TORÁCICA | 18 | Total | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 24 | COMPROMISSO DA VIA AÉREA | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | | Total | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | 32 | DISPNEIA AGUDA | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| | | | Total | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| | | 36 | DOR | 0 | 2 | 0 | 957 | 0 | 0 | 959 |
| | | | Total | 0 | 2 | 0 | 957 | 0 | 0 | 959 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 10 | 1.934 | 0 | 0 | 0 | 1.944 |
| | | | Total | 0 | 10 | 1.934 | 0 | 0 | 0 | 1.944 |
| | | 41 | DOR PLEURÍTICA | 0 | 0 | 539 | 0 | 0 | 0 | 539 |
| | | | Total | 0 | 0 | 539 | 0 | 0 | 0 | 539 |
| | | 42 | DOR PRÉ-CORDIAL | 0 | 821 | 1 | 0 | 0 | 1 | 823 |
| | | | Total | 0 | 821 | 1 | 0 | 0 | 1 | 823 |
| | | 43 | DOR SEVERA | 0 | 80 | 0 | 0 | 0 | 0 | 80 |
| | | | Total | 0 | 80 | 0 | 0 | 0 | 0 | 80 |
| | | 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 40 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 40 | 0 | 0 | 40 |
| | | 148 | PULSO ANORMAL | 0 | 257 | 0 | 0 | 0 | 0 | 257 |
| | | | Total | 0 | 257 | 0 | 0 | 0 | 0 | 257 |
| | | 156 | RESPIRAÇÃO INEFICAZ | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | Total | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | | |
| 190 | VÔMITOS | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | | |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | | |
| 191 | VÔMITOS PERSISTENTES | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | | |
| | Total | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | | |
| | Total | | | 6 | 1.175 | 2.475 | 998 | 0 | 1 | 4.655 |
| | Total | | | 6 | 1.175 | 2.475 | 998 | 0 | 1 | 4.655 |
| 28 | EMBRIAGUEZ APARENTE | 4 | ALT. EST. CONSCIÊNCIA N/TOTAL/ATRIBUÍVEL ÁLCO | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | | Total | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | 5 | ALT. EST. CONSCIÊNCIA TOTAL/ATRIBUÍVEL ÁLCOO | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| | | | Total | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| | | 36 | DOR | 0 | 0 | 0 | 141 | 0 | 0 | 141 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 141 | 0 | 0 | 141 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 78 | HIPOTERMIA | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 83 | História inadequada | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 84 | HISTÓRIA INAPROPRIADA | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| | | | Total | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| 85 | HISTÓRIA DE PERDA DE CONSCIÊNCIA | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 8 | | |
| | Total | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 8 | | |
| 175 | T.C.E. | 0 | 1 | 6 | 0 | 0 | 0 | 7 | | |
| | Total | 0 | 1 | 6 | 0 | 0 | 0 | 7 | | |
| 1.029 | TRAUMATISMO RECENTE | 0 | 0 | 0 | 50 | 0 | 0 | 50 | | |

| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Total |
|----|-------------------------|------------------------|------------------------------------|----|-----|-------|----|----|-------|-------|
| 28 | EMBRIAGUEZ APARENTE | 1.029 | Total | 0 | 0 | 0 | 50 | 0 | 0 | 50 |
| | | 1.047 | SEM TRAUMATISMO RECENTE | 0 | 0 | 0 | 0 | 62 | 0 | 62 |
| | | Total | 0 | 0 | 0 | 0 | 62 | 0 | 62 | |
| | | Total | 0 | 5 | 28 | 191 | 62 | 0 | 286 | |
| | | Total | 0 | 5 | 28 | 191 | 62 | 0 | 286 | |
| 29 | ERUPÇÕES CUTÂNEAS | 24 | Compromisso da via aérea | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 32 | DISPNEIA AGUDA | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| | | | Total | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| | | 45 | EDEMA DA FACE | 0 | 69 | 0 | 0 | 0 | 0 | 69 |
| | | | Total | 0 | 69 | 0 | 0 | 0 | 0 | 69 |
| | | 46 | EDEMA DA LÍNGUA | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| | | | Total | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| | | 48 | ESTRIDOR | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 49 | EXANTEMA ERITEMATOSO OU BULHOSO | 0 | 0 | 146 | 0 | 0 | 0 | 146 |
| | | | Total | 0 | 0 | 146 | 0 | 0 | 0 | 146 |
| | | 84 | HISTÓRIA INAPROPRIADA | 0 | 0 | 51 | 0 | 0 | 0 | 51 |
| | | | Total | 0 | 0 | 51 | 0 | 0 | 0 | 51 |
| | | 88 | HISTÓRIA SIGNIFICATIVA DE ALERGIA | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| | | | Total | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| | | 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 86 | 0 | 0 | 86 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 86 | 0 | 0 | 86 |
| | | 151 | QUENTE | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| | | | Total | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| | | 1.011 | DOR MODERADA/PRURIDO | 0 | 1 | 216 | 0 | 0 | 0 | 217 |
| | | | Total | 0 | 1 | 216 | 0 | 0 | 0 | 217 |
| | | 1.012 | DOR SEVERA/PRURIDO | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | Total | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | |
| | 1.013 | DOR/PRURIDO | 0 | 0 | 0 | 1.015 | 0 | 1 | 1.016 | |
| | | Total | 0 | 0 | 0 | 1.015 | 0 | 1 | 1.016 | |
| | 1.046 | NÃO É PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 0 | 21 | 0 | 21 | |
| | | Total | 0 | 0 | 0 | 0 | 21 | 0 | 21 | |
| | | Total | 2 | 95 | 419 | 1.101 | 21 | 1 | 1.639 | |
| | | Total | 2 | 95 | 419 | 1.101 | 21 | 1 | 1.639 | |
| 30 | ESTADO DE INCONSCIÊNCIA | 3 | ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA | 0 | 53 | 0 | 0 | 0 | 0 | 53 |
| | | | Total | 0 | 53 | 0 | 0 | 0 | 0 | 53 |
| | | 18 | CHOQUE | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 24 | COMPROMISSO DA VIA AÉREA | 56 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 57 |
| | | | Total | 56 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 57 |
| | | 26 | CONVULSÃO ACTUAL | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | | Total | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | 32 | DISPNEIA AGUDA | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | |
| | | Total | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | |
| | 39 | DOR MODERADA | 0 | 1 | 54 | 0 | 0 | 0 | 55 | |

| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Total |
|-------|-------------------------|-----|--|-----|----|-----|---|-----|---|-------|
| 30 | ESTADO DE INCONSCIÊNCIA | 39 | Total | 0 | 1 | 54 | 0 | 0 | 0 | 55 |
| | | 42 | Dor pré-cordial | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 43 | Dor severa | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 76 | HIPOGLICÊMIA | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| | | | Total | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| | | 84 | HISTÓRIA INAPROPRIADA | 0 | 1 | 53 | 0 | 0 | 0 | 54 |
| | | | Total | 0 | 1 | 53 | 0 | 0 | 0 | 54 |
| | | 85 | HISTÓRIA DE PERDA DE CONSCIÊNCIA | 0 | 2 | 363 | 0 | 0 | 0 | 365 |
| | | | Total | 0 | 2 | 363 | 0 | 0 | 0 | 365 |
| | | 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 | 7 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 | 7 |
| | | 148 | PULSO ANORMAL | 0 | 52 | 0 | 0 | 0 | 1 | 53 |
| | | | Total | 0 | 52 | 0 | 0 | 0 | 1 | 53 |
| | | 151 | QUENTE | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | | Total | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | 156 | RESPIRAÇÃO INEFICAZ | 29 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 29 |
| | | | Total | 29 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 29 |
| | | 173 | Sinais neurológicos focais | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | Total | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | | |
| 1.013 | DOR/PRURIDO | 0 | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 | 7 | | |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 | 7 | | |
| | Total | 88 | 119 | 473 | 14 | 0 | 1 | 695 | | |
| | Total | 88 | 119 | 473 | 14 | 0 | 1 | 695 | | |
| 31 | EXPOSIÇÃO A QUÍMICOS | 2 | ALTA MORTALIDADE | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | | Total | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | 36 | DOR | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 8 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 8 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| | | | Total | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| | | 49 | EXANTEMA ERITEMATOSO OU BULHOSO | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 84 | HISTÓRIA INAPROPRIADA | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | | Total | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | 114 | LESÃO POR INALAÇÃO DE SUBSTÂNCIA QUÍMICA | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 118 | LESÃO OCULAR QUÍMICA | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | | Total | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | 125 | MORTALIDADE MODERADA | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| | | | Total | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 | | |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 | | |
| 166 | SAO2 muito baixo | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | | |
| | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | | |
| | Total | 3 | 5 | 14 | 11 | 0 | 0 | 33 | | |

| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Total |
|-------|-------------------------------------|-----|------------------------------------|-----|----|-------|-------|-----|---|-------|
| 31 | Total | | | 3 | 5 | 14 | 11 | 0 | 0 | 33 |
| 32 | FERIDAS | 23 | COMPROMISSO VASCULAR DISTAL | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| | | | Total | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| | | 36 | DOR | 0 | 0 | 0 | 969 | 0 | 0 | 969 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 969 | 0 | 0 | 969 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 0 | 1.378 | 1 | 0 | 0 | 1.379 |
| | | | Total | 0 | 0 | 1.378 | 1 | 0 | 0 | 1.379 |
| | | 43 | DOR SEVERA | 0 | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| | | | Total | 0 | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| | | 65 | GRANDE HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL | 0 | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| | | | Total | 0 | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| | | 72 | HEMORRAGIA EXSANGUINANTE | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 84 | HISTÓRIA INAPROPRIADA | 0 | 0 | 11 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| | | | Total | 0 | 0 | 11 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| | | 106 | INFECÇÃO LOCAL | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 4 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 4 |
| | | 107 | INFLAMAÇÃO LOCAL | 0 | 0 | 0 | 23 | 0 | 0 | 23 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 23 | 0 | 0 | 23 |
| | | 129 | NOVOS SINTOMAS/SINAIS NEUROLÓGICOS | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| | | | Total | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| 137 | PEQUENA HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL | 0 | 0 | 270 | 0 | 0 | 0 | 270 | | |
| | Total | 0 | 0 | 270 | 0 | 0 | 0 | 270 | | |
| 1.029 | TRAUMATISMO RECENTE | 0 | 0 | 0 | 29 | 0 | 0 | 29 | | |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 29 | 0 | 0 | 29 | | |
| 1.047 | SEM TRAUMATISMO RECENTE | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 5 | | |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 5 | | |
| Total | | | | 1 | 30 | 1.663 | 1.026 | 5 | 0 | 2.725 |
| Total | | | | 1 | 30 | 1.663 | 1.026 | 5 | 0 | 2.725 |
| 33 | GRANDE TRAUMATISMO | 3 | ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| | | | Total | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| | | 24 | COMPROMISSO DA VIA AÉREA | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| | | | Total | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| | | 32 | DISPNEIA AGUDA | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 1 | 155 | 0 | 0 | 1 | 157 |
| | | | Total | 0 | 1 | 155 | 0 | 0 | 1 | 157 |
| | | 43 | DOR SEVERA | 1 | 49 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 |
| | | | Total | 1 | 49 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 |
| | | 79 | HISTÓRIA CLÍNICA SIGNIFICATIVA | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| | | | Total | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| | | 85 | HISTÓRIA DE PERDA DE CONSCIÊNCIA | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| | | | Total | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| 91 | HISTÓRIA SIGNIFICATIVA DE INCIDENTE | 0 | 60 | 0 | 0 | 0 | 1 | 61 | | |
| | Total | 0 | 60 | 0 | 0 | 0 | 1 | 61 | | |
| 122 | MECANISMO DE LESÃO | 0 | 27 | 0 | 0 | 0 | 0 | 27 | | |

| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Total |
|-------|---|-------|--|-----|-------|-------|----|-----|-------|-------|
| 33 | GRANDE TRAUMATISMO | 122 | Total | 0 | 27 | 0 | 0 | 0 | 0 | 27 |
| | | 129 | NOVOS SINTOMAS/SINAIS NEUROLÓGICOS | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | | Total | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | 137 | PEQUENA HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | | Total | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | 156 | RESPIRAÇÃO INEFICAZ | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | | Total | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Total | | | 13 | 144 | 172 | 0 | 0 | 2 | 331 | |
| Total | | | | 13 | 144 | 172 | 0 | 0 | 2 | 331 |
| 34 | GRAVIDEZ | 36 | DOR | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | 1.052 | NÃO ESTÁ SUB-FEBRIL (FEBRÍCULA) | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 |
| | | Total | | | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| Total | | | | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 4 |
| 35 | HEMORRAGIA GI | 18 | CHOQUE | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 36 | DOR | 0 | 0 | 0 | 16 | 0 | 0 | 16 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 16 | 0 | 0 | 16 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 1 | 209 | 1 | 0 | 0 | 211 |
| | | | Total | 0 | 1 | 209 | 1 | 0 | 0 | 211 |
| | | 43 | DOR SEVERA | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | | Total | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | 67 | HEMATEMESES | 0 | 36 | 0 | 0 | 0 | 0 | 36 |
| | | | Total | 0 | 36 | 0 | 0 | 0 | 0 | 36 |
| | | 68 | HEMATOQUÉSIAS, MELENAS OU RECTORRAGIAS | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 2 | 21 |
| | | | Total | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 2 | 21 |
| | | 81 | HISTÓRIA DE HEMATEMESES | 0 | 0 | 171 | 0 | 0 | 1 | 172 |
| | | | Total | 0 | 0 | 171 | 0 | 0 | 1 | 172 |
| | | 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 8 |
| Total | 0 | | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 8 | | |
| 1.018 | HISTÓRIA DE FEZES PRETAS/ENSANGUENTADAS | 0 | 5 | 704 | 1 | 0 | 2 | 712 | | |
| | Total | 0 | 5 | 704 | 1 | 0 | 2 | 712 | | |
| Total | | | 1 | 64 | 1.084 | 26 | 0 | 5 | 1.180 | |
| Total | | | | 1 | 64 | 1.084 | 26 | 0 | 5 | 1.180 |
| 36 | HEMORRAGIA VAGINAL | 36 | DOR | 0 | 0 | 0 | 35 | 0 | 0 | 35 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 35 | 0 | 0 | 35 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 0 | 17 | 0 | 0 | 0 | 17 |
| | | | Total | 0 | 0 | 17 | 0 | 0 | 0 | 17 |
| | | 43 | DOR SEVERA | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 73 | HEMORRAGIA VAGINAL INTENSA | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | | Total | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | 84 | HISTÓRIA INAPROPRIADA | 0 | 0 | 14 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| | | | Total | 0 | 0 | 14 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| 140 | POSSÍVEL GRAVIDEZ | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | | |

| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Total |
|-------|-----------------------------|--|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-----|-------|--------|
| 36 | HEMORRAGIA VAGINAL | 140 | Total | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | 185 | TRAUMATISMO VAGINAL | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | | Total | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | 1.053 | SEM MENSTRUÇÃO NORMAL | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| | | Total | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| | | Total | | | 0 | 3 | 34 | 41 | 0 | 0 |
| | Total | | | 0 | 3 | 34 | 41 | 0 | 0 | 78 |
| 37 | INDISPOSIÇÃO NO ADULTO | 3 | ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA | 0 | 18 | 0 | 0 | 0 | 0 | 18 |
| | | | Total | 0 | 18 | 0 | 0 | 0 | 0 | 18 |
| | 24 | COMPROMISSO DA VIA AÉREA | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| | | Total | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| | 36 | DOR | 0 | 19 | 5 | 5.405 | 0 | 1 | 5.430 | |
| | | Total | 0 | 19 | 5 | 5.405 | 0 | 1 | 5.430 | |
| | 39 | DOR MODERADA | 0 | 8 | 1.403 | 3 | 0 | 4 | 1.418 | |
| | | Total | 0 | 8 | 1.403 | 3 | 0 | 4 | 1.418 | |
| | 43 | DOR SEVERA | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | |
| | | Total | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | |
| | 49 | EXANTEMA ERITEMATOSO OU BULHOSO | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | |
| | | Total | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | |
| | 51 | ERUPÇÃO CUTÂNEA DESCONHECIDA | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| | | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| | 56 | SUB-FEBRIL (FEBRÍCULA) | 0 | 7 | 1 | 724 | 0 | 0 | 732 | |
| | | Total | 0 | 7 | 1 | 724 | 0 | 0 | 732 | |
| | 86 | HISTÓRIA DE RISCO ESPECIAL DE INFECÇÃO | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | |
| | | Total | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | |
| | 95 | HISTÓRIA DE VIAGENS AO ESTRANGEIRO | 0 | 0 | 72 | 0 | 0 | 0 | 72 | |
| | | Total | 0 | 0 | 72 | 0 | 0 | 0 | 72 | |
| | 110 | INSTALAÇÃO SÚBITA | 0 | 8 | 3.655 | 0 | 0 | 2 | 3.665 | |
| | | Total | 0 | 8 | 3.655 | 0 | 0 | 2 | 3.665 | |
| 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 5 | 1 | 811 | 0 | 1 | 818 | | |
| | Total | 0 | 5 | 1 | 811 | 0 | 1 | 818 | | |
| 148 | PULSO ANORMAL | 0 | 561 | 0 | 2 | 0 | 1 | 564 | | |
| | Total | 0 | 561 | 0 | 2 | 0 | 1 | 564 | | |
| 151 | QUENTE | 0 | 5 | 639 | 0 | 0 | 1 | 645 | | |
| | Total | 0 | 5 | 639 | 0 | 0 | 1 | 645 | | |
| 156 | RESPIRAÇÃO INEFICAZ | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | | |
| | Total | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | | |
| 172 | SINAIS DE MENINGISMO | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | | |
| | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | | |
| 1.046 | NÃO É PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 0 | 33 | 0 | 33 | | |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 0 | 33 | 0 | 33 | | |
| | Total | | | 6 | 641 | 5.778 | 6.945 | 33 | 10 | 13.413 |
| | Total | | | 6 | 641 | 5.778 | 6.945 | 33 | 10 | 13.413 |
| 38 | INFECÇÕES LOCAIS E ABCESSOS | 10 | ARTICULAÇÃO QUENTE | 0 | 0 | 24 | 0 | 0 | 0 | 24 |
| | | | Total | 0 | 0 | 24 | 0 | 0 | 0 | 24 |
| | 36 | DOR | 0 | 1 | 0 | 1.467 | 0 | 1 | 1.469 | |

| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Total |
|-------|-----------------------------------|-----|-------------------------------------|----|----|-------|-------|----|---|-------|
| 38 | INFECÇÕES LOCAIS E ABCESSOS | 36 | Total | 0 | 1 | 0 | 1.467 | 0 | 1 | 1.469 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 1 | 940 | 1 | 0 | 0 | 942 |
| | | | Total | 0 | 1 | 940 | 1 | 0 | 0 | 942 |
| | | 40 | DOR NAS ARTICULAÇÕES EM MOVIMENTO | 0 | 0 | 116 | 0 | 0 | 0 | 116 |
| | | | Total | 0 | 0 | 116 | 0 | 0 | 0 | 116 |
| | | 43 | DOR SEVERA | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | | Total | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 70 | 0 | 0 | 70 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 70 | 0 | 0 | 70 |
| | | 151 | QUENTE | 0 | 0 | 12 | 0 | 0 | 0 | 12 |
| | Total | 0 | 0 | 12 | 0 | 0 | 0 | 12 | | |
| 1.046 | NÃO É PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 0 | 7 | | |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 0 | 7 | | |
| | Total | | | 0 | 5 | 1.092 | 1.538 | 7 | 1 | 2.643 |
| | Total | | | 0 | 5 | 1.092 | 1.538 | 7 | 1 | 2.643 |
| 39 | LESÃO TORACO-AB DOMINAL | 32 | DISPNEIA AGUDA | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 36 | DOR | 0 | 0 | 0 | 558 | 0 | 1 | 559 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 558 | 0 | 1 | 559 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 6 | 1.070 | 0 | 0 | 0 | 1.076 |
| | | | Total | 0 | 6 | 1.070 | 0 | 0 | 0 | 1.076 |
| | | 43 | DOR SEVERA | 0 | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| | | | Total | 0 | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| | | 72 | HEMORRAGIA EXSANGUINANTE | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 84 | HISTÓRIA INAPROPRIADA | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | | Total | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | 91 | HISTÓRIA SIGNIFICATIVA DE INCIDENTE | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | | Total | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | 106 | INFECÇÃO LOCAL | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 122 | MECANISMO DE LESÃO | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | | |
| | Total | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | | |
| 1.029 | TRAUMATISMO RECENTE | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | | |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | | |
| 1.047 | SEM TRAUMATISMO RECENTE | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | | |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | | |
| | Total | | | 1 | 31 | 1.073 | 561 | 1 | 1 | 1.668 |
| | Total | | | 1 | 31 | 1.073 | 561 | 1 | 1 | 1.668 |
| 40 | MORDEDURA S E PICADAS | 32 | DISPNEIA AGUDA | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 36 | DOR | 0 | 0 | 0 | 304 | 0 | 0 | 304 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 304 | 0 | 0 | 304 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 0 | 78 | 0 | 0 | 0 | 78 |
| | Total | 0 | 0 | 78 | 0 | 0 | 0 | 78 | | |
| 45 | EDEMA DA FACE | 0 | 12 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 | | |

| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Total |
|-------|---------------------------|-------|-----------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|---|-------|
| 40 | MORDEDURAS E PICADAS | 45 | Total | 0 | 12 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 |
| | | 46 | Edema da língua | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 49 | EXANTEMA ERITEMATOSO OU BULHOSO | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| | | | Total | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| | | 88 | HISTÓRIA SIGNIFICATIVA DE ALERGIA | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| | | | Total | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| | | 106 | INFECÇÃO LOCAL | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | 107 | INFLAMAÇÃO LOCAL | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 6 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 6 |
| | | 137 | PEQUENA HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | | Total | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 18 | 0 | 0 | 18 |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 18 | 0 | 0 | 18 | | |
| | Total | 0 | 23 | 89 | 329 | 0 | 0 | 441 | | |
| | Total | 0 | 23 | 89 | 329 | 0 | 0 | 441 | | |
| 42 | PROBLEMAS ESTOMATOLÓGICOS | 36 | DOR | 0 | 0 | 0 | 516 | 0 | 0 | 516 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 516 | 0 | 0 | 516 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 1 | 229 | 0 | 0 | 0 | 230 |
| | | | Total | 0 | 1 | 229 | 0 | 0 | 0 | 230 |
| | | 43 | DOR SEVERA | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 45 | EDEMA DA FACE | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| | | 65 | Grande hemorragia incontrolável | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 137 | PEQUENA HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL | 0 | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 19 |
| | | | Total | 0 | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 19 |
| | | 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 14 | 0 | 0 | 14 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 14 | 0 | 0 | 14 |
| | | 151 | QUENTE | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | | Total | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | 1.004 | AVULSÃO DENTÁRIA RECENTE | 0 | 0 | 11 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| | Total | 0 | 0 | 11 | 0 | 0 | 0 | 11 | | |
| 1.046 | NÃO É PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 | | |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 | | |
| | Total | 0 | 2 | 263 | 532 | 3 | 0 | 800 | | |
| | Total | 0 | 2 | 263 | 532 | 3 | 0 | 800 | | |
| 43 | PROBLEMAS NASALS | 30 | DEFORMAÇÃO | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | 31 | DEFORMAÇÃO GROSSEIRA | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| | | | Total | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| | | 33 | DISTÚRBO HEMORRÁGICO | 0 | 0 | 0 | 13 | 0 | 0 | 13 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 13 | 0 | 0 | 13 |
| 36 | DOR | 0 | 1 | 0 | 232 | 0 | 0 | 233 | | |

| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Total |
|-------|----------------------------------|-----|----------------------------------|----|-----|-------|-------|----|---|--------|
| 43 | PROBLEMAS NASALS | 36 | Total | 0 | 1 | 0 | 232 | 0 | 0 | 233 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 1 | 80 | 0 | 0 | 0 | 81 |
| | | | Total | 0 | 1 | 80 | 0 | 0 | 0 | 81 |
| | | 72 | HEMORRAGIA EXSANGUINANTE | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 84 | HISTÓRIA INAPROPRIADA | 0 | 0 | 16 | 0 | 0 | 0 | 16 |
| | | | Total | 0 | 0 | 16 | 0 | 0 | 0 | 16 |
| | | 137 | PEQUENA HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL | 0 | 0 | 161 | 0 | 0 | 0 | 161 |
| | | | Total | 0 | 0 | 161 | 0 | 0 | 0 | 161 |
| | | 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 52 | 0 | 0 | 52 |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 52 | 0 | 0 | 52 | | |
| 1.019 | HISTÓRIA SIGNIFICATIVA | 0 | 0 | 23 | 0 | 0 | 0 | 23 | | |
| | Total | 0 | 0 | 23 | 0 | 0 | 0 | 23 | | |
| | Total | | | 0 | 3 | 287 | 298 | 0 | 0 | 588 |
| | Total | | | 0 | 3 | 287 | 298 | 0 | 0 | 588 |
| 44 | PROBLEMAS NOS MEMBROS | 18 | CHOQUE | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 30 | DEFORMAÇÃO | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 8 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 8 |
| | | 31 | DEFORMAÇÃO GROSSEIRA | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| | | | Total | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| | | 36 | DOR | 0 | 1 | 2 | 8.025 | 0 | 1 | 8.029 |
| | | | Total | 0 | 1 | 2 | 8.025 | 0 | 1 | 8.029 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 0 | 6.806 | 2 | 0 | 2 | 6.810 |
| | | | Total | 0 | 0 | 6.806 | 2 | 0 | 2 | 6.810 |
| | | 43 | DOR SEVERA | 0 | 76 | 0 | 0 | 0 | 0 | 76 |
| | | | Total | 0 | 76 | 0 | 0 | 0 | 0 | 76 |
| | | 65 | GRANDE HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 84 | HISTÓRIA INAPROPRIADA | 0 | 0 | 35 | 0 | 0 | 0 | 35 |
| | | | Total | 0 | 0 | 35 | 0 | 0 | 0 | 35 |
| | | 119 | LESÃO RECENTE | 0 | 0 | 0 | 74 | 0 | 0 | 74 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 74 | 0 | 0 | 74 |
| | | 136 | PELE CRÍTICA | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| | | | Total | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| 137 | PEQUENA HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL | 0 | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | | |
| | Total | 0 | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | | |
| 1.005 | COMPROMISSO VASCULAR | 0 | 46 | 0 | 0 | 0 | 0 | 46 | | |
| | Total | 0 | 46 | 0 | 0 | 0 | 0 | 46 | | |
| 1.014 | EDEMA | 0 | 0 | 0 | 39 | 0 | 0 | 39 | | |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 39 | 0 | 0 | 39 | | |
| 1.054 | NÃO É LESÃO RECENTE | 0 | 0 | 0 | 0 | 46 | 0 | 46 | | |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 0 | 46 | 0 | 46 | | |
| | Total | | | 1 | 133 | 6.859 | 8.148 | 46 | 3 | 15.190 |
| | Total | | | 1 | 133 | 6.859 | 8.148 | 46 | 3 | 15.190 |
| 45 | PROBLEMAS | 1 | ACUIDADE VISUAL REDUZIDA | 0 | 0 | 744 | 0 | 0 | 0 | 744 |

| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Total | |
|-------|-----------------------------|-----|----------------------------------|-------|-------|-----|-------|-------|-------|-------|
| 45 | PROBLEMAS OFTALMOLOGICOS | 1 | Total | 0 | 0 | 744 | 0 | 0 | 0 | 744 |
| | | 36 | DOR | 0 | 0 | 0 | 2.763 | 0 | 1 | 2.764 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 2.763 | 0 | 1 | 2.764 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 0 | 751 | 0 | 0 | 0 | 751 |
| | | | Total | 0 | 0 | 751 | 0 | 0 | 0 | 751 |
| | | 43 | DOR SEVERA | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | | Total | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | 84 | HISTÓRIA INAPROPRIADA | 0 | 0 | 98 | 0 | 0 | 0 | 98 |
| | | | Total | 0 | 0 | 98 | 0 | 0 | 0 | 98 |
| | | 118 | LESÃO OCULAR QUÍMICA | 38 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 39 |
| | | | Total | 38 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 39 |
| | | 130 | OLHO VERMELHO | 0 | 0 | 0 | 143 | 0 | 0 | 143 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 143 | 0 | 0 | 143 |
| | | 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 156 | 0 | 0 | 156 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 156 | 0 | 0 | 156 |
| | | 183 | TRAUMATISMO OCULAR PENETRANTE | 0 | 44 | 0 | 0 | 0 | 0 | 44 |
| | | | Total | 0 | 44 | 0 | 0 | 0 | 0 | 44 |
| 1.023 | PERDA TOTAL SUBITA DE VISÃO | 0 | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | | |
| | Total | 0 | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | | |
| 1.046 | NÃO É PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 0 | 37 | 0 | 37 | | |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 0 | 37 | 0 | 37 | | |
| | Total | 38 | 59 | 1.593 | 3.062 | 37 | 1 | 4.790 | | |
| | Total | 38 | 59 | 1.593 | 3.062 | 37 | 1 | 4.790 | | |
| 46 | PROBLEMAS OUVIDOS | 36 | DOR | 0 | 1 | 0 | 768 | 0 | 0 | 769 |
| | | | Total | 0 | 1 | 0 | 768 | 0 | 0 | 769 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 0 | 119 | 0 | 0 | 0 | 119 |
| | | | Total | 0 | 0 | 119 | 0 | 0 | 0 | 119 |
| | | 69 | HEMATOMA AURICULAR | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| | | | Total | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| | | 84 | HISTÓRIA INAPROPRIADA | 0 | 0 | 15 | 0 | 0 | 0 | 15 |
| | | | Total | 0 | 0 | 15 | 0 | 0 | 0 | 15 |
| | | 93 | HISTÓRIA DE T.C.E. | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| | | | Total | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| | | 137 | PEQUENA HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | | Total | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | 138 | PERDA AGUDA DE AUDIÇÃO | 0 | 0 | 0 | 25 | 0 | 0 | 25 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 25 | 0 | 0 | 25 |
| | | 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 57 | 0 | 0 | 57 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 57 | 0 | 0 | 57 |
| | | 151 | QUENTE | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Total | 0 | | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 | | |
| 187 | VERTIGENS | 0 | 0 | 33 | 0 | 0 | 0 | 33 | | |
| | Total | 0 | 0 | 33 | 0 | 0 | 0 | 33 | | |
| 1.046 | NÃO É PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 4 | | |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 4 | | |
| | Total | 0 | 1 | 184 | 850 | 4 | 0 | 1.039 | | |

| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Total |
|-------|------------------------|-----|--------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|---|-------|
| 46 | Total | | | 0 | 1 | 184 | 850 | 4 | 0 | 1.039 |
| 47 | PROBLEMAS URINÁRIOS | 20 | CÓLICA | 0 | 0 | 50 | 0 | 0 | 0 | 50 |
| | | | Total | 0 | 0 | 50 | 0 | 0 | 0 | 50 |
| | | 34 | DISÚRIA | 0 | 0 | 0 | 58 | 0 | 0 | 58 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 58 | 0 | 0 | 58 |
| | | 36 | DOR | 0 | 3 | 1 | 2.235 | 0 | 2 | 2.241 |
| | | | Total | 0 | 3 | 1 | 2.235 | 0 | 2 | 2.241 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 1 | 1.459 | 0 | 0 | 0 | 1.460 |
| | | | Total | 0 | 1 | 1.459 | 0 | 0 | 0 | 1.460 |
| | | 43 | DOR SEVERA | 0 | 436 | 0 | 0 | 0 | 0 | 436 |
| | | | Total | 0 | 436 | 0 | 0 | 0 | 0 | 436 |
| | | 56 | SUB-FEBRIL (FEBRÍCULA) | 0 | 0 | 0 | 9 | 0 | 0 | 9 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 9 | 0 | 0 | 9 |
| | | 142 | PRIAPISMO | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 190 | 0 | 0 | 190 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 190 | 0 | 0 | 190 |
| | | 151 | QUENTE | 0 | 0 | 79 | 1 | 0 | 0 | 80 |
| | | | Total | 0 | 0 | 79 | 1 | 0 | 0 | 80 |
| | | 157 | RETENÇÃO DE URINÁRIA | 0 | 1 | 140 | 0 | 0 | 0 | 141 |
| | | | Total | 0 | 1 | 140 | 0 | 0 | 0 | 141 |
| | | 190 | VÔMITOS | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | 191 | VÔMITOS PERSISTENTES | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | Total | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | | |
| 1.001 | Adulto muito quente | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | | |
| | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | | |
| 1.014 | EDEMA | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 5 | | |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 5 | | |
| 1.035 | HEMATÚRIA FRANCA | 0 | 0 | 440 | 0 | 0 | 0 | 440 | | |
| | Total | 0 | 0 | 440 | 0 | 0 | 0 | 440 | | |
| 1.046 | NÃO É PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 | | |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 | | |
| | Total | 0 | 443 | 2.170 | 2.499 | 3 | 2 | 5.117 | | |
| | Total | | | 0 | 443 | 2.170 | 2.499 | 3 | 2 | 5.117 |
| 48 | QUEDA | 24 | COMPROMISSO DA VIA AÉREA | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 31 | DEFORMAÇÃO GROSSEIRA | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 36 | DOR | 0 | 0 | 0 | 140 | 0 | 0 | 140 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 140 | 0 | 0 | 140 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 1 | 161 | 0 | 0 | 0 | 162 |
| | | | Total | 0 | 1 | 161 | 0 | 0 | 0 | 162 |
| | | 43 | DOR SEVERA | 0 | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| | | | Total | 0 | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| 76 | Hipoglicemia | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | | |

| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Total |
|-----|-----------------------|-----|-------------------------------------|---|----|-----|-----|---|---|-------|
| 48 | QUEDA | 76 | Total | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 84 | HISTÓRIA INAPROPRIADA | 0 | 0 | 15 | 0 | 0 | 0 | 15 |
| | | | Total | 0 | 0 | 15 | 0 | 0 | 0 | 15 |
| | | 85 | HISTÓRIA DE PERDA DE CONSCIÊNCIA | 0 | 0 | 15 | 0 | 0 | 0 | 15 |
| | | | Total | 0 | 0 | 15 | 0 | 0 | 0 | 15 |
| | | 91 | HISTÓRIA SIGNIFICATIVA DE INCIDENTE | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| | | | Total | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| | | 122 | MECANISMO DE LESÃO | 0 | 18 | 0 | 0 | 0 | 0 | 18 |
| | | | Total | 0 | 18 | 0 | 0 | 0 | 0 | 18 |
| | | 129 | NOVOS SINTOMAS/SINAIS NEUROLÓGICOS | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| | | | Total | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| | | 137 | PEQUENA HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| | | | Total | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| | | 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 9 | 0 | 0 | 9 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 9 | 0 | 0 | 9 |
| 148 | PULSO ANORMAL | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | | |
| | Total | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | | |
| 156 | Respiração ineficaz | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | | |
| | Total | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | | |
| | Total | | | 3 | 42 | 200 | 149 | 0 | 0 | 394 |
| | Total | | | 3 | 42 | 200 | 149 | 0 | 0 | 394 |
| 49 | QUEIMADURAS PROFUNDAS | 18 | Choque | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | | Total | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | 24 | COMPROMISSO DA VIA AÉREA | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 36 | DOR | 0 | 0 | 0 | 60 | 0 | 0 | 60 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 60 | 0 | 0 | 60 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 0 | 120 | 0 | 0 | 0 | 120 |
| | | | Total | 0 | 0 | 120 | 0 | 0 | 0 | 120 |
| | | 43 | DOR SEVERA | 0 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 |
| | | | Total | 0 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30 |
| | | 84 | HISTÓRIA INAPROPRIADA | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| | | | Total | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| | | 91 | HISTÓRIA SIGNIFICATIVA DE INCIDENTE | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | | Total | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | 97 | INALAÇÃO DE FUMO | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 112 | LESÃO ELÉCTRICA | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 113 | LESÃO POR INALAÇÃO | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | | |
| | Total | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | | |
| 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | | |
| | Total | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | | |
| 150 | QUEIMADURA QUÍMICA | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | | |
| | Total | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | | |
| | Total | | | 3 | 35 | 129 | 61 | 0 | 0 | 228 |

| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Total |
|-------|-----------|----------------------------------|------------------------------------|-----|-----|-----|-----|---|-----|-------|
| 49 | Total | | | 3 | 35 | 129 | 61 | 0 | 0 | 228 |
| 50 | SOBREDOSA | 2 | ALTA MORTALIDADE | 0 | 140 | 0 | 1 | 0 | 0 | 141 |
| | | | Total | 0 | 140 | 0 | 1 | 0 | 0 | 141 |
| | GEM E | 3 | ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 19 |
| | | | Total | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 19 |
| | | 7 | ANGÚSTIA MARCADA | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| | | | Total | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| | | 84 | HISTÓRIA INAPROPRIADA | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | | Total | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | 125 | MORTALIDADE MODERADA | 0 | 2 | 77 | 0 | 0 | 0 | 79 |
| | | | Total | 0 | 2 | 77 | 0 | 0 | 0 | 79 |
| | | 156 | RESPIRAÇÃO INEFICAZ | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | | Total | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | 161 | RISCO MODERADO DE AUTO-AGRESSÃO | 0 | 0 | 14 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| | | | Total | 0 | 0 | 14 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| | | 1.043 | ALTO RISCO DE NOVA AUTO-AGRESSÃO | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | | Total | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | 1.048 | SEM ANGÚSTIA MARCADA | 0 | 1 | 0 | 11 | 0 | 0 | 12 | |
| | | Total | 0 | 1 | 0 | 11 | 0 | 0 | 12 | |
| Total | | | 2 | 164 | 98 | 12 | 0 | 0 | 276 | |
| Total | | | 2 | 164 | 98 | 12 | 0 | 0 | 276 | |
| 51 | T.C.E. | 3 | ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA | 0 | 31 | 0 | 0 | 0 | 2 | 33 |
| | | | Total | 0 | 31 | 0 | 0 | 0 | 2 | 33 |
| | | 16 | Cefaleia | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| | | 18 | Choque | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 24 | COMPROMISSO DA VIA AÉREA | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 36 | DOR | 0 | 0 | 0 | 303 | 0 | 2 | 305 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 303 | 0 | 2 | 305 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 2 | 974 | 0 | 0 | 0 | 976 |
| | | | Total | 0 | 2 | 974 | 0 | 0 | 0 | 976 |
| | | 43 | DOR SEVERA | 0 | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| | | | Total | 0 | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| | | 65 | GRANDE HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | | Total | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | 70 | HEMATOMA DO COURO CABELUDO | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 6 | |
| | | Total | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 6 | |
| | 72 | HEMORRAGIA EXSANGUINANTE | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| | | Total | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| | 76 | HIPOGLICÉMIA | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| | | Total | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | |
| | 84 | HISTÓRIA INAPROPRIADA | 0 | 0 | 34 | 0 | 0 | 0 | 34 | |
| | | Total | 0 | 0 | 34 | 0 | 0 | 0 | 34 | |
| | 85 | HISTÓRIA DE PERDA DE CONSCIÊNCIA | 0 | 1 | 161 | 0 | 0 | 0 | 162 | |

| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Total |
|-------|----------------------|-------|-------------------------------------|-----|----|-------|-----|-----|-----|-------|
| 51 | T.C.E. | 85 | Total | 0 | 1 | 161 | 0 | 0 | 0 | 162 |
| | | 91 | HISTÓRIA SIGNIFICATIVA DE INCIDENTE | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| | | | Total | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| | | 122 | MECANISMO DE LESÃO | 0 | 27 | 0 | 0 | 0 | 0 | 27 |
| | | | Total | 0 | 27 | 0 | 0 | 0 | 0 | 27 |
| | | 129 | NOVOS SINTOMAS/SINAIS NEUROLÓGICOS | 0 | 0 | 45 | 0 | 0 | 0 | 45 |
| | | | Total | 0 | 0 | 45 | 0 | 0 | 0 | 45 |
| | | 137 | PEQUENA HEMORRAGIA INCONTROLÁVEL | 0 | 0 | 48 | 0 | 0 | 0 | 48 |
| | | | Total | 0 | 0 | 48 | 0 | 0 | 0 | 48 |
| | | 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 0 | 0 | 33 | 0 | 0 | 33 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 33 | 0 | 0 | 33 |
| | | 173 | SINAIS NEUROLÓGICOS FOCAIS | 0 | 1 | 41 | 0 | 0 | 0 | 42 |
| | | | Total | 0 | 1 | 41 | 0 | 0 | 0 | 42 |
| | | 190 | Vômitos | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 191 | VÓMITOS PERSISTENTES | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 | | |
| | Total | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 | | |
| Total | | | | 4 | 86 | 1.308 | 345 | 0 | 4 | 1.747 |
| Total | | | | 4 | 86 | 1.308 | 345 | 0 | 4 | 1.747 |
| 52 | VOMITOS | 3 | ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | 36 | DOR | 0 | 4 | 0 | 825 | 0 | 0 | 829 |
| | | | Total | 0 | 4 | 0 | 825 | 0 | 0 | 829 |
| | | 39 | DOR MODERADA | 0 | 3 | 305 | 0 | 0 | 0 | 308 |
| | | | Total | 0 | 3 | 305 | 0 | 0 | 0 | 308 |
| | | 81 | HISTÓRIA DE HEMATEMESES | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| | | | Total | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| | | 144 | PROBLEMA RECENTE | 0 | 3 | 0 | 94 | 0 | 0 | 97 |
| | | | Total | 0 | 3 | 0 | 94 | 0 | 0 | 97 |
| | | 169 | SINAIS DE DESIDRATAÇÃO | 0 | 0 | 32 | 0 | 0 | 0 | 32 |
| Total | 0 | | 0 | 32 | 0 | 0 | 0 | 32 | | |
| 191 | VÓMITOS PERSISTENTES | 0 | 0 | 187 | 1 | 0 | 0 | 188 | | |
| | Total | 0 | 0 | 187 | 1 | 0 | 0 | 188 | | |
| Total | | | | 0 | 11 | 531 | 920 | 0 | 0 | 1.462 |
| Total | | | | 0 | 11 | 531 | 920 | 0 | 0 | 1.462 |
| 53 | BRANCO | 1.044 | BRANCO! | 0 | 4 | 5 | 3 | 0 | 658 | 670 |
| | | | Total | 0 | 4 | 5 | 3 | 0 | 658 | 670 |
| | | Total | 0 | 4 | 5 | 3 | 0 | 658 | 670 | |
| Total | | | | 0 | 4 | 5 | 3 | 0 | 658 | 670 |
| 54 | NÃO RESPONDE | 1.045 | NÃO RESPONDE | 0 | 0 | 1 | 0 | 166 | 0 | 167 |
| | | | Total | 0 | 0 | 1 | 0 | 166 | 0 | 167 |
| | | Total | 0 | 0 | 1 | 0 | 166 | 0 | 167 | |
| Total | | | | 0 | 0 | 1 | 0 | 166 | 0 | 167 |
| 900 | | 1.044 | Branco! | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | | Total | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | Total | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Total |
|-----------|-----|-------|--------|--------|-----|-----|--------|
| 900 Total | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 340 | 5.396 | 44.503 | 40.314 | 402 | 741 | 91.696 |

ANEXO II

Plano de Sessão da Intervenção de base psicoterapêutica “O que me move”

| Intervenção de base Psicoterapêutica | | | |
|---|---|----------------|--------------|
| Local | SII, Hospital de Magalhães Lemos | | |
| Tema | O que me move | | |
| Destinatários | Patrícia (Nome fictício) | | |
| Data | 27/3/2012 | Duração | 50min |
| Objetivos | ✓ Promover motivação para a recuperação. ✓ Identificar fatores associados a comportamento autodestrutivo. | | |
| Materiais e meios | ✓ Papel ✓ Esferográfica ✓ Gabinete ✓ Mesa e cadeiras | | |
| Estratégias / Atividades | | | |
| Introdução | <ul style="list-style-type: none">• Entrevista individual• Apresentação da atividade proposta. | | |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none">• Motivação para a expressão livre de ideias e sentimentos.• Focalização nas expectativas quanto ao futuro.• Elaboração de lista de “coisas que quero fazer no futuro” (feita individualmente no gabinete)• Leitura da lista efetuada.• Interpretação dos sentimentos envolvidos. | | |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none">• Análise dos sentimentos subjacentes.• Valorização dos objetivos de vida como força motivacional e orientadores do projeto de vida. | | |

Intervenção de base Psicoterapêutica

Fundamentação / Enquadramento

A *psicoterapia* (ou aconselhamento pessoal com um psicoterapeuta) é um processo que tem por base o relacionamento interpessoal intencional usado por psicoterapeutas treinados para ajudar um cliente ou paciente a ultrapassar os seus problemas de vida.

Tem como objetivo aumentar o sentimento de bem-estar do indivíduo. A intervenção psicoterapêutica emprega uma variedade de técnicas baseadas na construção de relacionamento experiencial, diálogo, comunicação e mudança de comportamento que são planeados para melhorar a saúde mental de um cliente ou paciente, ou para melhorar as relações de grupo (família por exemplo).

A *psicoterapia* também pode ser feita por profissionais com diferentes qualificações, (psiquiatria, psicologia clínica, terapia familiar, enfermagem de saúde mental, psicanálise e outras psicoterapias).

Avaliação

A Patrícia, 21 anos, estudante universitária, foi admitida no SII por comportamento autodestrutivo, com ideação suicida pouco estruturada. Em entrevista anterior relatou um relacionamento difícil no contexto familiar na infância, com história de alcoolismo do pai e violência familiar dirigida à mãe e, posteriormente tentativa de abuso sexual por parte do padrasto. Este contexto será atualmente livre de violência, embora com um relacionamento algo distante e com fracos laços afetivos. Referiu ser uma pessoa tímida, com alguns amigos. Referiu ter um namorado, com quem mantém relacionamento há algum tempo. Apresentou ambivalência de sentimentos relativamente a um colega de escola, com quem terá tido uma relação ocasional.

Apresentou-se calma e colaborante ao longo desta intervenção, com postura algo retraída e manuseamentos frequentes.

Elaborou duas listas, uma de “o que gosto de fazer” e outra de “o que quero fazer” (anexo).

Na primeira identificou atividades relacionadas com o seu campo de interesses - a música e o canto – sentimentos de felicidade e o reconhecimento de terceiros. Quando questionada acerca do facto de ter riscado duas frases (“ter verdadeiros amigos” e “ter quem me queira e que sinta que eu sou a razão do seu viver e ele do meu”) disse tratar-se de coisas importantes na vida, mas que não podem ser as principais, por isso teria que se centrar nas mais importantes: a música e o canto, no contexto dos seus estudos.

Na segunda lista volta a focar-se nos seus estudos e no canto, fazendo de novo referência a “ter verdadeiros amigos”.

No final da entrevista, refletindo sobre as duas listas, foi sublinhado o facto de a Patrícia ter objetivos definido para o futuro em termos profissionais, e a importância deste caminho como um referencial, em torno do qual, com avanços e recuos poderá desenvolver a sua carreira.

Foi também abordado o significado atribuído a expressões como “ter verdadeiros amigos” ou “ser valorizado”. A Patrícia mostrou alguma ambivalência de sentimentos face ao seu

namorado e a um amigo com quem terá mantido um relacionamento ocasional. Disse sentir-se confusa, porque gosta do seu namorado, mas que sentiu muito atraída pelo seu amigo. Foi sugerida a reflexão acerca do significado de amigo e de namorado, dos sentimentos associados a cada um dos papéis e de qual a forma mais adequada de gerir esses papéis em termos dos seus próprios sentimentos, de forma a construir relações interpessoais satisfatórias, que possam reforçar a sua autoestima.

A Patrícia agradeceu a entrevista, referindo que, na realidade, estas questões eram muito importantes e que se sentia muito confusa acerca dos seus sentimentos, e que seria importante refletir com calma acerca dos mesmos.

ANEXO III

Cartaz de divulgação da formação em serviço “Comportamentos Suicidários –
Avaliação do Risco”

Acção de Formação

Comportamentos Suicidários

Avaliação do risco



Local: Hospital de Magalhães Lemos, SII

Data: **07-05-2012**

Hora: **14h30**

Duração: 45min

Formador: Enf. João Gomes

ANEXO IV

Plano de Sessão da formação em serviço “Comportamentos Suicidários – Avaliação do Risco”

| Sessão de Formação em Serviço | | | |
|--------------------------------------|---|----------------|-------------------|
| Local | SII, Hospital de Magalhães Lemos | | |
| Tema | Comportamentos Suicidários – Avaliação do Risco | | |
| Destinatários | Enfermeiros do SII do HML | | |
| Data | 07-04-2012 | Duração | 60 minutos |
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none">✓ Rever conceitos associados a comportamentos suicidários✓ Identificar os comportamentos suicidários como eventos de base multifatorial✓ Identificar os fatores de risco modificáveis como primordiais para guiar a intervenção em doentes com comportamentos suicidários✓ Identificar estratégias de entrevista em suicidologia | | |
| Materiais e meios | <ul style="list-style-type: none">✓ Sala de reuniões✓ Projetor multimédia✓ Computador✓ Documentação de suporte✓ Método expositivo e interrogativo | | |
| Estratégias / Atividades | | | |
| Introdução | <ul style="list-style-type: none">• Apresentação do tema• Estrutura da sessão | | |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none">• Comportamentos suicidários – conceitos• Perfil do suicida e para suicida em Portugal• Epidemiologia• Teorias do suicídio – breve abordagem• Suicídio – um evento multifatorial• Fatores de risco e fatores protetores• Guia para a avaliação em suicídio: estratégias e problemas• A Alta | | |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none">• Discussão• Avaliação | | |

Sessão de Formação em Serviço

Fundamentação / Enquadramento

Os comportamentos suicidários têm um impacto enorme na sociedade, quer pelo sofrimento que acarreta para os doentes e para a família e amigos, quer pelos custos diretos do tratamento doentes e dos familiares afetados, quer pelos dias de vida ativa perdidos. Os doentes com comportamentos suicidários frequentemente apresentam repetição dos mesmos e muitos acabam por consumir o suicídio.

O atendimento destes doentes e famílias constitui um desafio para os profissionais e exige uma abordagem adequada e efetiva, de modo a minorar o sofrimento dos envolvidos, reduzir o risco de repetição destes comportamentos e avaliar a evolução do processo terapêutico.

Avaliação

Participaram na sessão 7 enfermeiros do SII, 3 alunos de enfermagem e 1 aluno de pós-licenciatura de especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

A avaliação foi feita através de reflexão crítica entre os presentes. Identificam-se as principais ideias:

- O tema é interessante e a abordagem do mesmo foi inovadora e adequada;
- O tempo estipulado para a sessão foi cumprido;
- Os meios utilizados foram adequados;
- Foi sugerido que fosse apresentado o exemplo de um plano de cuidados de um doente com comportamento suicidário em CIPE, no aplicativo SAPE para exemplificação do trabalho desenvolvido nesta área no HML.

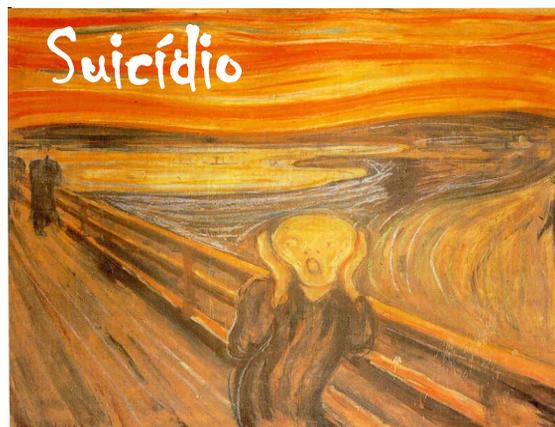
ANEXO V

Apresentação multimédia de suporte à formação em serviço “Comportamentos Suicidários – Avaliação do Risco”

Suicídio Avaliação do Risco

João Gomes

Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
Coordenador: José Carlos Gomes



Suicídio

“Todo o caso de morte que resulta directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo praticado pela própria vítima, acto que a vítima sabia dever produzir esse resultado.”

DURKHEIM (2001)

“Suicídio é a autodestruição fatal provocada por um acto executado pelo sujeito, com intenção deliberada de pôr termo à vida.”

SAMPAIO (1995)

Tentativa de Suicídio

Define tentativa de suicídio o acto definido como suicídio “mas **interrompido** antes que a morte daí tenha resultado”

DURKHEIM (2001)

**Na tentativa de suicídio
existe claramente a intenção de morte**

Para-suicídio

“Um acto de consequências não fatais, o qual um indivíduo inicia deliberadamente um comportamento não habitual, que lhe causará dano, se não houver intervenção de outrem; ou deliberadamente ingere uma substância em excesso face à sua habitual prescrição ou uso terapêutico reconhecido, com o intuito de provocar alterações que o sujeito desejou, a partir das consequências reais ou esperadas”.

(1993)

SAMPAIO (1995), citando a OMS

No Para-Suicídio a intenção de morte não é clara

Suicida / para-suicida

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------|
| × Homem | × Mulher |
| × > 45 anos | × <25 anos |
| × Intenção suicida | × Intenção manipulativa |
| × Corda, tóxicos, arma de fogo, etc. | × Psicofármacos, cortes |
| × Premeditado | × Impulsivo |
| × Problema crónicos | × Problemas reagudizados |
| × Isolamento | × Estilo de vida caótico |
| × Depressão >50% casos | × Depressão <50% casos |
| × Alcoolismo crónico | × Distúrbio de personalidade |
| × Má saúde física | × Razoável saúde física |
| × Todas as classes sociais | × Classes sociais baixas |
| × A sul de Santarém | × Em todo o país |
| × Do Inverno ao Verão | × Todas as estações do ano |
| × Taxa +/- 10 | × Taxa +/- 250 |

(Saraiva, 2006)

Outros Comportamentos Suicidários

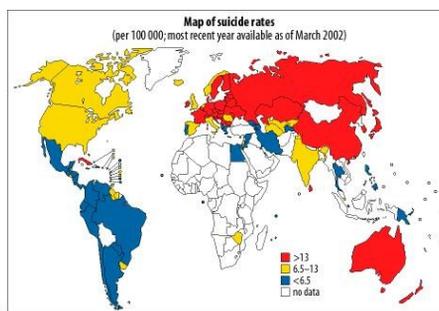
Determinados comportamentos de risco exibido por alguns, são classificados como comportamentos auto-destrutivos indirectos, em que os a os autores não teriam consciência plena da sua intenção suicida.

FARBERÓW citado por AZENHA e PEIXOTO (2006)

“Formas de condução perigosa, comportamentos sexuais de risco, consumo excessivo de tabaco, abuso de drogas ilícitas, seria disso exemplos.”

AZENHA e PEIXOTO (2006)

Epidemiologia

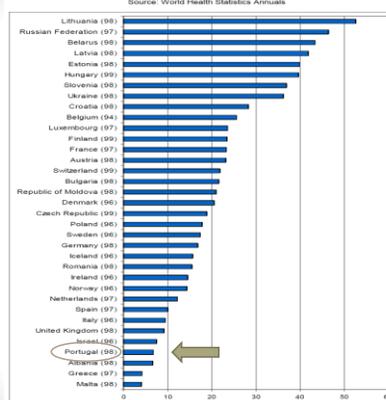


Epidemiologia

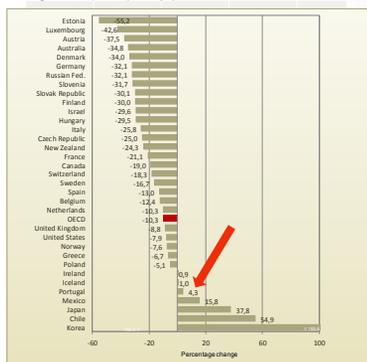
A nível mundial estima-se que:

- cerca de um milhão de pessoas cometeram suicídio no ano 2000
- a cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio
- a cada 3 segundos uma pessoa atenta contra a sua vida
- o suicídio está entre as 3 maiores causas de morte entre os 15 e os 35 anos (OMS, 2000)

Fig. 1. Total suicide rates per 100 000 among those aged 15 years and over in European countries, latest available year



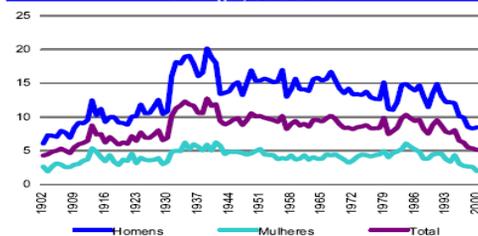
Change in suicide rates, 1995-2009 (or nearest year)



Source: OECD Health Data 2011, ©-GDE (2011)

Figura 4.2

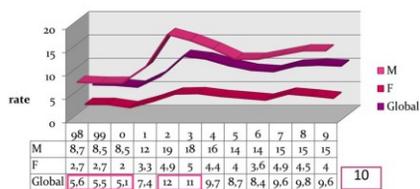
Taxas de suicídio (por cem mil habitantes), por sexo, Portugal, 1902-2000



Fonte: INE, Estatísticas da Saúde e Estimativas de População Residente

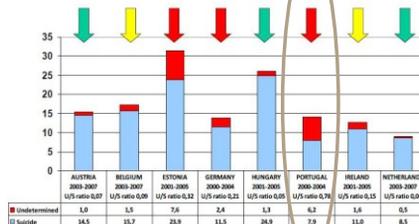
Epidemiologia

Suicide rate per 100.000 inhab/Portugal



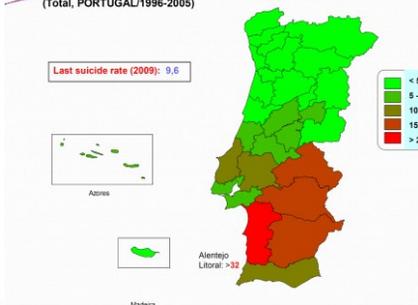
Epidemiologia

Suicides and events of undetermined intent, total rate per 100 000, average of the last five years available and rate ratios of events of undetermined intent to suicides (U/S)



Epidemiologia

Suicide rates/100.000 inhab. (Total, PORTUGAL/1996-2005)



Epidemiologia

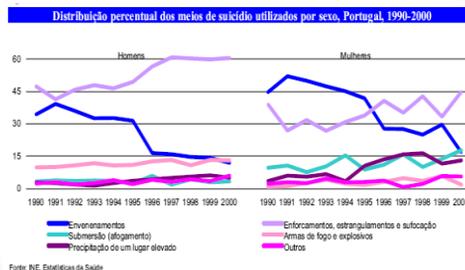
Em Portugal

- Perfil suicidário mais velho da Europa: superior a 65 anos
 - Diminuição irregular da taxa de suicídio entre os 5 e os 19 anos
 - Assimetrias regionais: taxa mais baixa a Norte do Tejo e mais elevada a Sul do Tejo especialmente no Alentejo
- CAMPOS E LEITE (2000); SARAIVA E VEIGA (2002)



Epidemiologia

Em Portugal





TEORIAS DO SUICIDIO

Teorias do Suicídio

Três principais modelos explicativos

MODELO PSICOLÓGICO - Conflito interno do indivíduo (Freud e Menninger)

MODELO NOSOLÓGICO - Alterações provocadas por doença mental (Achille-Delmas e Baechler)

MODELO SOCIOLÓGICO - Factores sociais (Durkheim)

FISHER e SHAFFER (1984) citados por SAMPAIO (2002)

Teorias do Suicídio

MODELOS INTEGRAIS – Vários factores em conjunto, por exemplo: psicológicos familiares sociais

SARAIVA (1999)

Suicídio: um evento multifactorial



Douglas Jacobs, MD, Harvard Medical School
Chair: American Psychiatric Association Workgroup, Practice Guidelines on Suicidal Behavior

O Suicídio é um resultado que requer que várias coisas corram mal ao mesmo tempo

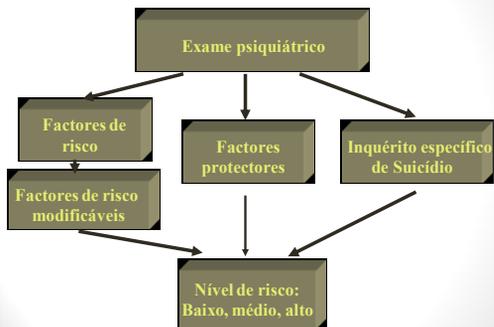
| Biological Factors | Predisposing Factors | Proximal Factors | Immediate Triggers |
|--------------------------|--------------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Familial Risk | Major Psychiatric Syndromes | Hopelessness | Public Humiliation Shame |
| Serotonergic Function | Substance Use/Abuse | Intoxication | Access To Weapons |
| Neurochemical Regulators | Personality Profile | Impulsiveness Aggressiveness | Severe Defeat |
| Demographics | Abuse Syndromes | Negative Expectancy | Major Loss |
| Pathophysiology | Severe Medical/ Neurological Illness | Severe Chronic Pain | Worsening Prognosis |

SUICIDE RISK ASSESSMENT WORKSHOP, University of Michigan
David J. Klerman, M.D. Available at www.med.umich.edu/depression/suicide_assessment/

Avaliação do risco



Avaliação do risco



Fatores de risco (azul = modificáveis)

| | |
|----------------------------------|--|
| Demográficos | Sexo masculino; viúvo, divorciado, solteiro; aumenta com a idade |
| Psicossociais | Falta de suporte social; desemprego; redução do estatuto sócioeconómico; acesso a armas ou outros meios |
| Psiquiátricos | Doença psiquiátrica ; comorbilidades |
| Doença física | Neoplasias malignas; HIV/SIDA; úlcera péptica; hemodialise; LES; síndromes dolorosas; défices funcionais; doanças do sistema nervoso |
| Dimensões psicológicas | desesperança ; dor psíquica / ansiedade; tumulto psicológico ; baixa autoestima ; narcisismo e perfeccionismo |
| Dimensões comportamentais | impulsividade ; agressão; ansiedade severa; ataques de pânico; agitação; intoxicação; tentativa de suicídio anterior |
| Dimensões cognitivas | Constrição do pensamento ; pensamento dicotómico |
| Trauma infantil | Abuso sexual ou psicológico; negligência; perda parental |
| Genética s e familiares | História familiar de suicídio, doença mental ou abuso |

Fatores protectores

- Crianças em casa, exceto em pacientes com psicose pós-parto
- Gravidez
- Crenças religiosas de dissuasão
- Satisfação com a vida
- Capacidade de teste da realidade
- Estratégias de *coping* positivas
- Suporte social positivo
- Relação terapêutica positiva

Transtornos Afetivos e Suicídio

Perfil de Alto Risco :

- O suicídio ocorre no início do curso da doença
- Sintomas psíquicos de ansiedade ou pânico
- Abuso de álcool moderado
- Primeiro episódio de suicídio
- Foi internado com transtorno afetivo secundário ao suicídio
- Risco para os homens é quatro vezes maior do que para as mulheres, exceto no transtorno bipolar, onde as mulheres estão igualmente em risco

Esquizofrenia e suicídio

Perfil Alto Risco :

- Tentativa de suicídio anterior (s)
- Sintomas depressivos significativos – desesperança
- O sexo masculino
- Primeira década da doença - (no entanto, a taxa permanece elevada durante toda a vida)
- Pobre funcionamento pré-mórbido
- Abuso de drogas atual
- Funcionamento social e trabalho atual pobres
- Alta hospitalar recente

Abuso de substâncias/ álcool e suicídio

- O suicídio ocorre mais tarde no curso da doença com a comunicação de intenção suicida com duração de vários anos
- Em suicídios, os homens têm maiores taxas de abuso de álcool, as mulheres têm maiores taxas de abuso de drogas
- O aumento do número de substâncias utilizadas, mais do que o tipo de substância usada parece ser importante
- A maioria tem transtornos psiquiátricos comórbidos, as mulheres têm Transtorno da Personalidade Borderline
- Perfil de alto risco:
 - Recente ou iminente perda interpessoal
 - Depressão comórbida

Distúrbios da personalidade e suicídio

Transtorno da Personalidade Borderline

- Taxa de suicídio ao longo da vida - 8,5%
- Com problemas de álcool -19%
- Com problemas de alcoolismo e transtorno afetivo major -38% (Stone, 1993)
- Uma comorbilidade em mais de 30% dos suicídios.
- Quase 75% dos pacientes com transtorno de personalidade borderline fizeram pelo menos uma tentativa de suicídio em suas vidas.

Transtorno de personalidade anti-social

- Suicídio associado a ferida narcísica / impulsividade.

História Familiar / genética

- Parentes de pacientes suicidas têm um risco quatro vezes maior em comparação com parentes de indivíduos não suicidas.
- Estudos com gêmeos indicam uma maior concordância de comportamento suicida entre gêmeos idênticos ao do que de gêmeos não idênticos.
- Estudos de adoção: um maior risco de suicídio entre parentes biológicos do que de parentes adotivos.
- O suicídio parece ser um fator de risco hereditário independente.

Psicopatologia familiar

- História familiar de violência, abuso ou outros comportamentos auto-destrutivos colocam os indivíduos em risco aumentado de comportamento suicida (Moscicki 1997, van der Kolk, 1991).
- Histórias de abuso físico e abuso sexual na infância, assim como a negligência dos pais e separações, pode estar correlacionado com uma variedade de comportamentos auto-destrutivos na vida adulta (van der Kolk, 1991).

Situação psicossocial: acontecimentos de vida stressantes

- Eventos stressantes graves recentes, associados ao suicídio em indivíduos vulneráveis (Moscicki 1997).
- Stressores incluem a perda ou conflito interpessoal, problemas económicos, problemas legais (Brent et al 1993b, Lesage et al 1994, Rich et al, 1998a, Moscicki 1997).
- Stressor de alto risco: eventos humilhantes, por exemplo ruína financeira associada a escândalo, ser preso ou ser demitido (Hirschfeld e Davidson 1988) - pode levar ao suicídio impulsivo.
- Identificar stressor no contexto da força / vulnerabilidade da personalidade, doença e sistema de apoio.

Vulnerabilidade psicológica: observação clínica

- Capacidade de gestão dos afetos.
- Capacidade de tolerar a solidão.
- Capacidade para experimentar e tolerar a dor psicológica (Shneidman) - A angústia, a perturbação.
- Ambivalência.
- Visão de túnel (pensamento dicotómico).
- Natureza das relações de objeto.
- Capacidade de utilizar recursos externos

Guia para a Avaliação de suicídio: o exame

Abordagem inicial: Nunca aceite o primeiro "Não."

Seja calmo, factual e não faça juízos de valor.

Valide o direito do paciente a visualizar o suicídio como uma solução racional.

Compreenda a evolução detalhada, passo-a-passo, do pensamento e comportamento suicidário.

Empatia

- Questões explícitas sobre a intenção de suicídio podem ser melhor exploradas após a situação da pessoa ser entendida e validada (por exemplo: "Quando as pessoas estão muito chateadas").
- O comportamento suicidário pode ser entendido como uma comunicação ou solução.
- Ao longo do processo de compreensão, técnicas cognitivo-comportamentais podem transformar a crise suicidária e desenvolver habilidades de resolução de problemas e soluções alternativas.
- Procure auto difamação, generalização, pensamento catastrófico e / ou dicotômico, e outras distorções cognitivas.

(Estratégias) & Questões:

- a. (**Normalizar**): Quando alguém se sente muito triste, pode ter pensamentos de que a vida simplesmente não vale a pena viver. Você já teve estes pensamentos...?
- b. (**Desafiar**): O seu "não" não me convence. Por que você não quer matar-se com tudo o que aconteceu?
- c. (**Cronologia**): Conte-me passo a passo os seus dois últimos dias; como se fosse um vídeo verbal....
- d. (**Sobrestimar**): Nas últimas duas semanas, quantas vezes você pensou em matar-se? Vinte ou trinta vezes?
- e. (**Proibir**): O que vai impedi-lo de se matar? Convença-me de que

(Estratégias) & Questões:

- f. (**Homicídio / suicídio**): Os livros dizem-nos que alguém em sua situação pode ter pensamentos fortes ou apenas fugaz sobre matar _____ e, em seguida, se matar. Quando você teve tais pensamentos?
- g. (**Mergulhar**): Você não morreu. Era a morte a sua intenção? Compartilhe o que você tem pensado. O que mais ...?
- h. (**Elogiar**): Se você fosse morrer, qual seria seu funeral ser como?
- Que significado é que a sua morte tem?
- i. (**Comprovação**): O padrão de atendimento requer contato com fonte(s) comprobatória(s) - se necessário, sem permissão.

(Problemas) e Disposição:

- a. (**Inconsistência**): Os fatores de risco e a ideiação relatada coincidem? A pessoa está escondendo informações?
- b. (**Impulsividade**): Houve ação de ensaio e planeamento ou uma ação repentina? Carta de despedida?
- c. (**Gravidade**): Qual foi a tentativa de suicídio passada mais grave? Qual é a letalidade do método atual ou proposto?
- d. (**Arquivos**): Que experiência é que essa instituição tem com esta pessoa?

(Problemas) e Disposição:

- e. (**Precipitantes**): São entendidos os motivadores de suicídio e que é a sua força? Humilhação pública (especialmente adolescentes)? Insight? Existe o hábito de manipulação?
- f. (**Alterações**): Como resultado desta tentativa de suicídio, a existirem, que grandes mudanças têm ocorrido no ambiente de onde essa pessoa veio?
- g. (**Intoxicação**): A pessoa estava embriagada no momento da tentativa?
- h. (**Meios**): Há armas ou meios disponíveis? Se assim for, eles foram removidos?
- i. (**Fadiga da compaixão**): Os profissionais são muito complacentes, exaustos ou zangados para serem eficazes?

(Perguntas) e Planeamento de alta

- a. **(Aliança)**: Qual é a força da aliança terapêutica? Esta pessoa é um parceiro no planeamento da assistência?
- b. **(Consulta)**: Há incerteza suficiente para pedir a consulta sobre o padrão de atendimento?
- c. **(Negação)**: De que outras formas você já pensou em se matar? Por que não tentar?...
- d. **(Persuasão)**: Quão persuasivo e convincente é esta pessoa?
- e. **(Segurança)**: O que esta pessoa vai fazer quando os pensamentos suicidas voltarem? Existe um plano de segurança escrito à mão? Quais são os planos futuros dessa pessoa?

(Perguntas) e Planeamento de alta

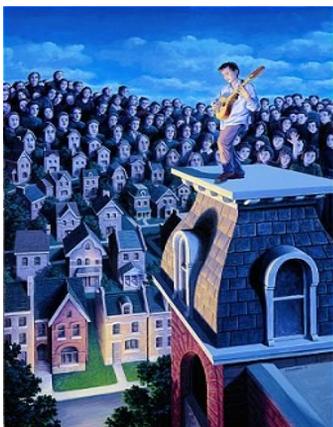
- f. **(Competências)**: Qual é a reação dessa pessoa ao aconselhamento? Essa pessoa aprendeu e praticou novas habilidades e estratégias para a resolução de afeto intenso, raiva, ...? Quão motivada para a mudança está essa pessoa? Insight?
- g. **(Companhia)**: Será que alguém vai sair com, ficar com e estar envolvido com esta pessoa? Que sistema de suporte tem...?
- h. **(Culpa)**: Será que esta pessoa entende as consequências um suicídio para seu / seus filhos, pais, amigos ...?
- i. **(Sobriedade)**: Quais são as consequências previstas de consumo de álcool e /ou uso de drogas?

O Contrato não Suicídio:

- O contrato mais eficaz é aquele que a pessoa escreve e assina. O contrato de não suicídio é uma ferramenta de avaliação. O processo de negociação do contrato é uma janela no engano e ambivalência. Quando o contrato for concluído, fazer contato com os olhos e apertar as mãos.

A alta:

- Esta pessoa deve sair na companhia de um amigo, cônjuge, parente próximo ... alguém. Antes da alta há uma reunião entre a pessoa e os outros envolvidos. Durante a reunião, há uma discussão explícita sobre o nível de conforto na partilha e perguntar sobre questões suicidas. Há acordo sobre os planos pós-alta e da disponibilidade de meios letais.

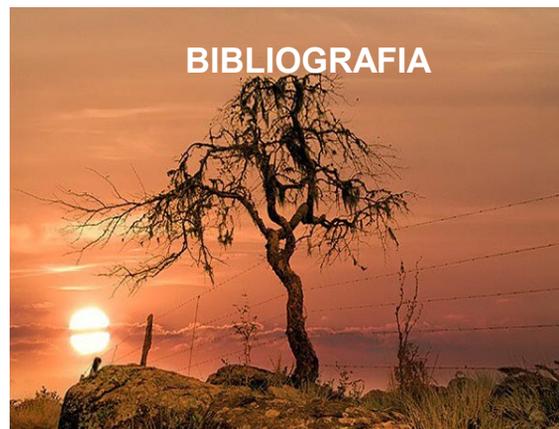
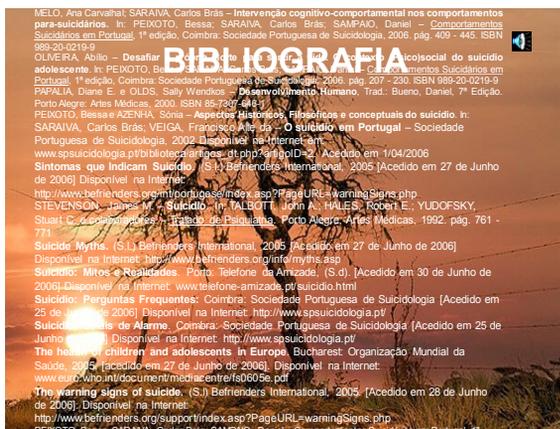


*“Se o encorajamento for
suficientemente persistente...”*

*...e o apoio igualmente comprometido e
apaixonado...*

*...a pessoa em perigo pode quase sempre
ser salva”*

William Styron



ANEXO VI

Plano de Sessão da Intervenção de base psicossocial “Eu e os outros”

| Intervenção de base Psicossocial | | | |
|---|--|----------------|-------------------|
| Local | Serviço de Psiquiatria, Hospital de Santo André (HSA), Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE | | |
| Tema | Eu e os outros | | |
| Destinatários | Doentes internados no Serviço de Psiquiatria do HSA | | |
| Data | 26-6-2012 | Duração | 60 minutos |
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none">✓ Conhecimento recíproco do grupo✓ Promoção de contactos adequados entre os indivíduos internados no SII✓ Desenvolvimento da capacidade de escuta✓ Exploração de sentimentos e expectativas de relacionamento no grupo✓ Reflexão sobre o papel social no grupo de doentes internados face aos outros grupos em que se incluem. | | |
| Materiais e meios | <ul style="list-style-type: none">✓ Sala de atividades✓ Cadeiras | | |
| Estratégias / Atividades | | | |
| Introdução | <ul style="list-style-type: none">• Seleção dos elementos do grupo• Acolhimento | | |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none">• Somos um grupo...• Exploração de sentimentos: como me sinto no grupo?• Brainstorming: comportamentos adequados na sala de estar do serviço?• A minha liberdade termina onde começa a do outro...• Comportamentos adequados – a importância do contexto.• O estádio de futebol e a sala de estar.• As normas de comportamento: Saber estar. | | |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none">• Analisar a expressão de sentimentos acerca da sessão• Reformular o tipo de relacionamento existente entre os elementos do grupo e o grupo como regulador de comportamentos. | | |

Intervenção de base Psicossocial

Fundamentação / Enquadramento

As doentes internadas no serviço apresentam frequentemente comportamentos de isolamento do grupo, ou, por outro lado, comportamentos de excessiva dependência e intimidade com outros indivíduos internados, sem que haja um conhecimento prévio, o que pode denotar limitações na construção de relações sociais adaptativas. Pretende-se com esta intervenção promover o desenvolvimento psicológico em interação com o ambiente social, estimulando a reflexão sobre os relacionamentos e comportamentos sociais e sobre os sentimentos e fantasias colocadas nas relações.

Avaliação

Dos 17 doentes internados foram todas selecionadas para participarem na intervenção, de entre as quais 2 recusaram por se apresentarem sonolentas e pretenderem descansar. Foi aberta a intervenção focalizando as utentes no grupo de doentes internadas e no seu funcionamento, na importância da cada uma das utentes como membro do grupo. As participantes responderam ativamente ao solicitado e defenderam a sua visão da interação adequada entre as utentes. Partindo da apreciação subjetiva de cada utente, foram colocadas em perspetiva as análises individuais, sugerindo a inversão de papéis entre as pessoas com diferentes opiniões, com o objetivo de sublinhar a importância de uma atitude empática entre as utentes. Foi abordada a importância da relação de amizade como suporte na gestão dos problemas do dia-a-dia e a definição de “amigo” segundo os próprios. Foi estimulado o sentido crítico dos participantes no sentido de clarificar a construção de relações de amizade como relações adaptativas.

Referências:

Manes, S (2007) – 83 Jogos psicológicos para a dinâmica de grupos. 7ª edição: Paulos editora: Lisboa

ANEXO VII

Plano de Sessão da Intervenção de base socioterapêutica “A minha família”

| Intervenção de base Socioterapêutica | | | |
|---|--|----------------|-------------------|
| Local | Serviço de Psiquiatria, Hospital de Santo André (HSA), Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE | | |
| Tema | A minha família | | |
| Destinatários | Ana (nome fictício) e sua irmã | | |
| Data / Hora | 20/06/2012 | Duração | 60 minutos |
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none">✓ Conhecer a dinâmica familiar da doente✓ Validar as informações prestadas pela doente✓ Conhecer o suporte que poderá ser disponibilizado pela irmã ou outros membros da família após a alta✓ Promover o insight sobre a importância da relação familiar na recuperação da doente | | |
| Materiais e meios | <ul style="list-style-type: none">✓ Cadeiras✓ Sala✓ Técnicas de comunicação<ul style="list-style-type: none">✓ Questões abertas✓ Reflexão✓ Explorar em detalhe✓ Desafiar ideias ou sistema de crenças✓ Silêncio✓ Clarificação✓ Reformulação | | |
| Estratégias / Atividades | | | |
| Introdução | <ul style="list-style-type: none">• Proposta de intervenção junto da utente e irmã• Reunião do grupo | | |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none">• Objetivos da intervenção• A minha família• A família como sistema• O meu papel no nosso bem-estar | | |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none">• Reformulação• Avaliação da atividade | | |

Intervenção de base Socioterapêutica

Fundamentação / Enquadramento

A Ana, 50 anos, desempregada, foi internada no Serviço de Psiquiatria por Depressão Major com ideação suicida. Havia recorrido ao Serviço de Urgência Geral do HSA com queixas de insónia e ideias suicidas, tendo sido referenciada para o CHUC (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra) para avaliação urgente por indisponibilidade de psiquiatra no Serviço de Urgência Geral do CHLP (Centro Hospitalar Leiria-Pombal) naquele momento. Após avaliação por psiquiatria no CHUC foi reenviada para o CHLP por agravamento de depressão com ideação suicida.

Ana tem história de 2 internamentos anteriores por depressão. No serviço de urgência referiu uma rutura amorosa há cerca de 2 semanas e que desde então se sente triste e com ideação suicida. Apresentava anedonia, humor deprimido, insónia.

Durante o internamento pode apurar-se que a irmã da Ana era a sua visita mais frequente e que a utente e recebia com agrado.

Perante esta avaliação foi desenhada esta intervenção com o objetivo de conhecer a dinâmica familiar da doente, validar as informações prestadas pela doente, conhecer o suporte que poderá ser disponibilizado pela irmã ou outros membros da família após a alta e promover o insight sobre a importância da relação familiar na recuperação da doente.

Será colocada a ênfase na modificação do ambiente e melhoria das relações interpessoais, em vez de intervir em fatores intrapsíquicos.

Avaliação

A Ana apresentou-se calma e colaborante ao longo desta intervenção, com postura adequada, com um contacto fácil, motricidade livre, sem manuseamentos dirigidos humor ligeiramente deprimido. Afeto sintónico. Não foram detetadas alterações da perceção ou do pensamento. Atenção e concentração mantidas. Esteve sempre receptiva à intervenção e agradada com a mesma.

A intervenção iniciou-se com questões abertas, conduzindo posteriormente a intervenção para os aspetos relacionados com dinâmica familiar, focalizando no relacionamento com a irmã e o pai da utente.

Partiu-se do exercício “a minha família” para identificar os elementos relevantes da família de Ana segundo a sua avaliação e validação da sua Irmã. Foram usadas técnicas de clarificação e reformulação de modo a esclarecer a natureza do relacionamento entre os membros da família.

Ana tem duas irmãs, R. e A., refere ter boa relação com ambas, mas maior proximidade com R. em virtude de esta estar mais próxima. A vive longe e têm por isso um contato menos frequente. A mãe de Ana faleceu em 2007, o seu pai vive consigo, e é dependente dos seus cuidados. Devido ao internamento de Ana está neste momento ao cuidado de R..

Ana refere que o seu relacionamento com R. é muito bom e que esta sempre a ajudou ao longo da sua vida. Quanto ao seu pai, nem sempre o relacionamento foi bom; Ana entende que o seu Pai teve uma educação “mais antiquada” mas tem sido muitas vezes difícil aceitar a crítica e o confronto de valores com o seu pai, nomeadamente por causa das suas relações amorosas. Ana nunca casou, teve várias relações mais ou menos duradouras mas, como refere

“sempre quis ser independente, tenho a minha casa, a minha vida e nunca quis abdicar da minha independência, mesmo quando estive a viver com um companheiro durante três anos... o meu pai não entende isto”.

R. refere que realmente o seu pai teve uma educação que não lhe permite aceitar bem o estilo de vida de Ana e que também não compreende a doença de Ana.

Questionadas acerca da organização do apoio ao seu pai, que se apresenta dependente, R. refere que vai ser necessário falar com a irmã e Ana, de modo a pensar melhor sobre o apoio ao pai, porque Ana necessita companhia, mas também necessita de ter mais espaço e menos sobrecarga enquanto se está a recuperar.

Ana diz que não se importa de ter o Pai consigo mas que compreende que, por vezes, o relacionamento entre os dois não é benéfico para o seu bem-estar. Admite que deverão refletir com a irmã acerca da organização do apoio ao pai.

No final foram sumarizados os assuntos abordados, sublinhando as principais conclusões.

Considera-se terem sido atingidos os objetivos propostos com a realização desta intervenção.

ANEXO VIII

Apresentação multimédia de suporte à Intervenção de base psicoeducativa “Ansiedade”

João Gomes, 3º CPLEESMP

Leiria, 2012

ANSIEDADE

ANSIEDADE

- O que lhe provoca tensão ou ansiedade no seu dia-a-dia? Como você costuma reagir?



ANSIEDADE



Ansiedade é um estado emocional que ocorre com algumas as pessoas quando elas se vêem diante de situações como:

expectativas em relação a algo desejado;

a espera de uma resposta ou uma definição;

uma decisão a tomar;

antes e após uma situação de risco e perigo;

durante uma cirurgia ou um exame, entre outros.

ANSIEDADE

A ansiedade pode ser definida como:

- Angústia
- Inquietação
- Preocupação exagerada



A ansiedade tornou-se um dos problemas mais sérios do nosso tempo

ANSIEDADE

Estado desconfortável de humor, sentimento vago de apreensão negativa em relação ao futuro ou uma inquietação interna desagradável;

Sentimento de defesa, servindo de alerta e, sendo capaz de permitir que o indivíduo se prepare para enfrentar a possibilidade de um perigo

Presente no desenvolvimento podendo ser normal ou patológico

ANSIEDADE

Normal

acompanhamento normal do crescimento, das mudanças, de experiências novas e inéditas, do encontro da própria identidade.

Patológica

Quando é uma resposta inadequada a determinado estímulo, em virtude de sua intensidade ou duração.

SINTOMATOLOGIA

Efeitos Psicológicos:
 nervosismo, irritação, sensação de insegurança, medo de ficar só, dificuldade de concentração, agitação motora, insónia, agressividade constante, sobressaltos frequentes

Efeitos Físicos:
 taquicardia, respiração ofegante, rubores, alteração pupilar, tensão muscular (dor no corpo, nuca, ombro, coluna, dores de cabeça), movimentos peristálticos (problemas no aparelho digestivo e intestinal), sudorese excessiva, etc.

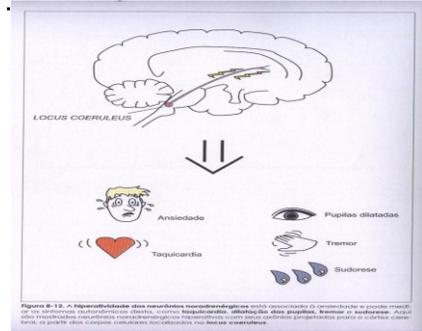
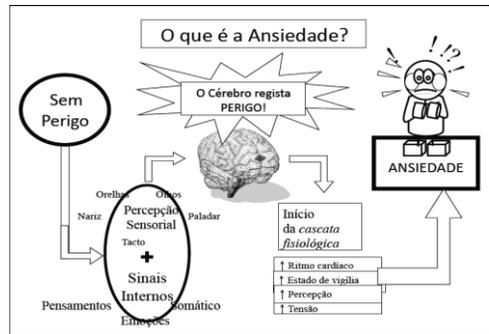
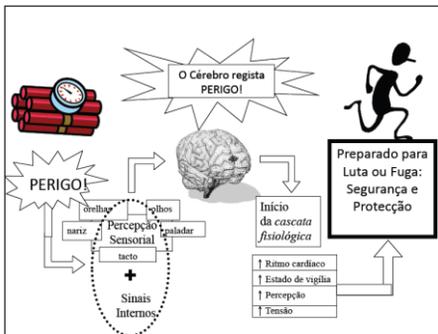


Figura 8-12. A hiperatividade das noradrenérgicas no Locus Coeruleus é responsável por muitos dos sintomas fisiológicos da ansiedade, incluindo dilatação das pupilas, aumento da sudorese, aumento da frequência cardíaca e respiração ofegante. A hiperatividade da noradrenalina também contribui para a sensação de insegurança e medo.



TRATAMENTO não farmacológico

Psicoterapia (identificar e trabalhar as causas)

Exercício físico

Técnicas de relaxamento

RELAXAMENTO



- [03 Faixa 3.wma](#)



Pense positivo!

Obrigado!

ANEXO IX

Plano de Sessão da Intervenção de base psicoeducativa “Ansiedade”

| Intervenção de base psicoeducativa | | | |
|---|---|----------------|-------------------|
| Local | Serviço de Psiquiatria, Hospital de Santo André (HSA), Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE | | |
| Tema | Ansiedade | | |
| Destinatários | Doentes internados no Serviço de Psiquiatria do HSA | | |
| Data | 16-07-2012 | Duração | 60 minutos |
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none">✓ Estimular o sentido crítico dos utentes face à sua saúde mental;✓ Diagnosticar o nível de conhecimentos acerca da temática;✓ Facilitar o acesso à informação;✓ Esclarecer dúvidas e desmistificar conceitos relacionados com a doença / saúde mental;✓ Simplificar a compreensão sobre a experiência que a pessoa atravessa;✓ Promover o acesso a uma ajuda e tratamento mais adequados.✓ Minimizar o sofrimento, stress, depressão;✓ Maximizar o entendimento e facilitar a compreensão da doença e tratamento. | | |
| Materiais e meios | <ul style="list-style-type: none">✓ Cadeiras e sofás;✓ Computador✓ Monitor de grandes dimensões ou projetor multimédia✓ Técnicas de comunicação:<ul style="list-style-type: none">• Brainstorming• Clarificação• Reformulação | | |
| Estratégias / Atividades | | | |
| Introdução | <ul style="list-style-type: none">• Proposta do tema• Reunião do grupo | | |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none">• Objetivos da Intervenção• O que me provoca ansiedade?• O que é a ansiedade?• Que alterações provoca no meu corpo e mente?• A ansiedade é sempre má?• Como posso controlar a minha ansiedade? | | |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none">• O que eu aprendi?• Avaliação | | |

Intervenção de base Psicoeducativa

Fundamentação / Enquadramento

A *psicoeducação* é uma forma específica de educação. É destinado a ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa. É também uma maneira desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos.

A Organização Mundial de Saúde aconselha o uso de técnicas de psicoeducação como intervenções a implementar com pessoas com problemas mentais, neurológicos ou abuso de substâncias. (WHO, 2010) Aquela Organização refere que existe uma evidência forte de que a psicoeducação deve ser oferecida rotineiramente aos indivíduos com patologias psicóticas e perturbações bipolares e bem como às suas famílias ou cuidadores (WHO, 2012)

Avaliação

O grupo aderiu à sessão com muito interesse, apenas uma das 19 utentes internadas não participou na sessão por se encontrar em entrevista. Todas as restantes 18 participaram na intervenção durante toda a sua duração, mostrando agrado e interesse.

Foi promovida a participação ativa de todas as participantes, utilizando a técnica de brainstorming. Foi efetuado reforço positivo às participantes, elogiando os seus contributos. Todas as doentes disseram que a intervenção foi muito importante e que gostaram da forma como foi abordada.

As doentes manifestaram também reconhecer os benefícios do conhecimento acerca da ansiedade, e como este conhecimento associado a estratégias de gestão da ansiedade, tais como medidas não farmacológicas, pode melhorar o seu papel como atrizes principais da mudança no seu estado de saúde.

Em conclusão, sublinham-se os seguintes achados:

A adesão dos doentes à intervenção foi boa, manifestada pela atenção e participação das utentes.

O desenho da intervenção, com participação ativa dos doentes internados, foi valorizado pelos participantes.

Referências:

WHO. (2010). mhGAP Intervention Guide World Health Organization (Ed.) (pp. 93).

Retrieved from

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf

WHO. (2012). Psychoeducation, family interventions and cognitive-behavioural therapy Retrieved 2012-02-12, 2012, from

http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/q10/en/

http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/psychosis/mh_psychosis_q10_pschoeducation_en.pdf

ANEXO X

Guião de Relaxamento progressivo segundo Jacobson

1. RELAXANDO OS MÚSCULOS DO CORPO

Antes de iniciar qualquer rotina de relaxamento, é importante certificar-se que sua mente, corpo e ambiente estejam preparados adequadamente. Os seguintes passos são um guia para tal preparação:

Sente-se em uma cadeira confortável, ou, melhor ainda, deite-se em algum lugar confortável em uma sala silenciosa, aconchegante, onde você não será interrompido.

Se estiver sentado, tire seus sapatos, descruze as pernas e descanse seus braços no apoio da cadeira.

Se estiver deitado, deite-se com seus braços estendidos ao seu lado e se necessário use um travesseiro confortável para sua cabeça.

Feche os olhos e perceba o seu corpo. Observe como você está respirando e exatamente quais são os locais de tensão muscular: certifique que você está confortável.

A respiração para relaxar - para alcançar o melhor do relaxamento, é essencial que se use a técnica de respiração correta. Siga os passos abaixo e aperfeiçoe seu método de respiração antes de iniciar os exercícios de relaxamento.

Relaxe o seu maxilar e ombros. Respire lentamente e profundamente, inspirando pelo nariz e expirando pela boca, expandindo o seu abdômen conforme você respira. Suspenda o seu tronco para que entre mais ar, preenchendo seus pulmões por completo.

Segure sua respiração de três a seis segundos e expire lentamente, fazendo com que seu tronco e estômago relaxem e seus pulmões esvaziem-se.

Não fique contraído - com a prática ficará muito mais fácil.

Mantenha a respiração rítmica, profunda e lenta durante todo o tempo da sessão de relaxamento.

Lembre-se de respirar profundamente e perceba a sensação de bem-estar físico e de todo o peso do stress se diluindo pelo seu corpo como se fosse desaparecer neste momento de relaxamento.

Usando e adaptando-se a uma seqüência de relaxamento - Primeiramente, estabeleça um padrão de respiração. Depois siga estas instruções. Inspire conforme você passa de item a item, prensa a respiração e fique imóvel por 5 a 10 segundos, relaxe e expire e, então, vá para o próximo item.

1. Deite-se. Contraia seus dedos dos pés, e pressione seus pés para baixo.
2. Pressione seus calcanhares para baixo, apontando seus pés para a cabeça.
3. Contraia os músculos de sua canela.
4. Contraia os músculos de suas coxas, deixando seus joelhos retos e enrijeça suas pernas.
5. Contraia os músculos da nádega.
6. Contraia os músculos do abdômen, como se tivessem lhe dado um soco.
7. Suspenda seus cotovelos e contraia os músculos de seu braço.
8. Encurve seus ombros e apóie sua cabeça no travesseiro.
9. Contraia seu maxilar, suspenda os olhos, franzindo sua testa.
10. Contraia todos os seus músculos.
11. Após 10 segundos, relaxe.
12. Repita os itens anteriores de cinco a dez vezes.

Uma vez familiarizado com esta técnica, você poderá utilizá-la mesmo se tiver poucos minutos, deixando de contrair alguns grupos de músculos, mas sempre inicie dos pés para cima.

ANEXO XI

Plano de Sessão sobre utilização de técnicas de Relaxamento

| Técnicas de Relaxamento | | | |
|---------------------------------|--|----------------|-------------------|
| Local | Serviço de Psiquiatria, Hospital de Santo André (HSA), Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE | | |
| Tema | Sessão de relaxamento | | |
| Destinatários | Utentes internados no Serviço de Psiquiatria do HSA | | |
| Data | 16/07/2012 | Duração | 60 minutos |
| Objetivos | <ul style="list-style-type: none">✓ Ensinar benefícios das técnicas de relaxamento✓ Promover sessão de relaxamento para os utentes internados no SII✓ Ensinar técnicas de relaxamento para o autocuidado | | |
| Materiais e meios | <ul style="list-style-type: none">✓ Sala de estar✓ Sofás e cadeiras✓ Cobertores ou colchões e almofadas✓ Computador e música | | |
| Estratégias / Atividades | | | |
| Introdução | <ul style="list-style-type: none">• Acolhimento | | |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none">• Apresentação da sessão - objetivos• O <i>stress</i> e ansiedade• Benefícios do relaxamento• Técnicas de relaxamento de Jacobson• Como posso usar estas técnicas no meu dia-a-dia• Sessão de relaxamento de Jacobson | | |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none">• Avaliação | | |

Técnicas de Relaxamento

Fundamentação / Enquadramento

A ansiedade desempenha um importante papel nos doentes com diversas patologias mentais, contribuindo para a redução dos seus níveis de saúde mental, e cursando frequentemente como comorbidade com a depressão.

Deste modo entendeu-se que seria benéfico aplicar técnicas de relaxamento com enfoque para a aprendizagem de técnicas que possam ser utilizadas em autocuidado para controlo de situações de ansiedade e impulsividade.

Uma técnica de relaxamento (também conhecido como treino de relaxamento) é um método, processo, procedimento ou atividade que ajuda a pessoa a relaxar, para atingir um estado de calma aumentado; ou reduzir os níveis de stresse, ansiedade ou raiva. As técnicas de relaxamento são muitas vezes utilizadas como um elemento de um programa mais amplo de gestão de stresse e pode diminuir a tensão muscular, a pressão arterial e a frequência cardíaca e respiratória, entre outros benefícios para a saúde.

Excluiu-se a técnica de Schultz por poder suscitar o agravamento de sintomatologia psicótica, pelo que optamos pela técnica de Relaxamento Progressivo (Jacobson, 1964), uma técnica de relaxamento que recorre à utilização de tensão e relaxamento dos vários grupos de músculos do corpo. Aproveita-se nesta técnica o relaxamento natural que acontece depois de uma tensão forte no músculo.

Avaliação

Por motivos de limitação de espaço, tempo e meios e, optou-se por realizar a sessão com os participantes em posição de sentados, na sala de estar do Serviço.

Participaram 15 das 19 utentes internadas no SII; 1 utente esteve ausente por se encontrar em entrevista, 3 outras abandonaram a sessão antes da aplicação das técnicas de relaxamento para receberem visitas.

Foi pedido aos participantes para contabilizarem a respetiva pulsação durante quinze segundos, cronometrado por nós, antes da sessão de relaxamento. A média das pulsações antes da sessão foi de 82bpm.

De seguida foi executada a sessão de relaxamento propriamente dito, com a duração de cerca de 15 minutos.

No final da sessão de relaxamento foi de novo autoavaliado o pulso dos participantes, sendo que a média das pulsações foi de 76bpm.

Todas as utentes participaram com interesse e agrado na sessão, mostrando compreender a aplicação das técnicas de relaxamento e mostrando interesse em avaliar o pulso periférico.

Algumas utentes não conseguiram fazer a avaliação corretamente, pelo que se fez o ensino individualizado posteriormente.

Os utentes identificaram como muito importante o conhecimento destas técnicas para utilizarem na gestão do *stress* no seu dia-a-dia.

ANEXO XII

Plano de Sessão da Intervenção de base psicoterapêutica “O meu espelho”

| Intervenção de base Psicoterapêutica | | | |
|---|---|----------------|---------------|
| Local | Serviço de Psiquiatria, Hospital de Santo André (HSA), Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE | | |
| Tema | O meu espelho | | |
| Destinatários | Ana (Nome fictício) | | |
| Data | 19/6/2012 | Duração | 60 min |
| Objetivos | ✓ Promover motivação para a recuperação. ✓ Identificar fatores associados a comportamento autodestrutivo. ✓ Promover a autoestima | | |
| Materiais e meios | ✓ Papel ✓ Esferográfica ✓ Gabinete ✓ Mesa e cadeiras | | |
| Estratégias / Atividades | | | |
| Introdução | <ul style="list-style-type: none">• Entrevista individual• Apresentação da atividade proposta. | | |
| Desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none">• Motivação para a expressão livre de ideias e sentimentos.• Focalização na autoimagem.• O que eu vejo no meu espelho.• Autoimagem e autoestima.• Comportamentos autodestrutivos e sentimentos de desvalorização.• Pensamentos automáticos e dicotómicos.• Reestruturação cognitiva | | |
| Conclusão | <ul style="list-style-type: none">• Análise dos sentimentos subjacentes.• O meu “novo espelho” | | |

Intervenção de base Psicoterapêutica

Fundamentação / Enquadramento

A *psicoterapia* (ou aconselhamento pessoal com um psicoterapeuta) é um processo que tem por base o relacionamento interpessoal intencional usado por psicoterapeutas treinados para ajudar um cliente ou paciente a ultrapassar os seus problemas de vida.

Tem como objetivo aumentar o sentimento de bem-estar do indivíduo. A intervenção psicoterapêutica emprega uma variedade de técnicas baseadas na construção de relacionamento experiencial, diálogo, comunicação e mudança de comportamento que são planeados para melhorar a saúde mental de um cliente ou paciente, ou para melhorar as relações de grupo (família por exemplo).

A *psicoterapia* também pode ser feita por profissionais com diferentes qualificações, (psiquiatria, psicologia clínica, terapia familiar, enfermagem de saúde mental, psicanálise e outras psicoterapias).

A Ana, 50 anos, desempregada, foi internada no Serviço de Psiquiatria por Depressão Major com ideação suicida. Havia recorrido ao Serviço de Urgência Geral do HSA com queixas de insónia e ideias suicidas, tendo sido referenciada para o CHUC (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra) para avaliação urgente por indisponibilidade de psiquiatra no Serviço de Urgência Geral do CHLP (Centro Hospitalar Leiria-Pombal) naquele momento. Após avaliação por psiquiatria no CHUC foi reenviada para o CHLP por agravamento de depressão com ideação suicida.

Ana tem história de 2 internamentos anteriores por depressão. No serviço de urgência referiu uma rutura amorosa há cerca de 2 semanas e que desde então se sente triste e com ideação suicida. Apresentava anedonia, humor deprimido, insónia.

Durante o internamento apurou-se ainda uma diminuição da autoestima e sentimentos de autodesvalorização e de culpa, manifestados por expressões como “... sinto-me apática, sem autoestima, em degradação...” ou “...sinto-me revoltada por me ter deixado ir abaixo, ... eu conheço os sintomas da minha doença, e não sei porque me deixei ir abaixo, ficar em casa, deixar de fazer exercício físico, deixar de me arranjar...” ou ainda “eu era uma mulher atraente, e gostava de me arranjar, de me maquilhar, agora sou uma sombra do que era...”.

Perante esta avaliação foi desenhada esta intervenção com o objetivo de aumentar o insight sobre os seus pensamentos automáticos e distorções cognitivas associadas à diminuição da autoestima e sentimentos de culpa e promover a reestruturação cognitiva com vista à sua recuperação.

Avaliação

A Ana apresentou-se calma e colaborante ao longo desta intervenção, com postura neutra, adequada, com um contacto fácil, motricidade livre, sem manuseamentos dirigidos humor ligeiramente deprimido, melhorado relativamente à entrada da doente no internamento. Afeto sintónico. Discurso com um ligeiro aumento da latência da resposta. Não foram detetadas alterações da percepção ou do pensamento. Atenção e concentração mantidas. Autoestima diminuída. Esteve sempre recetiva à intervenção e agradada com a mesma.

A intervenção iniciou-se com questões abertas, conduzindo posteriormente a intervenção para os aspetos relacionados com as distorções cognitivas identificadas, focalizando na autoestima. Partiu-se do exercício do “meu espelho” para identificar os aspetos negativos autoavaliados pela Ana. Posteriormente foram usadas técnicas como reformulação, clarificação, focalização de modo a facilitar o reconhecimento por parte da doente do seu défice de autoestima como distorção cognitiva, associada à sua doença e com repercussão nos seus pensamentos e comportamentos autodestrutivos.

De seguida foi proposto à Ana que elaborasse uma lista das suas virtudes e valores – “o meu novo espelho”. A Ana escreveu: “Justa, amiga, fiel, bonita.”

Solicitada a sua interpretação e a razão do conteúdo da sua lista, a Ana disse que se acha realmente justa, amiga dos seus amigos, e que sempre foi fiel nas suas relações. Quanto ao bonita, diz que na realidade, neste momento não se sente bonita, mas que sabe que isso acontece por causa da doença e que o seu objetivo é voltar a sentir-se bonita.

A Ana agradeceu a entrevista, referindo que estes sentimentos de culpa e desvalorização eram realmente importantes e que tinha dificuldade em lidar com eles. Mostrou-se motivada a conseguir ter “um novo espelho”. No final da intervenção apresentou-se com um humor menos depressivo, sorriu e mostrou mais esperança em melhorar a sua autoestima.

ANEXO XIII

Questionário para caracterização sociodemográfica dos sujeitos e caracterização do evento suicidário

PARTE I

Questionário sócio demográfico e de caracterização do comportamento suicidário

Nesta parte do questionário pedimos-lhe que responda às questões assinalando com uma cruz o quadrado correspondente, fazendo-o da seguinte forma:

Dados pessoais

Sexo: Masculino
 Feminino

Idade: _____

Estado Civil: Casado / união de facto
 Separado / Divorciado
 Viúvo(a)

Ocupação: Estudante
 Empregado
 Desempregado
 Aposentado
 Outro

Fatores de risco

Tentativas de suicídio anterior: Sim
 Não

Presença recente de ideação suicida: Sim
 Não

História familiar prévia de suicídio: Sim
 Não
 Não sei

História de abuso físico ou sexual: Sim
 Não

História de assédio: Sim
 Não

Características da tentativa de suicídio:

- Intoxicação por drogas
- Sobredosagem medicamentosa voluntária
- Envenenamento químico
- Precipitação
- Enforcamento
- Arma de fogo
- Outros métodos

ANEXO XIV

EEB - Escala da Esperança de Barros

PARTE II

ESCALA DA ESPERANÇA

(BARROS, 2003)

Nesta segunda parte pretendemos avaliar algumas das suas atitudes face ao futuro. Pedimos que responda com sinceridade a todas as questões colocadas, de acordo com o que sente verdadeiramente.

Instruções:

Faça um círculo em volta do número que melhor corresponda à sua situação, tendo em conta que:

1 = totalmente em desacordo (absolutamente não)

2 = bastante em desacordo (não)

3 = nem de acordo nem em desacordo (mais ou menos)

4 = bastante de acordo (sim)

5 = totalmente de acordo (absolutamente sim)

Exemplo:

1 2 ③ 4 5

Pedimos-lhe então que responda às seguintes questões:

- | | |
|---|-----------|
| 1. Considero-me uma pessoa cheia de esperança | 1 2 3 4 5 |
| 2. Não desanimo facilmente frente às adversidades | 1 2 3 4 5 |
| 3. Luto para atingir os meus objectivos | 1 2 3 4 5 |
| 4. Sou optimista mesmo no meio das dificuldades | 1 2 3 4 5 |
| 5. Sei que tenho competência para conseguir o quero na vida | 1 2 3 4 5 |
| 6. Penso que o futuro será melhor do que o passado | 1 2 3 4 5 |

ANEXO XV

BHS - *Beck Hopelessness Scale*

PARTE III

ESCALA DA DESESPERANÇA

(BECK, WEISSMAN, LESTER E TREXLER, 1974)

Nesta parte do questionário pedimos-lhe que responda às questões assinalando com uma cruz o círculo correspondente, fazendo-o da seguinte forma:



1- Vê o futuro com esperança e entusiasmo.

Verdadeiro

Falso

2- Talvez devesse abandonar tudo, porque não posso fazer as coisas melhor.

Verdadeiro

Falso

3- Quando as coisas estão mal, ajuda-me a pensar que não vai ser assim para sempre.

Verdadeiro

Falso

4- Não consigo imaginar como vai ser a minha vida daqui a 10 anos.

Verdadeiro

Falso

5- Tenho tempo suficiente para fazer o que mais quero.

Verdadeiro

Falso

6- No futuro, espero ter êxito no que mais me importa.

Verdadeiro

Falso

7- O futuro parece-me pouco risonho.

Verdadeiro

Falso

8- Na vida, espero alcançar mais coisas boas que uma pessoa normal.

Verdadeiro

Falso

9- Na realidade, não estou bem, e não há razão para estar no futuro.

Verdadeiro

Falso

10- As minhas experiências prepararam-me bem para o futuro.

Verdadeiro

Falso

11- Mais que bem-estar, tudo o que vejo pela frente são dificuldades.

Verdadeiro

Falso

12- Não espero conseguir o que realmente quero.

Verdadeiro

Falso

13- Espero vir a ser mais feliz do que sou agora.

Verdadeiro

Falso

14- As coisas nunca vão andar da forma como eu desejaria.

Verdadeiro

Falso

15- Tenho grandes expectativas no futuro.

Verdadeiro

Falso

16- Como nunca alcanço o que quero, é uma loucura querer algo.

Verdadeiro

Falso

17- É pouco provável que no futuro consiga uma real satisfação.

Verdadeiro

Falso

18- O futuro parece-me vago e incerto.

Verdadeiro

Falso

19- Esperam-se tempos melhores que piores.

Verdadeiro

Falso

20- Não há razão para conseguir algo desejado, pois provavelmente não o alcançarei.

Verdadeiro

Falso

ANEXO XVI

Formulário de consentimento informado para a participação no estudo

Termo de consentimento livre e esclarecido – exemplar do investigador

Chamo-me João Manuel Ferreira Gomes, frequento o Curso de Pós-Licenciatura de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e estou a desenvolver um estudo denominado “Efetividade de um programa de promoção da esperança em indivíduos com comportamentos suicidários” sob a orientação da Prof^a. Doutora Maria dos Anjos Dixe.

Este estudo tem como objetivo avaliar a efetividade de uma intervenção para promover a esperança em indivíduos com comportamentos suicidários, com contacto telefónico 1 semana e 3 semanas após a alta hospitalar, em comparação com os cuidados habituais.

No âmbito deste estudo, convido-o (a) a preencher o questionário em anexo. Todas as informações que fornecer serão analisadas e incorporadas numa dissertação e também poderão ser publicadas em revistas científicas. No entanto, em nenhum momento o Sr./Sr^a. será identificado, sendo garantida a confidencialidade e o anonimato dos dados. Todas as informações serão guardadas e somente os investigadores terão acesso aos dados. A sua participação no presente estudo é voluntária. Será totalmente livre de desistir a qualquer momento, sem que para tal tenha de dar qualquer justificação. A decisão de desistir ou de não participar não terá qualquer prejuízo para si nem implicará qualquer risco para a sua vida ou para a sua saúde.

Para mais esclarecimentos e / ou dúvidas que eventualmente possam surgir a respeito deste estudo, pode entrar em contacto com os seguintes números de telefone: 916634369 (João Gomes), 244845300 (Maria dos Anjos Dixe – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria).

Em posse das informações acima e dos esclarecimentos disponibilizados, declaro concordar em participar no estudo:

Assinatura: _____ Data: 2012 / ____ / ____

ANEXO XVII

Termo de consentimento livre e esclarecido

Termo de consentimento livre e esclarecido

Chamo-me João Manuel Ferreira Gomes, frequento o Curso de Pós-Licenciatura de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e estou a desenvolver um estudo denominado “Efetividade de um programa de promoção da esperança em indivíduos com comportamentos suicidários” sob a orientação da Prof^a. Doutora Maria dos Anjos Dixe.

Este estudo tem como objetivo avaliar a efetividade de uma intervenção para promover a esperança em indivíduos com comportamentos suicidários, com contacto telefónico 1 semana e 3 semanas após a alta hospitalar, em comparação com os cuidados habituais.

No âmbito deste estudo, convido-o (a) a preencher o questionário em anexo. Todas as informações que fornecer serão analisadas e incorporadas numa dissertação e também poderão ser publicadas em revistas científicas. No entanto, em nenhum momento o Sr./Sr^a. será identificado, sendo garantida a confidencialidade e o anonimato dos dados. Todas as informações serão guardadas e somente os investigadores terão acesso aos dados. A sua participação no presente estudo é voluntária. Será totalmente livre de desistir a qualquer momento, sem que para tal tenha de dar qualquer justificação. A decisão de desistir ou de não participar não terá qualquer prejuízo para si nem implicará qualquer risco para a sua vida ou para a sua saúde.

Para mais esclarecimentos e / ou dúvidas que eventualmente possam surgir a respeito deste estudo, pode entrar em contacto com os seguintes números de telefone: 916634369 (João Gomes), 244845300 (Maria dos Anjos Dixe – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria).

Em posse das informações acima e dos esclarecimentos disponibilizados, declaro concordar em participar no estudo:

Assinatura: _____ Data: 2012 / ____ / ____

ANEXO XVIII

Artigo “Impacto de um programa de promoção da esperança em indivíduos com comportamentos suicidários”

Impacto de um programa de promoção da esperança em indivíduos com comportamento suicidário.

João Gomes, RN, MHSN

Centro Hospitalar de Leiria

José Carlos Gomes; PhD, MHN

Escola Superior de Saúde de Leiria

Resumo

O suicídio constitui um grave problema de saúde pública, está entre as dez principais causas de morte na população mundial em todas as faixas etárias e representa a terceira causa de morte em jovens com idades compreendidas entre os 15 e 35 anos. Segundo dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001), estima-se que um milhão de pessoas em todo o mundo cometeram suicídio no ano 2000. A cada 40 segundos, uma pessoa comete suicídio no mundo. A cada 3 segundos, uma pessoa atenta contra a própria vida. Cada suicídio tem um sério impacto em pelo menos outras seis pessoas, sendo que o impacto psicológico, social e financeiro do suicídio na família e comunidade é imensurável. Aproximadamente 15% dos indivíduos volta a tentar o suicídio no primeiro ano após uma tentativa.

Vários estudos têm correlacionado desesperança com o suicídio.

Enquadramento: Vaiva et al (2006) avaliaram o impacto do contato telefónico em doentes com intoxicação voluntária 1 mês e 3 meses após a alta dos departamentos de emergência no norte da França, comparado ao tratamento usual (3 grupos). Os autores concluíram que o contato por telefone um mês após a alta pode ajudar a reduzir tentativas de suicídio até um ano após a alta.

Objetivos: Avaliar a efetividade de uma intervenção para promover a esperança em indivíduos com comportamento suicida 1 semana e 3 semanas após a alta hospitalar através de contato telefónico, em comparação com os cuidados habituais.

Metodologia: Tipo de estudo/Desenho: Estudo de casos múltiplos, quase-experimental, do tipo pré-teste – pós teste, sem grupo de controlo.

Será implementado um programa de intervenção de promoção da esperança, com contato telefónico 1 e 3 semanas após a alta hospitalar para avaliação da esperança e desesperança, adesão ao regime terapêutico e reforço dos fatores protetores.

Resultados: A intervenção teve um impacto positivo nos níveis de esperança e desesperança nos casos estudados.

Palavras-chave

Palavras-chave: Tentativa de Suicídio; Desesperança; Intervenção na Crise; Psicoterapia Breve

Introdução

O suicídio e os comportamentos suicidários são fenómenos que têm preocupado os vários sectores da sociedade em todo o mundo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000), o suicídio é um óbito que resulta de uma ação ou omissão iniciada com a intenção de causar a morte e com a expectativa desse desfecho.

Para o Conselho Internacional de Enfermeiros, suicídio é um comportamento autodestrutivo que consiste em execução de atividades suicidas que levam à própria morte (ICN, 2010).

Comportamento suicida é uma expressão que cobre uma série de fenómenos ligados ao suicídio, dos quais os mais relevantes são o suicídio propriamente dito (óbito) e a tentativa de suicídio. Embora os comportamentos não seja necessariamente uma doença, estão na sua maioria associados a várias perturbações mentais, tais como transtornos do humor (particularmente a depressão), transtornos por uso de substâncias (especialmente a dependência de álcool), esquizofrenias e transtornos de personalidade, entre outros. (Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010)

Estima-se que os indivíduos com tentativas de suicídio tenham um risco de morte por suicídio no primeiro ano após a sua tentativa, mais do que 66 vezes superior ao risco anual de suicídio na população em geral e que aproximadamente 15% dos que tentam suicídio voltarão a tentar dentro do ano seguinte (Links, Bergmans & Cook, 2003)

O suicídio constitui um grave problema de saúde pública, está entre as dez principais causas de morte na população mundial em todas as faixas etárias e representa a terceira causa de morte em jovens com idades compreendidas entre os 15 e 35 anos. Segundo dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001), estima-se que um milhão de pessoas em todo o mundo cometeram suicídio no ano 2000. A cada 40 segundos, uma pessoa comete suicídio no mundo. A cada 3 segundos, uma

pessoa atenta contra a própria vida. Cada suicídio tem um sério impacto em pelo menos outras seis pessoas, sendo que o impacto psicológico, social e financeiro do suicídio na família e comunidade é imensurável.

A mesma fonte refere, ainda, que nos últimos 45 anos os índices de suicídio aumentaram 60% em todo o mundo, e que, em relação aos jovens, os índices de suicídio têm aumentado de forma significativa, representando um grupo de elevada vulnerabilidade. (WHO, 2001)

Enquadramento

Um estudo realizado com dados de noventa países estimou em 7,4/100 mil a taxa de suicídios entre jovens. O suicídio representa a segunda causa de morte de jovens na Itália, na França e no Reino Unido e a terceira causa nos EUA. Na Suíça o suicídio é a principal causa de morte na faixa etária dos 14 aos 25 anos, correspondendo a um suicídio a cada três dias e 15 a 20 mil tentativas/ano (Wasserman et al., 2005 citado por Gonçalves, Freitas & Sequeira, 2006). Em Portugal, as estatísticas mais recentes disponibilizadas pela WHO (2011) mostram uma elevação das taxas de suicídio, a partir do início da década de 2000, atingindo os dois dígitos mantendo-se consistentemente próximas dos 10 óbitos por suicídio por cada 100 000 habitantes.

O suicídio representa a tentativa de resolução de um problema ou crise causadora de sofrimento intenso, associado a necessidades não satisfeitas, sentimentos de desesperança, conflitos entre a sobrevivência e *stress* insuportável, ausência de alternativas e procura de uma fuga, em que o suicida apresenta sinais de angústia (Kaplan, Sadock, Grebb, 2003).

A maioria dos pacientes que receberam alta diretamente do atendimento de emergência são considerados de menor risco psicopatológico a curto prazo. Quando são referenciados para os serviços comunitários, no entanto, não são avaliados para adesão ao tratamento ou o sucesso do tratamento (Vaiva et al., 2006).

A correlação entre desesperança e suicídio está bem estabelecida, como afirmam Links, et al. (2003), numa revisão de vários estudos.

Vaiva et al (2006) avaliaram o impacto do contato telefónico em doentes com intoxicação voluntária 1 mês e 3 meses após a alta dos departamentos de emergência no norte da França, comparado ao tratamento usual (3 grupos). Os autores concluíram que o contato por telefone um mês após a alta pode ajudar a reduzir tentativas de suicídio até um ano após a alta e sugeriram efetuar o contato telefónico mais

precocemente, atendendo a que alguns participantes voltaram a ter comportamentos suicidários no primeiro mês, antes do primeiro contato telefónico.

Objetivos do estudo

A partir destes trabalhos, procuramos com este estudo avaliar o impacto de um programa de promoção da esperança em indivíduos com comportamentos suicidários, verificando o impacto na avaliação da esperança e desesperança nesses indivíduos. Pretende-se saber se uma intervenção de base cognitiva, com enfoque na promoção da esperança, composta por uma intervenção face a face no serviço de urgência duas intervenções através de contacto telefónico, mais precoces do que o efetuado no estudo de Vaiva et al (2006), produz resultados na modificação dos níveis de esperança e desesperança, que, como atrás se refere, se sabe estarem relacionados com o suicídio.

Hipóteses

Os indivíduos em estudo apresentam maiores níveis de esperança e menores níveis de desesperança após a intervenção.

Metodologia

Tipo de estudo/Desenho:

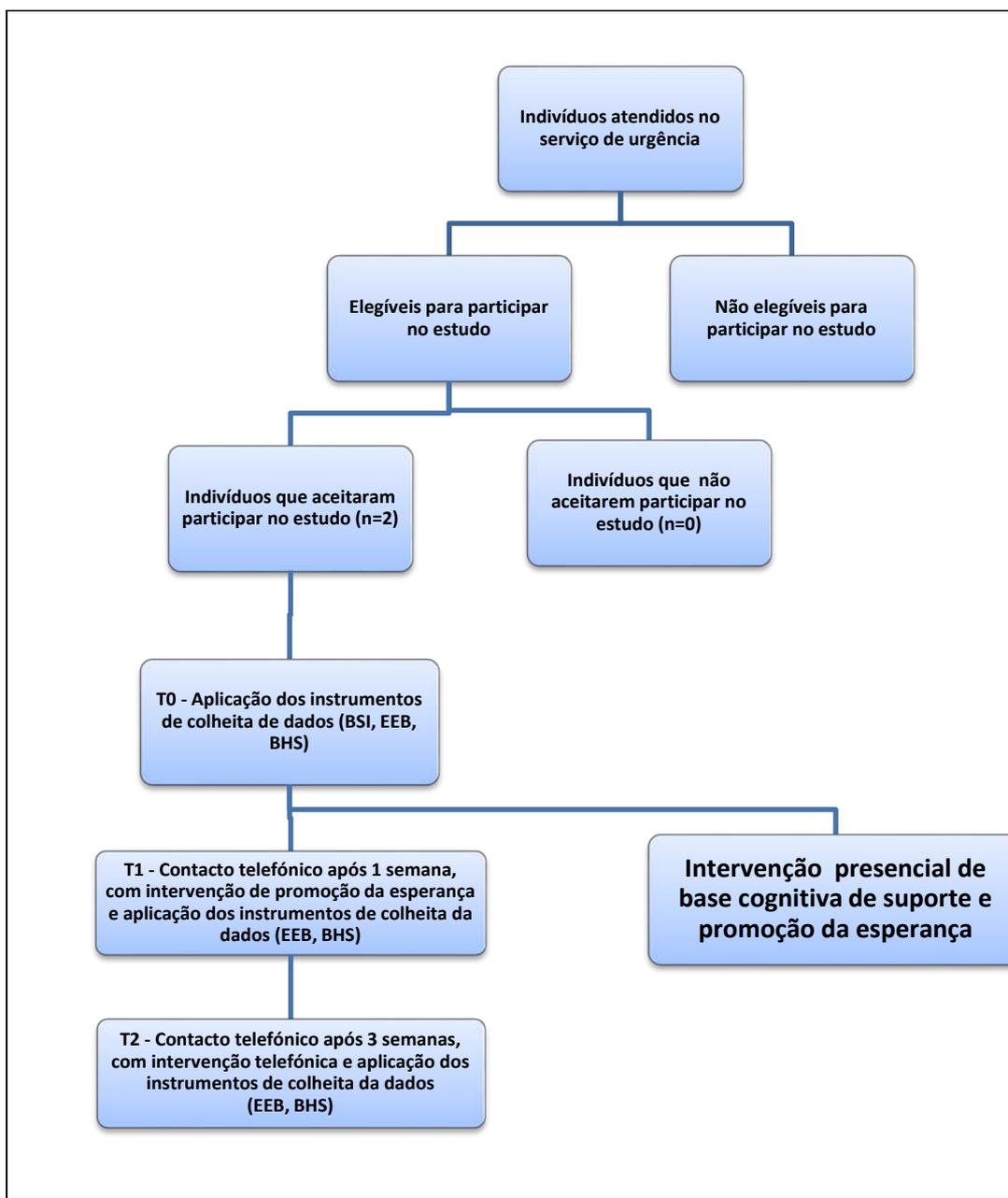
Estudo de casos múltiplos, quase-experimental, do tipo pré-teste – pós teste, sem grupo de controlo (Fortin, 2003). Foi feita uma análise descritiva e comparativa dos resultados obtidos antes e após a intervenção para cada elemento da amostra.

Instrumentos de colheita de dados

Para a avaliação das variáveis em estudo foram utilizados: (1) um questionário para caracterização sociodemográfica e do evento suicidário dos sujeitos incluindo sexo, idade, estado civil, ocupação, história dos transtornos mentais, tentativas de suicídio anterior, presença recente de ideação suicida, história familiar prévia de suicídio, presença de eventos *stressantes*, apoio social / familiar, história de abuso físico ou sexual, história de assédio, humor, presença de planos futuros para o suicídio, (2) a Escala de Esperança de Barros (2003), que se caracteriza por ser unifatorial, do tipo Likert com seis itens de resposta, baseada na escala de HOPE de Snyder. A cada item é atribuída uma cotação de um a cinco, que se refere por ordem crescente a: “totalmente em desacordo”, “bastante em desacordo”, “mais ou menos (nem concordo nem discordo)”, “bastante de acordo” e “totalmente em acordo”. O nível esperança obtém-se somando os valores atribuídos a cada um dos itens. Valores mais altos correspondem a níveis mais elevados de esperança (máximo de trinta pontos) e (3) a BHS - Escala da Desesperança de Beck (Beck et. al, 1974; Cunha,

2001), composta por um total de 20 afirmações de resposta dicotômica, onze verdadeiras e nove falsas (itens 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19). A cada uma das afirmações é atribuída uma cotação de 0 ou 1 sendo que a soma varia entre 0 e 20, correspondendo valores mais elevados a maiores níveis de desesperança. Esta escala

Fig. 1: Desenho do estudo



permite avaliar três fatores: Sentimentos quanto ao futuro (itens 1, 6, 13, 15 e 19) Perda de motivação (itens 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 e 20) e Expectativas quanto ao futuro (itens 4, 7, 8, 14 e 18). Se o resultado se encontrar entre 0 e 3 assume-se que estão dentro do nível normal ou assintomático, de 4 a 8 corresponde a um nível médio de desesperança, de 9 a 14 a desesperança moderada, sendo que quando os níveis são

superiores a 14 corresponde a uma situação de pessimismo severo. Para o presente estudo tivemos por base a escala validada por Cunha (2001) para a população brasileira.

População/ Amostra:

O estudo foi realizado num hospital da região centro de Portugal. A população é constituída por indivíduos atendidos no serviço de urgência por comportamento suicidário. A amostra é constituída por indivíduos que foram atendidos por comportamento suicidário, classificando-se como não probabilística intencional. (Fortin, 2003). Foram considerados elegíveis os indivíduos com idade entre 18 e 65 anos atendidos no Serviço de Urgência por comportamento suicidário, que tivessem sido avaliados por um psiquiatra que tivesse concordado com a sua alta do serviço de urgência, que aceitassem participar no estudo, dessem o nome do seu médico assistente pudessem ser contactados por telefone e que dessem consentimento por escrito para serem contactados. Foram definidos critérios de exclusão o consumo conhecido de drogas ilícitas de abuso e a identificação de alterações cognitivas na avaliação pelo psiquiatra.

Procedimentos formais:

Foram aplicados os instrumentos de colheita de dados aos indivíduos envolvidos no estudo, nomeadamente a EEB, BHS. De seguida foi implementado um programa de intervenção breve (uma sessão com a duração aproximada de 45 minutos), visando o suporte emocional e a promoção da esperança.

Uma semana e três semanas após a alta foram efetuados contactos telefónicos, avaliando a adesão ao regime terapêutico e reforçando a intervenção feita no serviço de urgência. Durante este contacto telefónico foram aplicadas a escala da esperança de Barros e a Escala da Desesperança de Beck. (BHS) (ver Fig. 1: desenho do estudo)

Intervenções

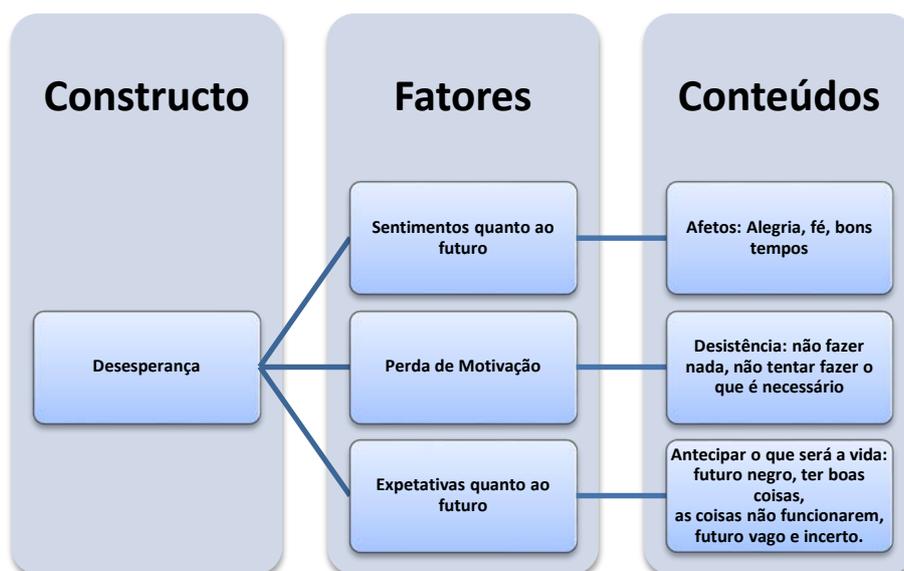
Foram seguidos os princípios definidos por Conn, Rantz, Wipke-Tevis, & Maas (2001) e Sidani & Braden (1998) para a elaboração de intervenções de enfermagem efetivas. As intervenções foram conduzidas por um enfermeiro com pelo menos dois anos de experiência clínica e conhecimentos especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. A primeira foi efetuada presencialmente no serviço de urgência, as

seguintes foram efetuadas telefonicamente. Foi definido que o contacto telefónico seria abandonado se não fosse bem-sucedido após 3 tentativas em três alturas diferentes do dia (manhã tarde e noite), o que não se verificou ser necessário. Nesses casos seria contactada a unidade de saúde comunitária a que pertence informando o enfermeiro de referência ou o médico assistente do insucesso do contacto e solicitada a avaliação da situação. Se algum dos indivíduos fosse considerado em alto risco, seria aconselhado o recurso ao serviço de urgência e seria contactada a unidade de saúde comunitária a dar conhecimento desta avaliação ao enfermeiro de referência e ao médico de família.

As intervenções foram dirigidas aos fatores identificados por Beck et al. (1974) na construção da BHS (Figura 2), e têm uma base cognitiva e de suporte utilizando técnicas como a empatia, escuta ativa, sugestão, normalização, abordar a ambivalência em ordem a instilar esperança, reforçar estratégias de *coping* positivas usadas no passado, reforçar a importância do tratamento, estimular a identificação de aspetos positivos da vida e a identificação de projetos ou ambições para o futuro.

Esta intervenção mostrou ser adequada à população em estudo, de acordo com os estudos de Beck et al. (1974, 1990) e de Vaiva et al (2006). Ela foi ajustada às características dos indivíduos intervenientes e decorreu em ambiente adequado ao efeito, mantendo a sua privacidade e a segurança.

Fig. 2: Desesperança e fatores associados (Beck et al, 1974)



Considerações ético-legais

Foi solicitado o consentimento escrito aos indivíduos para participarem no estudo, incluindo o contato telefónico; os sujeitos foram esclarecidos sobre a finalidade e

objetivos do estudo e foi pedida a sua colaboração para realização do mesmo. É garantida a confidencialidade dos dados recolhidos, e foi salvaguardada a possibilidade de recusar ou desistir da participação.

Foi entregue anexado ao questionário um formulário de consentimento informado onde se apresentam os objetivos e etapas do estudo, a identificação do investigador envolvido, a garantia do respeito pela vontade dos indivíduos em colaborar ou não no estudo, qualquer que seja a fase em que se encontrem, a garantia do direito à confidencialidade das suas respostas e a garantia de anonimato das informações e de estas servirem apenas para a realização do estudo. Foi solicitada a autorização para a realização do estudo à instituição onde se desenvolveu o estudo.

Resultados:

Os dados quantitativos recolhidos foram tratados com recurso ao Microsoft Office Excel 2010, sendo que as medidas estatísticas utilizadas para a apresentação dos resultados foram as frequências absolutas.

Caracterização da amostra

A caracterização dos elementos da amostra tem por base as informações recolhidas através do questionário e da consulta do processo das doentes e ainda de informação recolhida durante a intervenção.

Caso A

Trata-se de uma senhora de 41 anos, divorciada, empregada, a viver uma relação com um companheiro, que no entanto não identifica como união de facto. Tem dois filhos; refere ter má relação com os filhos e o ex-marido, sobretudo com a sua filha com a sua filha (18 anos), que diz não lhe ter respeito. À entrada referiu ainda ter situação económica estável mas que está farta do ex-marido e dos filhos, porque “eles só querem que eu morra para ficarem com o dinheiro” (sic).

No momento da entrevista apresenta-se com um humor triste, contacto fácil. Sem alterações do conteúdo do pensamento ou da perceção.

Da aplicação do questionário sócio demográfico e de caracterização do comportamento suicidário apura-se a existência de tentativas de suicídio anteriores, com presença recente de ideação suicida. A senhora A negou história familiar de suicídio bem como história de abuso físico ou sexual ou assédio.

Foi trazida ao SU por intoxicação voluntária com múltiplos fármacos sob a forma de comprimidos, sem menção de consumo concomitante de álcool.

Caso B

Trata-se de uma senhora de 38 anos de idade, divorciada, que refere trabalhar num restaurante que possui em sociedade com o seu irmão. Tem uma filha menor, que está à sua guarda. Refere ter muito boa relação com a sua família, nomeadamente com o seu irmão e com a sua mãe, que a ajuda a cuidar da sua filha. Refere que “embora a situação económica do país não esteja boa, eu trabalho muito e, graças a Deus, não tenho tido grandes dificuldades para cuidar da minha filha” (sic).

No momento da entrevista apresenta-se algo ansiosa, referindo que necessita ter alguma pressa para sair do serviço a fim de ir trabalhar.

Apresenta-se com contacto fácil, humor eutímico, apesar de referir estar com pressa aceita com agrado a entrevista e disponibiliza-se de imediato para participar na investigação.

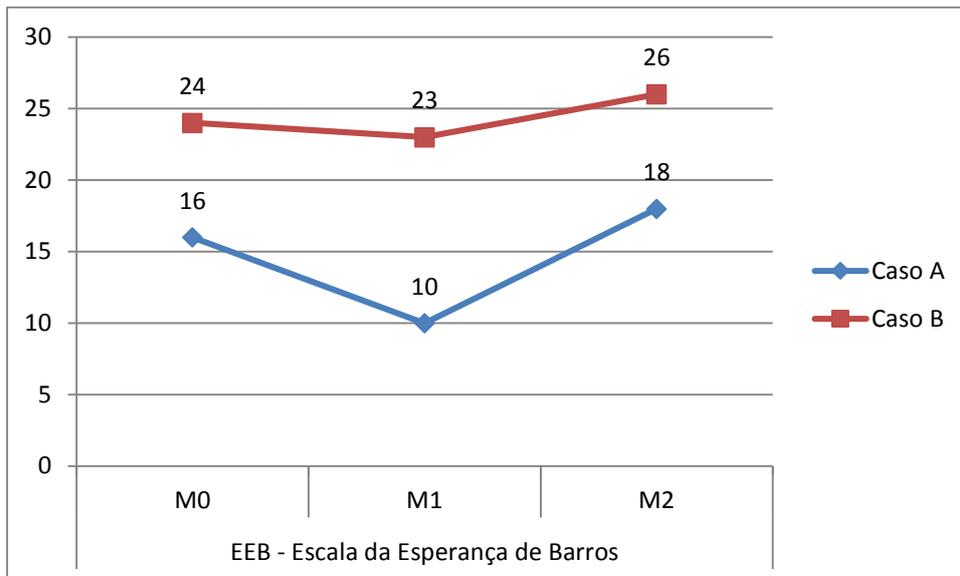
Através da aplicação do questionário sócio demográfico e de caracterização do comportamento suicidário apura-se a ausência de tentativa de suicídio anterior, a ausência recente de ideação suicida, a ausência de história familiar prévia de suicídio e a ausência de história de abuso físico ou sexual ou de assédio.

A senhora B foi trazida ao serviço de urgência por precipitação de um local que se apurou ser pouco elevado, junto a uma praia, para uma zona arenosa, do qual resultaram, em termos físicos, apenas pequenas escoriações.

Avaliação dos níveis de esperança

Os níveis de esperança iniciais (M0) do Caso A (antes da intervenção presencial no SU) eram moderadamente baixos (EEB=16), tendo apresentado um valor ainda mais baixo após a primeira intervenção telefónica (M1, 1 semana após a alta). Após a segunda intervenção telefónica (M2, 1 mês após a alta) o score da escala de esperança era um pouco mais alto, mantendo no entanto um valor moderado (EEB=18) (gráfico 1)

GRÁFICO 1: Resultados da aplicação da Escala de Esperança de Barros (EEB)



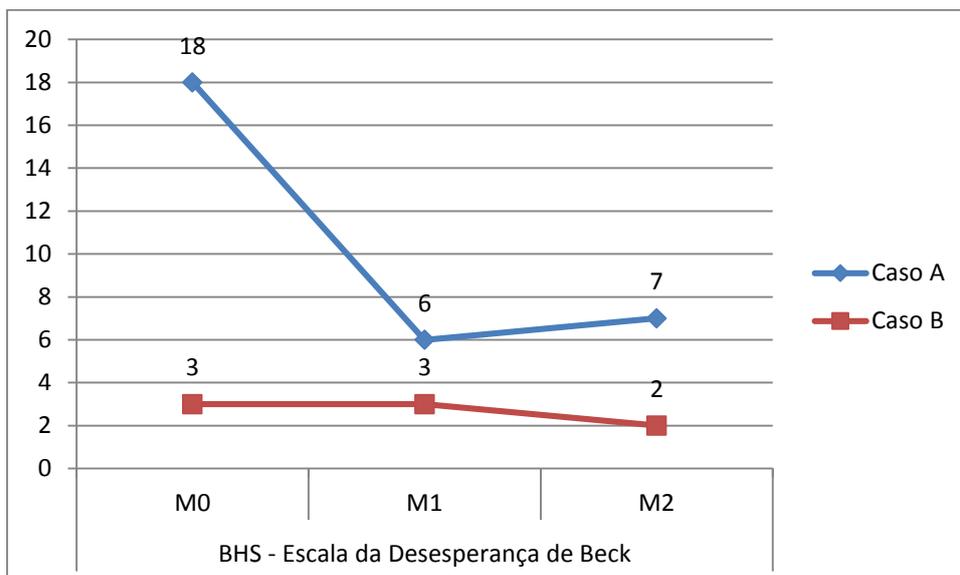
Avaliação da desesperança

O Caso A apresentava níveis iniciais de desesperança muito elevados (M0: BHS=18), correspondendo a uma situação de pessimismo severo.

Após as intervenções o caso A apresentou níveis mais baixos de desesperança, (M1: BHS=6, M2: BHS=7), valores que correspondem a níveis de desesperança médios.

O Caso B apresentava à partida níveis de desesperança baixos, que assim se mantiveram a longo do estudo. (Gráfico 2)

GRÁFICO 2: Resultados da aplicação da Escala de Desesperança de Beck (BHS)



Gráficos

Discussão dos resultados

No que diz respeito aos níveis de esperança avaliados segundo a escala de Barros, os dois casos apresentavam valores bastante diferentes: enquanto o caso A apresentava valores mais baixos desde a avaliação inicial à avaliação final, com uma melhoria relativa ligeira na última avaliação, o caso B apresentava níveis mais elevados de esperança, próximos do score máximo da escala (30). Estes dados são congruentes com a avaliação da desesperança através da escala de Beck, que mostrou valores tendencialmente inversos aos da esperança, o que foi particularmente notório no caso B. Já no caso A, a redução significativa dos níveis de desesperança não se fez acompanhar da recuperação acentuada dos níveis de esperança.

A este propósito, Cheavens et al. (2005), referem que a Esperança segundo Snyder e a Desesperança segundo Beck são dois constructos distintos, embora relacionados, pelo que é provavelmente útil usar ambos na abordagem psicoterapêutica.

Deste modo, parece-nos importante rever o desenho da intervenção, de modo a melhorá-la no que se refere ao fator esperança, já que parece estar mais dirigida à desesperança, dimensão na qual se encontraram melhores resultados.

Quanto à evolução ao longo do estudo, pode constatar-se em ambos os casos uma melhoria dos níveis de esperança e uma redução dos níveis de desesperança, com a evolução a manter-se ao longo do período do estudo, após as intervenções presenciais e telefónicas. Vaiva et al (2006) num estudo realizado em 13 serviços de urgência no norte da França envolvendo 605 indivíduos, concluíram que o contacto telefónico um mês ou menos após a alta pode ajudar a proporção de pessoas que voltam a tentar suicídio. Estes autores acrescentam ainda que o contacto telefónico também permite a deteção de pessoas em risco de futuras tentativas de suicídio e possibilita a sua referência para o serviço de urgência.

Conclusão

Embora, pelas limitações do estudo, nomeadamente do reduzido tamanho da amostra não seja possível generalizar conclusões dos resultados encontrados, podemos concluir que, nos casos em estudo a intervenção teve um impacto positivo nos níveis de esperança e desesperança.

Conclui-se ainda que a intervenção deve ser redesenhada por forma a melhorar o impacto na dimensão esperança, que teve melhorias menos acentuadas.

A intervenção presencial no SU parece ter um impacto importante, mas a ausência de avaliação após a intervenção presencial e antes da primeira intervenção telefónica não permite esclarecê-lo, pelo que se sugere a avaliação do impacto desta fase da intervenção de modo a avaliar a sua utilidade, comparativamente com uma intervenção apenas telefónica.

Sugere-se ainda a implementação do programa num número mais alargado de casos de modo a verificar a eficácia deste programa noutros casos, o que, a verificar-se pode sustentar a implementação do programa no atendimento sistemático dos utentes com comportamentos suicidários no SU.

Bibliografia

- Barros de Oliveira, J. – Esperança: Natureza e Avaliação (Proposta de uma nova Escala). *Psicologia Educação e Cultura*. Vol. VII, nº 1, (2003). p. 83-106.
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R., Stewart, B., & Steer, R. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *The American Journal Of Psychiatry*, 147(2).
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.
- Bertolote, J. M., Mello-Santos, C., Botega, N. J. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, S87-S95.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Woodward, J. T., & Snyder, C. R. (2006). Hope in Cognitive Psychotherapies: On Working With Client Strengths. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20, 12.
- Conn, S., Rantz, J., Wipke-Tevis, D., & Maas, L. (2001). Focus on Research Methods - Designing Effective Nursing Interventions. *Research in Nursing & Health*, 24, 433-442.
- Cunha, J. (2001). Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Gonçalves, A., Freitas, P., Sequeira, C. (2006). Comportamentos Suicidários em Estudantes do Ensino Superior: Factores de Risco e de Protecção. *Millenium*, 40, 149-159.
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (N. Salgueiro, Trans. 3 ed.). Loures: Lusociência.
- ICN. (2010). CIPE® Versão 2 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM. In ICN - International Council of Nurses (Ed.). Genebra ICN - International Council of Nurses.
- Kaplan, H., Sadock, B., Grebb, J. (2003). *Compêndio de Psiquiatria. Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica* (7ª ed.). Porto Alegre: ARTMED.
- Links, P, Bergmans, Y, Cook, M. (2003). Psychotherapeutic Interventions to Prevent Repeated Suicidal Behavior. [Research Commentary]. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 3(4), 445-464.
- Pais Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (3 ed.). Porto: Legis Editora.

- Sidani S, Braden, C. (1998) *Evaluating nursing interventions: a theory-driven approach*. London: Sage
- Vaiva, G, Ducrocq, F., Meyer, P., Mathieu, D., Philippe, A., Libersa, C., Goudemand, M. (2006). Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. [Randomised controlled study]. *BMJ*, 332, 1241-1245. doi: 10.1136/bmj.332.7552.1241
- WHO. (2000). *Preventing Suicide - A resource for Primary Health Care Workers*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2001). *The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2011). *Taxas Suicídio Portugal 1950-2009*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/media/port.pdf