

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de**  
**Saúde Mental e Psiquiatria**

Relatório de Estágio

**Este mundo não é meu!**

Risco clínico no âmbito do suicídio na adolescência

**Joana Moniz Pereira de Carvalho**

**Lisboa**

**2019**



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de**  
**Saúde Mental e Psiquiatria**

Relatório de Estágio

**Este mundo não é meu!**

Risco clínico no âmbito do suicídio na adolescência

**Joana Moniz Pereira de Carvalho**

Orientador: Professora Doutora Patrícia Pereira

**Lisboa**

**2019**



“O corpo diz o que as palavras não podem dizer”

Martha Graham

## **AGRADECIMENTOS**

Como todos os percursos ao longo da vida, este não deixou de ter os seus obstáculos. Ao seu sucesso quero agradecer:

Á Professora Doutora Patrícia Pereira não só pelo desafio a que me propôs, como pela sua incansável ajuda na elaboração deste relatório e todo o acompanhamento ao longo do curso e avante;

Aos meus colegas de curso que tão bem souberam motivar e ajudar, tanto durante o curso nesta fase tão importante do mesmo.

Aos adolescentes que me mostraram que realmente escolhi a profissão e a área de especialização mais correta para mim

Á minha mãe que me tornou na mulher que sou hoje em dia e que ajudou a proporcionar a realização deste curso e pela paciência que teve para mim nas fases mais atribuladas.

Ao meu Avô, Mário Moniz Pereira que, apesar de já não se encontrar entre nós, tornou possível a realização deste curso.

Á minha avó Carlota Moniz Pereira que fez parte da minha vida e que foi um exemplo de mulher na minha vida.

Á minha colega e amiga Vera Casimiro por me apoiar e pela paciência nos meus momentos mais difíceis.

Aos meus orientadores de estágio na comunidade Enfermeira P. Vaz e Enfermeiro J. por partilharem a sua experiência e me fazerem ver que todos juntos somos melhores.

Aos meus orientadores de estágio hospitalar M. Vidal e A. Maravilha, pela partilha de experiências, conhecimento e competências. Além de me terem ensinado a ser melhor pessoa ensinaram-me a ser melhor enfermeira. São pessoas espetaculares e profissionais exímios.

A todos os que fazem da minha vida uma vida repleta de coisas boas e valiosas.

## RESUMO

Este trabalho visa o desenvolvimento da temática do suicídio na adolescência em contexto comunitário e de internamento.

O suicídio é considerado a segunda causa de morte entre crianças e adolescentes e, como tal, um importante problema de saúde pública a nível mundial. Neste sentido, o enfermeiro especialista em saúde mental tem um preponderante papel no que diz respeito a esta problemática, não só em termos de intervenções de enfermagem como também no que diz respeito a medidas de prevenção e avaliação do risco clínico das crianças e adolescentes.

Ajudar os adolescentes na prevenção e na intervenção no suicídio, implica facilitar a expressão de sentimentos e emoções relacionados com as alterações e mudanças não só físicas, como sociais e emocionais típicas desta fase da vida, proporcionando uma melhor adaptação às mesmas e assim encontrar estratégias para os processos de transição. Como objetivo major deste trabalho enuncio o desenvolvimento de competências na área de saúde mental e psiquiatria no que diz respeito ao planeamento e desenvolvimento de intervenções de enfermagem em saúde mental na infância e adolescência de acordo com processo de avaliação do risco clínico.

As intervenções de enfermagem utilizadas tiveram como suporte teórico o modelo das transições de Afaf Meleis, pois esta teórica tem como foco as mudanças e transições na vida dos adolescentes e crianças e respetivas intervenções de enfermagem para que se possa antever potenciais necessidades e riscos para a vida.

Para o desenvolvimento deste trabalho, como complemento das intervenções de enfermagem, foram também realizadas pesquisas bibliográficas de artigos científicos, no âmbito da temática do suicídio.

**Palavras-chave:** adolescente, avaliação do risco, intervenções de enfermagem. saúde mental, suicídio.

## **ABSTRACT**

This work aims to develop the subject of suicide in adolescence, in a community context and hospitalization.

Suicide is considered to be the second leading cause of death among children and adolescents and as such is considered a major public health problem worldwide. In this sense, the Mental Health Nurse has a mainrole regarding this subject, not only in terms of nursing interventions, but also regarding measures to prevent and assess the clinical risk of children and adolescents.

Helping adolescents in suicide prevention and intervention implies facilitating the expression of feelings and emotions related not only physicalchanges but also social and emotional ones typical of this phase of life, providing a better adaptation and finding strategies during transitions process.

As a major objective of this work I mention the development of competences in the area of Mental Health and Psychiatry with respect to the Planning and development of nursing interventions in Mental Health in Childhood and Adolescence according to the Clinical Risk Assessment Process.

Nursing interventions were supported by Afaf Meleis transitions model, since this theoretical focuses on changes and transitions in the lives of adolescents and children and provide a guide for nursing interventions to anticipate potential needs and risks.

For the development of this work, as a complement to nursing interventions, bibliographical researches of scientific articles were also carried out in the context of suicide.

**Key-Words:** adolescent, mental health, nursing interventions, risk assessment, suicide.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	12
1.1. Avaliação do Risco Clínico.....	12
1.2. O Suicídio.....	14
1.3. Outros indicadores de Avaliação do Risco.....	16
1.3.1. Agressividade .....	16
1.3.2. Fuga .....	17
1.4. Instrumentos de avaliação do risco clínico.....	18
1.5. O Risco na Adolescência .....	18
1.6. Avaliação e intervenção do EESMP no adolescente em risco de suicídio ...	20
2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO.....	22
2.1.1. Intervenção de Enfermagem em grupos terapêuticos- Estágio em contexto comunitário.....	25
2.2. Percurso realizado em contexto hospitalar- Contextualização.....	31
2.2.1. Risco clínico em Saúde Mental- uma área de investigação .....	32
2.2.2. Prática clínica .....	36
4. QUESTÕES ÉTICAS .....	45
5. CONCLUSÃO .....	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	49
Apêndices.....	55
Apêndice I	
Apêndice II-Plano da atividade terapêutica em contexto comunitário	
Apêndice III-Plano da sessão de Psicoeducação “Como lidar com o medo”	
Apêndice IV- Diapositivos da sessão de Psicoeducação “Como lidar com o medo”	
Apêndice V- Poster “Como avaliar o Risco Clínico em saúde mental da criança e do adolescente?”	

Apêndice VI- Resumo "ARisCo\_\_\_\_\_smca-Avaliação do Risco Clínico na Saúde Mental da Criança e do Adolescente"



## INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio surge no âmbito do 8º curso de mestrado em enfermagem – área de especialização de enfermagem de saúde mental e psiquiatria da escola superior de enfermagem de Lisboa, tendo como a finalidade o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em saúde mental, em articulação com as competências estabelecidas para o grau de mestre em enfermagem.

O interesse por esta temática surgiu no âmbito da necessidade emergente em melhorar a resposta às necessidades de avaliação do risco clínico em saúde mental por parte dos profissionais de saúde. Pretende-se então, que o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria (EESMP) esteja capacitado para a intervenção em situações de elevada complexidade, de forma a responder às diferentes necessidades da pessoa a quem presta cuidados de forma eficaz, tendo em conta as múltiplas variáveis da pessoa. Neste sentido revela-se de extrema importância a intervenção do EESMP no contexto do suicídio na adolescência, no sentido de dar apoio e encorajar nesta fase da vida sujeita a maiores mudanças. O EESMP terá de estar desperto para facilitar a adaptação à mudança de forma a evitar que graves consequências advenham de comportamentos de risco.

O projeto desenvolvido para a elaboração deste relatório assenta na temática do suicídio na adolescência, nomeadamente no que diz respeito à avaliação do risco clínico. Este tema está incluído num projeto de investigação, intitulado de “Avaliação do Risco Clínico em Saúde Mental e Psiquiatria da criança e adolescente. ArisCo\_\_\_\_\_smca” que engloba parceiros como a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, o Instituto Superior Técnico, o Instituto Politécnico de Setúbal e o Centro Hospitalar Lisboa Central.

Sou enfermeira há 11 anos e passei por vários contextos diferentes sempre ligados à saúde do idoso. Este facto fez com que a faixa etária em que me debrucei para realizar este trabalho, suscitou algum desconforto e ao mesmo tempo curiosidade.

Só após uma primeira abordagem no que diz respeito à temática do suicídio na adolescência é que me deparei com a lacuna que existe nos serviços de saúde mental em geral e, neste caso, na unidade onde realizei o estágio de internamento.

Perante os factos e situações com que me deparei, o meu interesse tornou-se irrefutável no que diz respeito ao desenvolvimento de competências como EESMP de forma a apoiar e acompanhar adolescentes ao longo das grandes mudanças nas suas vidas, encontrando, em conjunto, estratégias para ultrapassar as dificuldades sentidas por cada um.

O presente relatório debruça-se sobre o percurso de aprendizagem realizado ao longo de 18 meses, parte integrante do curso de mestrado e pós licenciatura em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, como forma de concretização do projeto de estágio intitulado “Este mundo não é meu- Risco clínico no âmbito do suicídio na adolescência”.

Este relatório é de carácter reflexivo com metodologia descritiva, resultado de todas as situações e aspetos considerados importantes neste processo de aprendizagem e crescimento pessoal e profissional. Visa uma análise no que diz respeito à prática realizada nos diferentes contextos clínicos e posterior desenvolvimento de competências de EESMP, definidas pela Ordem dos Enfermeiros e patenteadas no Regulamento no 515/2018, de 07 de Agosto.

Este trabalho foi sustentado teoricamente em Afaf Meleis de forma a ter em conta uma abordagem holística que facilite a compreensão dos comportamentos da experiência vivenciada numa etapa particular da vida. A adolescência é uma transição especialmente favorável a comportamentos de risco.

Este relatório encontra-se dividido, em geral, em três capítulos. No primeiro irei enquadrar a temática em questão, no segundo capítulo será articulada a evidência científica com a experiência que tive ao longo dos estágios por onde passei. No terceiro capítulo irão ser expostas as vivências em cada campo de estágio, como que uma reflexão do que experienciei como enfermeira em âmbito comunitário e hospitalar. Este capítulo será subdividido em dois e no campo do estágio hospitalar irei debruçar-me sobre o que foi realizado, os objetivos e uma síntese narrativa da literatura. Em jeito de conclusão serão desenvolvidas as

questões éticas e a conclusão final que reporta as principais conclusões, assim como das limitações sentidas.

Este trabalho foi suportado cientificamente por meio de recurso a documentação eletrónica incluída em bases de dados como CINAHL e MEDLINE, com as palavras-chave: Adolescent, Mental Health, Risk Assessment, Nursing interventions, Suicide. Esta pesquisa teve como questão de partida para este estudo: “Quais as intervenções que o enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria pode desenvolver, no âmbito do suicídio na adolescência, tendo por base um instrumento de avaliação do risco clínico?”

Este trabalho foi estruturado tendo por base o guia orientador para elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações da ESEL 2017– Norma APA.

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1. Avaliação do Risco Clínico

A escolha da problemática em questão vem no sentido da necessidade de melhores e mais eficazes respostas em saúde no que diz respeito à avaliação do risco clínico (ARC). Segundo (Barker, 2004, p. 7) “a avaliação é o processo de tomada de decisão, baseado no conjunto de informação relevante, usando um jogo formal de critérios éticos, que contribui para uma avaliação global da pessoa e as suas circunstâncias.”

Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (PNSM) (Ministério da Saúde, 2008,p. 24)

”em Portugal é urgente promover a implementação de serviços, bem como o desenvolvimento de programas que visem assegurar respostas de qualidade às necessidades de cuidados da infância e adolescência, aos níveis da prevenção, tratamento e reabilitação.”

É notório que em contexto de internamento, onde existem situações diárias que levam ao sofrimento mental, existe uma extrema necessidade de ARC para atuar na prevenção de comportamentos de risco.

Apesar de todas as unidades de prestação de cuidados de saúde que integram equipas de enfermagem, terem diferentes necessidades, existe um denominador comum – o risco clínico-. Este pode surgir em diferentes conceções e dimensões, mas está presente na sua maioria, tornando-se assim necessário definir com maior precisão.

Segundo Morgan, (2000, p. 1) “risco em saúde mental foi definido como a probabilidade de um evento acontecer com resultados potencialmente prejudiciais ou benéficos para si e para os outros”. O mesmo autor, define avaliação do risco como:

“a reunião de informação e análise de potenciais resultados de comportamentos identificados. Identificar fatores de risco específicos de relevância

para um indivíduo, e o contexto em que estes podem ocorrer. Este processo requer a vinculação de informações históricas às circunstâncias atuais para antecipar possíveis mudanças futuras”

#### Também pode ser apresentado

“aos consumidores através de sistemas e tratamentos, como os efeitos colaterais da medicação, cuidados ineficazes, institucionalização e estigma social. Apesar destes tipos de risco clínico não serem imediatamente óbvios e detetáveis, deveriam ser cuidadosamente considerados na gestão e planeamento do mesmo.”  
(Ministério da saúde da Nova Zelândia, 1998, citado por Western Australia Department of health, 2008, p. 8)

Dentro desta temática podem ser identificados, segundo Top and End Mental Health (2004) citado por Western Australia Department of health, (2008, p. 8), três grandes grupos de risco clínico, nomeadamente, risco para o próprio, que inclui comportamentos auto-lesivos e risco de suicídio, risco para os outros, como heteroagressão física e sexual e comportamentos aditivos como drogas e álcool, e por fim risco através de outros, isto é, inclui abusos sexuais, violência doméstica, violência sexual, bullying.

Allnutt et al (2010) evidencia uma variedade de princípios que dizem respeito à Avaliação do Risco Clínico, nomeadamente que esta está em constante mudança seja qual for o período de tempo, que não pode ser totalmente eliminado e, assim, ser um processo inacabado, que é um processo contínuo que se inicia no momento da admissão passando pela implementação de intervenções e respetiva gestão dos seus indicadores, que a imparcialidade e individualização de avaliação do risco estão em causa, pois os indicadores regularmente estão associados a grupos e que a avaliação do risco tem por base que nenhum dos indicadores que importa predispõe um resultado por si só.

É de notar que não é só importante a avaliação do risco clínico como também a sua gestão. A gestão do risco clínico converteu-se, nos últimos tempos, num tema central das políticas de saúde a nível mundial (Rodrigues, 2015). Segundo a mesma

autora, a gestão e o risco, envolvem uma extensa variedade de intervenientes tanto em contexto laboral, como institucional, social e até mesmo financeiro. O impacto causado por eventos adversos é elevado e, sem dúvida, ultrapassa a dimensão do todo que é o doente. Quando uma organização, mesmo que em pequena escala, consegue perceber e estudar as suas falhas apreendendo e promovendo a sua segurança, não só melhora a qualidade dos cuidados que se prestam nessa organização como existe uma melhoria global no funcionamento dessa mesma.

## **1.2. O Suicídio**

Um dos grandes indicadores de risco clínico, e o selecionado para estudo, é o suicídio. Segundo Santos, et al (2012, p. 15), “ o suicídio é um fenómeno multifacetado” e “encontra-se significativamente ligado à doença mental (...)”. É, portanto, essencial que o risco de suicídio possa ser reduzido se existir uma intervenção eficaz na doença mental.

Para Falconi (2003, p.4), o suicídio é “um fenómeno multifacetado, complexo e universal que atinge todas as culturas, classes sociais, idades e possui uma etiologia multivariada, englobando elementos biológicos (neurológicos), genéticos, sociais psicológicos (conscientes e inconscientes), culturais e ambientais.”

“O suicídio encontra-se entre as cinco principais causas de morte na faixa etária dos 15- 19 anos, e se se cingir ao grupo etário dos 15-24 anos, corresponde à segunda causa de morte” (WHO, 2009, cit. por Santos,Façanha,Gonçalves,Ersa,Cordeiro& Façanha, 2012, p.51)

Este facto leva a que os enfermeiros devam interpretar os atos autodestrutivos, como um sinal de perturbação grave que pode ter como resultado final situações de crise e de sofrimento.

É, portanto, imprescindível a clarificação dos conceitos que esta temática implica, nomeadamente a ideação suicida que diz respeito à “representação mental (pensamentos e cognições) sobre como acabar com a própria vida. Apesar da inexistência de um gesto efetivo na conduta suicida, a ideação suicida também

abarca uma pulsão instintivo-afetiva que se traduz na intenção e no desejo de se matar a si próprio” (Zenhas, F, para1, 2016)

O suicídio, para Durkheim (2001, p.14) “é qualquer ato direto ou indireto que uma pessoa é capaz de fazer contra si, tendo como finalidade a própria morte.” As causas para tal comportamento são diversas, e quando uma pessoa termina com a própria vida não é fácil descobrir o que exatamente a levou a isso. O mesmo autor vem mostrar, então, que as causas para tal atitude não tem a ver somente com o indivíduo, mas sim com uma série de fatores sociais, nomeadamente os aspetos culturais da sociedade em que o indivíduo se insere.

Deste modo, o comportamento suicidário, revela um enorme desafio para a intervenção de enfermagem de saúde mental, pois assim que conhecidos os fatores predispostos, é possível programar e implementar intervenções mais individualizadas de forma a prevenir estes comportamentos. Segundo (Santos, J., et al, 2012, p.31), existem dois tipos de fatores de risco no suicídio sendo “dinâmicos ou estáticos, modificáveis ou não modificáveis.” Os fatores de risco dinâmicos e modificáveis são aqueles que podem sofrer alterações como por exemplo, a depressão, o uso de substâncias e a ansiedade. Os fatores de risco estáticos e não modificáveis são aqueles, cujo o próprio nome indica, que não são alteráveis com o passar do tempo, como por exemplo a idade, o género e a história de tentativa de suicídio prévia.

Os comportamentos suicidários são comportamentos de risco que constituem um dos maiores flagelos da nossa sociedade contemporânea, tornando-se essencial a avaliação minuciosa deste indicador de risco, na medida em que a avaliação deste fator pode diminuir o grau de risco, diminuindo conseqüentemente a probabilidade de concretização do suicídio.

É necessário, porém, ter em conta que não é um só fator de risco que determina ou evita o ato suicidário, mas sim todo o contexto em que o indivíduo se insere.

Segundo Peixoto, Saraiva, e Sampaio, (2006), Edwin Shneidman (1985), refere-se ao suicídio como um ato consciente de autoaniquilação induzida, num indivíduo carente que entende o suicídio como forma de resolver um problema.

Em 1985, Shneidman estabeleceu 10 características, comuns em indivíduos com comportamentos suicidas:

1. Propósito - procura de uma solução;
2. Objetivo – alteração;
3. Estímulo – dor psicológica intolerável;
4. Stress – frustração pela não satisfação das necessidades psicológicas;
5. Emoção – desespero/desesperança;
6. Estado cognitivo – ambivalência;
7. Estado percetivo – constrição;
8. Ação – fuga;
9. Ato interpessoal – comunicação de intenção;
10. Consistência – de acordo com as estratégias de coping mal-adaptativas do passado.

### **1.3. Outros indicadores de Avaliação do Risco**

Com o início do estágio em contexto hospitalar e com o levantamento das necessidades do serviço para a pesquisa a realizar acerca do risco clínico, surgiram outros indicadores de avaliação do risco, nomeadamente agressividade e fuga.

No local de estágio hospitalar existe uma escala de avaliação do risco que engloba indicadores como a auto e hetero agressão, fuga e suicídio. Todos estes indicadores são de elevado grau de importância numa primeira avaliação, assim como, numa avaliação intermédia e final se for necessário.

#### **1.3.1. Agressividade**

Muitas das definições encontradas na literatura referem, tal como Kassinove & Tate (2002) cit. por Townsend, (2011, p. 187) que a agressividade é “uma ação dirigida com o objetivo de magoar ou infringir dano numa pessoa ou objeto



específico”. Não posso ficar indiferente a esta afirmação, pois na minha opinião e sustentando a ideia de Gomez (2005) “a agressividade é um conceito subjetivo que sofre modificações na medida em que é muito próprio do ser humano o que implica, naturalmente, uma fonte de comunicação”

Um dos motivos mais frequentes no internamento é, precisamente, a agressividade, tanto autoagressividade (a si próprio) como hétero agressividade (aos outros). Como tal, é extremamente necessária uma avaliação rigorosa do risco no momento da admissão, perceber se já existiram estes comportamentos ou não, para que se possam prevenir estes e outros comportamentos.

### 1.3.2. Fuga

Outro indicador de risco identificado nos serviços de internamento, é o de fuga. Sendo a adolescência um período de transição que potencia o isolamento social e o afastamento dos pares e família, colocando em causa todas as relações que fazem parte do indivíduo e do ambiente que o envolve, este fator de risco deve ser valorizado, pois o adolescente ainda não tem a capacidade de decisão sobre o decorrer da sua vida totalmente desenvolvida. Segundo Marcelli&Braconnier (2005, p.127), fuga é a “partida impulsiva, brutal, na maioria dos casos solitária, limitada no tempo, sem finalidade determinada, na maioria das vezes numa atmosfera de conflito (...)”, seja esta atmosfera a sua casa, o serviço de internamento ou a instituição onde está inserido. Para o adolescente, o internamento é uma situação angustiante podendo até tornar-se dramática, na medida em que gera, ainda mais, mudanças radicais, e também dolorosas, em todos os aspetos da vida do jovem, sejam ao nível da sua imagem corporal, seja o afastamento do seu grupo de pares ou até mesmo da sua família. Seja o período de internamento curto ou mais prolongado o adolescente é confrontado com regras e rotinas que não existiam na sua vida (Bessa, 1997). Não é demais reforçar que o adolescente está numa fase de transição onde procura exaustivamente a formação de uma identidade onde o que mais valoriza é o grupo de pares, o que num ambiente restrito pode levar a que o adolescente se torne mais revoltado, agressivo e rebelde, visto que as suas

“necessidades básicas” estão a ser controladas. Este controlo pode levar a que o adolescente tenha um risco acrescido de fuga de forma a fugir a esta restrição.

#### **1.4. Instrumentos de avaliação do risco clínico**

Da pesquisa bibliográfica efetuada, verificou-se a existência de algumas escalas de avaliação do risco clínico. São alguns exemplos a escala de Grist (Galatean Risk Screening Tool) e a CRMT (Clinical Risk Management Tool/Working with Risk), para a avaliação do risco em geral. (Dunne, et al., 2011, p. 30).

A escala de Grist é uma escala em inglês que já se encontra adaptada para crianças/adolescentes que avalia os indicadores de risco clínico no âmbito da saúde mental. Tem o objetivo de interligar toda a informação que é recolhida pelo profissional de saúde no momento da entrevista com as variadas categorias de risco que podem ser avaliadas. Esta escala engloba como principais indicadores de risco, o risco de suicídio, de agressividade, onde estão incluídas a auto e hétero agressividade, de vulnerabilidade e o de autonegligência (Adams, 2012). Esta escala na versão inglesa esteve na base da construção do instrumento de avaliação hoje em uso no serviço desenvolvido por um dos enfermeiros em contexto da sua formação especializada.

#### **1.5. O Risco na Adolescência**

“O adolescente é o indivíduo que se encontra entre os 10 e os 19 anos de idade.” (WHO, 2011) e, segundo Saraiva (2006, p.141) “a determinação rigorosa do início e do fim da adolescência não é consensual, existindo algumas variações deste período etário impostas pelos contextos sociodemográfico e cultural.” Esta é uma etapa da vida em que, devido às variações emocionais, às transformações físicas, ao desempenho de tarefas mais complexas, existe uma grande expectativa e também uma grande aflição. É por estas razões que, neste período, surgem questões acerca do sentido da vida, o sentido da morte e até o tema do suicídio podendo em

determinadas situações assumir contornos mais definidos. Segundo Oliveira (2003, p. 742), a adolescência pode ser dividida em três diferentes períodos em que numa primeira fase, chamada pré adolescência (12-15 anos de idade), ocorrem mudanças drásticas em termos físicos e podem surgir sentimentos de solidão, uma segunda fase que designa por adolescência propriamente dita (15-18 anos de idade), em que as mudanças que ocorrem na fase anterior podem ser aprendidas e maturadas e por fim a última fase que designa como sendo a fase final da adolescência entre os 18 e os 21 anos de idade. Se, porventura, o adolescente não conseguir enfrentar com sucesso o desafio, podem suceder variados fatores de risco, pois existiu um desenvolvimento débil seja a nível individual, seja a nível social e familiar o que pode levar a uma visão negativa de si próprio o que poderá levar, em casos extremos, ao suicídio. Martins (2004), afirma que “a maioria das crianças/jovens com processos de promoção e proteção viram as suas vidas familiares a serem marcadas por situações de insegurança, instabilidade e negligência e as interações dominadas por registos de agressão e violência.” Por tal facto, existe uma grande probabilidade das crianças e adolescentes virem a desenvolver comportamentos desajustados, indesejáveis e até mesmo de risco que, no futuro, poderão dar origem a um problema de socialização e das relações emocionais, distúrbios emocionais, desresponsabilização e, até mesmo, dificuldades na formação da sua identidade.

A grande diversidade de manifestações de sofrimento mental durante a infância e a adolescência exige uma elevada diferenciação de diagnósticos de enfermagem e a implementação de intervenções que sejam adequadas às várias etapas do desenvolvimento. Se tivermos em linha de conta que, o adolescente alvo dos nossos cuidados se encontra em situação de vulnerabilidade acrescida por se encontrar a vivenciar, pelo menos, três transições em simultâneo – transição desenvolvimental, associada às mudanças no ciclo vital, transição situacional, associada ao internamento e a transição de saúde-doença, quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença (Meleis, 2010) denotamos ainda mais a pertinência que uma avaliação rigorosa do risco clínico tem em qualquer admissão.

A transição é compreendida como “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro” Chick e Meleis, (2010, p.25) Esta pode envolver uma mudança no estado de saúde, no desempenho de papéis, nas

expectativas e capacidades da pessoa o que pode requerer que a mesma incorpore novos conhecimentos, altere hábitos e comportamentos ou até que mude a definição do self num contexto social.

As transições são acompanhadas, por vezes, por uma vasta gama de transformações que podem interferir com o bem-estar da criança/adolescente e, consecutivamente, com a passagem bem-sucedida pela transição. Sensibilizado para isso, o enfermeiro tem como função, “avaliar continuamente e antecipar potenciais necessidades e riscos”(Santos, B., 2009, p. 13)

#### **1.6. Avaliação e intervenção do EESMP no adolescente em risco de suicídio**

A saúde mental envolve todo o ser humano e, quando afetada, atinge todas as suas dimensões. Sem saúde mental não é possível haver saúde no que diz respeito ao que é definido pela OMS (2001, p.2) como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. O conceito de saúde mental não se rege, apenas, pela “(...) ausência de doença, de perturbações mentais ou de alterações de comportamento.” (Sequeira, 2006, p.19). Esta pode ser definida pelas capacidades para “ser flexível, ter sucesso, estabelecer relações próximas, julgar adequadamente, resolver problemas, lidar com o stress do dia-a-dia e sentir o eu de forma positiva” (Neeb, 2000, p. 178).

O exercício da enfermagem de saúde mental baseia-se e sustenta-se na construção de uma relação terapêutica, onde a escuta, o interesse e o respeito promovem a confiança do cliente. Esta relação tem como principal instrumento terapêutico o enfermeiro (Townsend, 2011) e tem como objetivo estabelecer uma relação de ajuda para que possam guiar o cliente a encontrar estratégias para o seu “reencontro” (Costa, 2004, p.75).

Como tal, o autoconhecimento é uma ferramenta fundamental para a construção de uma relação terapêutica.

O enfermeiro, como instrumento terapêutico, deve também mobilizar competências de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossociais e psicoeducacionais (OE, 2011). Esta relação deve ser construída progressivamente,

tendo em conta os seus limites e potencialidades. Tal facto faz com que o cliente e sua família se sintam acolhidos, seguros e acima de tudo, aceites, para que a intervenção de enfermagem seja eficaz.

Segundo Santos, et al (2012, p. 21), existem quatro etapas essenciais para uma intervenção em enfermagem mais individualizada, sendo a primeira etapa acolhimento e dados de avaliação inicial, a segunda a avaliação clínica que diz respeito às necessidades do cliente, a terceira as intervenções e a quarta a avaliação final.

Shain (2016) refere que não é possível antecipar o suicídio com rigor e por isso só o risco poderá ser avaliado. Os especialistas têm um papel importante nesta etapa de avaliação, tendo em conta que um maior risco poderá estar associado à ideação suicida, à impulsividade o que poderá estar também associado a doenças do foro mental como a depressão e a psicose.

O enfermeiro realiza a avaliação dos comportamentos dos indivíduos, pois é na avaliação precoce do risco de suicídio, que se podem planear intervenções direccionadas a cada cliente.

Para que essas intervenções possam ser bem-sucedidas é necessária uma relação de confiança e de carácter empático que possa garantir ao adolescente, neste caso específico, a expressão natural dos seus sentimentos.

## 2. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO

Tendo em conta o objeto de estudo explícito no enquadramento teórico, considera-se de elevada importância o momento de analisar e avaliar o percurso académico por mim realizado com a finalidade de desenvolver competências enquanto EESMP. Como tal, este relatório teve como base um projeto realizado em contexto de sala de aula e aprovado para posterior aplicação. Este projeto é uma mais valia no que diz respeito à aquisição de competências em enfermagem não só em termos de desenvolvimento pessoal, como também profissional. Este contexto de aprendizagem é propulsor no que respeita à potencialização de capacidades, priorização de necessidades e gestão de expectativas.

Segundo Benner (2005), a evolução deve ter uma escalada lógica de forma a que o enfermeiro possa atingir um nível de perito. Partindo deste pressuposto delineei três grandes objetivos:

- Desenvolver competências especializadas na área da saúde mental e psiquiatria no âmbito do suicídio na adolescência;
- Conhecer o processo de avaliação do risco clínico em enfermagem de saúde mental e psiquiatria na infância e adolescência;
- Planear e desenvolver intervenções clínicas em enfermagem de saúde mental na adolescência de acordo com processo de avaliação do risco clínico, no âmbito das competências do enfermeiro especialista em saúde mental.

Estes objetivos assentaram, em grande parte, na questão de partida que surgiu no âmbito desta temática:

“Quais as intervenções que o enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria pode desenvolver, no âmbito do suicídio na adolescência, tendo por base um instrumento de avaliação do risco clínico?”

Estes objetivos foram atingidos através de atividades que fui desenvolvendo ao longo do meu percurso assim como as competências enquanto enfermeira especialista. A questão de partida será, posteriormente, respondida como resultados das intervenções que realizei.

Tendo em conta que o objetivo major do estágio é certificar que o estudante adquire competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental, definidas pela Ordem dos Enfermeiros, a escolha dos locais de estágio é deveras importante. Existiram alguns critérios que tiveram um peso maior na escolha dos locais de estágio, nomeadamente a existência de, pelo menos, um enfermeiro especialista em saúde mental no serviço com experiência e contacto com a temática do risco clínico e o suicídio e um serviço onde a população fossem adolescentes.

Os locais de estágio selecionados cumpriram eximamente todos estes critérios. No estágio comunitário foram realizadas intervenções no âmbito dos cuidados psicoterapêuticos e socioterapêuticos, num grupo terapêutico inserido na comunidade, e no culminar de cada sessão, realizado um registo sobre o vivido no grupo. O estágio hospitalar consistiu na prestação de cuidados à criança e adolescente e sua família, em situação de crise.

### **2.1. Percurso realizado na comunidade- contextualização**

O meu percurso neste novo e desafiante caminho teve início na comunidade numa clínica especializada para adolescentes em Lisboa. Os cuidados prestados nesta clínica destinam-se a adolescentes com idades entre os 13 e os 17 anos de idade, assim como das suas famílias. Funciona como um hospital de dia em que cada adolescente se desloca para participar em atividades terapêuticas, sejam elas em grupo ou individuais, com os dois enfermeiros especialistas, e também serem seguidos continuamente por um pedopsiquiatra. Este local de estágio foi um desafio na medida em que, a área de pedopsiquiatria era desconhecida para mim, nunca tendo tido, até à data, contacto com uma população tão particular como esta. O estágio na comunidade foi realizado entre os dias 25 de setembro e o dia 6 de dezembro de 2017 e teve como grande objetivo desenvolver as competências do enfermeiro especialista em saúde mental descritas no REPE (Ministério da Saúde, 2011), nomeadamente, “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”

A clínica onde foi desenvolvido este primeiro estágio integra uma equipa multidisciplinar que inclui enfermeiros, médicos psiquiatras, técnicos de serviço social, psicólogos, psicomotricista e terapeuta ocupacional. A equipa de enfermagem é constituída por três enfermeiros especialistas em saúde mental, sendo que dois estão responsáveis pelo acompanhamento de jovens em hospital de dia.

A abordagem desta clínica incide não só no acompanhamento dos adolescentes em termos de consultas médicas, como também na realização de atividades terapêuticas de enfermagem. Estas atividades terapêuticas são realizadas diariamente e de acordo com o projeto terapêutico de cada adolescente. A referenciação para este serviço pode ser feita pelo hospital ou também pela comunidade. As atividades terapêuticas são realizadas em grupos de adolescentes, não excedendo os 10 adolescentes, ou como terapia individual, dependendo da necessidade e projeto terapêutico dos jovens.

Além destas intervenções de enfermagem, realizavam-se nas instalações da clínica, reuniões de equipa com todos os elementos presentes para discussão de casos ou referenciação de novos. As reuniões aconteciam às quintas feiras no período da manhã.

No início deste estágio, a minha prioridade foi conhecer a estrutura física e dinâmicas de organização da clínica, desenvolver competências ao nível do trabalho em equipa inter e intradisciplinar, conhecer e participar ativamente nas intervenções de enfermagem que digam respeito à temática do suicídio e risco de suicídio na adolescência. Nesta clínica tive a oportunidade de acompanhar os enfermeiros especialistas em saúde mental na gestão e intervenções de enfermagem aos adolescentes, assim como também tive a oportunidade de acompanhar um grupo liderado por um enfermeiro e uma terapeuta ocupacional.

Tive o desafio de acompanhar dois grupos de adolescentes, um grupo de jovens (5), três raparigas e dois rapazes, que tinham idade entre os 13 e os 17 anos de idade cada um com a sua individualidade em construção. Desde o início tive deter bem presente alguns conceitos importantes, no que diz respeito a esta fase da vida que é a adolescência. A adolescência sendo uma fase da vida de transições de extrema importância, requer uma abordagem que procura uma reflexão e



conhecimento aprofundado no que diz respeito a esta etapa da vida. Esta é uma fase de difícil transição, pois os jovens tanto requerem uma necessidade de afirmação e autonomia, como precisam de uma rede de suporte que sustente esta fase do crescimento.

A adolescência como um período de transição, remete-nos para o que Afaf Meleis referencia na teoria das transições. Estando estes jovens numa altura da vida em que sofrem uma transição deveras importante, a autora defende que “esta pode envolver uma mudança no estado de saúde, no desempenho de papéis, nas expectativas e capacidades da pessoa o que pode requerer que a mesma incorpore novos conhecimentos, altere hábitos e comportamentos ou até que mude a definição do self num contexto social” (Chick & Meleis, 2010, p.25).

As transições são acompanhadas, por vezes, por uma vasta gama de transformações que podem interferir com o bem-estar da criança/adolescente e, consecutivamente, com a passagem bem-sucedida pela transição. Os enfermeiros estão numa posição mais próxima para avaliar as necessidades psicossociais do cliente durante os períodos de transição do papel e fornecer as intervenções necessárias com base nas necessidades e privações do indivíduo criadas pelas transições de função (Meleis A., 2010, p. 13).

O enfermeiro tem, portanto, um papel fundamental no que diz respeito à avaliação do comportamento do indivíduo nomeadamente no risco de suicídio. A avaliação precoce permite uma intervenção dirigida e adaptada a cada adolescente.

#### 2.1.1. Intervenção de Enfermagem em grupos terapêuticos- Estágio em contexto comunitário

Sendo esta uma fase da vida muito sensível, é necessário que os jovens que constituem estes grupos terapêuticos se sintam apoiados, isto é, que sintam que o grupo dê resposta às suas necessidades emocionais e ao mesmo tempo promover a capacidade de criar relações positivas e sólidas com os restantes membros do grupo. Assim, um grupo terapêutico encontra-se sob a orientação de um terapeuta e um coterapeuta.

As sessões de grupo terapêutico tinham uma frequência semanal e a duração de cerca de 120 minutos, sendo constituídas por aquecimento, corpo da sessão, conclusão e partilha. A primeira sessão, realizada com os dois enfermeiros especialistas, suscitou em mim uma série de sentimentos e emoções que me deixaram pouco à vontade. Estava na incerteza acerca do que seria ali trabalhado apesar da recolha de informação e conhecimento teórico adquirido. Um dos maiores receios que senti disse respeito ao medo de falar. A ideia de provocar um sentimento menos positivo nos adolescentes por referenciar um assunto sensível, era aterradora. Este pensamento constou na minha reflexão do dia 25 de setembro de 2017:

"No primeiro dia de estágio estava nervosa, pois não sabia o que iria enfrentar e, visto que nunca tive experiência direta em psiquiatria, estava expectante." Apesar deste receio, o facto de saber que o enfermeiro especialista tem um valor incalculável nos cuidados ao jovem em contexto comunitário deixava-me com muita sede de saber para ultrapassar este medo.

Na primeira parte da sessão fui apresentada ao grupo que, no início do ano letivo, ainda era reduzido. Apesar disso o ambiente em que se trabalhava era um ambiente calmo, controlado e, como era a primeira sessão a que assistia optei por adotar uma postura de observação. Com o passar do tempo e à medida que ia conhecendo os jovens e o método de trabalho dos enfermeiros que acompanhava, consegui diminuir a tensão e, observando as intervenções dos enfermeiros e realizando as reflexões diárias, esse medo foi desvanecendo.

Os adolescentes presentes nos grupos já tinham transitado do ano anterior e, como tal já conheciam o funcionamento dos grupos, assim como uns aos outros. Quando entra um novo elemento para o grupo, os elementos que já o constituem fazem as apresentações e convidam o novo elemento a entrar. Uma curiosidade no grupo que acompanhei com maior regularidade foi que sempre que entrava um novo elemento ou que havia necessidade de se juntarem grupos, os jovens eram muito carinhosos com os novos elementos e faziam questão de fazê-los sentir à vontade.

No que diz respeito à estruturação das sessões, verifiquei que esta é “maleável”, isto é, tem de ser adaptada à medida que o grupo vai dando resposta de forma a acompanhar todos os elementos desse grupo. Perante a experiência que vivi, quanto mais conhecimento o terapeuta (enfermeiro) tem acerca do grupo que lidera, mais capacidade tem de se adaptar às necessidades daquele grupo.

Como tal no início de cada sessão era perguntado a todos como tinha corrido a semana e a partir desse ponto os enfermeiros sabiam o que havia a ser trabalhado. É neste momento que terapeuta e coterapeuta mostram a sua capacidade de reinventar-se em torno do outro (Vinogradov e Yalom, 1992). O objetivo máximo destas sessões era mobilizar cada elemento do grupo e ao mesmo tempo todos em geral, de forma a que, o grupo por si só, encontrasse estratégias para resolver os obstáculos que cada elemento apresentava. Dada a minha falta de experiência no que diz respeito ao contacto com adolescentes nestas condições de saúde, a minha intervenção nas primeiras sessões foi um pouco limitada dado ao receio que ainda se fazia sentir como fiz questão de colocar na reflexão do dia 26 e setembro de 2017:

“Tentei introduzir-me como “coterapeuta”, mas tenho sempre a sensação que estou a mais e nem sempre sei se devo interagir com os jovens do grupo”

Ao longo das reflexões diárias desenvolvidas denotei que esse receio foi desvanecendo, na medida em que ia conhecendo melhor o grupo e também o grupo me recebia de maneira diferente. Cada adolescente que fazia parte do grupo terapêutico era único, contudo um pequeno/grande pormenor os unia a todos-limites. A falta de limites tanto a nível social, como familiar e pessoal. Muitas das vezes crescia uma vontade de sair das sessões com cada um e ir pelo mundo mostrar-lhes que a vida não é assim tão má e tão difícil. Tive a necessidade de me controlar para que não colocasse a minha maneira de ver a vida em prol da dos adolescentes, para que estes sozinhos conseguissem arranjar estratégias para se adaptarem e resolverem o seu sofrimento. Também me apercebi que esta dificuldade em cumprir regras e estabelecer limites não passava de um pedido de ajuda. Pedido de ajuda este que se refletia em comportamentos desajustados e, por

vezes, de risco. As tentativas de suicídio estavam incluídas nestes comportamentos. Como refiro na reflexão realizada em outubro de 2017:

“O grupo começou com a questão de como tinha corrido a semana de cada um. Uns responderam que tinha tudo corrido bem, mas houve uma adolescente que me intrigou, pois a sua resposta foi, “esta semana correu mal porque fiz disparates” (sic).

Um pouco mais à frente apercebi-me que tinha vários cortes no seu antebraço esquerdo.”

Cabe ao terapeuta e co-terapeuta terem a capacidade e flexibilidade para se ligarem ao adolescente em sofrimento para que consigam fazer com que o próprio chegue ao cerne da questão e daí arranjar estratégias para ultrapassarem o seu obstáculo.

Está contemplado no REPE (Ministério da Saúde, 2011) que o enfermeiro “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.” Este processo de autoconhecimento só foi valorizado por mim no momento em que estabeleci contacto com os adolescentes da clínica e a curiosidade e vontade de cuidar e intervir juntos destes começou o seu crescimento.

Com o passar do tempo comecei a sentir-me mais integrada. No dia 17 de outubro de 2017, foi realizada numa das atividades terapêuticas, um jogo que tinha como objetivo a expressão de sentimentos. Nesta atividade ocorreu uma situação que eu valorizei para refletir:

“Senti que neste jogo intervim mais com os participantes, apesar de nalguns momentos, ter sentido que nos atropelámos com as questões que queríamos fazer. É necessário ter em conta que os técnicos não se podem sobrepor uns aos outros, pois pode interferir com o progresso dos cuidados ao grupo.

”No dia 14 de Novembro de 2017, sucedeu uma situação que referi numa reflexão para poder perceber e refletir sobre as minhas ações:

“Cerca das 12:00, estava no gabinete de enfermagem, bate à porta a adolescente em questão a perguntar pela enfermeira. Fiquei surpreendida por ela estar ali aquela hora, mas respondi-lhe calmamente que a enfermeira estava ocupada, mas viria brevemente. Houve um momento de hesitação da minha parte em manter uma “conversa” com a A., pois não sabia se seria confortável para a própria criar algum tipo de relação. Apesar disso, aproximei-me da jovem e comecei por tentar perceber o porquê de ter faltado à sessão de manhã. Começou a desenrolar-se um diálogo, muito naturalmente. Foi então que sugeri irmos para a sala de reuniões para estarmos a sós, pois na mesma sala estavam também alunas de enfermagem presentes e achei que a A. precisaria de privacidade. Tal facto deveu-se à minha perceção de pedido de ajuda por parte da jovem. Eu sugeri e ela aceitou, sem qualquer resistência, e iniciou-se um diálogo. ”Durante este diálogo, recordei o processo de aprendizagem pré estágio, nomeadamente no que diz respeito aos silêncios, a ajudar o outro a pensar e a criar estratégias/plano de ação para conseguir ultrapassar os obstáculos que verbaliza assim como os que não verbaliza, mas que estão implícitos. A jovem referiu que a sua vida estava mais calma, sentia que os outros a compreendiam mais. Este episódio veio engrandecer esta aprendizagem que realizei, porque sinto que neste momento comecei a aperceber-me que conseguia ultrapassar os meus próprios receios.

Este estágio enriqueceu a minha capacidade de autoconsciencialização e capacidade de reflexão. Creio que sem estas duas dimensões a minha intervenção como EESMP não faria qualquer sentido no que diz respeito ao crescente de competências assim como da autonomia. Muitas das sessões delineadas refletiam-se na expressão de sentimentos e emoções. Como tal propus realizar uma atividade terapêutica dentro desta temática, pois verifiquei, ao longo das sessões assistidas, que poderia ser um ponto de partida para a espontaneidade para se falar

acerca dos obstáculos de cada um. Como principal dificuldade enfrentei uma questão com a qual nunca tinha lidado: Não são crianças, mas também ainda não são adultos, como vou lidar com este obstáculo próprio?

Após alguma pesquisa realizada para a realização desta atividade e juntando a minha experiência noutro campo, como a dança e a música, decidi introduzir estes dois aspetos na atividade proposta. A atividade consistia, então, na expressão de sentimentos através de mímica acompanhado de música. Como em algumas atividades terapêuticas houve um aquecimento inespecífico que tinha como objetivo visar a compreensão da temática por parte do grupo, assim como homogeneizar a energia do mesmo. Neste momento partilharam-se vivências de cada um da semana que tinha passado e foi a partir deste ponto que se deu início à dinâmica de grupo.

Esta dinâmica consistia na escolha de três cartões com sentimentos escritos que tivessem sentido ao longo da sua vida com os quais se identificassem. Em seguida escolhiam uma cor que atribuíam a cada um desses sentimentos sem revelar ao grupo. Escolhiam a música que achavam que poderia ajudar na expressão desse sentimento e iriam tentar que o grupo adivinhasse os sentimentos escolhidos. O momento de partilha passou pela reflexão da atividade terapêutica. Posso afirmar que estava muito expectante em relação a esta atividade terapêutica, pois sabia que teria de lidar com um grupo de 5 adolescentes em que teria de saber manter o controlo e a assertividade para com eles, assim como de me precaver com qualquer desvio do planeamento, fosse ele proporcionado pelos jovens ou mesmo pelo material de áudio. O primeiro momento do aquecimento decorreu sem qualquer tipo de dificuldade, embora os orientadores tenham ajudado na questão da orientação do grupo e do início da atividade. O momento da dinâmica propriamente dito, foi um pouco mais conturbado, na medida em que cheguei (no final) à conclusão que havia demasiadas variáveis em jogo- os cartões de sentimentos, as cores, a música e a mímica. Apesar disso, como o grupo me conhecia, também os jovens me ajudaram a mim e conseguiram perceber qual o meu objetivo e foi como uma perfeita interligação entre mim e os adolescentes.

O momento da partilha foi o momento que mais me marcou nesta atividade. Especificamente dois adolescentes em particular, pois neste momento revelaram sentimentos que nunca antes o tinham feito. Confesso que fiquei surpresa perante

este momento, pois não tinha pensado que estas questões poderiam surgir. De certo modo foi importante que esta situação tenha ocorrido, na medida em que, o enfermeiro deve ter destreza mental para que consiga manter a orientação do grupo perante situações imprevisíveis.

Nesta situação específica, a intervenção dos enfermeiros orientadores foi deveras fulcral e assumi um papel mais discreto para tentar aprender como lidar com uma situação em que um dos adolescentes demonstra um sentimento de raiva para com a própria mãe e não admite e a outra se recusa a exprimir qualquer tipo de sentimento. A realização desta atividade permitiu-me ter a perceção de que o planeamento é um guia no que diz respeito à temática da situação, pois são os adolescentes que orientam de certa forma as atividades para que facilite o encontro de estratégias para lidar com as questões que vão surgindo. Apesar de ter realizado esta atividade como “terapeuta”, tive a oportunidade de participar e intervir nas várias atividades desenvolvidas ao longo deste período, o que contribuiu para o desenvolvimento das minhas reflexões diárias e, conseqüentemente, enriqueceu a minha aprendizagem.

O desenvolvimento de competências reflexivas, tendo como pressuposto a reflexão, torna o profissional sabedor daquilo que faz, porque ao realizar uma análise retrospectiva consciente e intencional acerca do que aconteceu começa a compreender e a controlar a sua experiência (Palmer, Burns e Bulman, 1995; Newton, 2000). Todo o percurso realizado foi resultado de uma variedade de situações impulsionadoras de reflexão e análise, que tiveram como culminar o desenvolvimento do autoconhecimento e autoconsciência, sempre procurando interpretar e refletir acerca da prática desenvolvida.

## **2.2. Percurso realizado em contexto hospitalar- Contextualização**

O estágio hospitalar decorreu entre o dia 6 de dezembro de 2017 e o dia 9 de fevereiro de 2018. Este estágio foi de maior duração, de modo a que o projeto de estágio elaborado, pudesse ser implementado no local de estágio. Por sua vez, o mesmo projeto, está inserido no projeto de investigação “ARisCo\_\_\_\_\_smca- Avaliação do risco clínico na saúde mental da criança e do adolescente”. Este estágio foi realizado numa unidade de pedopsiquiatria em Lisboa.

Com o desenvolver deste estágio, além de envolver a implementação do projeto, está também implícito o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em saúde mental. Todas as competências estão envolvidas, mas aquelas que estiveram mais presentes foram a F2, “assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade e na otimização da saúde mental” e a 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”, segundo o REPE (Ministério da Saúde, 2011).

Esta unidade de pedopsiquiatria tem uma lotação máxima de 16 crianças e adolescentes, com idade até 18 anos, em situação de episódio agudo ou subagudo, que tenham residência na área que abrange a ARS de Lisboa e Vale do Tejo, ARS do Alentejo e Algarve e Regiões Autónomas(Almeida, Ferreira, & Nabais, 2010).

Algumas das problemáticas mais frequentes identificadas nesta unidade foram perturbações do comportamento alimentar, tentativas ou ideações suicidas e perturbações do comportamento. Estes exemplos são situações de grave desorganização psíquica quer para o utente quer para a sua família, podendo colocar em risco a vida de todos os intervenientes. O internamento nesta unidade advém como consequência da insuficiente resposta da intervenção ambulatória, quando os casos são mais graves, quando existe uma necessidade de elucidação acerca do diagnóstico ou até mesmo quando existe um ambiente familiar pouco contentor com inexistência de rede social.

#### 2.2.1. Risco clínico em Saúde Mental- uma área de investigação

Como foi referido anteriormente, o projeto que defini previamente está incluído num projeto de investigação, ARisCo\_\_\_\_\_smca, que tem como objetivo major a criação de um instrumento de avaliação do risco informatizado que seja transversal a todos os profissionais de saúde, de modo a que a linguagem trabalhada seja semelhante.

Para que este objetivo seja atingido foram criados ao longo do ano de 2018 dois *focus group*, constituído por médicos e enfermeiros, com a finalidade de construir um



instrumento de avaliação com base na auscultação da experiência dos profissionais envolvidos.

Segundo Silva (2014, p.177), “os *focus group* são um método de investigação dirigidos à recolha de dados; localiza a interação na discussão do grupo como a fonte dos dados e, reconhece o papel ativo do investigador na dinamização da discussão do grupo para efeitos de recolha de dados”.

Desta forma, o *focus group* favorece o ambiente entre os participantes de forma a que a opinião dos outros auxilia a construção da sua própria opinião. No caso do projeto ArisCo\_\_\_\_\_smca, este grupo é interdisciplinar e inclui membros com experiência nas áreas de psiquiatria infantil, interação homem-computador, engenharia de software, processamento e modelagem de dados e inteligência artificial. Participaram alunos de licenciatura e mestrado em engenharia informática e enfermagem, onde fui um dos elementos.

O primeiro *focus group* foi realizado em meados do mês de março, nas instalações de um hospital em Lisboa, e contou com a participação de 6 enfermeiras a desempenharem funções no serviço de pedopsiquiatria deste hospital, uma Pedopsiquiatra, duas professoras doutoras em enfermagem da ESEL, duas estudantes de licenciatura em enfermagem e uma aluna de mestrado em enfermagem de saúde mental.

Neste *focus group* foram analisados todos os campos da grelha de avaliação do risco já existente no serviço de pedopsiquiatria deste hospital. Diversos aspetos foram considerados acrescentar a esta grelha de forma a conseguir reunir os critérios necessários para uma avaliação do risco mais criteriosa. Alguns dos critérios a enumerar dizem respeito ao risco clínico em termos dos comportamentos alimentares, de autoagressividade e até foi referido um novo item relacionado com fatores de vulnerabilidade. Estes fatores dizem respeito à história prévia do adolescente com por exemplo, família (se é disfuncional ou não), se já existiu institucionalização, como é a sua interação social, se existe algum défice cognitivo, história de abuso. Neste campo também foram incluídos itens como comportamentos de risco de índole sexual, atividades ou experiências limite, como por exemplo, o parkour amador e até mesmo os consumos de substâncias nocivas para a saúde.

A participação neste *focus group*, culminou numa experiência enriquecedora tanto a nível pessoal como a nível profissional, na medida em que verifiquei que é extremamente necessária uma equipa multidisciplinar que exponha as suas diferentes experiências em prol dos seus utentes de forma a melhorar cada vez mais os cuidados de saúde. Os dados do *focus group* foram posteriormente analisados pela equipa de investigadores e suportaram a elaboração do novo instrumento de avaliação do risco clínico, que se encontra em fase de teste preliminar.

No desenvolvimento deste projeto de investigação, também foi realizada pesquisa bibliográfica na plataforma da EBSCO, nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, de forma a poder fazer-se uma síntese narrativa da literatura. Esta síntese tem como finalidade mapear todas as fontes que poderão conter material que se possa utilizar para a formação do novo instrumento de avaliação do risco. O que está preconizado na unidade de pedopsiquiatria do hospital em estudo é que o preenchimento da escala de avaliação deve ser realizado no momento da admissão e a partir daí semanalmente ou sempre que seja necessário ou exista alguma situação que seja iminente a alteração do risco. A escala é uma escala numérica e cabe ao técnico que a aplica atribuir a classificação que julga ser a mais próxima da realidade do cliente a quem aplica. Esta classificação não visa a atribuição de um resultado final concreto, apenas uma visão do grau do risco clínico que o cliente pode demonstrar. Esta escala, normalmente aplicada pelos enfermeiros que são parte integrante da equipa desta unidade, aliada às intervenções realizadas no internamento, permite apoiar o cliente na sua recuperação, minimizando os prejuízos na sua saúde mental. Apesar deste facto, os técnicos que aplicam esta escala, afirmam que esta poderia ser mais sensível e mais próxima da realidade, para que os cuidados de saúde sejam individualizados e a recuperação da saúde mental seja mais eficaz.

Em conjunto com uma aluna de mestrado do Instituto Técnico de Lisboa, colheram-se dados para a construção de árvores de decisão para cada um dos riscos, suicídio, autoagressividade, heteroagressividade e fuga. Estes dados foram conseguidos através da consulta de todos os processos desde o ano de 2015, data de implementação da escala em vigor, até ao ano de 2017.

Até à data presente, foram utilizadas para estudo, 321 avaliações de clientes hospitalizados entre 2015 e 2017 em que foi possível verificar que o grau de risco

incluído na escala em vigor não corresponde à avaliação dos técnicos que a aplicaram.

No período de estágio e da realização deste relatório, concomitantemente com o desenvolvimento do projeto “ARisCo\_\_\_\_\_smca”, surgiu a oportunidade de apresentar um poster no XVII Simpósio da Sociedade Portuguesa de Suicidologia em 2018, intitulado de “Como avaliar o risco clínico em saúde mental da criança e do adolescente?”, apresentado no apêndice V. Este poster foi apresentado mediante apresentação escrita de um resumo da pesquisa realizada.(Apêndice VI)

O poster apresentado descrevia o objetivo major do projeto “ARisCo\_\_\_\_\_smca” como, identificar as dimensões consideradas na avaliação do risco clínico em serviços de saúde mental para crianças e jovens, bem como as estratégias utilizadas pelos profissionais para realizar esta avaliação. Como questões de orientação de pesquisa foram identificadas: quais as dimensões consideradas e quais as estratégias utilizadas na avaliação do risco clínico em serviços de internamento de saúde mental e psiquiatria da infância e adolescência? Realizou-se uma pesquisa bibliográfica, em bases de dados e pesquisa referenciada (n=2). Na CINAHL foram encontrados 209 artigos, tendo sido excluídos 206 artigos (título e resumo) e incluídos 3. Na MEDLINE foram encontrados 272 artigos em que 271 foram rejeitados e incluído 1 artigo. Total 4 estudos incluídos.

Como resultados da pesquisa apurou-se que a avaliação do risco clínico em saúde mental da criança e do jovem carece de instrumentos próprios para esta faixa etária. Por este motivo, existem serviços de saúde mental infantil que utilizam instrumentos de avaliação de versões de adultos; outros optam por não utilizar nenhum instrumento (Phillips, N.; Stargatt, R. & Brown, A., 2012). Desta revisão apurou-se ainda que avaliação do risco clínico é realizada de forma estruturada, com a utilização de instrumentos; não estruturada, apostando na capacidade de observação clínica e perícia profissional; e ainda existe situações onde se realiza os dois tipos de avaliação de modo complementar. As dimensões que avaliam são a auto e heteroagressão, a autonegligência (que pode ser também negligência das pessoas significativas), a vulnerabilidade individual, familiar e social, o comportamento sexual nocivo e as dificuldades de aprendizagem. Contudo, existe dificuldade em encontrar instrumentos de avaliação do risco clínico que contemplem

todas as dimensões enunciadas e que deverão figurar de um instrumento de ARC. Maioritariamente os instrumentos reportam-se a uma dimensão em particular, p.e, violência ou suicídio. Neste sentido, existe a necessidade de criar um instrumento que permita ao profissional de saúde uma ARC das diferentes dimensões integradas, por forma a ter uma avaliação não só mais precisa como também mais completa.

A participação no projeto “ARisCo\_\_\_\_\_smca”, tornou visível que é emergente a criação de um instrumento de avaliação do risco clínico, pois tanto a sensibilidade do instrumento em uso, como a sensibilidade dos profissionais que o aplicam, podem influenciar a avaliação do mesmo.

No que diz respeito ao risco clínico ao nível do suicídio na adolescência, a participação neste projeto de investigação mostrou ser emergente a sensibilização dos profissionais de saúde para esta área, nomeadamente os enfermeiros. Esta classe de profissionais de saúde tem um papel extremamente importante na prevenção, tratamento e promoção dos cuidados de saúde. A minha participação no projeto de investigação “ARisCo\_\_\_ smca”, mostrou-me que a área da enfermagem saúde mental a nível do suicídio na adolescência, ainda é um “mundo por descobrir”.

### 2.2.2. Prática clínica

O papel do enfermeiro, como parte integrante desta equipa, ganha um destaque importante na medida em que acompanha a criança/adolescente 24 horas por dia, tentando manter um ambiente seguro e terapêutico. Neste serviço, a equipa de enfermagem, baseia a sua prática clínica atribuindo um enfermeiro por cliente como referência na organização, planeamento e intervenção de cuidados. Desde o início que foi claro que não é possível haver em todos os turnos um enfermeiro de referência por criança/adolescente, mas existe uma especial atenção para que seja o mais próximo desta realidade. Para cada criança/adolescente é realizado um projeto terapêutico que é também dado a conhecer à família, é negociado e reavaliado nas reuniões que decorrem diariamente no serviço com a equipa

multidisciplinar. O objetivo deste plano é que o tempo de internamento seja o menor possível, isto, o necessário para que se estabilize o quadro clínico.

Ao longo do estágio desenvolvido, o meu foco foi para os adolescentes que teriam maior risco de suicídio, dado à temática do meu estudo. Em cada turno realizado era-me atribuído um adolescente, de forma a que pudesse experienciar a metodologia de trabalho predominante na unidade em questão. Houve, no entanto, dois adolescentes, um do sexo masculino e outra do sexo feminino, que me despertaram especial atenção. Não só porque tinham um elevado risco de suicídio, mas porque, cada um na sua individualidade, tinham algo que me despertou a atenção- o fato de serem dois adolescentes com 17 anos com um pesar na sua vida familiar que nunca tinha vivido assim tão de perto. A rapariga, J. C., com a idade de 17 anos está no limite da adolescência prestes a entrar na idade pré-adulta. Este é um período de transição deveras importante, na medida em que o adolescente que ainda não está preparado para enfrentar a vida adulta. Segundo Meleis (2010, p. 24), “as transições são acompanhadas, por vezes, por uma vasta gama de transformações que podem interferir com o bem-estar da criança/adolescente e, consecutivamente, com a passagem bem-sucedida pela transição”. Sensibilizado para isso, o enfermeiro tem como função, “Avaliar continuamente e antecipar potenciais necessidades e riscos”. A J.C. é uma adolescente que reside na região de Lisboa. Vive com a mãe e o companheiro desta mais a filha deste companheiro, com quem divide o quarto. Segundo a anamnese a mãe desta jovem teve internamentos de 2007 a 2009 num hospital em Lisboa por 4 tentativas de suicídio. Não tem uma relação presente com o pai, que vê de 5 em 5 meses.

Recorreu ao serviço de urgência (SU) em janeiro por ideação suicida, encaminhada pela pedopsiquiatra assistente, que a acompanha por quadro depressivo/ansioso, há cerca de um ano. Desde uma semana antes deste episódio refere abandono escolar por ataques de pânico e refere plano estruturado na sua última consulta de psiquiatria, motivo pelo qual a pedopsiquiatra a referenciou para o SU. Apresenta juízo crítico aceitando o internamento afirmando que “sinto que o internamento me vai ajudar e estou a precisar disto” (sic). Apresenta sentimentos de desvalorização dizendo que “estou gorda, não presto para nada” (sic). Aquando do internamento foi acompanhada pela mãe que demonstrou uma disponibilidade

moderada para visitar a filha, pois trabalha distante. Foi realizada a colheita de dados assim como da escala de risco através do instrumento de avaliação presente na unidade, em que o resultado foi de muito alto risco de suicídio.

Esta jovem tinha um comportamento, no início, mais retraído, apesar de estar próxima do grupo de pares, como momentos em que requisitava estar só. Humor deprimido alternado com humor eutímico, fâcies deprimido alternado com fâcies tranquilo. Manteve durante o internamento, pensamentos suicidas, que foram dissipando à medida que as intervenções iam sendo realizadas. Sem aparente compromisso da percepção ou do pensamento.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001, p. 10), “a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel.” O EESMP desempenha um papel essencial nesta relação, pois esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 10)

Na relação terapêutica que se vai estabelecendo com os adolescentes, deve ter-se em conta todas as dimensões que o adolescente, nomeadamente a biopsicossocial e espiritual, assim como todas as vivências pelas quais este já passou e respetivas interações. Para Chalifour, (2007), estar em relação significa estar atento à pessoa no seu todo, ter em consideração o ambiente humano e físico da pessoa; reconhecer as suas próprias impressões (pensamentos, sensações, emoções e necessidades) quando está com o utente; reconhecer que o cuidado só pode existir ao estabelecer-se uma relação de qualidade; ajudar o utente a expressar as suas necessidades; proporcionar ajuda física, social e psíquica, tendo em atenção as expectativas, características e dificuldades do utente; e ajudar o utente a envolver-se na relação, incentivando a expressar aquilo que sente e a informação que o seu organismo lhe dá a cerca da sua saúde física e mental, de forma a prevenir ou solucionar o problema existente.

No início do seu internamento a J.C. solicitava alguns momentos de relação dual com o seu enfermeiro de referência, quando uma situação surgia e esta não conseguia ultrapassar o turbilhão de sentimentos e emoções que sentia.

A relação enfermeira/cliente com esta jovem aconteceu sem grandes obstáculos ou dificuldades. Desde o dia em que tive contacto com a jovem pela primeira vez, ao observar a sua interação com o seu grupo de pares, verifiquei que a jovem alterava a sua postura, fâcies e atitude quando havia uma situação que lhe provocava desconforto. Com a observação do comportamento desta jovem, fui intervindo no seu grupo de pares, de modo a estabelecer uma relação mais próxima e, a partir daí, construir e implementar intervenções de enfermagem tendo em conta o objetivo da alta clínica. Ao longo do seu internamento, cerca de 1 mês e uma semana, a J.C. foi demonstrando uma capacidade de gerir os seus sentimentos/emoções com as estratégias que foi aprendendo, nomeadamente com atividades psicoterapêuticas de grupo e individuais.

Como EESMP é preponderante desenvolver capacidades não só comunicacionais, mas também linguísticas e de observação de comportamentos, (Ministério da Saúde, 2011, p. 4). À medida que a minha visão sobre a enfermagem de saúde mental foi “apurando”, observei que aos episódios agudos numa criança/adolescente antecedem-se uma variedade de sinais emitidos através do comportamento, fâcies e da postura.

As intervenções de enfermagem na área da saúde mental incidem nas diferentes dimensões de cada cliente. Assim a avaliação, planeamento e intervenção em enfermagem de saúde mental compreende diversas possibilidades de áreas de atuação. A psicoeducação foi a área de atuação escolhida no contexto hospitalar, como intervenção de enfermagem, mais especificamente, no que diz respeito à temática do “medo”.

O grupo com vista à psicoeducação em que estava inserida, tinha como principal objetivo a discussão livre acerca de temas sugeridos pelos jovens internados na unidade. Muitas vezes havia uma pequena exposição oral com o apoio de diapositivos em powerpoint, como introdução e parte do corpo da sessão e no final havia uma discussão aberta para que os jovens pudessem dar os seus testemunhos e opiniões acerca da temática abordada. Uma das sessões que realizei com a minha colega V.C., tinha como título “Como lidar com os medos” e tinha como finalidade desenvolver estratégias para ultrapassar os seus medos. Este tema foi escolhido porque a temática do “medo”, além de ser transversal a todos os adolescentes internados no serviço é um diagnóstico de enfermagem frequente nos

jovens em risco de suicídio. Segundo a NANDA (2018), Medo é a “resposta a uma ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo” e enumera algumas características definidoras como apreensão, aumento da pressão arterial, aumento da tensão, autosssegurança diminuída, estado de agitação, gestos de inquietação, náusea, palidez, pupilas dilatadas, sensação de alarme, sensação de medo, sensação de pânico, sensação de receio, sensação de terror, tensão muscular e vômito. Este diagnóstico identifica ainda outras características como as cognitivas, em que estão incluídas a diminuição da capacidade de aprendizagem e da resolução de problemas, os estímulos são entendidos como ameaça e apresentação da produtividade diminuída, as comportamentais, em que se destacam atitudes como comportamentos de ataque, comportamentos de fuga, estado de alerta aumentado e impulsividade e as características fisiológicas que englobam anorexia, o aumento da transpiração, boca seca, diarreia, dispneia e fadiga.

Estes comportamentos podem ter origem numa possível separação do sistema de apoio, isto é, o adolescente encontra-se numa etapa da vida em que não é mais uma criança, mas também ainda não se tornou adulto. Todo o seu futuro está num incerto, a instabilidade e a ausência de um sentido de vida são características da adolescência. Quando não encontram uma estrutura familiar e social que os ajudem, pode torná-los mais vulneráveis.

A sessão realizada teve como objetivos:

- Perceber o significado de Medo;
- Identificar os diferentes tipos de medo;
- Identificar e desenvolver capacidades para ultrapassar uma situação de medo;
- Identificar as suas próprias capacidades para ultrapassar os seus medos;
- Incentivar os jovens à consciencialização dos seus medos
- Promover o diálogo, o convívio e a partilha de sentimentos entre os jovens.

Para a concretização desta sessão foi realizado um plano de sessão (Apêndice III), um exposição oral com recurso a data show e apresentação em power-point (Apêndice IV) e como parte da discussão desta sessão realizou-se um “kit de emergência” que consistia numa caixa de madeira, decorada pelos jovens, em que cada um teria que colocar dentro dessa caixa coisas significativas para eles e que



lhes dessem conforto quando estivessem com medo, como por exemplo, comida favorita, lugar favorito, pessoa favorita e objeto favorito. Como avaliação da sessão, foi aplicada uma escala de avaliação da sessão de 0 a 10, em que 0 indicaria que “não gostei” e 10 “gostei muito”. Além desta escala foi pedido aos jovens que, numa palavra, manifestassem o vivido nesta sessão. O resultado desta sessão surpreendeu-me em muitos sentidos. Tinha a noção de que o grupo de jovens que participou era muito heterogéneo, o que iria dificultar a concentração e, provavelmente a dedicação. Fiquei surpreendida quando verifiquei que cerca de 10 jovens na mesma sala estavam completamente imersos na decoração das suas caixas, motivados na colocação das coisas significativas que fomos sugerindo e na definição da sessão em apenas uma palavra.

No caso específico do suicídio e da jovem que descrevi acima, este tipo de dinâmica da criação do “kit de emergência”, também foi útil na medida em que a temática do medo é transversal a todos os tipos de patologia. Com a realização desta sessão e do “kit de emergência” a jovem abordou-me no sentido de me dizer que percebeu o objetivo da sessão e que era importante construir estratégias para que no futuro, fora do internamento, conseguisse ultrapassar então os seus medos. A construção do “kit de emergência” foi identificada pela jovem como uma estratégia.

### **3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM COM ADOLESCENTES COM RISCO DE SUICÍDIO**

Com a experiência vivida nestes meses intensos de aprendizagem, refiro algumas intervenções de enfermagem no que diz respeito ao comportamento de risco suicidário baseado na NIC (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2010).

Tendo como objetivo principal a redução de risco de dano autoinduzido como forma de colocar termo à própria vida podem enumerar-se as seguintes intervenções de enfermagem:

-Determinar presença e grau do risco de suicídio, através do instrumento de avaliação do risco que está em teste de forma a tratar e controlar doenças ou sintomas psiquiátricos que possam colocar o cliente em risco de suicídio, através da medicação prescrita pelo pedo psiquiatra e, concomitantemente, através de atividades terapêuticas. Com este instrumento de avaliação do risco é possível defender e promover a qualidade de cuidados de saúde.

-Envolver o cliente no planeamento do próprio tratamento, tendo em conta a experiência vivida ao longo do estágio em contexto comunitário e hospitalar, se o cliente e família for envolvido nos seus cuidados de saúde, a margem de progressão do seu estado de saúde aumenta e, como tal, o risco diminui. Cabe ao enfermeiro estabelecer uma relação de ajuda que permita ou facilite o desenvolvimento de estratégias pelo jovem para lidar com os obstáculos encontrados. Neste planeamento de enfermagem estão também pressupostas as ações necessárias para reduzir o sofrimento individual imediato ao negociar contrato de ausência de dano pessoal ou em prol da segurança.

Ao envolver o cliente no seu projeto terapêutico, o enfermeiro promove ajuda ao indivíduo na elaboração dos seus sentimentos

A temática do suicídio não deve ser menosprezada e deve ser utilizada uma abordagem direta e sem julgamentos. Desta abordagem devem surgir planos para lidar com ideias suicidas no futuro (p. ex., fatores precipitantes, onde ir procurar ajuda, formas de minorar sentimentos de autolesão).

O enfermeiro é uma ferramenta essencial no que diz respeito a ajudar o cliente a identificar uma rede de pessoas e recursos de suporte (p. ex., religioso, família, prestadores de cuidados) para que todos sejam envolvidos neste processo de

tratamento. Este envolvimento facilita o levantamento de dados de risco de suicídio de forma a que se possa proceder à adaptação do plano conforme a progressão do cliente e também facilita a compreensão do comportamento do cliente de forma a despistar comportamentos de risco que conduzam o cliente ao suicídio. Para que a família e rede de suporte possam estar envolvidas no plano de cuidados do cliente é necessário explicar as precauções contra suicídio e assuntos de segurança relevantes ao cliente/família/pessoas significativas, facilitando o apoio da família ao cliente, se assim o cliente permitir.

Não só a rede de pessoas e recursos de suporte deve estar envolvida como toda a equipa multidisciplinar deve participar nos cuidados, avaliação e intervenção, pois muitas vezes, como foi verificado na experiência vivida em contexto hospitalar, muitas vezes era necessário aumentar a vigilância dos clientes hospitalizados em momentos com número menor de funcionários (p. ex., reuniões, passagem de turno/relatório, horário de refeições, momentos caóticos na unidade). Este ponto foi muitas vezes abordado pelos profissionais de saúde que constituem a equipa de enfermagem, pois existiram diversos momentos em que havia necessidade de mais elementos para considerar estratégias para reduzir o isolamento e oportunidades de agir prevenindo comportamentos lesivos.

Além dos enfermeiros estarem na primeira linha no que diz respeito planeamento e intervenção com o cliente, é mandatório o registo da progressão do estado de saúde do cliente, assim como, observar e informar qualquer mudança no humor ou no comportamento capaz de significar aumento do risco de suicídio e documentar os resultados. Os hospitais precisam de ter um ambiente calmo, tranquilo e seguro para cuidar de um adolescente com problemática suicida. É importante também realizar registos e comunicar com a restante equipa multidisciplinar acerca do risco para o suicídio, das intervenções a realizar e decidir a melhor intervenção. O atendimento a pessoas em crise suicida possui elementos básicos para uma melhor intervenção.

Em geral, os clientes precisam de ser ouvidos, o profissional deve ter a aceitação dos próprios sentimentos, incluindo a tolerância. Ainda, segundo Bertolote, Mello-Santos, e Botega (2010, p. 592) “precisa de ser um ponto de apoio, construir um vínculo com o cliente, para que possa facilitar a intervenção e diminuir o risco de suicídio”.

No planeamento da alta, numa fase mais adiantada do plano de cuidados o enfermeiro encaminha o cliente para a continuidade de cuidados na comunidade, dando informações sobre recursos disponíveis e programas na comunidade, tanto ao cliente como à sua família ou rede de suporte.

O enfermeiro também tem um papel importante no que diz respeito à prevenção na área de saúde mental. Deve por isso contribuir para a melhorado acesso a serviços de saúde mental e também, aumentar a consciencialização pública de que suicídio é um problema de saúde passível de ser prevenido. Sampaio (2002, p. 21), salienta a importância da promoção da saúde mental na adolescência através do reforço da autoestima juvenil e melhor comunicação entre gerações.

Correia (2001, p. 279-284), por outro lado, advoga que a avaliação dos fatores de risco e a identificação dos condicionantes físicos, psíquicos e sociais, presentes na tentativa de suicídio é fundamental para a criação de estratégias de intervenção junto dos adolescentes.

Existe um projeto de investigação, + Contigo, inscrito na Unidade de Investigação de Ciências da Saúde: Enfermagem, na linha de Bem-estar, Saúde e Doença e fazendo parte da Prevenção de Comportamentos Suicidários que tem como alvo primordial os adolescentes do ensino básico e secundário. Tem trabalhado sobretudo com jovens do 3º ciclo e inclui em projeto, os profissionais de saúde dos Centros de Saúde da área do estabelecimento de ensino, os professores e assistentes operacionais da escola e os encarregados de educação dos estudantes em projeto. Esta é uma característica do projeto, uma intervenção ecológica em rede. Estes profissionais têm uma formação prévia, específica e têm como função dinamizar o projeto a nível local, de forma a articular com os diversos campos de intervenção. Estes campos incluem os centros de saúde, os educadores, professores, assistentes operacionais e até os encarregados de educação. Este projeto tem como primordial objetivo a prevenção do suicídio na adolescência e desenvolve atividades como sessões de educação para a saúde, nas escolas, com a colaboração dos estudantes

Projetos como este são uma aposta importante para a promoção da saúde mental e prevenção da doença, ao mesmo tempo que aumenta a literacia em saúde.

## 4. QUESTÕES ÉTICAS

Não só como enfermeira, mas também como critério de realização dos estágios quer no meio hospitalar quer no meio comunitário tenho de ter em conta a dignidade da pessoa, assim como dos seus direitos e princípios éticos.

Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro), artigo 106º, ponto 1, “O enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão (...)”. É este princípio que guia o meu quotidiano na minha profissão e, como tal, o assumi nos estágios que foram realizados, de forma a promover a excelência do exercício profissional, também ela descrita no Código Deontológico da ordem dos Enfermeiros.

É dever do enfermeiro preservar o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for utilizado para fins de estudo ou ensino. Neste relatório, e ao longo dos estágios realizados, houve cuidado reforçado em fazer valer o artigo 106º do Código Deontológico, ponto 1 alínea d).

Como parte integrante de um trabalho de investigação, também houve o cuidado de preservar a confidencialidade, o anonimato, direito à autodeterminação e direito à privacidade em relação aos dados recolhidos. Os direitos enunciados dizem respeito ao anonimato em toda a colheita de informação acerca da pessoa, assim como a certificação de que a informação recolhida não é prejudicial para a pessoa estudada.

## 5. CONCLUSÃO

Este relatório de estágio não significa somente ter atingido os objetivos a que me propus, como também toda uma aprendizagem vinda de um caminho longo e desafiante que foi a área da saúde mental da criança e do adolescente. Além de, como fui referindo ao longo deste relatório, ser uma faixa etária com a qual não tinha contacto, a saúde mental da mesma deixou-me fascinada e criou em mim uma curiosidade e uma vontade de saber mais, de aprofundar conhecimentos na área do suicídio na adolescência, assim como, de contribuir para a prevenção deste risco e dignificar, então, a profissão de enfermagem.

As crianças/adolescentes, vivenciam processos de transição sejam elas de índole situacional, saúde/doença e/ou desenvolvimento. Estas transições, associadas a condições de vulnerabilidade podem provocar respostas humanas desadaptadas e gerar conseqüentemente um sofrimento mental que colocam a criança/ adolescente exposta a múltiplos riscos. Por esta razão a avaliação do risco torna-se matéria muito importante na admissão hospitalar.

Apesar de o serviço de internamento em que estagiei ter uma escala própria de avaliação do risco clínico, a prática clínica hospitalar veio confirmar a necessidade de criação de um novo instrumento de avaliação do risco mais sensível e preciso nos resultados. A criação de um novo instrumento deverá ter critérios de avaliação rigorosos para que independentemente do profissional que o utilize o resultado seja o mais correto possível. Este novo instrumento deve, então, ser um meio auxiliar à tomada de decisão dos profissionais.

Por ser um processo contínuo a adaptação dos instrumentos de avaliação vai permitir uma crescente melhoria no planeamento e prestação de cuidados de enfermagem.

Simultaneamente à pesquisa bibliográfica, participação no projeto de investigação ARisCo\_\_\_\_smca e trabalhos existentes centrados na matéria do suicídio, a componente clínica da prática realizada tanto no contexto comunitário como em contexto hospitalar, edificou a base do meu conhecimento para a formação como EESMP. As vivências experienciadas em ambos os contextos clínicos não

foram só de extema relevância em termos formativos, no que diz respeito às competências do enfermeiro especialista, como também foram importantes em termos de autoreflexão e desenvolvimento do autoconhecimento.

O percurso realizado foi intimidante na medida em que fui confrontada com as minhas fragilidades, inseguranças e medos, o que me levou à identificação de sentimentos, emoções e comportamentos. Tal facto facilitou também a identificação de fenómenos de transferência e contratransferência. Esta aprendizagem durante este percurso foi fulcral na medida em que me tornou instrumento terapêutico na relação com os adolescentes, facto que propulsou a identificação de fatores de risco na área do suicídio. Sendo a primeira das competências enunciadas para o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE,2010, p. 2), este percurso permitiu desenvolvê-la de forma sólida.

Uma intervenção especializada em saúde mental e psiquiatria, com tudo o que está inerente, pode ajudar adolescentes em risco de suicídio, ou que até já tenham experienciado ou tido algum contacto com a temática do suicídio. Como tal, as intervenções identificadas ao longo deste percurso tiveram como base os pressupostos da relação terapêutica, assim como, de intervenções de âmbito psicoeducacional.

Ao longo deste percurso de autoconhecimento, houve uma aprendizagem, não só teórica como prática, exponencial acerca da temática do suicídio, nomeadamente do acompanhamento de adolescentes suscetíveis de cometer suicídio o que leva a uma avaliação criteriosa de todos os fatores que possam levar a tal ato.

Apesar de toda a aprendizagem e crescimento pessoal e profissional existiram algumas dificuldades, fragilidades e obstáculos, tendo como ponto de partida a falta de experiência na área da enfermagem de saúde mental e psiquiatria, assim como na abordagem da temática do suicídio na adolescência.

Como término desta etapa, posso afirmar que contribui positivamente para a prevenção do suicídio, para um melhor conhecimento e transmissão do mesmo

acerca da temática. Apesar das adversidades encontradas, posso concluir que este caminho foi, na sua totalidade, vantajoso e contribuiu em grande parte para o meu desenvolvimento.

Para além do desenvolvimento pessoal que esta experiência me trouxe, quero enfatizar que os cuidados de enfermagem ao nível da prevenção, comunidade, são tão importantes quanto os cuidados de enfermagem em contexto hospitalar, cuidados ao nível secundário, e devem estar sempre em ligação, completando-se. Só desta forma se pode prevenir, tratar e manter uma boa saúde mental em Portugal.

O suicídio é, então, um tema de grande complexidade e pode ser prevenido. Com uma avaliação correta do risco clínico e o diagnóstico correto associados a uma terapêutica adequada, irão contribuir para uma redução da taxa de suicídio e o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria tem um papel fundamental no que diz respeito, não só em situação de crise como também em situação de prevenção do suicídio. Tendo em consideração que a enfermagem é uma profissão que, através da sua intervenção, proporciona bem-estar e promove a saúde do outro, todos os esforços que são realizados com esta finalidade ( neste caso específico a criação de um novo instrumento de avaliação do risco) dirigem-se para o atingir dos objetivos propostos e para a contínua procura pela essência do cliente em processo de transição.

Resta-me dizer com orgulho que é por esta razão que sou enfermeira e, com esta experiência, vou poder contribuir mais e melhor para a profissão que escolhi para a minha vida.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, A. &. (2012). GRiST Training Manual. oncaster. Obtido em 10 de 06 de 2017, de <https://www.egrist.org/sites/egrist.org/files/grist-training-manual-v1.pdf>
- Allnutt, S. O. (2010). *Clinical Risk Assessment & Management: A Practical Manual For Mental Health Clinicians*. Justice Health, Sidney, NSW. Obtido em 02 de 07 de 2017, de <http://www.justicehealth.nsw.gov.au/about-us/publications/handbook-february-2011.pdf>
- Almeida, M., Ferreira, L., & Nabais, A. (2010). Norma 61. Procedimento sectorial de área de pedopsiquiatria-Filosofia da área de pedopsiquiatria. HDE-CHLC.
- B. Santos, C. G. (2009). *MANUAL DE BOAS PRÁTICAS CANADIANAS PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA* (3ª ed.). Porto: SPESM.
- Barker, P. (2004). *Assessment in Psychiatric and Mental Health Nursing* (2ª Edição ed.). United Kingdom: Copyright.
- Bertolote J.M., M.-S. C. (Outubro de 2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, 587-595.
- Bessa, L. (1997). *Adolescer do com câncer*. Universidade de São Paulo- Faculdade de filosofia, ciências e letras de Ribeirão Preto, São Paulo. Obtido de [https://www.fen.ufg.br/revista/revista2\\_2/ado\\_hosp.html](https://www.fen.ufg.br/revista/revista2_2/ado_hosp.html)
- Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, J. (2010). *NIC- Classificação das intervenções de Enfermagem* (5ª Edição ed.). Rio de janeiro: Elsevier.
- Carvalho, Á., Peixoto, B., Saraiva, C., & al, e. (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017- Programa Nacional de Saúde Mental. Direção Geral da Saúde.
- Chalifour, J. (2007). *A intervenção terapêutica, os fundamentos existencial-humanísticos da relação de ajuda*.(Vol. 1). Loures: Lusodidacta.

- Chick, N. &. (2009). Transitions: A nursing concern. Em A. Meleis, *Transitions theory middle range an situation specific theories in nursing research and pratice* (pp. 237–257). Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: A Nursing Concern. Em A. I. Meleis, *Transitions theory- middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 237-257). Aspen Publication. Obtido de <https://repository.upenn.edu/nrs/9>
- Chick, N., & Meleis, A. (2010). Transitions: a nursing concern. Em A. Meleis, *Transitions Theory- Middle range and situation specific Theories in Nursing Research an Practice* (pp. 24-38). Springer Publishing Company.
- Correia, J. (Outubro/Novembro/Dezembro de 2001). O suicídio e a adolescência Nascir e crescer. *10*(4), pp. 279-284.
- Direcção Geral de Saúde. (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017.
- Dunne, D., Quinlan, A., O Rourke, M., McGowan, P., Keogh, F., & Rogan, M. (8 de Fevereiro de 2011). Risk Management In Mental Health Services. *Clinical Risk Assessment and*. Reino Unido.
- Durkheim, E. (2001). *Suicídio: Estudo sociológico*. Lisboa: Editorial Presença.
- Enfermeiros, O. (16 de Setembro de 2015). Obtido em 09 de 06 de 2018, de Código Deontológico:  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Enfermeiros, O. d. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem- Enquadramento concaptual Enunciados descritivos*. Obtido em 21 de Março de 2018, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

- Falconi, R. (2003). El Suicidio adolescente: Un análisis de variables predictoras. *Psiquiatria*, 7, nº1 . Obtido em 14 de 07 de 2017, de <http://www.psiquiatria.com/psuquiatria/revista/100/11794>
- Gomez, L. (2005). *Uma introdução às relações de objecto*. Climepsi Editores.
- Herdman, T. K. (2018). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020*. Porto Alegre: Artmed.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2005). *Adolescências e Psicopatologia* (1ª Edição ed.). Lisboa: Climepsi.
- Martins, P. (2004). Protecção de crianças e jovens em itinerários de risco: representações sociais, modos e espaços. Braga: Tese de Doutoramento, Univerddidade do Minho.
- Meleis, A. (2010). Role insufficiency and role supplementation: A conceptual framework. Em M. A., *Transitions Theory: Middle Range and Situations Specific theories in nursing research and practice* (pp. 13-24). New York: Springer publishing company.
- Ministério da Saúde. (Julho de 2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. (C. N. Mental, Ed.) Obtido em 23 de Maio de 2017, de <http://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf>
- Ministério da Saúde. (07 de Agosto de 2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário da República*, 2ª Série- nº151-07 de Agosto de 2018, (pp. 21427-21430). Lisboa. Obtido em 25 de Junho de 2019, de [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20129\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfSMental.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20129_2011_CompeticenciasEspecifEnfSMental.pdf)
- Ministério da saúde. (10 de Fevereiro de 2015). PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020. *Diário da República* 2ª Série- nº 28- 10 fevereiro de 2015, (pp. 2-10). Obtido em 03 de Julho de 2017

- Morgan, S. (2000). *Clinical Risk Management-A Clinical Tool and Practitioner Manual*. Londres: The Sainsbury Centre for Mental Health. Obtido de <http://www.rheal.scot.nhs.uk/media/232114/018%20-%20scmh%20clinical%20risk%20management%20publication.pdf>
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Lusociência.
- Oliveira, A. (2003). *Ilusões: A Melodia e o Sentido da Vida na Idade das Emoções- representações Sociais da Morte, do Suicídio e da Música na Adolescência*. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa- ISCTE.
- Oliveira, A. (2003). *Ilusões: A Melodia e o Sentido da Vida na Idade das Emoções- Representações Sociais da Morte, do Suicídio e da Música na Adolescência*. 742. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa- Lisboa.
- OMS. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo- saúde mental, nova concepção, nova esperança*. Geneva.
- Osorio, L., & Zimmerman, D. (1997). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artmed.
- Peixoto, B., Saraiva, C., & Sampaio, D. (2006). *Comportamentos suicidários em Portugal*. (1º ). Coimbra- Sociedade Portuguesa de Suicidologia. Obtido de [www.spsuicidologia.pt](http://www.spsuicidologia.pt)
- Pontes, J. e. (03 de Julho de 2013). Obtido em 24 de Novembro de 2018, de *Jornal sociológico*: <http://jornalsociologico.blogspot.com/2013/07/a-otica-de-durkheim-sobre-o-suicidio.html>
- Rodrigues, P. (26 de Março de 2015). *HOSPITAL DE SANTO ESPIRITO DA ILHA TERCEIRA*. Obtido em 25 de Maio de 2017, de *Gestão do Risco Clínico e Segurança do Doente*: <https://www.hseit.pt/files/Dia%20do%20Hospital%202015/Apresenta%C3%A7%C3%B5es/Gest%C3%A3o%20do%20Risco%20Cl%C3%ADnico%20e%20Seguran%C3%A7a%20do%20Doente.pdf>

- Sampaio, D. (2002). *Ninguém morre sozinho : o adolescente e o suicídio* (12ª Revista e atualizada ed.). Lisboa: Caminho.
- Santos, J., Façanha, J., Gonçalves, M., Erse, M., Cordeiro, R., & Façanha, R. (outubro de 2012). *Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária*. Obtido em 3 de Julho de 2017, de ordem dos enfermeiros: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp\\_mceesmp.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp_mceesmp.pdf)
- Saraiva, C. (2006). *Estudos sobre o para suicídio- o que leva os jovens a espreitar a morte*. Redhorse, industria gráfica.
- Saraiva, C. (2006). *Estudos sobre o para-suicídio-o que leva os jovens a espreitar a morte*. Coimbra: Redhorse, Indústria Gráfica.
- Saúde, O. M. (2006). *Prevenção do suicídio- um recurso para conselheiros*. Genebra.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica: Do Diagnóstico à Intervenção em*. Coimbra: Quarteto.
- Shain, B. (27 de Julho de 2016). Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *CLINICAL REPORT Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care*, 138, nº1. doi:10.1542/peds.2016-1420
- Shwanke, A. M. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I* (06-2018 ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Silva I., V. A. (2014). *Focus group: Considerações teóricas e metodológicas*. Obtido em 7 de Julho de 2017, de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rle/n26/n26a12.pdf>
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica – Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência* (6ª Edição ed.). (S. Rodrigues, Trad.) loures: Lusociência.
- Vinogradov, S., & Yalom, I. (1992). *Manual de psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: Artes médicas.

Western Australia Department of Health. (2008). Clinical Risk Assessment and Management (CRAM) in Western Australian mental Health Services-Policy and Standards. Perth, Western Australia: Copyright.

World Health Organization. (2011). Adolescent Health. Obtido em 03 de Julho de 2017, de [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/en/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/)

Zenhas, F. (9 de Janeiro de 2016). Know.net. Obtido em 24 de Maio de 2017, de Know.net: <http://know.net/ciencsocioishuman/psicologia/ideacao-suicida/>

## **Apêndices**

## **Apêndice I**





**Apêndice II-Plano da atividade terapêutica em  
contexto comunitário**

## **Plano de sessão**

**Sessão n.º: 1**

**Público-alvo:** 5 adolescentes com idades entre 13 e 17 anos de idade

**Data:** de 2017

**Hora:** 14:30h

**Duração:** 90 min.

**Objetivos:**

- Que os adolescentes sejam capazes de exprimir os seus sentimentos;
- Que os adolescentes ganhem noção corporal;
- Que os adolescentes adquiram estratégias de comunicação em tempo de crise;
- Reduzir a ansiedade, aumentar a autoestima e autoconfiança e promover a coesão grupal.

**Local:** Sala de dinâmicas.

**Material:** Colunas de som, telemóvel, cartas dos sentimentos/pósteres de emoções, cartolinas de cores variadas.

**Dinamizadores:** Joana Carvalho

<b>Intervenção</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Descrição</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo</b>
Aquecimento específico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreensão da temática da sessão</li> <li>• Homogeneizar a “energia” do grupo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunido o grupo à mesa, irão ser distribuídos uns cartões em forma de smiles, sem expressão. Será pedido que os adolescentes desenhem nesses smiles, a emoção que sentem no presente momento e explicar o porquê.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elementos do Grupo</li> </ul>	10-15 min
Dinâmica de grupo: Mímica-Expressão de sentimentos/Emoções	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduzir a ansiedade;</li> <li>• Aumentar a autoestima;</li> <li>• Relaxar o corpo;</li> <li>• Conhecer o corpo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O jogo começa com a escolha de 3 cartas de sentimentos, sentimentos estes que os adolescentes se identificam e que já tenham experienciado (p.ex. durante a semana ou em alguma situação vivida).</li> <li>• Seguidamente escolhem três cartões com as cores que acham que identificam esses sentimentos/emoções sem mostrar ao grupo.</li> <li>• Um de cada vez, vai tentar exprimir os sentimentos/emoções que escolheu, através de mímica, revelando somente a carta da cor que foi atribuída a esse sentimento/emoção. Este exercício será acompanhado de música à escolha de quem está a realizar a mímica.</li> <li>• O grupo terá de adivinhar, através da mímica e da cor revelada, a qual sentimento/emoção a que pertence.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Musica</li> <li>• Elementos do Grupo</li> </ul>	30-45 min

<p>Momento de partilha</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexão conjunta sobre o momento;</li> <li>• Avaliação da sessão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quando o adolescente terminar a sua mímica terá de explicar ao grupo o porquê da sua escolha.</li> <li>• Se, eventualmente, o grupo não concordar com a representação e expressão dos sentimentos/emoções deve expressar a sua sugestão.</li> <li>• Neste espaço deverão ser debatidas as dificuldades de cada um na representação das suas emoções.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elementos do Grupo</li> </ul>	<p>15-20 min</p>
----------------------------	--	--	--	------------------

**Apêndice III-Plano da sessão de Psicoeducação**  
**“Como lidar com o medo”**

## **PLANO DE SESSÃO**

**Tema:** Como lidar com o medo

**Sessão nº:**

**Hora:** 14h30

**Duração:** 1 hora

**Data:** 25 de Janeiro de 2018

**Local:** Ginásio do Serviço de internamento

**População-Alvo:** Crianças/Adolescentes do Serviço de Internamento

**Objetivo Geral :** Promover o desenvolvimento de estratégias para lidar com o medo

**Finalidade:** Os formandos devem ser capazes de desenvolver estratégias para ultrapassar os seus medos.

**Objetivos específicos:** No final da sessão os participantes devem:

- Perceber o significado de Medo;
- Identificar os diferentes tipos de medo;
- Identificar e desenvolver capacidades para ultrapassar uma situação de medo;
- Identificar as suas próprias capacidades para ultrapassar os seus medos;
- Incentivar os jovens à consciencialização dos seus medos;
- Promover o diálogo, o convívio e a partilha de sentimentos entre os jovens.

Objetivos	Conteúdos	Formadores	Tempo	Metodologia	Métodos Auxiliares	Avaliação
					Audiovisuais	
	<p>Introdução ao tema</p> <p>Apresentação dos formadores e dos formandos</p> <p>Breve apresentação dos objetivos da sessão</p>	<p>J. M.</p> <p>V. C.</p>	1 Minuto	Ativa		
<p><b>Refletir sobre significado de “medo” para cada um dos participantes</b></p>	<p>Apresentação de Slides que consciencializem os jovens em relação ao significado de “medo”</p>	<p>J. M.</p> <p>V. C.</p>	5 minutos	<p>Expositiva</p> <p>Ativa</p>	<p>Data Show</p> <p>Projetor</p>	



<p><b>Informar sobre os sinais emitidos pelo corpo quando se sente medo</b></p>	<p>Perceber se o grupo tem noção das transformações físicas que sofremos quando sentimos medo</p>	<p>J. M. V. C.</p>	<p>5 Minutos</p>	<p>Ativa</p>	<p>Data Show Projetor</p>	
<p><b>Conscienciar e informar os participantes acerca dos tipos de medo</b></p> <p><b>Conscienciar os jovens acerca das formas de lidar com o medo</b></p>		<p>J. M. V. C.</p>	<p>10 Minutos</p>	<p>Ativa</p>	<p>Data Show Projetor</p>	

<p><b>Compreender a importância refletir sobre a problemática e identificar estratégias mas adaptativas e identificar recursos</b></p>	<p>Realização de um kit de emergência, em que cada jovem coloca dentro da caixa objetos, desenhos entre outras coisas que sejam significativas para ultrapassarem os seus medos</p>	<p>J. M. V. C.</p>	<p>30 Minutos</p>	<p>Ativa</p>	<p>Folhas de papel Lápis/canetas  Data Show Projetor</p>	
<p><b>Permitir discutir sobre a atividade e temática em si no geral e quais os aspectos mais importantes a reter;</b></p>	<p>Discussão da temática, que conclusões é que retiram e quais os pontos mais importantes a reter.</p>	<p>J. M. V. C.</p>	<p>10 Minutos</p>	<p>Ativa</p>	<p>Data Show Projetor</p>	<p>Formativa com grelha de avaliação com uma escala de 0 a 10, em que 0- não gostei e 10- gostei muito, e através de uma palavra que caracterize a sessão de Psicoeducação</p>

**Apêndice IV- Diapositivos da sessão de  
Psicoeducação “Como lidar com o medo”**

## COMO LIDAR COM O MEDO?



## O QUE É PARA TI O MEDO?



## O QUE É O MEDO?

- É um estado emocional que surge em resposta a uma situação de eventual perigo;
- É uma sensação de alerta;
- Perante este sentimento, o corpo reage pelo confronto ou fuga;
- Pavor é um nível elevado de medo.
- Quando o medo é considerado patológico (por afetar profundamente o indivíduo) designa-se Fobia.

## FISICAMENTE:



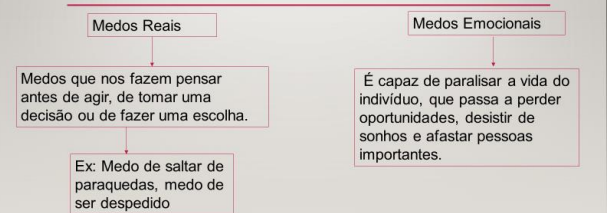
## O QUE ACONTECE?

Ansiedade, insegurança ou desconforto

# MEDO



## QUAIS OS TIPOS DE MEDO?



## MEDOS EMOCIONAIS

Medo do comprometimento



Medo do Fracasso

Medo de Expressar sentimentos

Medo da Rejeição



Medo do Sucesso



## APRENDER A LIDAR COM O MEDO

Escrever os medos

Enfrentar o medo

Aceitar o medo

Recordar o que já consegui com sucesso

Recordar qualidades positivas

Divertir-te

Falar com amigos

Não me comparar com os outros

Praticar uma atividade ou hobbie que gosto

## O QUE É O MEDO?

---



## KIT DE EMERGÊNCIA DO MEDO

---



Itens que representem a esperança e que façam afastar O medo:  
Fotografias, objetos, desenhos etc...

## O QUE É O MEDO?

---



## O QUE É O MEDO?

---



---

# OBRIGADO PELA ATENÇÃO

**Apêndice V- Poster “Como avaliar o Risco Clínico em saúde mental da criança e do adolescente?”**



Carvalho, Joana<sup>1</sup>; Casimiro, Vera<sup>1</sup>; Pereira, Patrícia<sup>1</sup>; d'Espiney, Luísa<sup>1</sup>; Manso, Francisca<sup>1</sup>; Nabais, António<sup>2</sup>; Maravilha, André<sup>2</sup>; Sapateiro, Cláudio Miguel<sup>4</sup>  
Lopes, Manuel<sup>3</sup>; Salvador, Dina<sup>4</sup>; Teixeira, Ana Rita<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, <sup>2</sup>Hospital Dona Estefânia, <sup>3</sup>INESC-ID e Instituto Superior Técnico, Universidade de Lisboa, <sup>4</sup>Escola Superior de Tecnologia, Instituto Politécnico de Setúbal

## Introdução

Em contexto de internamento de saúde mental de crianças e jovens as situações de agudização do sofrimento mental são frequentes e muitas vezes imprevisíveis, sendo urgente uma Avaliação do Risco Clínico (ARC) para prevenir situações de extrema gravidade como sejam as autoagressões (automutilações e suicídio), comportamentos violentos dirigidos a outros, situações fuga do serviço de internamento e consequente aumento do risco de vida e interrupção do projeto terapêutico.

Avaliar o risco clínico em saúde mental no contexto de internamento de crianças e jovens é fundamental para garantir a segurança desta população e tem implicações no processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde e na dotação de enfermeiros por turno.

O **risco clínico** é "a probabilidade de ocorrência de um qualquer evento adverso" (Fragata, Ferreira, Santos, & Pita Barros, 2006, p. 41), e Briner e Manser (2013) caracterizam a avaliação do risco clínico em saúde mental como sendo o processo que permite determinar a possibilidade de ocorrência de um evento adverso que tenha impacto no cliente alvo do atendimento, bem como avaliar a sua gravidade.

A ARC em crianças e jovens internados em serviços de saúde mental apresenta um conjunto de particularidades e complexidades que não estão presentes nem noutras especialidades clínicas, nem noutras faixas etárias. O risco em si é mais dinâmico (resultado do processo de desenvolvimento da criança/adolescente), o que gera uma maior complexidade na colheita de dados e subsequente interpretação dos mesmos (Firth, Spanswick, & Rutherford, 2009)

Embora possa ser difícil desenvolver instrumentos de avaliação que abarquem todas as situações e condições de risco clínico, é necessária uma pesquisa sobre os instrumentos de avaliação existentes para melhorar a deteção precoce e abrangente deste risco em crianças e adolescentes. (Chantal, M., Schultze-Lutter, F., Schimmelmman, B. 2014).

Esta revisão da literatura inscreve-se no **Projeto ArisCo** que tem como objetivo desenvolver um instrumento de avaliação do risco clínico em saúde mental da criança e adolescente que se constitua como um sistema de apoio à tomada de decisão aos profissionais de saúde do serviço de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar Lisboa Central- Hospital de Dona Estefânia.

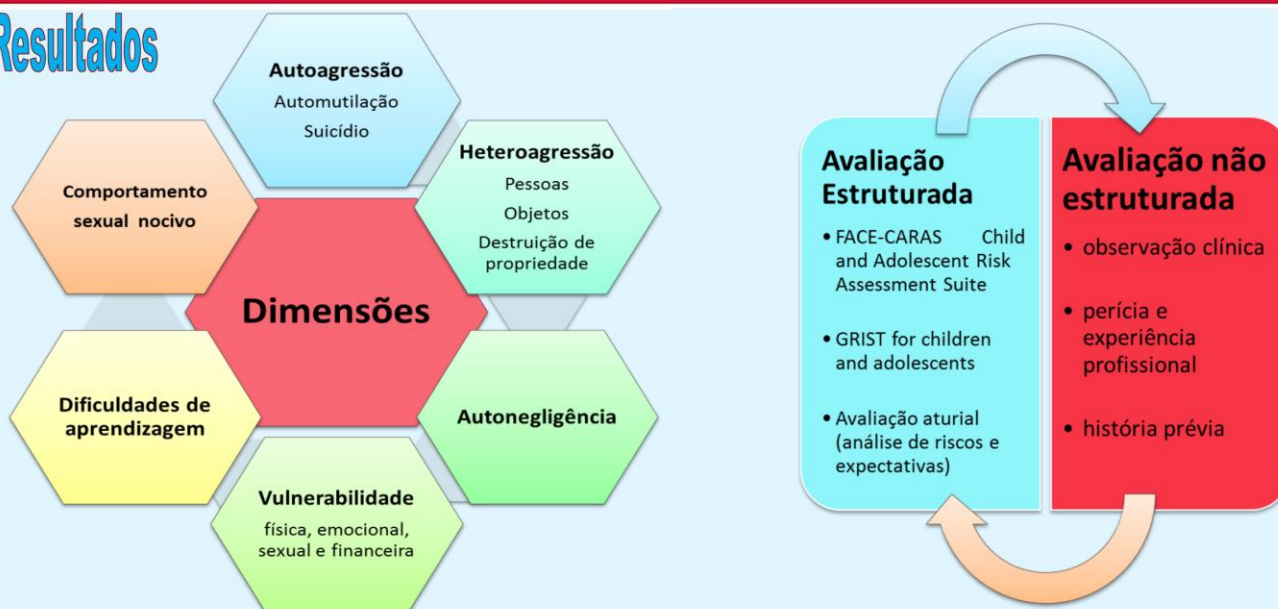
## Objetivo

Identificar as dimensões consideradas na Avaliação do Risco Clínico em serviços de saúde mental para crianças e jovens, bem como as estratégias utilizadas pelos profissionais para realizar esta avaliação.

## Procedimentos

Perguntas de orientação de pesquisa: quais as dimensões consideradas e quais as estratégias utilizadas na avaliação do risco clínico em serviços de internamento de saúde mental e psiquiatria da infância e adolescência? Realizou-se uma pesquisa bibliográfica, em bases de dados e pesquisa referenciada (n=2). Na CINAHL foram encontrados 209 artigos, tendo sido excluídos 206 artigos (título e resumo) e incluídos 3. Na MEDLINE foram encontrados 272 artigos em que 271 foram rejeitados e incluído 1 artigo. Total 5 estudos incluídos.

## Resultados



## Considerações Finais

A Avaliação do Risco Clínico (ARC) em saúde mental da criança e do jovem carece de instrumentos próprios para esta faixa etária. Por este motivo, existem serviços de saúde mental infantil que utilizam instrumentos de avaliação de versões de adultos; outros optam por não utilizar nenhum instrumento (Phillips, N.; Stargatt, R. & Brown, A., 2012). Desta revisão apurou-se ainda que Avaliação do risco clínico é realizada de forma estruturada, com a utilização de instrumentos; não estruturada, apostando na capacidade de observação clínica e perícia profissional; e ainda existe situações onde se realiza os dois tipos de avaliação de modo complementar. As dimensões que avaliam são a auto e heteroagressão, a autonegligência (que pode ser também negligência das pessoas significativas), a vulnerabilidade individual, familiar e social, o comportamento sexual nocivo e as dificuldades de aprendizagem. Contudo, existe dificuldade em encontrar instrumentos de avaliação do risco clínico que contemplem todas as dimensões enunciadas e que deverão figurar de um instrumento de ARC. Maioritariamente os instrumentos reportam-se a uma dimensão em particular, p.e, violência ou suicídio. Neste sentido, existe a necessidade de criar um instrumento que permita ao profissional de saúde uma ARC das diferentes dimensões integradas, por forma a ter uma avaliação não só mais precisa como também mais completa.

**Apêndice VI- Resumo”ARisCo\_\_\_\_\_smca-Avaliação  
do Risco Clínico na Saúde Mental da Criança e do  
Adolescente”**



Avaliação do Risco Clínico na Saúde Mental da Criança e do Adolescente

Autores: Carvalho,Joana; Casimiro, Vera; Silva Pereira, Patrícia; d'Espiney, Luísa; Manso, Francisca; Nabais, António; Maravilha, André; Sapateiro, Cláudio Miguel; Lopes, Manuel; Salvador, Dina;Teixeira, Ana Rita.

Em contexto de internamentode crianças e jovens internadas em serviços de saúde mental e psiquiatria, as situações de agudização do sofrimento mental são frequentes, sendo urgente uma Avaliação do Risco Clínico para prevenir situações de extrema gravidade como sejam as autoagressões (automutilações e suicídio), comportamentos violentos dirigidos a outros, situações fuga do serviço e conseqüente aumento do risco de vida e interrupção do projeto terapêutico. Avaliar o risco clínico em saúde mental no contexto de internamento de crianças e jovens é fundamental para garantir a segurança desta população e tem implicações no processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde. A criação de instrumentos de avaliação neste âmbito tem-se revelado imprescindível para que se avalie com rigor o grau de risco clínico.

O projeto ArisCo tem como objetivo desenvolver um instrumento de avaliação do risco clínico em saúde mental da criança e adolescente que se constitua como um sistema de apoio à decisão. Uma das etapas deste projeto consiste na realização de uma síntese narrativa da literatura sobre os instrumentos de avaliação do risco existentes, de forma a fundamentar os critérios a incluir no referido instrumento de avaliação. Como orientação desta pesquisa, colocou-se como questão de partida: quais os instrumentos utilizados para a avaliação do risco clínico em serviços de internamento de saúde mental e psiquiatria da infância e adolescência? Iremos realizar uma pesquisa bibliográfica na plataforma EBSCO, nas bases de dados CINAHL e MEDLINE e proceder à elaboração de uma síntese e à apresentação dos resultados obtidos.

Desta forma contribuiremos para uma sistematização de critérios da avaliação fundamentados, mas também para a estimulação do debate e ideias que se constituam como contributos para a construção do instrumento de avaliação.