



**Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

**Avaliação Do Risco Clínico em  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da  
Infância e Adolescência**

**André Filipe Fidalgo Maravilha**

**2014**







# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

## **Avaliação Do Risco Clínico em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Infância e Adolescência**

**André Filipe Fidalgo Maravilha**

**António Jorge Soares Antunes Nabais**

**2014**

Não contempla as correções da discussão pública



## **Agradecimentos**

Porque este caminho, e todos os seus obstáculos não teriam sido passíveis de trilhar sem um pouco de todos vós quero agradecer:

Ao Professor António Nabais pelo desafio proposto, motivação, e por fazer-me acreditar que podemos fazer a diferença.

À equipa que comigo trabalha diariamente no Departamento de Pedopsiquiatria pela partilha de experiências e desenvolvimento pessoal e profissional que me proporciona.

Às crianças e adolescentes com que me tenho cruzado nestes anos de Enfermagem por serem muita da força catalisadora que me faz adorar aquilo que faço.

Ao meu irmão e mãe pelo orgulho que tenho em sermos uma grande família

À Rute, mulher que amo e que tanta importância assumiu na minha vida. Obrigado por nunca desistires de mim, por me fazeres acreditar que posso ser feliz e me motivares diariamente para terminar este projeto.

Ao meu amigo António, companheiro de formação e desenvolvimento pessoal, pela nossa amizade, “Cantinho do Fred”, por me “dares na cabeça”, e por todos os momentos de boa disposição.

Ao meu tio Valdemar, por ser uma pessoa de referência para mim e por todo o apoio que me deu nestes tempos. Obrigado por cada conversa que tivemos.

Aos PIFIOS pelas gargalhadas, descontração e por terem aparecido na minha vida quando mais precisei.

Ao Fábio “Iraka”, que bom ter-te de volta amigo.

À Enfermeira Fernanda e Enfermeira Teresa Lemos pelas referências que são para mim na Enfermagem.

A todos que diariamente fazem a diferença na minha vida o meu Muito Obrigado!



## **LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS**

<b>ARC</b>	Avaliação do Risco Clínico
<b>CHLC, EPE</b>	Centro Hospitalar de Lisboa Central, Entidade Pública Empresarial
<b>CNSM</b>	Coordenação Nacional para a Saúde Mental
<b>DGS</b>	Direção-Geral de Saúde
<b>EESM</b>	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental
<b>ESMP</b>	Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
<b>HDE</b>	Hospital Dona Estefânia
<b>PNSM</b>	Plano Nacional de Saúde Mental
<b>POC</b>	Perturbação Obsessivo Compulsiva
<b>RC</b>	Risco Clínico
<b>RCEEESM</b>	Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental
<b>UIPIA</b>	Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência



## RESUMO

O relatório de estágio surge no âmbito do Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que integra o Curso de Mestrado em Enfermagem vertente de saúde mental, visando o desenvolvimento e consolidação de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental.

O Risco Clínico, ou a probabilidade de ocorrência de qualquer efeito adverso (Fragata,2006) que tenha impacto sobre o cliente alvo de cuidados, em contexto de saúde mental (Department of Health 2007; Allnut,S. et.al., 2010) é matéria emergente nos serviços de saúde em geral e de saúde mental em particular, apresentando-se, ao nível da investigação em enfermagem, como uma zona de disponibilidade heurística a ser explorada.

Os enfermeiros da Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UIPIA), despertos para os riscos que a criança/ adolescente apresenta no momento de admissão, associado às transições de saúde – doença, desenvolvimento e situacional que vive, coloca-a num contexto de vulnerabilidade acrescida onde o julgamento clínico desenvolvido na avaliação carece de instrumentos clínicos que suportem os riscos identificados. Na pesquisa efetuada de instrumentos de Avaliação do Risco Clínico (ARC), a escala *GRiST*, desenvolvida no Reino Unido, surgiu como um dos instrumentos específicos para esta avaliação e direcionado para a faixa etária dos clientes da UIPIA.

Assim, o estágio hospitalar, para além do desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental (EESM), constituiu-se como ponto de partida para o início do processo de adaptação cultural do instrumento de ARC *GRiST*, bem como, na realização de um estudo prévio de avaliação dos indicadores desta escala. De março a maio de 2014 foram realizadas trinta ARC às crianças/adolescentes admitidas na UIPIA tendo sido avaliados os indicadores de risco de Agressividade (Auto e Heteroagressividade);Suicídio; Auto-negligência; e Vulnerabilidade.

Por seu turno o estágio Comunitário consistiu na promoção e desenvolvimento de competências específicas do EESM, com maior incidência nas intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas desenvolvidas em contexto de grupo.

**Palavras-chave: Risco Clínico; Enfermagem de Saúde Mental; Criança; Adolescente; Transição; GRiST;**



## **ABSTRACT**

This report arises within the specialist training course in mental health nursing and psychiatry, for the development and consolidation of specific skills of the specialist in mental health nursing.

The Clinical Risk defined as the probability of occurrence of any adverse event (Fragata, 2006) that impacts the target client care, in the context of mental health (Department of Health 2007, Allnut, S. et.al., 2010) is emerging in the field of health services in general and mental health in particular, performing at the level of research in nursing, as a zone of heuristic availability to be explored.

The nurses in UIPIA, aware to the set of transitions experienced by the child/adolescente at the time of admission, focus the evaluation of Clinical Risk in its own clinical trial, lacking of a structured and adapted instrument to the target population characteristics as well as it's own validation. From the literature survey, the English scale *GRiST*, emerged as an additional means of support to the evaluation of Clinical Risk for the age group of UIPIA.

Following this, the hospital training, besides the development of specific skills of EESM, consisted as the starting point for the beginning of the cultural adaptation process of the instrument *GRiST* as well as a study for evaluating the scale indicators. From March to May 2014, thirty evaluation of Clinical Risk were conducted to children/adolescents that had been admitted in UIPIA, being evaluated the risk indicators of aggressiveness (Auto and heteroaggressiveness); Suicide; Self-neglect; and Vulnerability.

The community setting, complementing the hospital training, consisted in the promotion and development of specific skills of EESM, focusing on psychotherapeutic interventions and implemented in the context of sociotherapeutic group.

**Keywords: Clinical Risk; Mental Health Nursery; Child; Adolescent; Transition; *GRiST*;**



## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO</b>	17
<b>1. PROBLEMÁTICA</b>	21
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	25
<b>2.1. Conceitos Fundamentais em Enfermagem de Saúde Mental</b>	25
<b>2.2. Padrões de Qualidade e Avaliação do Risco Clínico</b>	28
<b>2.3. Indicadores presentes na Avaliação do Risco Clínico</b>	33
2.3.1. Agressividade	33
2.3.2. Suicídio	34
2.3.3. Vulnerabilidade	35
2.3.4. Auto-Negligência	36
<b>3. ÁREA CLÍNICA</b>	37
<b>3.1. Estágio Hospitalar</b>	37
3.1.1. Estudo Prévio de Avaliação de Indicadores de Risco da Escala <i>GRiST</i>	38
3.1.1.1. Metodologia	38
3.1.1.1.1. População e amostra	41
3.1.1.1.2. Instrumento de Colheita de Dados	41
3.1.1.1.3. Análise dos dados	42
3.1.1.1.4. Discussão dos Resultados	44
3.1.2. Prática Clínica Desenvolvida	58
<b>3.2. Estágio Comunitário</b>	69

**4. QUESTÕES ÉTICAS** 81

**5. CONCLUSÃO** 83

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS** 87

**ANEXOS**

**Anexo 1** – Escala *GRiST: Child-Adolescent Version*

**Anexo 2** – Política de Gestão do Risco – GRI

**Anexo 3** – Procedimento Multissetorial – GRI 103 – Metodologias de

Identificação e avaliação do risco

**Anexo 4** - Realização De Estudos Clínicos Observacionais no CHLC

**Anexo 5** - Informação para Obtenção De Consentimento Esclarecido para

Participação Em Estudos De Investigação

**Anexo 6** - Consentimento Esclarecido para Participação em Estudos de

Investigação em Saúde

**APÊNDICES**

**Apêndice 1** – Protocolo de Adaptação cultural para Portugal da Escala *GRiST:*

*Child-Adolescent Version*

**Apêndice 2** – Tradução da Escala *GRiST* após *Focus Group*

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
<b>Gráfico 1:</b> Risco de Suicídio	43
<b>Gráfico 2:</b> Risco de Autoagressividade	44
<b>Gráfico 3:</b> Risco de Heteroagressividade	44
<b>Gráfico 4:</b> Risco de Autonegligência	45
<b>Gráfico 5:</b> Risco de Vulnerabilidade	46
<b>Gráfico 6:</b> Eventos de Risco ocorridos por Cliente	47



## ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
<b>Quadro 1:</b> Níveis de Risco <i>GRiST</i>	43
<b>Quadro 2:</b> Cruzamento entre as variáveis Motivo de Internamento e Eventos de Risco	48
<b>Quadro 3:</b> Cruzamento entre as variáveis Motivo de Internamento e Risco de Suicídio	50
<b>Quadro 4:</b> Cruzamento entre as variáveis Motivo de Internamento e Risco de Autonegligência	51
<b>Quadro 5:</b> Cruzamento entre as variáveis Motivo de Internamento e Risco de Heteroagressividade	53
<b>Quadro 6:</b> Cruzamento entre as variáveis Motivo de Internamento e Risco de Vulnerabilidade	55
<b>Quadro 7:</b> Cruzamento entre as variáveis Motivo de Internamento e Risco de Autoagressividade	56



## INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio surge no âmbito do 4º 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 específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental (EESM), em articulação com as competências estabelecidas para o grau de Mestre em Enfermagem.

No local onde exerço funções, Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UIPIA), (integrante na Área de Psiquiatria da Infância e Adolescência, do Hospital Dona Estefânia (HDE), do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) – Entidade Pública Empresarial (EPE) eram vastas as hipóteses de escolha no âmbito do desenvolvimento de um projeto de mestrado. Contudo, aliado a uma lacuna dos serviços de saúde mental em geral e da UIPIA em particular, bem como, a uma nítida zona de disponibilidade heurística, a opção recaiu na temática da *Avaliação do Risco Clínico em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Infância e Adolescência*.

Até ao momento na UIPIA, a Avaliação do Risco Clínico (ARC), era realizada por enfermeiros e médicos, através de um documento criado pelos mesmos (sem respetiva sensibilidade ou validação clínica), no momento de admissão da criança/adolescente no serviço. Sendo a ARC um momento fundamental no acolhimento da criança/adolescente no serviço (Allnut et.al., 2010) tornou-se relevante o aprofundamento e exploração desta temática.

Mais do que um simples procedimento, pretende-se que a ARC seja um alicerce a uma avaliação inicial e, concomitantemente, seja um auxílio ao planeamento e execução de um plano de cuidados individualizado, com o respetivo levantamento de diagnósticos e intervenções de enfermagem mais precisos.

Na vasta bibliografia consultada, bem como no confronto com a prática, denota-se, até ao momento, uma avaliação inicial da criança/adolescente pouco sensível para as questões do risco promovendo a necessidade de mobilização de instrumentos que permitam ao profissional de saúde qualificar ou quantificar esse mesmo risco.

De facto “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.” Baker (2004, p.7).

A fim de assegurar uma avaliação inicial que contemple os indicadores de risco clínico (RC) e permita suportar um planeamento de cuidados de enfermagem individualizado propõe-se, com este trabalho, a procura de um instrumento/escala, passível de ser mobilizado e que permita aos enfermeiros da UIPIA a realização de uma ARC de forma sustentada.

No âmbito do desenvolvimento de competências em torno do perfil de EESM foram realizados dois estágios repartidos entre o contexto de internamento na UIPIA e o comunitário na Clínica do Parque, que integra também a Área de Psiquiatria da Infância e Adolescência, do HDE, do CHLC-EPE.

Integrado no estágio hospitalar e após a pesquisa realizada sobre ARC, foi identificado o instrumento *GRiST* que surge direcionado para a área de saúde mental em geral e para a psiquiatria da infância e adolescência em particular. Uma vez que a escala mencionada não se encontra adaptada nem validada culturalmente para a população portuguesa, foi solicitado o apoio do Gabinete de Análise Epidemiológica e Estatística do Centro de Investigação do CHLC, com a finalidade de se dar início ao processo de adaptação linguística e cultural, que permita mobilizar em contexto clínico os indicadores da escala.

Encontrando-nos na última etapa do protocolo realizado, foi possível, durante o estágio do internamento, desenvolver um estudo prévio de avaliação dos indicadores presentes na escala, a trinta crianças/adolescentes internadas na UIPIA com o objetivo de compreender a verdadeira utilidade do instrumento na nossa prática e, se o mesmo, pode constituir uma mais-valia no processo de avaliação inicial dos nossos clientes.

O Estágio de Internamento, realizado na UIPIA, integrou ainda um período de prática clínica que teve como objetivo major o desenvolvimento e consolidação de competências específicas do EESM na prestação de cuidados à criança, adolescente e sua família em situação de crise e em contexto de transição (Meleis, 2010).

A nível Comunitário, em complementaridade com o estágio hospitalar, o estágio previu o desenvolvimento de competências específicas do EESM, com maior incidência nas intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas implementadas em contexto de grupo.

Na sua globalidade, o relatório de estágio encontra-se organizado em três grandes capítulos. No primeiro, **Problemática** – é abordada a problematização em torno da temática a desenvolver, onde procura-se interligar a evidência científica através de bibliografia pertinente e a experiência pessoal. Num segundo ponto – **Enquadramento Teórico** – procura-se desenvolver as definições em torno dos conceitos centrais deste trabalho. Por sua vez, no terceiro capítulo – **Área Clínica** – integra dois subcapítulos Estágio Hospitalar e Estágio Comunitário. Neste capítulo, são abordados as diferentes experiências vivenciadas nos dois locais de estágio, que mais do que um relato de acontecimentos, pretende-se que seja uma reflexão do vivido enquanto enfermeiro num âmbito de internamento hospitalar e contexto comunitário inserido num grupo terapêutico.

Ao nível do subcapítulo Estágio Hospitalar são explorados os pontos fundamentais do estudo prévio realizado, entre os quais os seus objetivos, metodologia, apresentação dos resultados e respetiva discussão.

Para finalizar são abordadas as questões éticas e a respetiva conclusão do trabalho.



## 1. PROBLEMÁTICA

A pertinência da escolha desta problemática, em detrimento de outra, reside na imperiosa necessidade dos profissionais de saúde (particularmente os enfermeiros), darem uma melhor resposta às necessidades de ARC em saúde mental. De acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) (2007-2016), em Portugal urge 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. Em contexto de internamento, no qual as situações de agudização do sofrimento mental são presença diária, uma ARC torna-se de extrema utilidade no destringir dos riscos associados a cada cliente (Department of Health, 2007).

Em diferentes unidades de prestação de cuidados, das quais as equipas de enfermagem são parte integrante, o risco surge com grande frequência nas suas mais diferentes dimensões e conceções. Desta forma, torna-se importante questionar como enfermeiros, qual a verdadeira essência da palavra risco na prática? Esta e outras questões, serão passíveis de ser exploradas, não sem antes percebermos a origem deste termo.

O conceito de risco é, primeiramente, originário das ciências matemáticas, associado aos cálculos de probabilidades. No contexto deste trabalho considera-se o risco como “*a probabilidade de ocorrência de um qualquer evento adverso*” Fragata (2006, p. 41).

No decorrer dos tempos, o risco tem vindo a ser associado aos mais diferentes contextos da sociedade contemporânea (Crowe & Carlyle, 2003). Um dos exemplos concretos é a associação do risco à palavra perigo. No mais simples dicionário de língua portuguesa, confrontamo-nos com esta ligação, contudo, ao longo dos últimos tempos, é neste ponto em particular que os investigadores se têm debruçado a fim de se desconstruir esta ideia empírica.

O significado de risco pode ser distinguido de perigo pela sua conceção teórica, uma vez que, apesar de ambos partilharem a ideia semântica de potencial perda, o risco refere-se a uma potencial perda, como consequência de uma tomada de decisão do indivíduo. No caso do conceito de perigo, esta potencial perda não está associada a uma decisão do próprio (vítima), mas sim a uma causa externa que foge ao controlo do mesmo (Luhmann 1993, citado por Boholm, 2012).

Também associado ao conceito de risco, encontramos o de erro. Qualquer que seja a ação desenvolvida pelos profissionais de saúde de uma qualquer organização, esta acarreta, indubitavelmente, um determinado risco e, conseqüentemente, uma percentagem de erro (Fragata, 2006).

O erro poderá ser definido como “um desvio em relação a um plano pré-concebido, (...) involuntário que não resulta do acaso, um desvio em relação a algo que fizemos (comissão) ou deixámos de fazer, mas deveríamos ter feito (omissão). Este desvio impede-nos de alcançar o resultado (...) esperado e traduzirá algo indesejável e negativo.” (Fragata, 2006, p.196).

De fato, o erro passou a ser compreendido como uma realidade da organização, associado ao conceito de risco e que não pode ser totalmente erradicado/eliminado, pelo que deve ser visto na sua globalidade, procurando-se por isso compreender o processo que o originou e, conseqüentemente, identificar potenciais causas (Fragata, 2006).

Deste modo, quer seja pela sua associação ao conceito de perigo ou mesmo ao de erro, o risco é forçosamente uma presença na nossa prática, pelo que este trabalho compromete-se não só a explorar o conceito de risco na sua generalidade, mas em concreto as suas incidências na prática, ou seja, de que forma o Risco Clínico (RC) tem implicações na prática de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Infância e Adolescência. Por RC compreende-se a probabilidade de ocorrência de qualquer efeito adverso (Fragata, 2006) que tenha impacto sobre o cliente alvo de cuidados, em contexto de saúde mental (Department of Health, 2007; Allnut, O’Driscoll, Ogloff, Daffern & Adams, 2010).

Apesar de todas as alterações de âmbito conceptual e da relevância crescente que se assiste, particularmente, nos países de língua inglesa, em Portugal, nomeadamente no campo da Saúde Mental, a matéria do RC em geral, e a sua avaliação em particular, não tem sido alvo central na investigação em enfermagem, apesar de Sousa (2005), fazer menção à avaliação/gestão do risco clínico como uma prioridade de investigação em saúde mental.

Porquê, então, a necessidade de uma avaliação do RC numa UIPIA?

A Psiquiatria da Infância e da Adolescência consiste numa “especialidade médica que assegura a prestação de cuidados e intervenções diferenciadas na área de saúde mental à

população de idade pediátrica” (Administração Central Do Sistema De Saúde (ACSS) e Coordenação Nacional para a Saúde Mental (CNSM)), compreendida entre os 0 e os 18 anos. O seu campo de ação abrange uma panóplia de intervenções que se subdividem em avaliação, diagnóstico e desenvolvimento de intervenções terapêuticas para situações de doença mental na infância e na adolescência (ACSS e CNSM, [201?]).

No caso em concreto da UIPIA, que se encontra integrada no CHLC, EPE – HDE, esta apresenta uma capacidade máxima de dez internamentos de crianças e adolescentes “com situações psicopatológicas agudas ou sub-agudas, e com exclusão das situações de toxicoddependência e delinquência” (Ferreira, 2010, p.5), como causas principais. Tratando-se de uma área tão específica e, simultaneamente tão complexa, assim como pelo facto de existirem, em Portugal, apenas dois internamentos capazes de lhe dar resposta (em Lisboa e no Porto), com início de atividade relativamente recente (respetivamente, em 2001 e 1974) (ACSS e CNSM), [201?]), verificam-se em ambos lacunas no que à ARC diz respeito.

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, a criança/adolescente alvo dos nossos cuidados se encontra em situação de vulnerabilidade acrescida por se encontrar a vivenciar, pelo menos, duas transições em simultâneo – transição situacional, associada ao internamento e a transição de saúde-doença (Meleis, 2010) denotamos ainda mais a pertinência que uma avaliação rigorosa do RC tem em qualquer admissão.

A transição é compreendida como “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro” (Chick & Meleis, 1986 citado por Zagonel, 1999, 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 (Meleis, 2010).

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 deve, sempre

que possível, “*Avaliar continuamente e antecipar potenciais necessidades e riscos*” (Canadian Federation of Mental Health Nurses, 2006, p. 13).

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 2.1. Conceitos Fundamentais em Enfermagem de Saúde Mental

De acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), estudos epidemiológicos demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental constituem uma das principais causas de morbilidade no nosso país.

Apesar da intemporal definição da OMS (1947) relativa ao conceito de **saúde**, que a caracteriza como “um estado total de bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença, verifica-se que, na atualidade, alguns profissionais de saúde tendem a perspetivar este conceito como simples “ausência de doença”. Mais do que ausência de doença, a saúde compreende a homeostase e adaptação, é multidimensional e individualizada, envolvendo todos os sistemas em que a pessoa se insere. (Meleis, 2005). Este conceito está intimamente relacionado com as diferentes vivências, características (intrínsecas ou extrínsecas) ou culturas, do próprio indivíduo, pelo que se infere que na presença de saúde, se verifique o seu óptimo desenvolvimento no contexto do qual se integra (Sequeira, 2006). A saúde é o espelho de um contínuo processo com a finalidade do indivíduo atingir um estado de equilíbrio que se traduz num conforto físico, bem-estar emocional espiritual e cultural (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Este mesmo “indivíduo” é, acima de tudo, **pessoa**, ser social, munido de uma intencionalidade nos seus comportamentos e atitudes baseados nos seus valores e crenças. Estas características tornam-no num ser único munido de determinação e dignidade própria (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A **pessoa**, enquanto **cliente de cuidados**, é um ser humano com necessidades individuais que se manifestam em interação com o meio. Em situação de vulnerabilidade acrescida, a homeostase entre o cliente e o meio poderá ser colocada em risco, potenciando o aparecimento de situações de doença. Este desequilíbrio é manifestado por necessidades não satisfeitas, incapacidade de tomar conta dele próprio e respostas desadaptadas (Meleis, 2005). Sendo este cliente de enfermagem definido pelas suas experiências (McIntyre, 1995, citado por Meleis, 2005, p. 108), não podemos descorar que este se encontra em constante interação com o meio, daí que o enfermeiro não se foque apenas na pessoa, mas também se envolva na

monitorização, regulação, manutenção e mudança do ambiente. É através da interação, que o enfermeiro entra em relação com o cliente e consegue levar a cabo as suas **intervenções terapêuticas**, entendidas como todas as atividades de enfermagem e ações com o intuito de cuidar dos clientes, constituindo a base de todo o processo de enfermagem (Meleis, 2005).

Neste **ambiente**, no qual muitas das transições do cliente são vivenciadas, estão presentes “(...) os elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida do próprio.” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.12). Para que essas transições sejam experienciadas de forma saudável, o meio em que a pessoa se insere deverá ser, também ele, facilitador das transições a que o mesmo está sujeito.

Contudo, a sociedade contemporânea vive exposta a elevados níveis de *stress*, decorrentes das múltiplas exigências e expectativas depositadas sobre cada um dos seus indivíduos. Deste modo, é requerido dos serviços de saúde em geral, e em concreto de saúde mental da infância e adolescência em particular, uma intervenção interdisciplinar com vista à prestação de cuidados individualizados, e que se primem pela qualidade dos mesmos, afim da obtenção de uma resposta eficaz aos problemas de saúde mental da sociedade.

Deste modo, é na procura de um processo de transição saudável do seu cliente, que o enfermeiro, no exercício das suas funções se deve centrar, no intuito de promover, por via da sua intervenção, uma melhoria da saúde mental dos seus clientes.

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).

Neste rol de promoção e intervenção ao nível da saúde mental do cliente, o enfermeiro assume um papel de destaque na relação que estabelece com o mesmo. Distinguindo-se pela “formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa dos cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.10), o enfermeiro enfoca

toda a verdadeira essência da Enfermagem como

a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Decreto-Lei n.º 161/96, Artigo 4º, p. 2960).

Ao EESM, pede-se que tenha a capacidade de mobilizar conhecimentos conceptuais que fundamentem e guiem a sua prática de cuidados de enfermagem. No caso do EESM o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (RCEEESMP) refere que o mesmo

compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais. Assim, a enfermagem de saúde mental deve focar-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção face a respostas humanas desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1).

Tendo por base o conjunto de transições que caracterizam a população alvo da UIPIA, o enfermeiro pode, recorrendo à ARC, munir-se de uma ferramenta essencial que o auxilie numa melhor avaliação dos seus clientes no momento de admissão. Numa finalidade major, esta avaliação permite ao profissional de enfermagem uma melhor identificação dos focos/problemas de saúde do seu cliente, um melhor planeamento dos cuidados e uma melhor intervenção nos processos de transição atuais.

## 2.2. Padrões de Qualidade e Avaliação do Risco Clínico

A exigência na qualidade da prestação de cuidados é uma constante no nosso dia-a-dia. Na realidade, para o comum humano, é fácil reconhecer a qualidade de um bem, tal como uma televisão, ou um automóvel, contudo torna-se difícil concretizar na prática o conceito de qualidade ao nível da saúde. Prestar cuidados com um nível de qualidade, à pessoa certa e no momento exato, podem ser considerados cuidados de qualidade, no entanto há que valorizar aspetos pertinentes como a satisfação de todas as partes envolvidas, em especial do cliente, assim como, o acesso igual a esses cuidados, ou equidade, entre outros (Fragata, 2006).

Para a sociedade, um serviço de saúde de Qualidade é aquele que é de fácil acesso, tem uma boa cota de humanização, é *accountable* (transparente e responsável na opinião pública) e tem boa reputação (Fragata, 2006, p.28).

Neste contexto, ao contrário de décadas anteriores, actualmente os serviços de saúde, nos quais se englobam os de saúde mental, são alvos de rigorosas avaliações entre as quais a “acreditação tem-se afirmado, em todo o mundo desenvolvido, como um meio de monitorização da melhoria contínua de qualidade, no sentido de garantir aos cidadãos cuidados de saúde de qualidade, de regulamentar aspectos da prática profissional e de responsabilizar as unidades prestadora” (Simões, 2004, p. 283, citado por Gonçalves, 2008). Dentro dos programas de acreditação actualmente conhecidos temos o *Health Quality Service* – HQS (anteriormente designado por King’s Fund) e a *Join Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* – JCAHO, aplicado a várias instituições do país. Entre os inúmeros aspectos contemplados por ambos os programas, destaca-se o relevo dado à questão do RC.

Neste âmbito, dentro da globalidade do CHLC, no qual está inserida a Área de Pedopsiquiatria, podemos encontrar um conjunto de políticas e procedimentos que abordam uma estratégia no que a avaliação/gestão de risco diz respeito.

A finalidade do documento *GRI* – Política de Gestão de Risco do CHLC (Anexo 2), aprovado a 2 de Abril de 2014, prende-se com a definição de uma “estratégia de gestão do risco para o CHLC que promova e implemente uma metodologia de identificação, avaliação e prevenção das situações que possam comprometer a segurança dos doentes, acompanhantes, profissionais, fornecedores, visitantes e do património da instituição” (CHLCA, 2014, p.1).

Este documento procura despertar os profissionais para a existência de riscos nos diferentes locais da prática clínica e uma responsabilidade colectiva e individual na gestão dos mesmos, a fim de se promover um método de trabalho mais eficaz e, acima de tudo, seguro para o próprio e outrem (CHLCA, 2014). Neste sentido o CHLC utiliza uma estrutura de gestão de risco subdividido nas seguintes actividades: “Identificação e Avaliação dos Riscos; Relato e Análise de Incidentes; Análise das Reclamações dos Utentes; Análise dos Indicadores e Auditorias” (CHLCA, 2014, p.6).

Em cada unidade dos diferentes hospitais do CHLC são referenciados interlocutores para a gestão do risco local, sendo que cada profissional tem a responsabilidade de: “Identificar os fatores de risco; Iniciar ações para prevenir ou controlar o risco; Notificar o responsável, se a área do risco identificado estiver para além da sua competência ou do seu controlo; Relatar Incidentes.” (CHLCA, 2014, p.6).

Na UIPIA, apesar da Política de Gestão de Risco do CHLC ser um documento de referência para a consciencialização da importância do risco e avaliação do risco, este ainda se centra em aspetos essencialmente teóricos desta temática.

Na prática, é no Procedimento Multissetorial - GRI 103 (Anexo 3) que encontramos as “Metodologias de Identificação e Avaliação do Risco” do CHLC. Esta pretende definir em concreto “a metodologia de identificação e avaliação do risco para o CHLC de forma a promover uma utilização eficaz, eficiente e equitativa de recursos na prevenção e controlo dos riscos, com vista à manutenção de um ambiente seguro para doentes, profissionais e visitantes” (CHLCb, 2014, p.1).

Com isto, o CHLC procura através das melhores práticas, diminuir os riscos possíveis até um nível residual, conscientes contudo que, tal como foi acima referido, o risco é de todo impossível de eliminar. Para isso, o CHLC disponibiliza uma metodologia com a finalidade máxima de, quer para o risco em geral, quer para o risco clínico em particular, fazer a distinção entre risco aceitável ou não aceitável (CHLCb, 2014). Enquanto o primeiro “não exige uma intervenção, sendo apenas necessário o seu controlo” (CHLCb, 2014, p.3) o segundo “exige uma intervenção obrigatória” (CHLCb, 2014, p.3).

Estes riscos existentes ou interligados à actividade desenvolvida pelos profissionais do CHLC são avaliados no sentido de estimar o seu potencial para: “Causar dano para a saúde

das pessoas; Originar reclamações, queixas ou processos litigiosos; Causar danos no ambiente; Causar danos ou perda de património; Provocar atrasos operacionais (ex.: Listas de Espera); Prejudicar a reputação do CHLC.” (CHLCb, 2014, p.3) Esta avaliação está a cargo do Gabinete de Gestão de Risco, que tendo como foco a segurança do doente e a segurança em geral, avalia os riscos na vertente clínica e não clínica.

Dentro das áreas específicas que devem ser consideradas obrigatoriamente na avaliação do risco temos:

- Práticas de Identificação do Doente;
- Segurança do Processo Clínico;
- Segurança do Medicamento;
- Controlo de Infeção;
- Segurança do Equipamento de Reanimação;
- Segurança do Equipamento Clínico;
- Segurança das Amostras Biológicas;
- Segurança Transfusional;
- Práticas Clínicas para a Prevenção de Quedas;
- Práticas Clínicas para a Prevenção de Úlceras de Pressão;
- Segurança dos Gases Medicinais;
- Gestão dos Resíduos Hospitalares;
- Prevenção do Desaparecimento de Doente;

Na UIPIA, algumas das questões supracitadas são presença constante em discussões de equipa, contudo deparamos que as especificidades dos serviços e clientes em saúde mental da infância e adolescência não se integram nesta lista de áreas de avaliação de risco. Assim, em que medida está englobada uma ARC em saúde mental que permite identificar os riscos específicos da criança/adolescente no momento da admissão (risco de suicídio, risco de agressividade, por exemplo)?

Diariamente, o confronto com diferentes crianças/adolescentes com os mais díspares motivos de internamento acarretou um despertar para uma necessidade cada vez mais pertinente na UIPIA – a necessidade de uma ARC consistente. A diversidade de clientes leva a uma necessidade de atenção redobrada a um conjunto de indicadores de risco, que não

podem ser de todo descorados, quer no momento da admissão, quer em posteriores reavaliações.

A utilização de estratificação de risco é hoje essencial para podermos medir e comparar, indicadores de qualidade. Sem estes índices de avaliação, não saberemos o que valem os resultados de cada profissional, de instituição, de cada sistema de saúde e nunca os poderemos comparar (Fragata, 2006).

Em termos concretos, também de evolução se materializou a ARC. No passado, esta era inconsistente, baseada na informação obtida no momento da avaliação do cliente, contudo sem sistematização ou registo *standardizado* dos diferentes riscos que o cliente apresentava (Department of Health, 2007).

Na atualidade, este conceito prende-se numa avaliação clínica focada num conjunto de indicadores previamente estudados e estatisticamente associados a um aumento do risco clínico num número alargado de pessoas. Contudo, esta forma de avaliação deve ter em conta, na individualidade, os fatores de proteção de cada cliente (Department of Health, 2007). O objetivo central é evitar que o risco se concretize na prática, provocando dano ao cliente ou minimizando o impacto em si ou nos outros (Department of Health, 2007).

Deste modo é essencial a procura de uma proposta que ofereça uma possibilidade de julgamento ao profissional que combine: uma avaliação clara, definindo os indicadores que considera pertinentes, a sua experiência clínica e conhecimento do seu serviço e a perspetiva do cliente da sua própria experiência (Department of Health, 2007).

Apesar de todos estes progressos, Allnutt et.al. (2010) faz referência a um conjunto de princípios a considerar, relacionados com a ARC:

- O risco está em permanente mudança, quer seja num curto ou longo período de tempo;
- A ARC é um processo inacabado, uma vez que, o risco na sua globalidade nunca pode ser eliminado;
- Este processo inicia-se com a informação relevante recolhida no momento da admissão e continua na implementação de um plano de intervenção e gestão dos indicadores de risco;

- Nenhum indicador de risco por si só predispõe um resultado;
- Muitos dos indicadores de risco, são associados a determinados grupos, menosprezando muitas vezes uma avaliação mais imparcial e individualizada.

Apesar desta evolução teórica, a materialização da ARC a nível nacional, e em concreto no âmbito da saúde mental, é praticamente inexistente, não existindo um instrumento validado e pronto a ser utilizado pelos profissionais de saúde nesta área.

Nos últimos anos a nível internacional têm sido desenvolvidos diferentes instrumentos, a fim de tornar a ARC algo seguro e consequente. No contexto clínico, procura-se perceber de que forma uma determinada situação poderá ter lugar, com que periodicidade é expectável que ocorra, e, caso se verifique, com que gravidade se vivenciará esse acontecimento. Entre outros episódios, estes instrumentos, em saúde mental, centram-se essencialmente nas questões da agressividade, suicídio, vulnerabilidade e auto-negligência (Department of Health, 2007).

Para estabelecer um sistema de avaliação de risco é essencial organizar bases de dados num grande número de procedimentos e clientes. Estas bases terão de ser suportadas por uma sólida base informática, registando de forma clara os indicadores de definição objetiva, bem como definir, à partida, os resultados ou *outcomes* em análise (Shahian, 2004, citado por Fragata, 2006).

Dentro da pesquisa bibliográfica efetuada, diversas foram as escalas que foram surgindo. Na sua grande maioria, as questões do risco em saúde mental são centralizadas para a avaliação do indicador de agressividade em contexto clínico, nomeadamente de adultos.

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

A escala *GRiST* com uma versão testada para crianças/adolescentes até aos 18 anos nos países de língua inglesa, permite uma avaliação de um conjunto de indicadores de risco

quer no momento de admissão, quer em futuras reavaliações do RC. Esta apresenta-se como uma ferramenta de suporte, que conjuga a informação recolhida pelo profissional de saúde e a interliga com as diferentes categorias de risco passíveis de avaliação. Dentro dos indicadores avaliados incluem-se o risco de suicídio, de agressividade (heteroagressividade e auto-agressividade), de vulnerabilidade e auto-negligência (Buckingham & Adams, 2012).

Sendo uma ferramenta informática intuitiva, esta permite à *posteriori* perceber de que forma a informação recolhida do cliente se compactua num aumento ou diminuição do risco clínico; na predição desse risco; de que forma os perfis de risco de cada cliente podem variar ao longo do tempo e, de que modo, os diferentes profissionais de saúde de diferentes categorias vêm e avaliam o risco clínico (Buckingham & Adams, 2012).

### **2.3. Indicadores presentes na Avaliação do Risco Clínico**

Conhecidos alguns dos indicadores presentes numa ARC, nomeadamente da escala *GRiST*, torna-se relevante conceptualizar estes diferentes conceitos a nível teórico, para assim os melhor compreender na prática.

#### **2.3.1. Agressividade**

Um dos indicadores mais abordados e correlacionados na literatura com a ARC em saúde mental é o conceito de agressividade. A agressividade é um conceito muito estudado e descrito por diferentes teóricos, à luz de diferentes épocas, correntes e linhas de pensamento. Muitas das definições encontradas na literatura sugerem tal como Kassinove e Tate (2002) citado por Townsend (2011, p.187) a agressividade como “uma ação dirigida com o objetivo de magoar ou infringir dano numa pessoa ou objeto específico”.

Neste trabalho, defendo as ideias de Farrell e Winnicott (1997), citado por Gomez (2005) e Rothenberg (1971) que se referem à agressividade como um conceito difícil de definir pelas suas influências subjectivas, um constructo multideterminado e inerente ao ser humano e com uma forte carga comunicacional. Esta última afirmação transcende-se de sentido correlacionado com a minha prática de cuidados. Não poderá a criança/adolescente utilizar a agressividade como forma de expressão do seu sofrimento psíquico num momento de crise/vulnerabilidade? Como tal, é neste sentido que defendo o conceito de agressividade. Uma agressividade espelhada para algo essencial ao ser humano na sua relação com o mundo.

No contexto da UIPIA, os comportamentos agressivos apresentam-se como um dos motivos frequentes de admissão. Apesar deste crescimento, a limitação de instrumentos de avaliação do risco de agressividade apenas a adultos, tem promovido um défice estatístico neste âmbito (Philips, Stargatt, & Fisher, 2011). As frequentes situações de auto e heteroagressividade durante os internamentos, podem ser prevenidas com uma avaliação mais rigorosa no momento da admissão. Tal como nos adultos, a melhor maneira de prevenir episódios de agressividade é perceber se eles já existiram no passado e de que forma (Borum, 2000, citado por Philips et al., 2011).

### 2.3.2. Suicídio

Apesar do tremendo interesse que os comportamentos suicidários nos jovens têm despoletado, ainda se verificam algumas lacunas bibliográficas no que se refere ao estudo desta problemática. Segundo o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013-2017), a nível mundial, o suicídio apresenta uma taxa de mortalidade global de 16 por cada 100.000 habitantes, definindo-se como a 2<sup>a</sup> causa de morte nos jovens dos 15 aos 19 anos [Direção-Geral de Saúde (DGS), s.d].

Uma investigação levada a cabo por Hawton e Fortune em 2008 e, mais tarde, pelo mesmo Hawton, Saunders e Connor em 2012, revela-nos uma associação entre elevadas taxas de perturbação mental e situações de tentativas de suicídio, comportamentos autolesivos e suicídio em adolescentes. Dentro dos diagnósticos mais comuns surge-nos a depressão, perturbações de ansiedade, perturbações de humor, abuso de substâncias, perturbações disruptivas do comportamento e, por último as perturbações psicóticas (DGS, s.d).

Na UIPIA em particular, assiste-se a um crescente número de internamentos por ideação e/ou tentativa de suicídio, o que nos alerta para a necessidade de um conhecimento mais aprofundado desta matéria bem como o desenvolvimento de uma avaliação mais rigorosa deste indicador de risco nas crianças/adolescentes admitidas.

A ideação suicida considera-se por definição como “os pensamentos, fantasias, rumações e preocupações acerca de morte, auto-agressão e morte auto-inflingida. Quanto maior for a magnitude e a persistência dos pensamentos suicidas maior é o risco de eventual suicídio” (Kutcher, 2007, p.13).

Relativamente à tentativa de suicídio, trata-se de a um conjunto de “(...)comportamentos autodestrutivos não fatais, com intenção suicida. Ato em que a pessoa coloca em perigo a sua vida, de forma voluntária, mas que, por razões diversas, geralmente alheias ao indivíduo, resulta frustrado” (DGS, 2013b; WHO, 2002, citados por Santos, 2014).

Para além da importância teórica que estes conceitos acarretam, é essencial ao profissional de saúde, neste caso ao enfermeiro, identificar os fatores que levam ao aumento ou diminuição do grau de risco do suicídio. Esta pode revelar-se como uma mais-valia para o profissional de saúde, na medida em que, são identificadas quais as probabilidades em termos de concretização de suicídio num ato futuro (DGS, s.d).

Estes fatores (comportamentais, psicossociais, ambientais e de personalidade) devem ser pensados de modo agregado e encarados no contexto de experiência única da pessoa, não podendo ser considerado que, um único fator de risco ou protetor, determina ou evita o ato suicida.

### 2.3.3 Vulnerabilidade

A vulnerabilidade está intimamente ligada com as experiências de transição, interações e condições do meio, que podem expor os indivíduos a uma situação de potencial dano, situação de doença ou recuperação mais prolongada (Meleis, 2010).

A vulnerabilidade é um processo dinâmico e multidimensional no qual se estabelece uma interação entre as características pessoais, circunstâncias sociais e ambientais do indivíduo. Enquanto condição do ser humano pode ser agravada pela vivência do processo de transição, expondo o cliente a um potencial risco, a uma recuperação problemática, ou a um processo de adaptação desajustado ou demorado (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). Na UIPIA, deparamo-nos diariamente com crianças/adolescentes que são alvo das diferentes transições abordadas. Desde logo a **Transição Situacional**, caracterizada pela necessidade de internamento da criança/adolescente. Associado a esta temos outro tipo de transição - **Transição Saúde/Doença** justificada pelo processo de agudização do sofrimento psíquico da criança/adolescente sendo essencial uma intervenção especializada.

Na realidade, a nossa intervenção na UIPIA é regida pela relação estabelecida com os nossos clientes e famílias em situações de vulnerabilidade. Esta “ vulnerabilidade sentida e

expressa pelas crianças, mercê da vivência de processos de transição (...), dificulta [por vezes] a partilha de afetos e o viver relações interpessoais gratificantes.” (Nabais e Rodrigues, 2009, p2.) devendo o enfermeiro estar desperto para este indicador numa primeira ARC.

#### 2.3.4 Auto-Negligência

Numa avaliação inicial que perspetiva todas as dimensões do nosso cliente, a questão da auto-negligência (*self-neglect*) é um dos indicadores de risco a valorizar. Não sendo um indicador estanque, certamente é um dos que mais poderá “saltar à vista” num primeiro contato com o cliente. Quantos de nós já não questionámos, no momento da admissão, se uma criança/adolescente apresenta os cuidados mínimos de higiene? Se a sua roupa é adequada à estação do ano ou à sua idade? Ou mesmo se a adesão ao seu regime terapêutico tem sido efectivo? Não querendo, de todo, tornar este indicador meramente subjectivo, e muito menos passível de juízos de valor erróneos, este é considerado de extrema importância no momento do acolhimento de qualquer criança/adolescente.

A auto-negligência pode ser definida como a incapacidade (intencional ou não intencional) de manter os valores culturais e socialmente aceites de auto-cuidado, com implicações para a saúde e bem-estar do próprio ou porventura para a sua comunidade (Gibbons, Lauder & Ludwick, 2006). Para os autores, a Auto-Negligência pode ser perspectivada através de dois polos: Auto-Negligência Intencional e Não Intencional.

No primeiro ponto, o indivíduo, de forma intencional, descora por completo as suas ações de auto-cuidado, essenciais à sua saúde e manutenção do seu bem-estar. Na segunda perspectiva, verifica-se também uma falha ao nível do auto-cuidado (que invariavelmente colocam em causa o estado de saúde do individuo), contudo, esta pode ser percecionada como resultado de um conjunto de fatores tais como, défice cognitivo, doença física ou mental, ou ainda reduzidos recursos materiais ou sociais, indispensáveis à manutenção de um auto-cuidado eficaz.

Apesar da pertinência deste indicador, só em 2009, através da investigação e proposta dos autores mencionados, a auto-negligência foi considerada um diagnóstico de enfermagem pela NANDA. Segundo a mesma, este indicador surge como um conjunto de comportamentos culturalmente estruturados que envolvem uma ou mais actividades de autocuidado, em que há falha em manter um padrão de saúde e bem-estar socialmente aceite (NANDA, 2009).

### 3. ÁREA CLÍNICA

#### 3.1. Estágio Hospitalar

O estágio hospitalar decorreu na Unidade de Internamento da Área de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do HDE, CHLC, entre 2 de outubro de 2013 a 14 de fevereiro de 2014, primando como objetivos:

- Avaliação do Risco Clínico na UIPIA através de realização de Estudo Prévio de Avaliação de Indicadores de Risco da escala *GRiST*.
- Prestação de cuidados especializados à criança e adolescente com situação psicopatológica aguda e sub-aguda, e sua família.

Na formulação dos objetivos citados, procurou-se que estes estivessem em consonância com as competências específicas do EESM, nomeadamente, no que se reporta às competências F2 e F3.<sup>1</sup>

A UIPIA apresenta uma lotação máxima de 10 internamentos de crianças e adolescentes até aos 18 anos (exclusivo), com situações psicopatológicas agudas e sub-agudas e com exclusão das situações de toxicodependência e delinquência (quando estes são o único problema), residentes na ARS de Lisboa e Vale do Tejo, ARS do Alentejo e Algarve e Regiões Autónomas (Almeida, Ferreira e Nabais, 2010). Neste âmbito, são incluídas, a título de exemplo, as perturbações do comportamento alimentar, tentativa/ideação suicida, perturbações de comportamento entre outras situações de grande desorganização psíquica que, pela sua gravidade, podem colocar em risco a vida da criança, adolescente e sua família. Quando a resposta em ambulatório não se torna viável, sendo necessário um esclarecimento de diagnóstico ou situações cujo contexto sociofamiliar é pouco contentor existindo uma

---

<sup>1</sup> Relativamente à competência F2 – *Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental*, o presente estudo integra a unidade de competência F2.1. que refere que o enfermeiro especialista *executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente* e a unidade de competência F2.2. que refere que o enfermeiro especialista *executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família*, especificamente no que se refere aos critérios de avaliação F2.1.2. - *avalia factores promotores e protectores do bem-estar e saúde mental, assim como factores predisponentes de perturbação mental na comunidade e grupos*; F2.2.1. - *executa uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do cliente*; e F2.2.3. - *avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia*. Quanto à competência F3 – *Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada numa família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto*, o presente estudo de investigação integra a unidade de competência F3.1. - *estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade*, especificamente no que diz respeito aos critérios de avaliação F3.1.1. - *identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental*; F3.1.2. - *avalia o impacto na saúde mental de múltiplos factores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar*; e F3.1.3. - *identifica apresentações típicas e atípicas de perturbações mentais e problemas associados*.

ausência de rede social, o internamento nesta unidade apresenta-se como a resposta mais viável.

### 3.1.1 Estudo Prévio de Avaliação de Indicadores de Risco da Escala *GRiST*

Os pontos seguidamente apresentados são referentes ao desenvolvimento do Estudo Prévio de Avaliação de Indicadores de Risco da Escala *GRiST*. Estes incluem as diferentes etapas do estudo que foi desenvolvido em articulação com o Gabinete de Análise Epidemiológica e Estatística do Centro de Investigação do CHLC.

#### 3.1.1.1. Metodologia

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.2) a Prática Baseada na Evidência deve ser “orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (...) [assim como a participação] em projetos de investigação, que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização”.

O Estudo apresentado, para que seja definido como tal, deve obedecer a um determinado método. Por definição, método consiste numa “ (...) estratégia integrada de pesquisa (...) ” (Costa, 1999, p. 129) que “(...) organiza criticamente as práticas de investigação (...)” (Almeida e Pinto, 1976, citado por Costa, 1999, p. 129), centrando-se na seleção e correlação das técnicas de recolha e análise dos dados (Costa, 1999). Os métodos apresentam “ (...) uma relação de interioridade com as práticas de investigação; eles são as próprias práticas clínicas de investigação” (Almeida e Pinto, 1990, p.85). Deste modo, a metodologia foca no que fazer, quando e como.

O estudo prévio realizado teve início com uma fase exploratória, na qual foi englobada uma revisão da literatura atualizada sobre a temática do RC e ARC. Esta teve a finalidade de sistematizar conhecimentos e particularizar o que nos oferece as diferentes revisões bibliográficas sobre esta matéria. Para além de conceitos teóricos, procurou-se a diversidade de realidades, no que à implementação de uma ARC diz respeito. Face à já constatada zona de disponibilidade heurística em Portugal, pela falta de desenvolvimento de estudos nesta área, pretendi alargar horizontes a fim de contactar, por meio bibliográfico, com outras experiências.

Num segundo momento, e já munido de alguma bibliografia de suporte (principalmente provida do Reino Unido), contactou-se com diferentes serviços de saúde mental e psiquiatria da infância e adolescência com o intuito de perceber como se coloca em prática a ARC, e os cuidados inerentes ao mesmo. Tal como na UIPIA de Lisboa, a ARC na UIPIA do Porto é feita de forma intuitiva, sem uma sistematização efetiva desta avaliação.

Conhecidos os diferentes contextos em Portugal, procurou-se a identificação de instrumentos que permitissem suportar a ARC. Entre todas, a escala *GRiST* (inglesa) surgiu como a única escala de ARC encontrada e direcionada para crianças/adolescentes em serviços de psiquiatria da infância e adolescência, sendo que, a este trabalho, foi acrescentado uma colaboração com os autores, com a finalidade de iniciar o processo de adaptação cultural da referida escala para a população portuguesa.

Os contatos prévios com os autores tiveram início no mês de agosto de 2013: Dr.<sup>a</sup> Ann Adams “*Principal Investigator Fellow Division of Mental Health and Wellbeing Warwick Medical School The University of Warwick*” e Christopher Buckingham “*Chief Investigator and Senior Lecturer in Computer Science at Aston University*”.

Para a adaptação cultural da *GRiST* estar efetivada na sua totalidade, esta deveria ser submetida a um conjunto de etapas as quais integram um protocolo definido em parceria com o Gabinete de Análise Epidemiológica e Estatística do Centro de Investigação (Anexo 4 e Apêndice 1). A primeira, que consiste na tradução da escala original da língua inglesa para a língua portuguesa, foi efetivada por duas professoras do ensino básico da língua inglesa. Seguidamente, com a tradução completa, procedeu-se à realização de entrevistas de grupo (*Focus Group*) com especialistas na área (médicos especialistas em Pedopsiquiatria, enfermeiros generalistas e especialistas em saúde mental, uma psicóloga e uma professora do ensino básico a exercer funções no HDE), a fim de analisarem a tradução independente feita e, sempre que não fosse clara uma tradução literal ou adaptada à nossa realidade, procurava-se manter o sentido essencial do item original (Bambo, 2010). Estas sessões, foram previamente esclarecidas aos participantes, em particular os objetivos das mesmas, e a sua gravação em áudio. (Anexo 5 e 6)

Quando se tratava de expressões idiomáticas, mais do que uma tradução à letra das várias palavras, fez-se um esforço no sentido de captar o sentido conotativo da expressão

original e traduzi-la por uma expressão que na língua portuguesa pudesse ter o mesmo significado (Bambo, 2010). Ao todo foram realizadas cinco sessões de *Focus Group*, culminando no documento da escala traduzida (Apêndice 2).

Findada esta etapa era chegado o momento de se proceder à retradução da escala por duas professoras ou tradutoras oficiais da língua inglesa, com o objetivo da mesma ser aceite pelos seus criadores.

Neste projeto, por limitações de tempo pessoais/profissionais e disponibilidade de professores/tradutores, não foi possível que esta etapa fosse alcançada a tempo deste trabalho estar concluído. Apesar de se apresentar como uma limitação ao estudo, o processo de adaptação cultural da escala *GRiST* mantém-se em paralelo a este projeto, existindo, quer da minha parte, quer dos próprios profissionais que comigo trabalham, a ambição de utilizar a *GRiST* como um instrumento fundamental quer para uma ARC, quer para um melhor planeamento e prestação de cuidados de qualidade às crianças/adolescentes internados na UIPIA. Desta forma, o protocolo de adaptação cultural com o Gabinete de Análise Epidemiológica e Estatística do Centro de Investigação do CHLC mantém-se a fim de serem agilizados os procedimentos para a completa adaptação e posterior validação cultural da escala *GRiST*.

Com as limitações inerentes ao estudo apresentadas, em consonância com o Professor Orientador deste trabalho de mestrado e Gabinete de Análise Epidemiológica e Estatística do Centro de Investigação do CHLC, decidiu-se colocar em prática a aplicação da escala *GRiST*, versão inglesa, num âmbito experimental. Este Estudo Prévio de Avaliação dos Indicadores da Escala, foi desenvolvido no sentido de promover uma ARC das crianças/adolescentes internadas num período específico.

Apesar dos dados não serem passíveis de ser extrapolados, ou estatisticamente significativos, esta fase experimental serviu de catalisador para uma primeira perceção da utilidade desta escala.

#### 3.1.1.1.1. População e amostra

Entre os períodos de março de 2014 e maio de 2014 (inclusive) foi feita a ARC, através do instrumento *GRiST*, de todos os jovens internados na UIPIA. Numa totalidade de trinta clientes (independentemente da idade, género ou motivo de internamento), foram avaliados os dados relativos aos indicadores de ARC da escala e alguns cruzamentos com os dados relativos à idade, motivo de internamento, e eventos adversos ocorridos ao longo do internamento (situações de auto e heteroagressividade, situações de autonegligência).

#### 3.1.1.1.2. Instrumento de Colheita de Dados

A escala *GRiST* (Anexo 1) foi desenvolvida segundo um rigoroso processo de investigação e submetida a um batalhão de testes com a finalidade de promover uma ferramenta de ARC o mais rigorosa, sistemática e holística possível. Apesar de se apresentar como uma escala de ARC, esta pode ser utilizada como um documento essencial na avaliação inicial do cliente no momento da sua admissão, uma vez que também transporta consigo um conjunto de dados de âmbito demográfico e social (Buckingham & Adams, 2012). A sua utilização por via de programa informático (apesar da existência do instrumento em papel) torna esta escala bastante intuitiva e de fácil utilização ao profissional de saúde, despertando-o para os indicadores de risco inerentes a cada cliente (Buckingham & Adams, 2012).

Esta escala é uma das três escalas conhecidas que englobam as quatro dimensões de risco recomendadas pelo Departamento de Saúde Inglês no seu documento “Best Practice in Managing Risk”. Está validada nos países de língua inglesa sob diferentes versões: “Working age adults”; “Young people”; “Older People”; “Primary care”. Dentro da sua avaliação a *GRiST* recolhe informação dos seguintes indicadores de risco: Suicídio; Heteroagressividade; Autoagressividade; Auto negligência; Vulnerabilidade (Buckingham & Adams, 2012).

A avaliação do Risco Clínico através da Escala *GRiST*, deve ser realizado, sempre que possível, no momento da admissão do cliente ou até 72 horas desde o seu internamento (Buckingham & Adams, 2012).

A avaliação de qualquer tipo de indicador de risco, e o seu resultado em termos numéricos, é feito a partir do julgamento do técnico. Qualquer profissional de saúde pode utilizar a escala, desde que devidamente informados sobre a sua utilização. A escala, em si,

não foi concebida para apurar automaticamente um resultado final, uma vez que, cada item, dentro de cada indicador do risco, é avaliado independentemente dos restantes. Na realidade o técnico (no nosso caso o enfermeiro) por permanecer 24h com o cliente é a pessoa mais bem colocada para compreender os diferentes riscos do cliente à sua frente, sendo que a *GRiST* surge como um suporte para uma avaliação mais precisa com base nos dados disponíveis no momento (Buckingham & Adams, 2012).

Quanto mais próximo o cliente estiver do valor máximo da escala, maior o valor do risco para o indicador avaliado. Para além das questões com score 0-10, a escala *GRiST* apresenta na sua configuração mais três tipos de questões: “múltipla escolha”; “número de incidentes” e “questões de recolha de dados” (Buckingham & Adams, 2012).

#### 3.1.1.1.3. Análise dos dados

A análise dos diferentes dados obtidos é apresentada, seguidamente, sob a forma de tabelas e gráficos apurados através da utilização do programa informático SPSS for Windows, versão 21, SPSS Inc. com respetiva análise dos mesmos.

#### 3.1.1.1.4. Discussão dos Resultados

Neste Estudo Prévio, a variável **Idade** balizou-se entre uma idade mínima de 7 anos e a idade máxima 17, apresentando a maioria dos clientes 14 (N=8) e 15 anos de idade (N=7). O valor da média de idades situou-se nos 14,7, enquanto que a mediana era 14. Quanto à variável **Género**, 66,7% (N=20) da amostra era do género feminino, sendo a restante percentagem de 33,3% (N=10) pertencente ao género masculino.

Na variável **Motivo de Internamento**, observou-se que a *Tentativa de Suicídio* constituiu o motivo principal para admissão na amostra em estudo (33,3%, N=10). Quanto aos restantes, destaca-se a *Perturbação do Humor* (16,7%, N=5), a *Perturbação Do Comportamento* (13,3%, N=4) e a *Ideação Suicida* (13,3%, N=4).

De seguida, são apresentados sob a forma de gráficos e tabelas, os principais resultados obtidos na avaliação individualizada dos indicadores de RC presentes no instrumento *GRiST*. Esta avaliação foi realizada aos clientes da amostra em estudo nas primeiras 72 horas após admissão na UIPIA.

Os dados referentes às ARC realizadas, foram agrupados em classes de acordo com os indicadores de risco do instrumento *GRiST*, sendo apresentados de seguida como meio de referência na interpretação dos gráficos consequentes.

Score	Nível de Risco GRiST®
0	Ausência de risco
1	Muito baixo risco
2	Baixo risco
3-5	Médio risco
6-8	Alto risco
9	Muito alto risco
10	Máximo

Quadro 1: Níveis de Risco GRiST

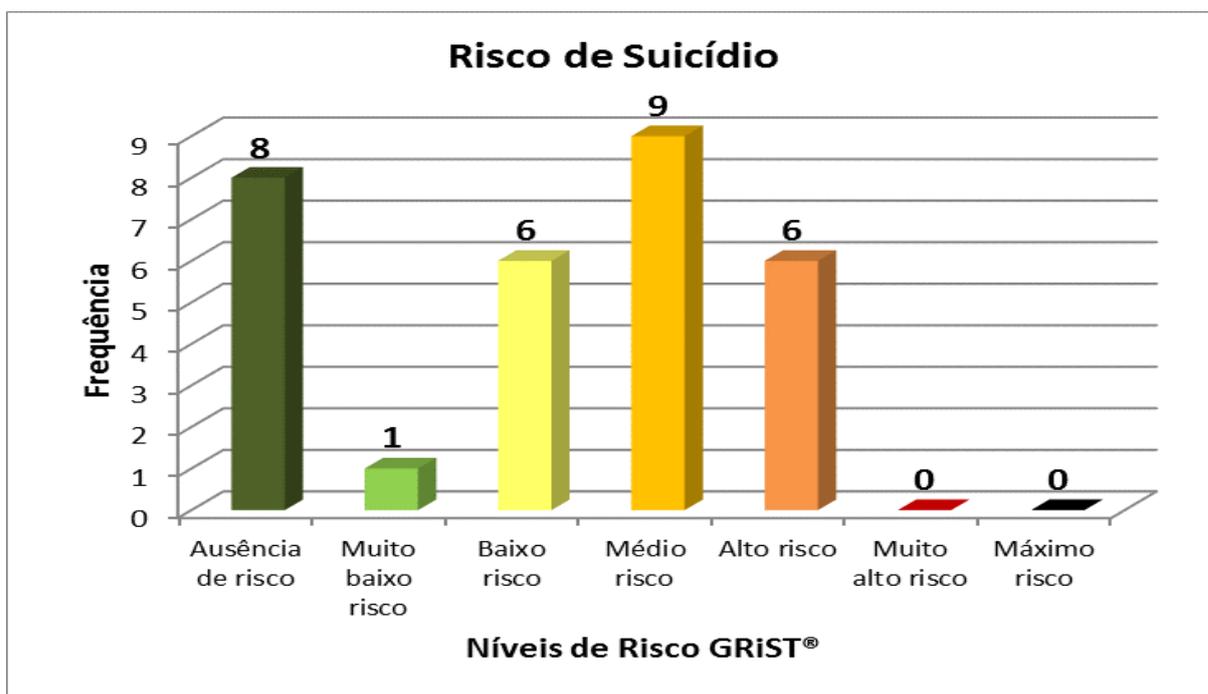


Gráfico 1: Risco de Suicídio

Da análise do gráfico 1, compreendemos que da totalidade da amostra, quinze das crianças/adolescentes apresentavam-se entre o risco *médio* (N=9) e *alto* (N=6) relativos ao indicador de Risco de Suicídio. Oito dos clientes apresentaram ausência de risco neste âmbito, enquanto que, seis deles, apresentaram um valor de *baixo risco* de suicídio.

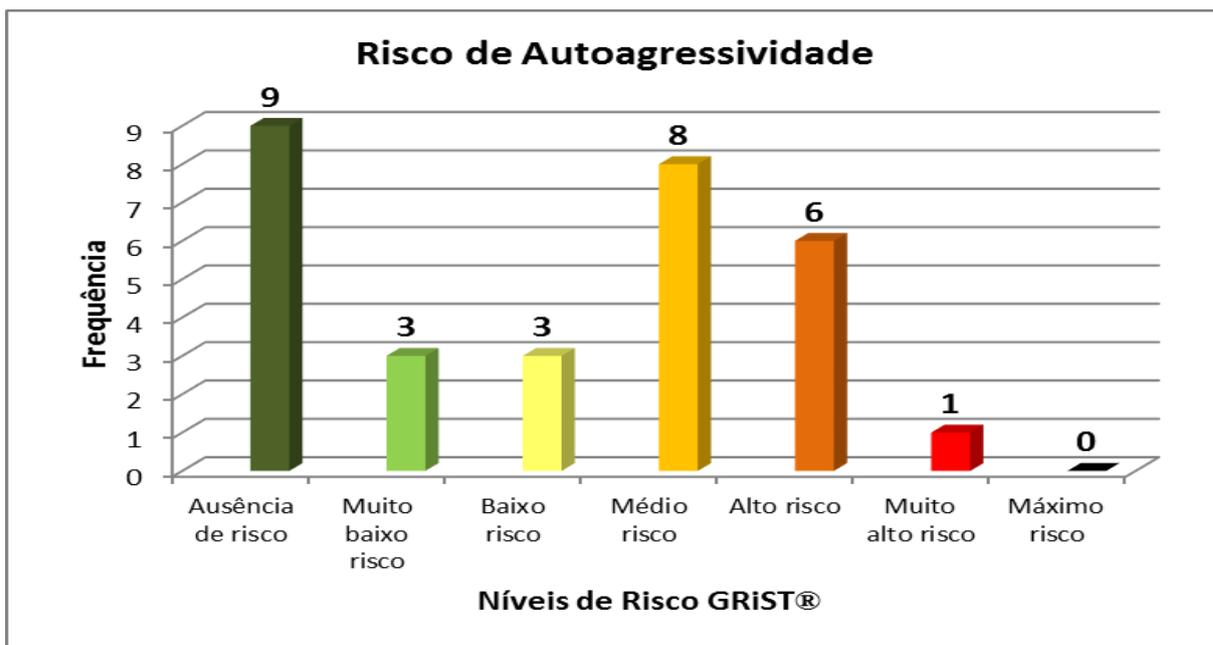


Gráfico 2: Risco de Autoagressividade

Da análise do gráfico 2 do Indicador de Autoagressividade, destaca-se que da amostra em estudo, oito crianças apresentaram *médio risco* de autoagressividade, ao invés seis apresentaram *alto risco*. Os valores de *muito alto risco* foram apenas avaliados a um dos jovens do estudo. Por outro lado, seis das crianças/adolescentes repartiram uma avaliação de *baixo risco* (n=3) e *muito baixo risco* (n=3), enquanto nove dos trinta jovens em estudo não apresentam qualquer tipo de risco nesta categoria.

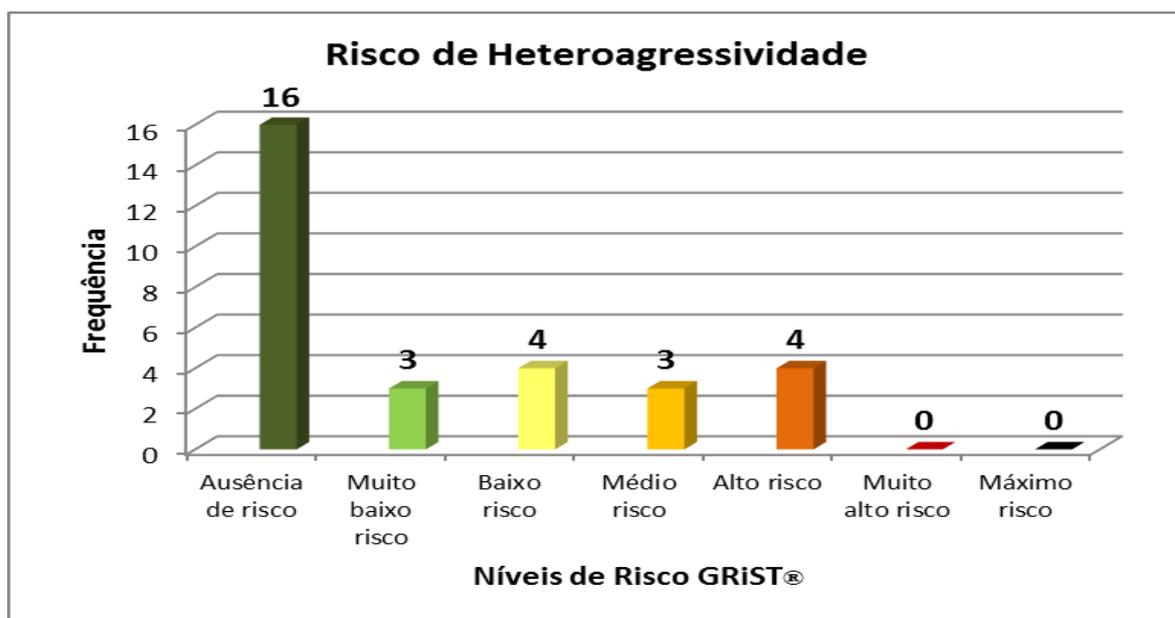
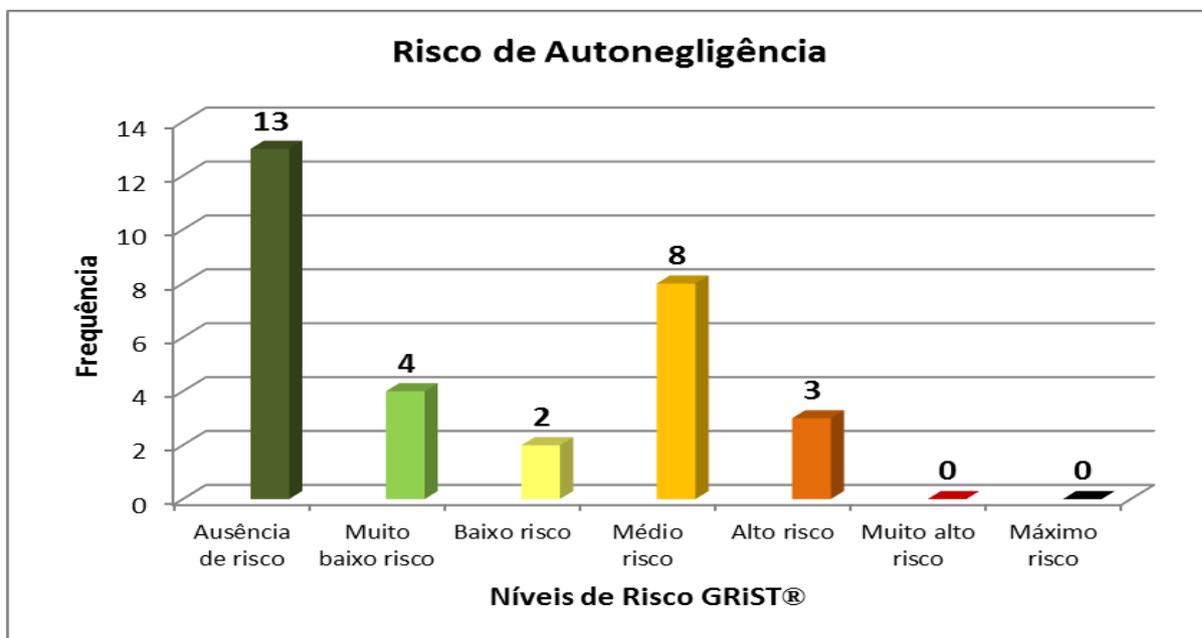


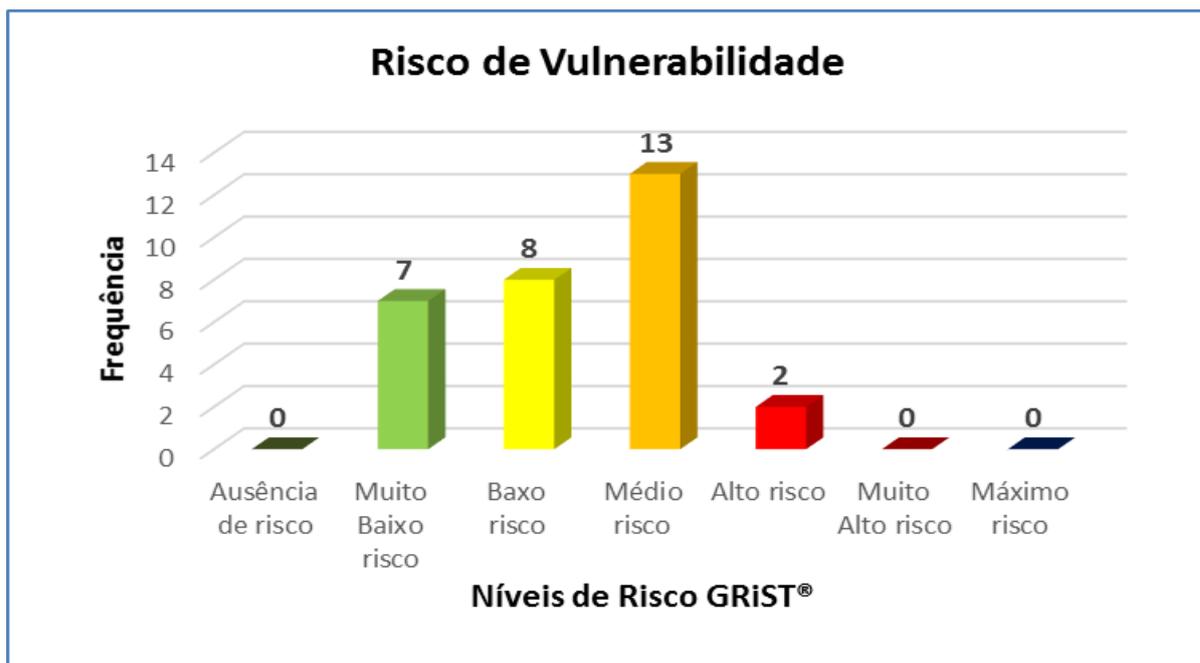
Gráfico 3: Risco de Heteroagressividade

Dentro dos indicadores avaliados pela escala *GRiST*, o Risco de Heteroagressividade surgiu com um total de quatro jovens classificados com valores de *alto risco* de heteroagressividade, três com *médio risco*, quatro com *baixo risco* e três com  *muito baixo risco*. Destaque também para dezesseis crianças/adolescentes com ausência deste risco.



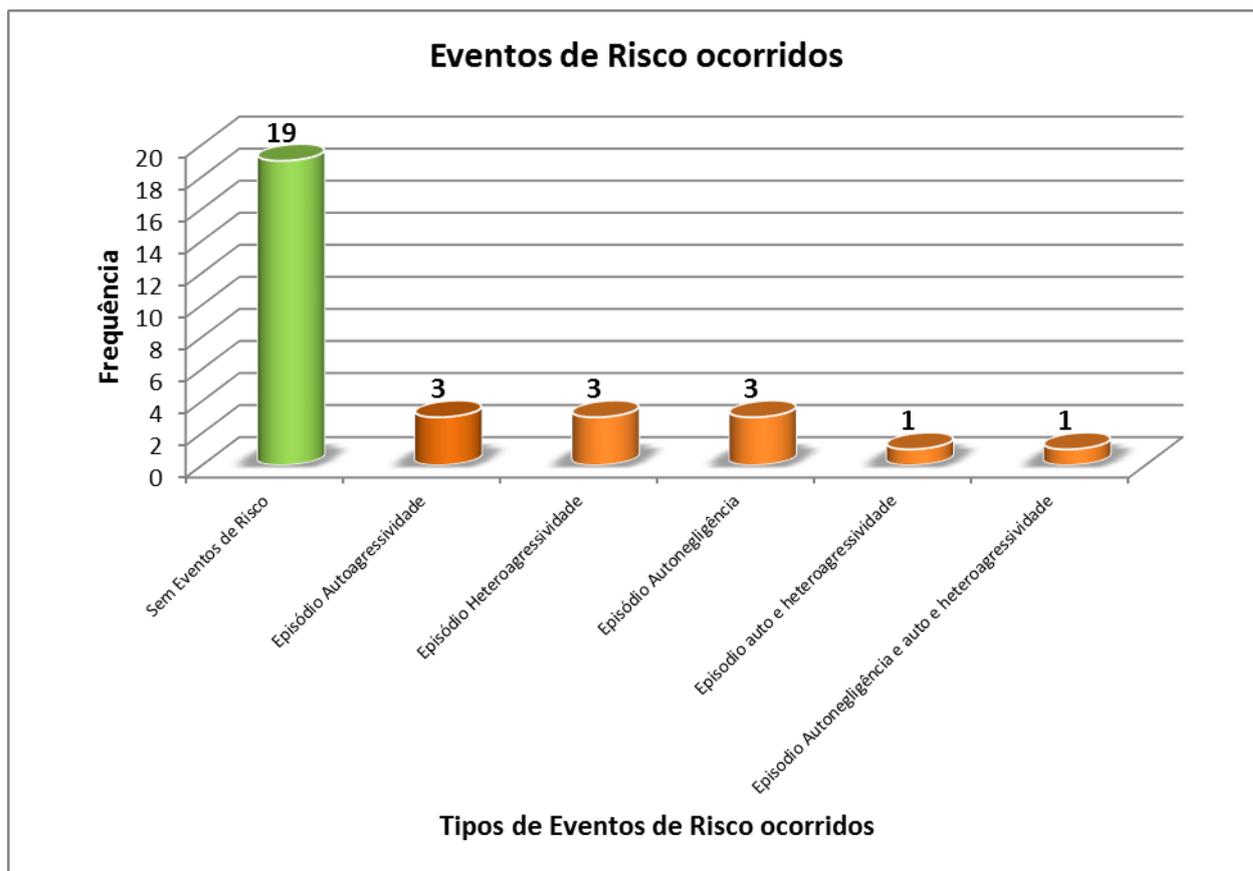
**Gráfico 4:** Risco de Autonegligência

Ao nível do risco de *Autonegligência* destaque para um total de oito crianças/adolescentes com valores de *médio risco* deste indicador. De referir ainda que três jovens apresentaram valores de *alto risco*, dois com *baixo risco* e quatro com  *muito baixo risco*. Treze jovens da amostra em estudo não apresentaram risco de auto negligência.



**Gráfico 5:** Risco de Vulnerabilidade

No que respeita ao indicador de *Vulnerabilidade*, das crianças/adolescentes avaliados, 23% (N=7) apresentavam  *muito baixo risco*, 26,6% (N=8) apresentavam *baixo risco*. Relativamente ao nível de *médio risco*, 43,3% (N=13) foram avaliados com scores que se inseriam neste nível e 6,6% dos clientes (N=2) no nível de *alto risco*. Por fim, não se verificou a existência de clientes nos níveis de muito alto risco e máximo risco. Nestes gráfico o destaque vai para o fato de todas as crianças (N=30) apresentarem valores indicativos de risco nesta categoria.



**Gráfico 6:** Eventos de Risco ocorridos por Cliente

No Gráfico 6, são apresentados os tipos de eventos considerados de risco ocorridos durante o período de março a maio de 2014 inclusive. Podemos visualizar que 63,3% dos clientes (N=19) da amostra não apresentaram eventos de risco durante o seu período de internamento. Contudo, 10% dos clientes (N=3) apresentaram um episódio de autoagressividade, 10% dos clientes (N=3) apresentaram um episódio de heteroagressividade e outros 10% (N=3) apresentaram um episódio de autonegligência. Houve ainda um registo de um episódio de auto e heteroagressividade. Por fim, um dos clientes apresentou uma maior conjugação de eventos de risco, caracterizada por um episódio de auto negligência e auto e heteroagressividade (3,3%).

Estes dados conferem-nos uma leitura interessante da exigência da intervenção da equipa interdisciplinar e acima de tudo do seu enorme esforço em promover um ambiente o mais contentor possível no internamento. Na realidade em trinta clientes do estudo, dezanove deles (66,7%) não apresentaram qualquer episódio que colocasse em risco a sua integridade ou de outrem, o que permite evidenciar que o “*milieu therapy*” ou seja a capacidade de manipular o ambiente de modo a que todos os aspetos da experiência hospitalar do cliente

sejam considerados terapêuticos” (Townsend, 2009, p. 201) é premissa constante na prática desta equipa de saúde.

Motivo Internamento X Eventos de Risco								
		Eventos de Risco						Total
		Sem Acontecimentos de Risco	Episódio Auto Agressividade	Episódio Hetero Agressividade	Episódio Autonegligência	Episódio Auto e Heteroagressividade	Episódio de Auto e Heteroagressividade AutoNegligência	
Motivo de Internamento	Perturbação Comportamento	1	1	1	0	1	0	4
	Perturbação Comportamento Alimentar	0	0	0	3	0	0	3
	Ideação Suicida	4	0	0	0	0	0	4
	Tentativa suicídio	7	2	0	0	0	1	10
	Surto Psicótico	1	0	0	0	0	0	1
	Perturbação Humor	3	0	2	0	0	0	5
	POC	1	0	0	0	0	0	1
	Perturbação Ansiedade	2	0	0	0	0	0	2
<b>Total</b>	19	3	3	3	1	1	30	

**Quadro 2:** Cruzamento entre as variáveis Motivo de Internamento e Eventos de Risco

O quadro apresentado, cruza entre si os Motivos de Internamento e os Eventos de Risco que ocorreram ao longo do internamento das crianças/adolescentes do estudo.

Nos clientes internados por Perturbação do Comportamento, verificou-se que, numa totalidade de quatro crianças, três delas apresentaram, episódios de agressividade (uma com um episódio de auto agressividade, uma com episódio de heteroagressividade e uma com um episódio conjunto de auto e heteroagressividade). Na sua génese, a perturbação do comportamento é muitas vezes agregada ao conceito de agressividade. Sendo uma perturbação situada essencialmente na infância, esta contextualiza-se em crianças com dificuldades em lidar com a frustração, em aceitar regras e por frequentes passagens ao ato agressivo quer com os outros quer, por vezes, com o próprio (CNSM, 2008).

Nas situações de tentativa de suicídio, dos dez jovens admitidos com este motivo de internamento, dois deles apresentaram um episódio de autoagressividade cada e, um deles, apresentou em conjunto um episódio de auto e heteroagressividade. Quando estes dados são analisados à luz das evidências teóricas existentes, podemos verificar uma relação entre os comportamentos autolesivos e as situações de tentativas de suicídio nos adolescentes (Jacobson & Gould, 2007, citados por Santos, Erse, Façanha, Marques e Simões., 2014). A incidência dos comportamentos auto-agressivos é mais acentuada nos adolescentes (aproximadamente 40%) do que em adultos. (Nock & Prinstein, 2004; Saraiva, 2006; Wilcox et al., 2010, citado por Santos et al., 2014). Nos indivíduos com história anterior de tentativa de suicídio e comportamentos de auto-agressão, o risco de repetição do comportamento auto lesivo é maior, tal como o risco de tentativa consumada de suicídio. (Christiansen e Jensen, 2007, citados por Santos et al., 2014). Estes dados convergem com os apurados na UIPIA e na relação expressa entre o suicídio (ideação ou tentativa) e os comportamentos auto-lesivos.

Nas cinco admissões de jovens por perturbação de humor, dois deles apresentaram um episódio cada de heteroagressividade. Estes dados, estão em linha com o que é referido na literatura consultada ao nível das perturbações de humor na infância e adolescência, uma vez que, nas situações particulares de maior elação de humor ou mesmo episódios francos de mania na adolescência, a irritabilidade, raiva e passagem ao ato pela agressividade dirigida ao outro apresentam-se como sintomas expressos do seu sofrimento mental (Barzman & Findling, 2008).

No caso dos jovens internados por Perturbação de Comportamento Alimentar, o destaque vai para o fato dos três clientes apresentarem Episódios de Autonegligência. Nestas situações em particular, os jovens têm associada uma imagem corporal negativa e desvirtuada da realidade. Os sentimentos negativos não se expressam apenas na incapacidade de controlo da alimentação e peso, mas também no cuidar de si e do seu corpo, que muitas vezes, não é reconhecido como seu. A baixa auto-estima associada ao quadro mantem-se por vezes, apesar da melhoria na sintomatologia alimentar, expressa ao nível do descuido dos cuidados ao corpo (Vaz, Conceição e Machado, 2009).

Motivo de Internamento x Risco de Suicídio											
		Risco de Suicídio								Total	
		0	1	2	3	4	5	6	7		8
Motivo de Internamento	Perturbação Comportamento	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	Perturbação Comportamento Alimentar	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	Ideação Suicida	0	0	1	0	1	1	1	0	0	4
	Tentativa Suicídio	0	0	0	1	1	3	3	1	1	10
	Surto Psicótico	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Perturbação Humor	0	0	4	1	0	0	0	0	0	5
	POC	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	Perturbação Ansiedade	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
<b>Total</b>	8	1	6	3	2	4	4	1	1	30	

**Quadro 3:** Cruzamento entre as variáveis Motivo de Internamento e Risco de Suicídio

Dos dados obtidos pelo cruzamento das variáveis Motivos de Internamento e o Indicador de Suicídio da escala *GRiST*, o destaque centra-se no fato de em catorza clientes internados (dez com Tentativa de Suicídio e quatro com Ideação Suicida), treze apresentaram um risco de suicídio entre o *médio* e o *alto risco* (entre 3 a 8 na escala *GRiST*).

No caso da Ideação suicida, a teoria aponta-nos para o fato desta ser um importante preditor de risco para o suicídio, sendo considerada o primeiro “passo” para sua efetivação (Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005; Saraiva, 2006, citados por Santos et al., 2014). A intensidade dos pensamentos suicidas, o contexto em que surgem bem como a sua profundidade e duração podem levar à tentativa de suicídio, podendo indiciar risco elevado de suicídio (Bridge, Golstein & Brent, 2006; WHO, 2002; Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005, citados por Santos et al., 2014).

Por outro lado, as histórias de tentativas de suicídio prévias são também importantes preditores para a consumação do suicídio e para o aumento considerável do seu risco (Borges,

2004; Cheng et al., 2010; DGS, 2013b; Wilcox et al., 2008, citados por Santos et al., 2014). O risco de suicídio em pessoas com tentativas de suicídio prévias está estimado em cerca de 100 vezes mais do que o da população em geral (Owens, Horrocks & House, 2002, citados por Santos et al., 2014), sendo que cerca de 25 a 40% dos jovens que se suicidam tiveram, pelo menos, uma tentativa de suicídio prévia.

Deste modo, a avaliação feita pela escala *GRiST*, permite estar desperto para o indicador de risco de suicídio no seu cruzamento com os diversos motivos de internamento. Os valores apurados vão ao encontro dos dados referidos na literatura científica consultada, servindo assim, como um importante meio auxiliar de avaliação do risco de suicídio nas crianças/adolescentes internadas.

<b>Motivo de Internamento x Risco de Autonegligência</b>										
		Risco de Autonegligência							Total	
		0	1	2	3	4	5	6		7
Motivo de Internamento	Perturbação Comportamento	3	0	0	1	0	0	0	0	4
	Perturbação Comportamento Alimentar	0	0	0	0	2	1	0	0	3
	Ideação Suicida	2	2	0	0	0	0	0	0	4
	Tentativa Suicídio	4	2	1	2	1	0	0	0	10
	Surto Psicótico	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	Perturbação Humor	1	0	1	1	0	0	0	2	5
	POC	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	Perturbação Ansiedade	1	0	0	0	0	0	1	0	2
	<b>Total</b>	13	4	2	4	3	1	1	2	30

**Quadro 4:** Cruzamento entre as variáveis Motivo de Internamento e Risco de Autonegligência

Deste quadro, em que se cruza os Motivos de Internamento, com o Indicador de Auto Negligência da escala, verificou-se que em cinco clientes internados com Perturbação de Humor, dois deles, apresentaram um risco elevado (7 na escala *GRiST*), um apresentou risco médio (3), outro risco baixo (2), havendo ainda registo de um cliente com risco nulo. Neste âmbito, vale a pena fazer referência que, os valores mais altos avaliados dizem respeito a crianças/adolescentes internados com episódios depressivos.

Por outro lado nas três jovens internadas com perturbação de comportamento alimentar o valor de risco de Auto-Negligência centrou-se no nível médio (4 a 5 na escala *GRiST*).

Na UIPIA, como em outros contextos, as situações de perturbação de comportamento alimentar evidenciam-se pela dificuldade dos jovens no confronto com a sua imagem corporal (Ommen, 2009). Quer através da atividade terapêutica de beleza, quer pelos cuidados de higiene diários verifica-se um desconforto e desprazer pelo corpo com o qual não conseguem identificar como seu. Nas perturbações do humor, dos quais os episódios depressivos major apresentam-se como uma maioria na UIPIA, este desprazer pelo autocuidado, é também uma evidência. A anedonia com que preenchem muito dos seus dias, repercute-se numa menor vontade de olharem e cuidarem de si, levando-as a auto-negligenciar-se.

Como auto-negligência considera-se a incapacidade (intencional ou não intencional) de manter os valores culturais e socialmente aceites de auto-cuidado, com implicações para a saúde e bem-estar do próprio ou porventura para a sua comunidade (Gibbons, Lauder & Ludwick, 2006). Nestas situações em concreto, associadas à vulnerabilidade do seu estado de saúde, considera-se uma auto-negligência de nível não intencional, uma vez que, apesar de se verificar uma falha ao nível do auto-cuidado, esta é justificada como resultado de um conjunto de fatores no qual se destacam as situações de doença física ou mental (Gibbons et al., 2006).

Motivo de Internamento x Risco de Heteroagressividade									
		Risco de Heteroagressividade						Total	
		0	1	2	3	4	6		7
Motivo de Internamento	Perturbação Comportamento	0	0	1	0	1	0	2	4
	Perturbação Comportamento Alimentar	3	0	0	0	0	0	0	3
	Ideação Suicida	4	0	0	0	0	0	0	4
	Tentativa Suicídio	4	3	2	0	0	1	0	10
	Surto Psicótico	0	0	1	0	0	0	0	1
	Perturbação Humor	2	0	0	1	1	1	0	5
	POC	1	0	0	0	0	0	0	1
	Perturbação Ansiedade	2	0	0	0	0	0	0	2
	<b>Total</b>	16	3	4	1	2	2	2	30

**Quadro 5:** Cruzamento entre as variáveis Motivo de Internamento e Risco de Heteroagressividade

Neste quadro, pelo cruzamento da variável Motivo de Internamento com o Indicador de Heteroagressividade da escala, destacam-se cinco jovens internados com Perturbação do Humor, a serem avaliados com um risco de heteroagressividade entre o nulo e o alto (entre 0 e 6 na escala *GRiST*). Em três deles, os valores de risco apurados são mais elevados ao nível do indicador de heteroagressividade, apresentando em comum o fato destes jovens terem sido internados por episódios de exaltação de humor ou mania. A expressão da agressividade, em particular dirigida a outros, é uma presença bastante frequente nas situações de perturbação de humor da infância e adolescência, em particular nos episódios de mania (Farchione et al., 2007). Caracterizando-se muitas vezes como “explosiva e desorganizadora” a expressão pela agressividade nestes episódios constitui-se como a principal razão de internamento nestas situações (Farchione et al., 2007).

Por outro lado, as crianças/adolescentes admitidas com Perturbação do Comportamento apresentaram um risco entre o baixo (um cliente com avaliação de 2), o médio (um cliente com avaliação 4) e o alto (dois clientes com avaliação de 7). Esta avaliação

pode ser compreendida à luz da gênese da própria perturbação do comportamento. Esta perturbação, presente essencialmente na infância caracteriza-se por um tipo de “comunicação” baseada algumas vezes na ação que nem sempre é entendida da melhor forma pelo interlocutor. A problemática resultante de situações de tensão vividas como feridas narcísicas e de angústia, nem sempre é gerida psiquicamente da melhor maneira, tendo tendência a serem apresentadas sobre a forma do agir (comportamentos disruptivos, agressivos) (Vidigal, 2005).

Outro dos dados que merece particular destaque nesta avaliação prende-se com o fato de 16 crianças/adolescentes não apresentarem qualquer risco ao nível deste indicador. Esta avaliação constituída em pouco mais de metade da amostra, elucida e desconstrói uma vez mais a ideia da pessoa internada num serviço de saúde mental ser potencialmente rotulada como agressiva. O estigma associado à doença mental advém na sua maioria do “medo do desconhecido, dum conjunto de falsas crenças que origina a falta de conhecimento e compreensão” (A.D.E.B., s.d, p.3).

A criança/adolescente internada na UIPIA deve ser percecionadas com a mesma “naturalidade” que a criança internada no internamento de medicina. Em qualquer das situações as crianças devem ser igualmente merecedores de cuidados e tratamento, sendo que quando devidamente prestados, espera-se, igualmente, uma regressão ou desaparecimento dos sintomas, permitindo a esta um regresso à comunidade e retorno à sua “vida normal”, com a mesma dignidade e respeito que qualquer outro com uma doença física. No entanto, por vezes, tal não se verifica, em virtude das atitudes preconceituosas e discriminatórias que dificultam a caminhada do indivíduo no sentido de uma plena reintegração social e familiar (A.D.E.B., s.d).

Motivo Internamento x Indicador de Vulnerabilidade									
		Risco de Vulnerabilidade							Total
		1	2	3	4	5	6	7	
Motivo de Internamento	Perturbação Comportamento	0	1	1	2	0	0	0	4
	Perturbação Comportamento Alimentar	1	1	0	0	1	0	0	3
	Ideação Suicida	0	1	0	1	2	0	0	4
	Tentativa Suicídio	4	3	1	1	0	0	1	10
	Surto Psicótico	0	1	0	0	0	0	0	1
	Perturbação Humor	0	1	1	0	2	1	0	5
	POC	1	0	0	0	0	0	0	1
	Perturbação Ansiedade	1	0	0	0	1	0	0	2
Total	7	8	3	4	6	1	1	30	

**Quadro 6:** Cruzamento entre as variáveis Motivo de Internamento e Risco de Vulnerabilidade

O quadro apresentado que cruza os motivos de internamento e o indicador de vulnerabilidade apresenta-se como um dos cruzamentos de dados mais interessantes da ARC pela *GRiST*, uma vez que, se verifica que independentemente de todos os motivos de admissão da criança/adolescente, todas elas apresentavam um valor de risco de vulnerabilidade. A perturbação do comportamento com um total de quatro jovens internados, apresenta uma avaliação entre 2 e 4. No caso da perturbação do comportamento alimentar os valores variaram entre 1 e 5. Nas admissões por ideação suicida as avaliações situaram,-se entre 2 e 5. As crianças internadas por tentativa de suicídio apresentaram uma maior amplitude de risco entre 1 e 7 de valor máximo.

A vulnerabilidade está intimamente ligada com as experiências de transição, interações e condições do meio, que podem expor os indivíduos a uma situação de potencial dano, situação de doença ou recuperação mais prolongada (Meleis, 2010). Estes dados confrontam a realidade de cada vez mais crianças/adolescentes submetidas a um conjunto de transições quer ao nível familiar, escolar ou neste caso em concreto, de saúde/doença com necessidade de internamento, apresentarem uma condição de vulnerabilidade acrescida (Meleis, 2010).

<b>Motivo Internamento x Risco Autoagressividade</b>												
		Risco de Autoagressividade									Total	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8		9
Motivo de Internamento	Perturbação Comportamento	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	4
	Perturbação Comportamento Alimentar	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	Ideação Suicida	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	4
	Tentativa Suicídio	1	2	0	0	5	0	1	0	0	1	10
	Surto Psicótico	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	Perturbação Humor	1	0	0	1	0	2	0	1	0	0	5
	POC	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Perturbação Ansiedade	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	<b>Total</b>	9	3	3	1	5	2	3	2	1	1	30

**Quadro 7:** Cruzamento entre as variáveis Motivo de Internamento e Risco de Autoagressividade

Ao nível do cruzamento dos Motivos de Internamento e Autoagressividade denotamos que as crianças/adolescentes internadas com Ideação Suicida e Tentativa de Suicídio preenchem as avaliações de maior risco no que confere à avaliação deste indicador. Com valores balizados entre 0 e 9, é nos valores de médio e alto risco de Autoagressividade que se concentram a maioria dos clientes descritos.

No estudo *CASE - Child e Adolescent Self-harm in Europe*, que envolveu cerca de 30 mil adolescentes de seis países europeus e Austrália com idades entre os 14 e os 17 anos, os autores verificaram que os comportamentos auto-lesivos são perspetivados não só como potenciais precursores das tentativas de suicídio como também têm uma alta probabilidade de repetição no futuro, daí ser perceptível os valores apurados pela escala *GRiST*. (Madge et al., 2008, citado por Santos et al., 2014)

Nos clientes internados com perturbação de humor (n=5) quatro deles apresentaram valores de risco deste indicador entre médio e alto risco. Apesar da sua franca relação ao nível do risco potencial, as situações de auto-agressividade não necessitam de estar sempre intimamente ligadas a situações de ideações suicidas ou a tentativas de suicídio. Os comportamentos de auto-agressividade apresentam-se na sua maioria como uma forma de expressão do sofrimento psíquico do jovem (Williams & Bydalek, 2007, citado por Santos et al., 2014). Estas ações, por vezes sem intenção suicida presente, demonstram uma necessidade de mudança ou o alívio da dor psicológica (Reis et al., 2012; Saraiva, 2006, citados por Santos et al., 2014), muitas vezes associada a um quadro depressivo. Estes comportamentos auto-lesivos permitem ao adolescente um maior controlo de si, cumprindo a função de regulador emocional e devendo ser entendido sempre como um pedido de ajuda e uma expressão inequívoca do seu sofrimento interno (Potter, 2003; Nock & Prinstein, 2004, citados por Santos et al., 2014).

Em jeito de conclusão, e perante os dados apresentados anteriormente, verifica-se que a aplicabilidade da escala *GRiST* pode tornar-se de suma importância numa unidade como a UIPIA. Mais do que uma forma rápida de realizar uma ARC, na *GRiST* destaca-se o preenchimento intuitivo da informação relevante, a avaliação pertinente de cada um dos indicadores de risco de cada cliente, e a forma como nos pode auxiliar no processo de tomada de decisão (planeamento de cuidados e posterior intervenção), tornando-se num instrumento deveras pertinente na melhoria dos cuidados prestados a cada criança/adolescente.

### 3.1.2. Prática Clínica Desenvolvida

A escolha do local de estágio no mesmo sítio onde exerço diariamente a minha atividade profissional não foi de todo em vão. Mais do que uma procura do cumprimento dos objetivos do estudo, este permitia-me, face às contingências de ser enfermeiro estagiário, um novo olhar sobre a minha prática e, em particular, sobre a equipa de saúde na sua generalidade.

Na UIPIA promove-se uma intervenção interdisciplinar, com enfoque na criança/adolescente, e no desenvolvimento da “*milieu therapy*”. Na área da saúde mental “o objetivo da *milieu therapy* é manipular o ambiente de modo a que todos os aspetos da experiência hospitalar do cliente sejam considerados terapêuticos” (Townsend, 2009, p. 201). O enfermeiro, como membro da equipa interdisciplinar, assume um papel fundamental na gestão deste ambiente terapêutico em particular na UIPIA.

Para além da criação e manutenção de um ambiente terapêutico inclui-se também a intervenção terapêutica individual, de grupo e familiar, o acerto farmacológico, e intervenções de nível pedagógico e social.

Numa primeira fase, é definido um projeto terapêutico personalizado pela equipa de saúde, o qual é apresentado, negociado com a criança/adolescente e família, revisto e reavaliado no âmbito das reuniões clínicas realizadas diariamente (Almeida, Ferreira e Nabais, 2010). Como prioridade, preconiza-se que o tempo de internamento seja o mínimo necessário para uma estabilização do quadro clínico e intervenção terapêutica em crise.

Na equipa de enfermagem, é preconizado o método de trabalho por enfermeiro responsável, onde se procura que o enfermeiro seja um elemento de referência na organização, definição, implementação e avaliação do projeto terapêutico da criança/adolescente.

Ao longo deste estágio, e aplicando este método de trabalho, assumi-me como enfermeiro de referência de um adolescente que se apresentava em sofrimento mental consequente das respostas humanas desadaptadas às transições que se encontrava a viver<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> “F3.5.1. *Desempenha as funções de terapeuta de referência e pode coordenar programas de gestão de casos, no âmbito dos programas integrados de apoio específico às pessoas com perturbação mental, doença mental grave ou de evolução prolongada, e suas famílias.*” (OE, 2010, p.6)

Este adolescente encontrava-se a viver em simultâneo uma transição situacional (associado à necessidade de internamento), de saúde doença, associado ao agravamento do seu estado de saúde e de desenvolvimento, por se encontrar em plena fase de adolescência.

As transições que são vividas em simultâneo requerem particular atenção dos enfermeiros pela vulnerabilidade acrescida que condicionam no cliente (Chick & Meleis, 1986; Schumacher & Meleis, 1994). Estes processos de transição requerem cuidados em enfermagem de saúde mental que facilitem os mesmos, com vista a que estes adolescentes alcancem respostas mais adaptadas e saudáveis, proporcionando assim maior estabilidade e bem-estar.

O A. é um adolescente de 16 anos de idade, sexo masculino, residente em Lisboa. Vive com os pais, e frequenta o 10º ano. Foi internado compulsivamente na UIPIA por isolamento social e recusa escolar.

Descrito desde sempre pelas figuras parentais como “tímido e muito fechado, nunca soube o que era o não”(sic). Desde há cerca de dois anos (altura em que deixa de frequentar o futebol por lesão muscular) passa a isolar-se ainda mais em casa e segundo os pais “passa o dia a jogar computador” (sic).

No início do 3º período do ano letivo de 2012/2013, inicia quadro de recusa escolar, passando os dias sozinho no quarto a jogar computador *online*, realizando refeições no mesmo espaço, com inversão do ciclo circadiano. Recusa-se nesse período a aderir às consultas do médico de família apresentando-se apenas a uma consulta de Pedopsiquiatra nos Serviços Sociais da Câmara Municipal de Lisboa. Pela gravidade do quadro iniciou terapêutica oral (haloperidol), com aparente boa resposta, tendo iniciado o ano letivo 2013/2014 a frequentar o curso profissional de informática.

Com bom aproveitamento e assiduidade até ao fim do primeiro período, nesta altura inicia quadro de recusa da terapêutica oral e novo agravamento do quadro com recusa escolar e isolamento social. Perante tomada de posição dos pais de restringirem o uso do computador, o A. desencadeia episódio de heteroagressividade dirigida à mãe apontando-lhe uma faca e arremessando objetos do quarto.

Face ao supramencionado, a delegada de saúde emitiu um mandato de condução com posterior indicação para internamento compulsivo que se veio a consumir na UIPIA.

Sem antecedentes pessoais de relevo, apresenta como antecedentes familiares: mãe com quadro depressivo “desde há largos anos” (sic), medicada e acompanhada por Psiquiatra, Tio e avô materno com diagnóstico de esquizofrenia.

Perante os dados colhidos por mim no momento de admissão através das suas figuras parentais, era chegado o momento de estabelecer o primeiro contato com este adolescente.<sup>3</sup>

Isolado do restante grupo de pares, o A. procurou, no quarto de contenção ambiental, o espaço onde poderia estar mais distanciado e provavelmente mais seguro/protegido, sobretudo dos restantes jovens internados.

Da avaliação do estado mental realizado no momento de admissão, ressalva-se um jovem consciente, orientado no tempo e espaço, postura retraída e tensa, evitando o contato visual, com fâcias triste, humor aparentemente deprimido. Apresentando-se inicialmente em mutismo, foi necessário, progressivamente, estimular a interação com o A. Sem aparente alterações do conteúdo do pensamento ou da percepção, procurei por diferentes formas de comunicação (verbal, não verbal, escrita) chegar ao A., e despertar a sua atenção para que pudéssemos “desbloquear aquele gelo inicial”.

Várias foram as tentativas neste sentido, contudo foi na temática do futebol e posteriormente na lesão contraída pelo A. (que o impossibilitou de dar continuidade a prática da modalidade), que se catalisou o início da interação e de uma relação terapêutica. Na realidade é nos encontros entre o enfermeiro e a pessoa, e na relação interpessoal que ambos criam, que se pode desenvolver a relação de terapêutica. “A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades (...) envolvendo as pessoas significativas do cliente individual (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 8).

Progressivamente, ainda no quarto de confinamento, o A. vai abordando, maioritariamente por monossílabos e respostas curtas, os motivos que o levaram a “isolar-

---

<sup>3</sup> “F2.2. Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.” (OE, 2010, p.4).

se”(sic) da escola e dos pares. Os jogos de computador e a inversão de sono, que inicialmente eram situações controláveis, despoletaram um progressivo desinteresse pela escola e pelas relações físicas, substituídas então pelas relações virtuais construídas em jogos de guerra/luta. Nesta etapa do ciclo de vida em que o A. se encontra, o grupo de pares constitui, à partida, um agente de socialização de suma relevância, promovendo a autonomização do adolescente face às figuras parentais, e facilitando a aquisição das relações sociais imprescindíveis para a consolidação das interações interpessoais, na fase adulta (Braconnier & Marcelli, 2000). Contudo este era, em grande escala, uma das dificuldades do A.

Ao abordar estas temáticas com o jovem, procurava com o mesmo, o momento ideal para o (re) encontro com o mundo das interações com os pares, bem como a saída progressiva do quarto de confinamento para a sala de atividades. Apesar de tudo, por vezes é necessário ao enfermeiro perceber os limites do outro, e confrontar o seu próprio ímpeto terapêutico adequando o ritmo do percurso terapêutico ao ritmo do cliente neste caso criança/adolescente<sup>4</sup>.

Na relação terapêutica com o adolescente, importa preconizar a compreensão de cada um como um todo, isto é, como uma entidade biopsicossocial, considerando as interações existentes entre as vivências passadas, atuais e as subsequentes: “(...) cada um nunca é olhado individualmente, mas como fruto de um mundo relacional onde se insere desde os primeiros tempos de vida, onde a família e o meio social envolvente são determinantes para a modelação e o desenvolvimento de determinado potencial inato.” (Strecht, 2008, p. 50).

Mais do que identificar os sinais e sintomas denunciadores do sofrimento psíquico do outro, pretende-se compreender a génese dos mesmos, sendo que é precisamente sobre esses fatores etiológicos que se visa intervir, não só com o intuito preventivo, mas também terapêutico. Esta forma holística de “olhar” o outro, ainda que mais complexa, proporciona uma valorização do adolescente por aquilo que ele é, nas suas diversas dimensões, não se reduzindo, por isso, a um rótulo estereotipado (Strecht, 2008).

---

<sup>4</sup> F 3.4.1. - *Concebe estratégias de empoderamento que permitam o cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de protecção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental;*(OE, 2010, p.6)

F 3.4.5. - *Elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a: aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco; manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social; promover e reforçar as capacidades das famílias.* (OE, 2010, p.6)

O terceiro dia fica marcado pela primeira refeição em conjunto do A. com os pares. Após a realização dos cuidados de higiene, o A. deslocou-se à sala de atividades que concomitantemente serve de sala de refeições conseguindo permanecer na mesma com o grupo de colegas tomando a sua primeira refeição da manhã. Apesar de o conseguir fazer, o A. teve necessidade de, rapidamente, se recolher ao quarto onde procurou refugiar-se na leitura do seu jornal desportivo.

Apesar desta curta experiência, não foi indiferente a importância do reforço positivo e a valorização do A. neste seu primeiro contato com o restante grupo de jovens internados. Em intervenção individual, o A. refere que “iria ser muito difícil estar na sala muito mais tempo pois não conhecia ninguém” (sic). Neste momento, foi-lhe devolvido que, em conjunto com os técnicos, poderíamos procurar o espaço/tempo (por atividade terapêutica ou simples dinâmica de grupo) em que sentisse melhor para integrar, progressivamente o grupo de pares.

Assim, é na relação que aliada à subtileza do enfermeiro lhe permite “(...) *caminhar com o outro*”, “(...) *acompanhar a pessoa no seu caminho* (...)” (Hesbeen, 2001, p.25), sugerindo orientações sempre que pertinente e promovendo o incremento da sua autonomia. Cuidar, permite então, caminhar rumo à essência da pessoa, centrando-se no seu sofrimento, nas suas aspirações, inquietações, interrogações, problemas... (Hesbeen, 2001).]

Após a apresentação do quadro das atividades propostas para a semana, o A. acaba por inclinar-se para a atividade de culinária<sup>5</sup>. “É das poucas coisas que ainda gosto de fazer para além dos computadores”(sic). Esta atividade terapêutica estava marcada para o dia seguinte, sendo que, o tempo restante desta intervenção individual centrou-se na desmistificação dos objetivos deste momento e no reforço que o enfermeiro estaria presente para qualquer necessidade do A.

Face ao combinado, foi com um fôlego ansioso que encontrei o A. no dia seguinte. Mais do que palavras, o seu não-verbal evidenciava todo um turbilhão de sentimentos/emoções que antecederiam o início da atividade terapêutica. Colocando-me como elo facilitador na integração do A. com o grupo de pares, aos poucos fui verificando uma mudança do A. “tarefeiro”, cumprindo à risca as indicações que lhe iam sendo solicitadas, para o A mais solícito com o grupo, procurando, por questões curtas, resolver algumas

---

<sup>5</sup> “F4.2.5. Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.7)

dúvidas que iam surgindo. Neste dia, o “poder do grupo” foi fundamental, uma vez que promoveu uma integração progressiva do A. não só na atividade mas também na própria dinâmica do grupo. O adolescente é um ser que vive permanentemente em relação, sendo que a necessidade de fazer parte integrante de um grupo é não só inevitável, como imprescindível (Braconnier & Marcelli, 2000).

Foi com um esgar de sorriso que o A. terminou a manhã, referindo numa simples frase “até correu bem”(sic). Visivelmente mais tranquilo, o A. conseguiu após o almoço manter-se na sala de atividades, e pela primeira vez desde o início do internamento manteve-se mais tempo com o grupo de pares do que no seu quarto.

Os dias que se seguiram foram marcados por uma progressiva interação do A. com os diferentes adolescentes internados. Procurando essencialmente estar com o grupo dos rapazes da sua faixa etária, o A., estimulado por estes, vai abordando os seus gostos pelos computadores e desporto, integrando com progressivo interesse as atividades terapêuticas. Estas tiveram como objetivo explorar as razões do seu progressivo isolamento social bem como identificar fatores precipitantes e potenciadores do mesmo. Gradualmente, em intervenção individual, procurou-se também ajudá-lo a tomar consciência dos seus sentimentos/emoções, medos e receios, no sentido de identificá-los e expressá-los. Neste âmbito a questão da adesão ao regime medicamentoso e os conflitos com os pais assumiram um papel relevante<sup>6</sup>.

Apesar do cumprimento integral da medicação no internamento, diversos foram as ideias pré-concebidas que tiveram de ser desmistificadas no momento prévio à sua administração. Entre outros receios o A. expressava que ”Esta medicação é para os malucos...faz engordar...vai-me dar sono...vou ficar pedrado” (sic). Nesta vertente o estabelecimento de uma relação de confiança enfermeiro-cliente foi fundamental, uma vez que permitiu que o A. compreende-se a necessidade do cumprimento daquela medicação quer em internamento, quer no regime de ambulatório. Mais do que um desmistificar de quaisquer ideias prévias, estes momentos serviram também para empoderar e responsabilizar o A. do seu projeto de saúde que passa também por uma adesão efetiva à medicação prescrita.

---

<sup>6</sup> F4.2.2. – utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentam o “insight” do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema; F4.2.3. - utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental; e F4.2.5. - utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes. (OE, 2010, p.6)

Num outro campo de intervenção, a nível familiar, diariamente, o A. recebia a visita da mãe e do pai. Nos primeiros dias denotava-se o adolescente mais tenso no contato estabelecido com a mãe. A interação entre o A. e os familiares era breve, muitas vezes apenas centrado no jornal desportivo que o pai. lhe trazia diariamente e servia de mediador da relação. Ao longo do internamento foi realizada intervenção familiar com os pais e posteriormente em conjunto com o A. com o objetivo de elucidar acerca da evolução do mesmo no internamento e trabalhar diferentes estratégias para lidar com as dificuldades do A. em casa e melhorar significativamente a dinâmica familiar entre todos.

A postura dos pais foi sempre de grande disponibilidade para com o que lhes ia sendo transmitido, confirmando a necessidade de mudarem algumas atitudes/comportamentos que adoptavam com o A. em casa. Dentro desse campo destacavam-se a necessidade de impor limites e, conseqüentemente uma procura de estarem mais próximos do seu filho com o intuito de perceberem as suas dificuldades de relação quer em casa quer com os pares a nível escolar.<sup>7</sup>

Acrescentando a toda a intervenção efetuada, foi também essencial uma identificação dos recursos de que o A. dispõe na comunidade, bem como a definição com o mesmo de um projeto de vida que o motivasse a estabelecer novos objetivos e desafios para o seu dia-a-dia<sup>8</sup>.

Nesta busca a dois, terapeuta-cliente, a escola surgia como um local desprovido de significado para o A. “As aulas não me motivam e não me dou bem com os meus colegas”(sic).

De fato as dificuldades escolares assumiram proporções consideráveis, estando atualmente na génese das solicitações de intervenção no âmbito da saúde mental (Strecht, 2008). Existe uma proporção considerável de adolescentes com problemas escolares e insucessos de aprendizagem, que apresentam competências cognitivas dentro dos padrões que asseguram que o fizessem normalmente. Contudo, podem possuir uma determinada fragilidade no âmbito do seu desenvolvimento afetivo e emocional, sendo que em muitas situações, existe o risco de se definirem estruturas psicopatológicas diversas, passíveis de se manifestarem através da escola, e nomeadamente através do insucesso escolar, o qual

---

<sup>7</sup> F4.2.1. – Implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições;(OE, 2010, p.6

<sup>8</sup> F4.2.1. – Implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições; (OE, 2010, p.5)

constitui o primeiro sinal de alerta e consequência da referida desorganização psíquica (Strecht, 2008).

Na procura de alternativas ou projetos escolares, o A. vai abordando o seu interesse de ingressar num curso profissional de informática, contudo os receios de um novo ambiente e uma nova escola deixavam-no renitente. Neste contexto a articulação com o hospital de dia da Clínica da Juventude tornou-se essencial<sup>9</sup>.

A frequência de adolescentes em Hospital de Dia é concebido “(...) não como um processo visando a “cura”, mas como um acontecimento catalisador, possível etapa de um processo terapêutico, facilitador de uma interação mais harmoniosa entre o jovem e o meio em que está inserido.” (Trigueiros e Afonso, 1993, p.20). Neste contexto existem entre outras modalidades/intervenções terapêuticas, o grupo da Recusa Escolar, o qual, são englobados diferentes adolescentes que, por os mais diferentes motivos deixaram de frequentar a escola. No presente caso a intervenção desenvolvida tem em vista a promoção da sua (re)integração escolar, o que requer a construção cuidada de um plano de “regresso à escola”, cuja exequibilidade prática seja realista, de modo a assegurar a sua respetiva eficácia. Pretende-se que este processo seja gradual e as dificuldades, aquando do reencontro com a escola, antecipadas, de modo a que o adolescente consiga enfrentar os seus medos decorrentes deste contato (Thambirajah, Grandison & De-Hayes, 2008).

À primeira vista, apesar da renitência inicial do A., a explicação dos objetivos do Hospital de Dia acabaram por o tranquilizar. A importância do enfermeiro de referência é fundamental neste processo, uma vez que, o assegurar da transição para este novo espaço terapêutico por mim em conjunto com o Enfermeiro do Hospital de dia, promoveu uma “maior segurança”(sic) no A. É, pois, imprescindível que o meio que rodeia os adolescentes seja sentido, por eles, como terapêutico, ou seja, que dê resposta às suas dificuldades emocionais, permitindo-lhes experienciar relações positivas e conferindo-lhes segurança, procurando-se assim concretizar a promoção, a simplificação e/ou a reparação do seu desenvolvimento afetivo (Trigueiros e Afonso, 1993).

---

<sup>9</sup> “F3.5.4. Coordena a transição de doentes e famílias entre cenários de cuidados de saúde mental, cenários de cuidados de saúde gerais e unidades comunitárias para fornecer continuidade de cuidados e suporte ao cliente, família e outros prestadores de cuidados de saúde.” (OE, 2010, p.6)

“F3.3.1. Compromete-se com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal.” (OE, 2010, p. 6).

O A. após duas licenças de ensaio<sup>10</sup> a casa com respetiva ida ao Hospital de Dia acabou por aderir a este novo projeto na comunidade. Desta forma, após a alta do internamento, passou a frequentar o Hospital de Dia três vezes por semana em regime diurno das 9h-16h, mantendo a medicação prescrita e o acompanhamento pelo médico do Hospital de Dia<sup>11</sup>.

Em suma, a possibilidade de acompanhar todo este processo de internamento do A., as suas especificidades e a posterior articulação com as equipas da comunidade permitiram-me o desenvolvimento das competências específicas do EESM. As especificidades do serviço em geral e dos seus clientes em particular desafiaram-me constantemente a reinventar-me e muitas vezes a perceber os meus próprios limites. Trabalhar os nossos sentimentos, emoções, nem sempre é fácil contudo ser enfermeiro especialista também é isto. A consciencialização do que somos e como intervimos com o outro é o primeiro passo para o desenvolvimento do nosso auto-conhecimento. Nesta linha de raciocínio a primeira competência do enfermeiro especialista em saúde mental foi uma premissa transversal a este e ao estágio comunitário.<sup>12</sup>

A continuidade de cuidados, foi outro dos aspetos que ressalvo desta experiência. A possibilidade de acompanhar o A. diariamente, facilitou e muito a minha intervenção, fazendo jus ao verdadeiro objetivo de trabalhar como enfermeiro de referência. Ao contrário do trabalho por turnos rotativos, considero que a presença diária e contínua do enfermeiro de referência pela criança/adolescente é um ganho ao projeto terapêutico do mesmo e ao fortalecimento de uma verdadeira relação terapêutica. Paralelamente, é de salientar que tudo isto não seria possível sem a presença de uma equipa de suporte, pronta a partilhar experiências e pontos de vista. Para tal, muitas foram as discussões frutíferas em momentos de passagem de turno (e não só) em torno do projeto do A., assim como, dos restantes clientes internados.

Tudo isto culmina na concretização de intervenções com um verdadeiro sentido terapêutico. Nesta transição de enfermeiro generalista para EESM procurei o desenvolvimento

---

<sup>10</sup> Licença de ensaio constitui uma etapa do plano terapêutico, durante a qual a criança regressa ao seu contexto natural de vida e onde, habitualmente, a doença se desenvolveu. Momento normalmente vivido com grandes expectativas pela criança e família, após internamento habitualmente prolongado. A LE deverá servir para a equipa, família e criança, confirmarem a evolução realizada.

<sup>11</sup> “F3.5.6. Orienta o cliente no acesso a recursos comunitários mais apropriados, tendo em conta o seu problema de saúde mental.” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.6)

<sup>12</sup> F1: Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional. (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.5)

sistemático do meu eu enquanto ser de relação e como agente implicado nas intervenções terapêuticas. Uma intervenção individual com o A. não é, só por si, uma conversa. Este envolve técnica, presença, disponibilidade capacidade de descodificar o seu pedido de ajuda, entre outros. Enquanto EESM sou, muitas vezes, o ponto de referência do nosso cliente. Não procurando dar respostas diretas aos seus problemas, o EESM deverá mobilizar a sua intervenção “para e com” o outro, mobilizando estratégias de diminuição ou libertação do sofrimento mental expresso pelo cliente

Neste contexto de internamento creio, por exemplo, ser inviável ambicionar-mos a realização de uma psicoterapia no sentido clássico, tal como acontece em regime privado ou de gabinete. As limitações institucionais, as características dos utentes internados e as próprias dinâmicas do serviço dirigem-nos num sentido das intervenções terapêuticas em grupo ou mesmo intervenções individuais, no qual o aconselhamento destaca-se como uma técnica de recurso. Nesta ótica, a visão clássica de psicoterapia altera-se de uma, mais longa e “centrada no desenvolvimento e transformação da personalidade (...), para um projeto terapêutico de média e curta duração” (Chalifour, 2009, p.8) que visa essencialmente “o suporte, mudança de comportamentos ou sintomas, gestão de crise” (Chalifour, 2009,p.8), entre outros.

Deste modo, é compreensível que cada vez mais técnicos, neste caso os EESM se definam como *ecléticos* no sentido da sua prática pois permite-nos, uma multiplicidade de intervenções que ao nível da saúde mental se tornam essenciais. As indicações de intervenção para uma criança/adolescente X não são as mesmas para uma criança/adolescente Y, deste modo, cabe ao enfermeiro ter este discernimento de destringir onde, quando, e de que forma pode intervir.



### 3.2. Estágio Comunitário

A possibilidade de trabalhar integrado na Área de Pedopsiquiatria, possibilita-nos uma abertura de horizontes, no que à intervenção de enfermagem diz respeito. Apesar da minha intervenção se cingir quase na sua totalidade à unidade de internamento (descrito anteriormente), até ao momento já tive, em contextos diferentes, a possibilidade de prestar cuidados em duas das três clínicas de âmbito comunitário da área da psiquiatria da infância e adolescência.

Ainda como estudante de licenciatura a Clínica da Juventude, situada no Parque de Saúde de Lisboa, acolheu-me no meu projeto/monografia de final de curso. Atualmente, um dia por semana é vinculado à Clínica da Encarnação, com a finalidade de promover uma intervenção individual de âmbito psicoterapêutica de crianças com perturbação de comportamento.

Neste contexto, após reflexão com o meu tutor decidi arriscar na procura de novas aprendizagens, novos locais no qual a intervenção de enfermagem poderia ser um acrescento à, até então, minha aprendizagem. A Clínica do Parque, surgiu com alguma naturalidade como o local surpresa e ao mesmo tempo repleto de desafio nesta procura do desenvolvimento de competências do EESM. Situada no Parque de Saúde de Lisboa e pertencendo à Área de Psiquiatria da Infância e Adolescência, do CHLC, a Clínica do Parque destina-se à “prestação de cuidados diferenciados de Saúde Mental em regime de ambulatório” (Ferreira, 2010, p.1) a crianças e adolescentes, dos cinco aos doze anos (inclusive), e suas famílias, residentes numa das seguintes áreas geográficas: freguesias de Lisboa (S. Domingos de Benfica, N.ª Sra. Fátima e Campolide, S. João de Deus, Alto do Pina, Beato, S. Jorge de Arroios, Sta. Engrácia e S. João), concelhos da Amadora, Vila Franca de Xira, Sobral Monte Agraço, Cadaval, mais Alenquer e Torres Vedras, todo o Algarve e os Açores (Horta).

O estágio foi realizado no período compreendido entre 1 de outubro e 14 de fevereiro de 2014 (40% da carga horária prevista para o estágio) com o objetivo major de desenvolvimento de competências psicoterapêuticas do EESM na prestação de cuidados à criança com situação psicopatológica e sua família, ao longo do ciclo de vida, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

A Clínica do Parque proporcionou-me a oportunidade de integrar e intervir num grupo terapêutico fechado, enquanto co-terapeuta, no qual o número de sessões e de participantes é previamente determinado (Vinogradov & Yalom, 1999).

Tendo em conta o horário escolar, e respetivas pausas letivas, as sessões foram programadas para uma duração aproximada de uma hora e trinta minutos, sendo o dia definido - Terça-feira. Apesar da limitação dos dias, em consequência do calendário apertado do estágio, comprometi-me a integrar e permanecer no grupo até à sua última sessão (coincidente com o fim do ano letivo), possibilitando desta forma uma maior continuidade quer da intervenção, quer da própria aprendizagem pessoal.

Os dias que antecederam a primeira sessão foram vividos com alguma ansiedade pela minha parte, contudo, ainda antes de conhecer os jovens que fariam parte do grupo, tive a oportunidade de reunir-me com os orientadores de estágio a fim de compreender melhor o funcionamento da Clínica, bem como a sua missão e, em particular, as modalidades de intervenção de enfermagem perspetivadas para o grupo terapêutico.

Para além de ser abordada a importância de uma intervenção em grupo, a palavra sociodrama foi por diversas vezes mencionada, uma vez que era sobre este tipo de abordagem que assentaria a nossa intervenção com o grupo em questão.

O sociodrama, apresenta-se como um “método psicopedagógico de trabalho com grupos que facilita a aprendizagem de papéis, ideias, conceitos e atitudes por meio da vivência sociopedagógica” (Marra, 2004, p.47). Neste sentido, e no meio da intervenção em saúde mental da criança e adolescência, Nabais e Rodrigues (2009), dão ênfase à intervenção terapêutica em grupo, apresentando-se esta, tal como defende o sociodrama “como uma resposta terapêutica a nível institucional cada vez mais efetiva, em alternância com outras intervenções de cariz terapêutico individual.” (p.8).

Se a unidade curricular de Opção escolhida na fase curricular do CMESMP denominada como “Sociodrama e Psicodrama” já tinha feito sentido, neste momento prévio ao início do estágio esta tinha ganho completo significado. Apesar de não apresentar qualquer tipo de formação específica na área, as aulas de opção, repletas de exemplos práticos, constituíram, uma ferramenta de grande suporte para este novo desafio com o intuito de promover a aquisição e desenvolvimento de competências socioterapêuticas.

Quinzenalmente, em simultâneo com as sessões do grupo, decorreram as sessões de terapia familiar, destinadas aos familiares significativos. Estes momentos estavam a cargo da EESM com formação em terapia familiar que, após os mesmos, promovia um momento de discussão com a restante equipa de enfermagem a fim de abordar o desenvolvimento das sessões em articulação com o progresso da nossa intervenção. Estes encontros revelaram-se de extrema importância, no contínuo do desenvolvimento das competências do EESM<sup>13</sup>.

Para além do que foi abordado, não posso deixar de destacar os momentos conferidos pelo orientador de estágio e orientador da escola, que mais do que espaços de partilha, proporcionaram momentos de reconstrução da prática, de supervisão conjunta, como um “processo de ajuda e suporte emocional (...) com um espaço e um tempo protegidos para facilitar a reflexão profunda da prática clínica” (Macedo, 2012, p.82).

Antes de abordar na generalidade cada um dos elementos do grupo terapêutico, é necessário referir que este ano corresponde ao segundo ano efetivo de existência deste grupo. Os elementos do mesmo por motivos de confidencialidade foram identificados como E1, E2, E3, E4, E5.

**E1**, adolescente do género masculino, com quinze anos, reside com os pais e irmãos, de nove anos e seis meses. Encontra-se a frequentar o sétimo ano de escolaridade, com baixo rendimento. Descrito com comportamento desafiador face a figuras de autoridade, nomeadamente, professores e história de comportamentos delinquentes com o grupo de pares. No início deste ano letivo, e conseqüentemente, do segundo ano do grupo, apresentava-se integrado com os restantes adolescentes, sem dificuldades em participar nas atividades propostas. Apresenta função mais contentora e apaziguadora perante os restantes elementos do grupo.

**E2**, adolescente do género masculino, treze anos, a residir com os pais e irmã de onze anos. Acompanhado, em consulta de Pedopsiquiatria, desde os nove anos, por défice de atenção e concentração, baixa tolerância à frustração, encoprese e enurese secundárias. A frequentar o sétimo ano de escolaridade, no ensino adaptado, com aproveitamento mediano. No grupo terapêutico, apresenta-se com contato inibido, postura passiva, necessário maior

---

<sup>13</sup> F.2.1 “Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente” e F2.2. “Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família” (OE, 2010a, p.4).

estímulo dos pares e técnicos na interação e participação nas atividades propostas. Pouco investido na sua imagem, e pouco autônomo nas tarefas do dia-a-dia (escolha da roupa, arrumação do seu quarto), muitas vezes substituído pela figura da mãe. Contudo, aparentemente integrado no grupo, discurso mais adequado à sua idade (no ano anterior adoptava um discurso infantilizado, essencialmente centrado em computadores e personagens de animação).

**E3**, adolescente género masculino, treze anos, a residir com os pais e dois irmãos – irmã de dez e irmão de dezoito anos. Tem irmão mais velho, de vinte e três anos, com casa própria. Acompanhado, em consulta de Pedopsiquiatria, desde os seis anos. Desde essa altura, com idas recorrentes ao serviço de urgência do hospital de referência, principalmente por queixas de enxaquecas. Seguido, em consulta, por várias especialidades médicas, sem existência de nenhum quadro patológico diagnosticável. Com história de diversos medos, insónia inicial, discurso confabulado em torno de agressões a colegas, que não se concretizavam na realidade, referindo ser alvo de gozo pelos colegas que lhe batiam. A frequentar o sétimo ano, no ensino regular, com absentismo escolar, pelas idas frequentes ao hospital. História de comportamentos disruptivos dirigidos a professores e colegas. Sem integração de um grupo de pares na escola.

Em semelhança ao ano anterior, no grupo terapêutico, o E3 apresentava na grande maioria das sessões uma grande inquietação motora, com grande dificuldade em respeitar o espaço físico do grupo na sua generalidade e de alguns pares em particular. Apresenta grande dificuldade em verbalizar as suas emoções, sentimentos e preocupações reagindo muitas vezes com agressividade verbal, quando confrontado com as suas dificuldades. Com discurso muito centrado no papel de agressor, em vez do papel de vítima, embora, por outro lado, em pequenos momentos, e quando suportado e estimulado pelos técnicos mostra-se atento ao grupo, com ressonância afetiva face às problemáticas expostas.

**E4**, adolescente género feminino, doze anos, a residir com os pais e irmãs, de dez e dezasseis anos – irmãs com uma relação conflituosa entre si. Aos onze anos foi referenciada, pela diretora de turma, à consulta de Pedopsiquiatria, por quadro de alteração do comportamento. Com insónia intermédia, sendo descritas alterações do sono desde os quatro anos. A frequentar o sétimo ano do ensino regular; com baixo rendimento. Quando integrou o grupo terapêutico, apresentava-se, atenta, embora com uma atitude reservada, dificuldade em

se expor, confiar e em se expressar para além do “não sei”(sic), que alternava com uma certa atitude desafiadora.

Este ano, apresenta-se mais investida na sua imagem, com alguns interesses mais femininos, nomeadamente ao nível do vestuário a contrastar com o ano anterior em que se centrava muito em futebol. Surgem também as preocupações associadas à incapacitação progressiva do pai após cirurgias a hérnias discais, às alterações corporais e de comportamento específicas da adolescência e as relações/interações com os adolescentes do sexo oposto.

**E5**, é uma adolescente de 12 anos, género feminino, que reside com a mãe e irmão de 8 anos. Acompanhada em consulta de pedopsiquiatria há um ano, por situação de *bullying* em contexto escolar, isolamento social, história de quadro de ansiedade nos períodos escolares. Mãe com história de doença bipolar, medicada, com alguns períodos de agudização, que se interligam com os momentos de maior fragilidade psíquica da E5. Adolescente com contato inibido, necessitando de estímulo dos técnicos e pares para a interação no grupo. No desenrolar das sessões foi-se apresentando mais disponível para a interação, abordando mais espontaneamente as suas dificuldades, aliando-se à adolescente do sexo feminino que fazia parte do grupo.

Apresentados que estão, na sua generalidade, os elementos do grupo terapêutico com o qual tive a oportunidade de experienciar este estágio ao longo de um ano letivo, torna-se essencial cruzar um conjunto de pontos que pela sua importância teórica tiveram implicações na minha intervenção na prática.

Desde logo o conceito de adolescência surge como conceito comum, uma vez que, sendo o grupo constituído por jovens entre os 12 e 15 anos, a abordagem a estes jovens em particular, requer uma reflexão e conhecimento aprofundado a esta fase tão característica do ciclo de vida.

Sendo uma fase de tantos contrastes, apresenta inerente a si um “paradoxo psicológico” subjacente a todas as problemáticas do adolescente. Este paradoxo define-se pelo “medo e o desejo de crescer – o medo puxando para a dependência e o desejo de crescer puxando para a autonomia.” (Fleming, 2005, p. 37). Na realidade, se por um lado se pretende autonomizar face ao seu meio de referência (familiar, escolar, grupal), necessita,

concomitantemente, de sentir que possui um “porto de abrigo”, rede de suporte, imprescindível para o seu crescimento, e ao qual pode recorrer sempre que necessite, ainda que se possa recusar a admiti-lo.

Em contexto das sessões tive oportunidade de validar, na prática, a veracidade do pressuposto referido. Foram vários os adolescentes que teceram comentários representativos da dualidade “desejo de atingir a vida adulta vs desejo de permanecer criança”, com todos os benefícios e vantagens que lhe estão subjacentes

A adolescência corresponde a um período de transição entre a infância e a idade adulta, sendo marcada por profundas e dinâmicas transformações físicas, psicossociais, morais, cognitivas, pulsionais e afetivas (Ferreira e Sousa, 2003). Estas “(...) implicam uma readaptação em todos os sentidos, que às vezes não é fácil de assimilar, daí que a ansiedade, as dificuldades para se encontrar a si mesmo ou as preocupações com a aparência física, entre outras, constituam parte da vida de muitos adolescentes.” (Lopez & Fuertes, 1999, p.83).

Neste contexto é, pois, imprescindível que o meio que rodeia os adolescentes, neste caso o grupo terapêutico, seja sentido por eles, como verdadeiramente terapêutico, ou seja, que dê resposta às suas dificuldades emocionais, permitindo-lhes experienciar relações positivas e conferindo-lhes segurança, procurando-se assim concretizar a promoção, a simplificação e/ou a reparação do seu desenvolvimento afetivo (Correia, 2004). Apesar das diferenças inerentes a cada elemento, mais do que o terapeuta, os jovens adquirem um papel fundamental neste misto de contenção e apoio do outro, independentemente das suas dificuldades.

O grupo terapêutico constituiu-se assim num espaço no qual [o enfermeiro] pode compreender e acompanhar a expressão dos conflitos pelo adolescente, trabalhando com o mesmo na sua resolução dentro e pelo próprio grupo (Osorio & Zimmerman, 1997). Este grupo em concreto, era dirigido por três Enfermeiros, dos quais um assumia o papel de terapeuta e dois (no qual eu me incluía) agiam como co-terapeutas. De fato, “No trabalho de co-terapia, os terapeutas complementam-se e apoiam um ao outro.” (Vinogradov & Yalom, 1992, p.49). Em relação à equipa de co-terapeutas de sexos opostos, que foi o caso, os mesmos autores acrescentam que esta situação apresenta um rol de vantagens: “(...)recria a configuração familiar original que, para muitos membros, aumenta a carga afetiva do grupo. (...) E, mais

importante, os co-líderes masculinos e femininos oferecem ao grupo um *setting* mais amplo para possíveis reações transferenciais.” (Vinogradov & Yalom, 1992, p.49-50).

No que respeita aos cinco adolescentes que integraram o grupo terapêutico, a teoria reporta para uma quantidade ideal para o grupo partilhar experiências entre um mínimo de quatro ou cinco clientes até um máximo de doze, sendo que, no caso dos grupos mais restritos, um número de seis a oito clientes, promove uma maior partilha.

A possibilidade de o grupo ser composto por clientes dos dois géneros, é de todo um aspeto essencial pois esse consiste num “dos mais importantes vetores do amadurecimento social do adolescente” (Osorio & Zimmerman, 1997, p.322).

Ao nível da frequência dos encontros, para que a terapia de grupo de longa duração atinja os seus objetivos, os clientes devem reunir-se, pelo menos, uma vez por semana. Embora as sessões bissemanais aumentem significativamente a produtividade do grupo, as sessões semanais são as mais comuns (Vinogradov & Yalom, 1992).

No que confere à seleção dos elementos, apesar destes já terem sido escolhidos no ano anterior, não é de mais deixar de referir que existem um conjunto de fatores a ter em conta na sua seleção. Desde logo os, numa primeira fase, os fatores intrínsecos (acontecimentos de vida dos clientes que não podem ser alterados, tendo o terapeuta de se adaptar a eles), e os fatores extrínsecos (situações de vida dos clientes que podem ser influenciados pelo terapeuta) (Vinogradov & Yalom, 1992). Deste modo, a particularidade de estarmos perante adolescentes em idade escolar faz com que o terapeuta tenha a função de se articular com os familiares e professores da escola no sentido de verificar se essa sobreposição pode ser evitada, como aconteceu com alguns dos adolescentes deste grupo.

Em termos de duração, as sessões foram planeadas para uma hora e meia, sendo que, o preconizado para uma sessão de terapia de grupo deva variar entre os sessenta e os cento e vinte minutos (Mackenzie et al., 1986, citado por Vinogradov & Yalom, 1992). Dentro da sessão, esta encontra-se dividida em vinte a trinta minutos para a fase de aquecimento do grupo; pelo menos, sessenta minutos para a elaboração dos principais temas da sessão; e, no final, pode ainda ser concedido um tempo adicional para a reflexão do grupo ou para as observações do terapeuta.

Em relação às sessões propriamente ditas a organização de cada uma obedeceu, essencialmente, à seguinte estrutura defendida por, Carvalho e Monteiro (2008): aquecimento inespecífico, aquecimento específico, dramatização e finalização.

O aquecimento inespecífico permite, numa primeira fase do ato socio-dramático, a diferenciação entre o espaço grupal e o espaço dramático (Carvalho e Monteiro, 2008), promovendo um conjunto de circunstâncias que visam o estabelecer de um clima afetivo entre os participantes (Marra, 2004). Posteriormente, dá-se início à partilha de experiências pelo grupo, que pode, antecipar o tema da dramatização (Abreu, 2006). Em aquecimento específico os participantes são distribuídos em subgrupos, mais fáceis de serem dirigidos (Carvalho e Monteiro, 2008). Na parte da dramatização, esta inicia-se quando o diretor convida os protagonistas a entrar no espaço cénico, procurando que restituam, nesse espaço, todo o contexto da sua vivência, tornando-a assim visualizável (Abreu, 2006). Por último, a finalização, surge como momento de partilha das experiências individuais. O grupo, lentamente, retoma o contexto social (Carvalho e Monteiro, 2008). Durante esta fase, é esperado que o participante com aquilo que vivenciou nesse período de tempo, adquira aprendizagens passíveis de serem mobilizadas como recurso no seu dia-a-dia.

Com um grupo de técnicos e adolescentes que, quase na sua totalidade, transitavam do ano anterior (com exceção de mim e de uma jovem que integrava pela primeira vez o grupo) a primeira sessão foi recheada de um misto de ansiedade e expectativa, pois apesar do conhecimento teórico pela recolha de informação escrita da maioria dos adolescentes, o contato *in loco* com a verdadeira realidade de cada um é que tornaria a experiência deste estágio real.

Deste modo, na primeira parte da sessão, coube ao Enfermeiro orientador, terapeuta do grupo, a introdução do mesmo, a minha apresentação e a da E5, jovem que pertenceria também ao grupo pela primeira vez. Apesar da experiência de cinco anos na área de Pedopsiquiatria, este primeiro contato foi como o regresso ao meu primeiro dia de trabalho no internamento. O “friozinho na barriga natural”, o receio de não ir ao encontro das expectativas, enfim, receios legítimos de quem apesar de tudo, nutria uma vontade enorme de pertencer aquele grupo com a finalidade de marcar a diferença, na ajuda das dificuldades que aqueles adolescentes poderiam vir a partilhar.

Apresentações feitas, era chegado o momento de delinear o funcionamento do grupo, no que se entende pelo seu conjunto de normas e regras. A afeição de todos participarem, traduziu uma cultura que aparentemente já vinha do ano anterior. Questões como a confidencialidade das situações abordadas naquele espaço, passando pelo respeito pela integridade do outro (não sendo permitido qualquer tipo de agressão dirigida) foram alguns dos pontos delineados e acertados naquele momento, até que um dos elementos questionou se “a regra de dizer asneiras”(E3) se mantinha. Dizer asneiras era permitido como possibilidade de expressão de zanga ou frustração em situações ou temáticas mais sensíveis e não como “arma de arremesso” ao conflito com qualquer par ou técnico.

Estes condicionalismos, bem definidos, vão ao encontro de Townsend (2011) quando nos refere que o terapeuta, e os que consigo trabalham, devem estabelecer regras com vista à gestão do grupo. Dentro dessas regras destaca-se a questão da confidencialidade, a apresentação dos membros do grupo e a forma como as sessões são estruturadas.

Com as dúvidas esclarecidas, as sessões seguintes foram desenvolvidas num âmbito de dinâmicas de grupo. Apesar de em todas haver um momento de partilha inicial, principalmente de síntese da última semana, muitos dos momentos seguintes, eram baseados no que aqueles adolescentes traziam ao início da sessão.

Dei por mim muitas vezes a pensar que, uma estruturação rígida da sessão, só fazia sentido para a minha própria organização mental daquele momento. Mais do que isso, deveria estar preparado para o que cada um dos adolescentes oferecia naquele início de sessão. Esse sim, é o momento em que o terapeuta e co-terapeuta, mostra a sua capacidade de reinventar-se em torno do outro (Vinogradov e Yalom, 1992).

Na verdade, essa partilha era, na sua grande maioria, transformada em momentos de dramatização e movimento com a finalidade de ser promovida a expressão dos seus sentimentos e emoções, promover um ambiente contendor e concomitantemente, intervir nas problemáticas em causa (Manes, 2009). Acima de tudo, procurava-se uma maior consciencialização das problemáticas de cada um dos elementos do grupo e de todos no

conjunto, mobilizando o grupo na identificação de estratégias adaptativas para os diferentes problemas<sup>14</sup>.

Dentro deste rol de sessões tive a oportunidade de experienciar momentos nunca antes vividos por mim enquanto enfermeiro. Apesar do meu exercício profissional se fixar, desde sempre, na área da pedopsiquiatria, este enquadrou-se, quase sempre, numa vertente de internamento de situações agudas.

Deste modo, o primeiro ponto que destaco vai para a oportunidade que tive de intervir verdadeiramente em grupo. É verdade que, no internamento, esta situação é passível de ser executada, contudo é deveras limitada, às contingências do mesmo uma vez que, as entradas e saídas de crianças/adolescentes, ocorrem a um ritmo bastante rápido. Para além do mais, em ambiente comunitário, não lidamos com crianças/adolescentes em situação aguda de doença, o que difere desde logo e muito na nossa intervenção e nos recursos e técnicas mobilizadas.

Neste molde, a possibilidade de acompanhar um grupo dos mesmos cinco jovens ao longo de um ano letivo, mais do que uma intervenção limitada no tempo, são processos terapêuticos que são construídos entre os terapeutas e clientes.

Uma das situações que mais tive possibilidade de trabalhar foi a questão da estruturação/planeamento das sessões. Confesso que, a nível pessoal, necessito, em algumas situações, de ter um “guião” um “mapa” mental que me oriente no que vou fazer ao nível da minha intervenção. O ambiente aparentemente mais controlado, da unidade de internamento, permite-me, na sua grande maioria, organizar o trabalho de forma mais sistemática apesar de nunca deixar de lado a importância da individualidade do cliente. Neste contexto de grupo, a palavra espontaneidade era ordem do dia. Em diversas sessões apesar de ir(mos) com algo aparentemente “pensado” para a sessão, estas eram rapidamente transformadas com o foco no que um ou mais adolescentes traziam à sessão. Situações pessoais, ou de grupo eram desmontadas com recurso a situações de dramatização, dinâmicas de grupo etc.

---

<sup>14</sup> Toda esta intervenção enquadram-se no conjunto de competências a ser desenvolvidas pelo EESM. F4.2.3. *Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental.* F4.2.2. *Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentam o “insight” do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema.* F4.2.5. *Utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.* (OE, 2010, p.7)

Nestes momentos ecoava na minha cabeça a frase tantas vezes repetidas na unidade curricular de opção – Sociodrama; Psicodrama – “A espontaneidade é a cura”, já dizia Jacob Moreno. Esta cura no seu sentido mais prático passava por um trabalho das dificuldades destes adolescentes sentidas na escola ou em casa e a procura de um sentido para as mesmas.

A questão dos limites era também alvo da minha reflexão ao longo das sessões. Como lidar com um ou dois jovens que, na sua grande maioria destabilizava o fio condutor das sessões? Confesso que, por mais do que uma situação, procurei intervir a fim de impor um funcionamento natural e fluido à sessão. Contudo, na procura de explicação para aquele comportamento, denotei que na sua base estavam os motivos de integração daqueles adolescentes no grupo terapêutico. A dificuldade em cumprir regras e limites, a constante interação na base do desafio não era mera provocação, mas sim um “olhem para mim...estou aqui...ajudem-me”. Neste grupo em semelhança do que acontece no internamento, estes adolescentes com alterações de comportamento expressam o seu pedido de ajuda na base do agir, algumas vezes desajustado do contexto social em que vivemos. No entanto, são estes que mais me desafiam a intervir, uma vez que, requerem uma capacidade de plasticidade ao terapeuta no sentido de se interligar com o seu sofrimento.

Quantas vezes fui, em momento dramático, o amigo, irmão, pai, professor, enfermeiro, terapeuta, o bom e o mau, mas acima de tudo, EU, na minha totalidade de terapeuta pronto a intervir com aquele/aquela adolescente. Como trabalhar situações de *bullying* marcantes, ou pais que não percebem as dificuldades dos filhos. Tudo é possível deste que isso emirja do grupo.

No contexto do sociodrama, a inversão de papéis “é a técnica mais importante e frequente” (Abreu, 2006, p.40). A inversão de papéis visa uma troca de lugar entre o protagonista e o ego auxiliar com o qual este interage. Este último utiliza como ponto de partida a repetição das últimas palavras do protagonista, sendo que este continua interagindo como se fosse a personagem que o ego representava anteriormente. Ocorre nova inversão de papéis de modo a que o protagonista desempenhe o seu próprio lugar, repetindo-se as mesmas bases supracitadas. Tal pode ser efetuado, recorrendo a egos ou desempenhando ele próprio ambos os papéis (Abreu, 2006). Neste contexto de estágio, e perante o grupo em questão, esta foi das técnicas de intervenção mais utilizadas e proveitosa no decorrer das sessões, uma vez que, permite ao terapeuta destrinçar muitas das angústias ou dificuldades da criança e, ao

mesmo tempo, mobilizá-la na procura de estratégias para lidar com as problemáticas que surgem – conflitos com os pais, amigos, família, problemas no meio escolar, entre outros.

Deste modo, mais do que um estágio, esta experiência foi uma oportunidade única de aprendizagem mas acima de tudo do desenvolvimento da minha capacidade reflexiva. <sup>15</sup> Sem a mesma, creio sermos incapazes de dar sentido à nossa intervenção, numa lógica de crescendo de competência e autonomia.

A despedida foi um momento de angústia mas também de certeza que estas novas experiências me enriqueceram a minha, cada vez mais, enorme paixão pela área da Pedopsiquiatria em toda a sua plenitude.

---

<sup>15</sup> “F1.1. Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.” (OE, 2010, p.4).

#### 4. QUESTÕES ÉTICAS

A Enfermagem enquanto profissão, tem no seu Código Deontológico e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros os princípios deontológicos e éticos a serem considerados, nomeadamente ao nível dos trabalhos de investigação (Nunes, 2005). Entre os princípios destacam-se o princípio geral da defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana (Código Deontológico dos Enfermeiros, artº 78º, ponto 1) garantido pela informação esclarecedora dada de forma a obter-se o consentimento informado. No artigo 84º, alínea b do Código Deontológico é explicitado também o dever de respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado (Nunes, 2005).

No Artigo 85º do Código Deontológico aborda-se ainda outro ponto de suma importância que diz respeito à manutenção do anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados. Garantir anonimato e confidencialidade é basilar na relação entre quem investiga e quem consente em ser sujeito do estudo (Nunes, 2005).

Independentemente dos aspetos estudados, a investigação em enfermagem deve também ter em consideração os direitos da pessoa (Fortin, 1999). Deste modo, é de relevar o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade e direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo. O direito à autodeterminação, visa garantir os direitos dos indivíduos que de uma forma autónoma; o direito à intimidade, centra no investigador a responsabilidade de zelar pela proteção da intimidade dos participantes do estudo; o direito ao anonimato e à confidencialidade, compreende que o investigador se certifique de que as respostas individuais não identificam a pessoa; e, por fim, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, onde o investigado deve ser protegido de qualquer inconveniente suscetível de o prejudicar.

Assim, quer ao nível dos estágios hospitalar e comunitário, quer ao nível do Estudo Prévio desenvolvido neste trabalho, procurou-se ter sempre em consideração os direitos do cliente e princípios deontológicos e éticos supracitados, no sentido de cumprir em rigor estes aspetos fundamentais num trabalho de investigação.



## 5. CONCLUSÃO

O culminar deste relatório, mais do que representar o fim de um processo deveras aliciente e motivador, procurou aliar o desenvolvimento de algo inovador no âmbito da disciplina de Enfermagem (em concreto na vertente de Saúde Mental) e um trabalho de significativa utilidade no meu meio profissional (UIPIA).

Os clientes admitidos na UIPIA (crianças/adolescentes), experienciam processos de transição sejam elas de cariz situacional, saúde doença e/ou desenvolvimento (Meleis, 2010). Estas transições, associadas a uma condição de vulnerabilidade acrescida na criança/adolescente, podem provocar respostas humanas desadaptadas geradoras de sofrimento mental que colocam a criança/adolescente exposta a múltiplos riscos, tornando-se a ARC no momento da admissão hospitalar muito importante.

Nesta procura de instrumentos de ARC direcionados para a faixa etária da UIPIA (até então sem validação clínica em Portugal), a escala *GRiST* surgiu como a mais indicada. Apesar do início do processo de adaptação cultural da escala assumir-se como um primeiro passo motivador, a experiência *in-loco* no decorrer do estágio hospitalar, com a realização de um estudo prévio de avaliação dos indicadores da escala a trinta crianças/adolescentes, foi essencial para a perceção da grande utilidade que este instrumento pode ter na nossa prática de cuidados.

Apesar de se tratar de um instrumento de avaliação subjetiva, dependente da avaliação de cada profissional, este forneceu uma avaliação do grau de risco da criança/adolescente para os diferentes indicadores que cada cliente apresenta numa unidade como a UIPIA. Mais do que uma resposta ao “que devemos fazer” enquanto enfermeiros perante determinada avaliação de risco, a *GRiST* é um meio de reflexão à tomada de decisão do enfermeiro, aquando do posterior planeamento de intervenções.

Como em todos os trabalhos académicos, as limitações e aspetos a melhorar devem ser tidos em conta como mote para melhoria futura. Ao nível da escala *GRiST*, a falta de uma avaliação do risco de fuga enquanto indicador da escala pode constituir-se como limitação à mesma. Na nossa unidade em particular, apesar de não serem frequentes essas situações,

muitos dos clientes apresentam histórias de fuga (de casa ou instituições) sendo de considerar a inclusão deste indicador numa futura edição do instrumento.

O fato do processo de adaptação cultural se encontrar por concluir constituiu, também, uma limitação ao trabalho apresentado, contudo, a sua não finitude permite, igualmente, perspetivar este projeto numa ótica de continuidade, com a finalidade de uma melhoria no planeamento e prestação de cuidados na UIPIA e a procura da manutenção do *milieu* terapêutico fundamental em qualquer unidade de cuidados.

Paralelamente às buscas teóricas e investigações centradas na matéria deste relatório, a componente clínica dos estágios realizados, quer a nível hospitalar quer a nível comunitário, constituíram a base do meu desenvolvimento neste percurso de formação para EESMP. As vivências proporcionadas em ambos os locais foram mais do que meros momentos formativos, com a finalidade do desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista. Foram acima de tudo momentos de reflexão da minha própria intervenção e do desenvolvimento do autoconhecimento. Este permite que não sejamos meras personagens dos acontecimentos mas que assumamos o controlo e a responsabilidade dessas mesmas situações (Burnard, 2002, citado por Miller, 2008).

Para além da oportunidade de desenvolvimento do estudo supracitado, o estágio hospitalar, na unidade onde exerço funções, permitiu-me um novo olhar sobre a minha intervenção e dinâmica do serviço. Tal como uma troca de papéis, este estágio permitiu uma maior consciência de mim e de que forma me relaciono com os outros (clientes, colegas). Limitações ou dificuldades, outrora não percebidas como tal, tiveram neste período espaço para serem trabalhadas, desenvolvidas e refletidas numa ótica de desenvolvimento pessoal e profissional com o objetivo de um melhor cuidado à criança/adolescente.

Em paralelo, o estágio comunitário também, pelas particularidades apresentadas, permitiu-me experienciar verdadeiramente uma intervenção em grupo, agregada a um conjunto de vivências que só um contexto como este pode proporcionar. A minha inexperiência neste tipo de contexto foi sendo desbravada ao longo dos meses, transformando-se num novo caminho onde a intervenção no “aqui e agora” ganhou deveras sentido.

Tal como a intervenção em grupo, a reflexão que levo desta experiência baseou-se também em cada momento vivido, “no aqui e agora” que foi este ano letivo de intervenção. O

suporte dos que me acompanharam, em particular os adolescentes, foi essencial ao meu desenvolvimento embrionário enquanto novo EESM.

Assim, partindo das inúmeras etapas que englobaram não só os estágios mas também o trabalho teórico em sim com a definição de diversos conceitos, a análise do conteúdo proveniente da aplicação prática do estudo prévio, e posteriores conclusões, todo o percurso foi longo e intenso, com todas as vicissitudes inerentes a um trabalho desta natureza. Contudo, questiono-me: Não será este o verdadeiro espírito da Enfermagem? Decerto que sim.

Considerando a Enfermagem uma profissão que procura, por meio da sua intervenção, contribuir para o bem-estar e saúde do outro, todos os esforços realizados neste âmbito (neste caso a procura de novos instrumentos que validem a nossa intervenção) convergem para o alcance dos objetivos propostos e para a incessante busca pela essência do nosso cliente em processo de transição, sendo que para tal, é imprescindível uma boa dose de persistência, dedicação e, acima de tudo, acreditar que, nestas pequenas “coisas”, se pode fazer a diferença.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, J. (2006). *O modelo do psicodrama Moreniano*. 3ªEd. Lisboa:Climepsi Editores.

Administração Central do Sistema de Saúde; Coordenação Nacional para a Saúde Mental [201?]. Rede de referência hospitalar de psiquiatria da infância e da adolescência - documento técnico de suporte [em linha]. Acedido em 11 de Maio de 2013, de Administração Central do Sistema de Saúde: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DOCUMENTO%20T%C3%89CNICO%20DE%20SUPORTE\\_RRH\\_PSIQ%20IA\\_VERS%C3%83O\\_%2023%20NOV.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DOCUMENTO%20T%C3%89CNICO%20DE%20SUPORTE_RRH_PSIQ%20IA_VERS%C3%83O_%2023%20NOV.pdf).

Allnutt, S.; O'Driscoll, C.; Ogloff, J.R.P.; Daffern, M. & Adams, J. (2010) *Clinical Risk Assessment & Management: A Practical Manual for Mental Health Clinicians*. *Justice Health*.Sydney. Acedido a 21/03/2013. Disponível em: <http://www.justicehealth.nsw.gov.au/about-us/publications/handbook-february-2011.pdf>

Almeida, J. F. Pinto, J. M. (1990). *A investigação nas Ciências Sociais*. 4ªEdição. Lisboa: Editorial Presença.

Almeida, M.; Ferreira, L.; Nabais, A. (2010). Norma 61. *Procedimento Sectorial de Área de Pedopsiquiatria - Filosofia da Área de Pedopsiquiatria*. HDE – CHLC.

Baker, P. (2004). *Assessment in psychiatric and mental health nursing*. Acedido a 15 de Fevereiro de 2013:[http://books.google.pt/books?id=vu6OFw8ankC&pg=PA258&lpg=PA258&dq=Philip+baker+assessment+psychiatric+mental+health+nursing&source=bl&ots=WKDHM LH56&sig=o1bg2J7sO4uFZgxNGdS4OucCGhU&hl=pt-PT&ei=iy7tTJv7KoGWhQfknJTODA&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=2&ved=0CCwQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false](http://books.google.pt/books?id=vu6OFw8ankC&pg=PA258&lpg=PA258&dq=Philip+baker+assessment+psychiatric+mental+health+nursing&source=bl&ots=WKDHM LH56&sig=o1bg2J7sO4uFZgxNGdS4OucCGhU&hl=pt-PT&ei=iy7tTJv7KoGWhQfknJTODA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CCwQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false)

Bambo, A.F.J. (2010). *Tradução, adaptação cultural e validação para população portuguesa das escalas de avaliação da perturbação formal do pensamento na esquizofrenia*. (Tese de Mestrado). Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70789/2/28725.pdf>

- Barzman, D.H., Findling, R.L. (2008). Pharmacological treatment of pathologic aggression in children. *International Review of Psychiatry*. 20 (02), 151-157. Doi: 10.1080/09540260801887819
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito – Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (A. Queirós & B. Lourenço Trad.). Coimbra: Quarteto Editora. (Tradução do original do inglês From Novice to Expert – Excellence and power in clinical nursing practice, 2001).
- Boholm, M. (2012). The Semantic Distinction Between “Risk” and “Danger”: A Linguistic Analysis. *Risk Analysis*. 32 (2), 281-293. DOI: 10.1111/j.1539-6924.2011.01668.x
- Buckingham, C.D., Adams, A. E. (2012). *GRIST Training Manual*. Disponível em <http://www.egrist.org/sites/egrist.org/files/grist-training-manual-v1.pdf>
- Marcelli, D.; Braconnier, A. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Canadian Federation of Mental Health Nurses (2009). *Manual de Boas Práticas Canadianas para a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. (B. Santos, C. Garrido, G. Barros, J.C. Osório, L. Silva, M. I. Abreu, Trad.). (3ª ed.). Porto: SPESM. ISBN: 976-989-96144-0-6. (Tradução do original do inglês Canadian Standards for psychiatric-mental health nursing, 3rd ed., 2006).
- Carvalho, E. e Monteiro, A. (2008). *Sociodrama e sociometria – aplicações clínicas*. São Paulo: Editora Ágora.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica – Estratégias de Intervenção* Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-05-5
- CHLC. Circular informativa nº 227. 2014a-04-08. Aprovação de Política – Política de Gestão do Risco – GRI. Acessível no CHLC, Lisboa, Portugal.
- CHLC. Circular informativa nº 252. 2014b-04-23. Procedimento Multissetorial- GRI.103 – Metodologias de identificação e avaliação do risco. Acessível no CHLC, Lisboa, Portugal

Costa, A. F. (1999). *Sociedade de Bairro, Dinâmicas Sociais de Identidade Cultural*. Oeiras: Celta Editora.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo*. Lisboa: Ministério da Saúde

Crowe, M., Carlyle, D. (2003). Deconstructing risk assessment and management in mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 43 (1), 19–27. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02669.x>

Day, M, R. (2012). Perceptions and Views of Self-Neglect: A Client-Centered Perspective, *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 25 (1), 76-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/08946566.2012.712864>

Decreto-Lei n.º 161/96. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. D.R ISérie – A. 205 (04-09-1996) 2959-2962.

Department of Health-National Risk Management Programme (2007). *Best Practice in Managing Risk*. Reino Unido: Department of Health. Disponível em: [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_076512.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_076512.pdf)

Direcção-Geral de Saúde (s.d). *Plano Nacional de Prevenção do suicídio 2013/2017*. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>

Farchione, T.R., Birmaher, B., Axelson, D., Kalas, C., Monk, K., Ehman, M., Iyengar, S., Kupfer, D., Brent, D. (2007) Aggression, hostility, and irritability in children at risk for bipolar disorder, *Bipolar Disord*, 9(5), 496-503. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2007.00390.x.

Ferreira, L.S. (2010). *Procedimento sectorial - Filosofia da área de pedopsiquiatria*. Acessível no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE – Hospital Dona Estefânia, Lisboa, Portugal.

- Ferreira, S.J., Sousa, B.L. (2003). Atitudes dos adolescentes face à sexualidade. *Revista Sinais Vitais*. 48, 35-38.
- Fleming, M. (2005). *Entre o Medo e o Desejo de Crescer: Psicologia da Adolescência*. Porto: Edições Afrontamento. ISBN 972-36-0769-7.
- Fuertes, A. & Lopez, F. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: Associação para o planeamento da família. ISBN 972-8291-04-3.
- Firth, H., Spanswick, M., Rutherford, L. (2009). Managing Multiple Risks: Use of a Concise Risk Assessment Format. *Child and Adolescent Mental Health*. 14 (1), 48–52. Doi: 10.1111/j.1475-3588.2008.00514.x
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. 2ª ed. Loures: Lusociência.
- Gibbons, S. Lauder, W., Ludwick, R. (2006) Self-Neglect: A Proposed New NANDA Diagnosis. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 17 (1) January-March. Acedido a 19/05/13. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=e1ee816a-adf0-4fd6-aba0-4d81c423b08b%40sessionmgr13&hid=20>
- Gomez, L. (2005). *Uma introdução às relações de objecto* (S. Juhos, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Tradução do original em Inglês An introduction to object relations, 1997, New York University Press).
- Gonçalves, V. C. N. G. (2008). *Gestão do risco nas organizações de saúde: Percepção dos profissionais face ao papel do gestor de risco*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. (M. M. Martins, Trad). Lisboa: Lusociência. (Tradução do título original do francês. La Qualité du Soin Infirmier: Penser et Agir dans une Perspective Soignante, 1998)

- Macedo, A. (2012). *Supervisão em enfermagem: construir as interfaces entre a escola e o hospital*. Santo Tirso: De Facto Ed..
- Marra, M. (2004). *O agente social que transforma – o sociodrama na organização de grupos*. São Paulo: Editora Ágora.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23 (1). 12-28. Acedido a 17/01/2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b7b65a69-e46d-4170-918d-8e0bda313784%40sessionmgr4&vid=7&hid=21>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Miller, J. (2008). Exploring Self-awareness in mental health practice. *Mental Health Practice*. 12 (3), 31-35.
- NANDA International (2010). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA – Definições e classificação*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Nabais, A. & Rodrigues, R. (2009). *A vivência sociodramática: uma possibilidade de intervenção terapêutica grupal com crianças na transição para a adolescência*. In: Sociedade portuguesa enfermeiros Saúde Mental (SPESM) (2009). *A saúde mental e a vulnerabilidade social*. Acedido a 11-07-2013. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/78963163/Livro-de-Actas-do-1%C2%BA-Forum-SPESM-2009-A-Saude-Mental-e-a-Vulnerabilidade-Social>
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa : Lusociência. Tradução do original do inglês *Fundamentals of Mental Health Nursing*, 1997, Philadelphia, F.A. Davis Company.
- Nunes, L. (2005). *Ética na investigação em Enfermagem. Comunicação – Mesa-Redonda: Ética na Prática de Enfermagem*. XXVI Congresso Português de Cardiologia. Porto.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*:

*Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária*. Acedido a 15 de Março de 2013, em <http://www.membros.ordemenfermeiros.pt/publicações/documents/gobp%20-%20sit.pdf>

Osorio, L. & Zimerman, D. (1997). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artmed.

Philips, N.L.; Stargatt, R. & Fisher, L. (2011). Risk assessment: predicting physical aggression in child psychiatric inpatient units. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 45, 638–645. DOI: 10.3109/00048674.2011.587396

Rothenberg, A. (1971) On anger – abstract. *Am J. Psychiatry*. 128, 454-460. Acedido a: 20/01/2013. Disponível em <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=152490>.

Santos, J. C. P.; Erse, M. P. Q. A.; Façanha, J. D. N.; Marques, L. A. F. A. M. e Simões, R. M. P. (Coord.) (2014). + *Contigo: Promoção de Saúde Mental e Prevenção de Comportamentos Suicidários na Comunidade Educativa*. Coimbra: Unidade de Investigação e Ciências da Saúde: Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica: Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Coimbra : Quarteto.

Sheldrick, C. (1999). Practitioner Review: The Assessment and management of Risk in Adolescents. *J. Child Psychol. Psychiat.* 40 (4), 507-518. Disponível a 8 de Fevereiro de 2013 em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=bc7c42be-66cc-4672-98a8-99829ff020f6%40sessionmgr113&hid=108>

- Sousa, F.M.V. (2006). Prioridades de investigação em saúde mental em Portugal: As perspectivas de um Painel Delphi de psiquiatras e pedopsiquiatras. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 24 (1), 103-114. Acedido a 3 de Fevereiro de 2013 em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/07.pdf>
- Suhonen, R.; Valimaki, M. & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*. 17 (7), 843-860. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2007.01979.x
- Strecht, P. (2008) *A minha Escola Não é Esta: Dificuldades de aprendizagem e comportamento em crianças e adolescentes*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica – Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. (S.C. Rodrigues Trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês Psychiatric Mental Health Nursing – Concepts of care in Evidence-Based Practice, 6ª ed., 2009).
- Thambirajah, M.S., Grandison, K. J; De-Hayes, L. (2008) *Understanding School Refusal: A handbook for professionals in education health and social care*. London: Jessica Kingsley
- Trigueiros, A., Afonso, J (1993). Hospitais de Dia para Adolescentes. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*. Nº4, pp.19-23.
- Vaz, A. R.; Conceição, E. M.; Machado, P. P. (2009). A abordagem cognitivo-comportamental no tratamento das perturbações do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*. 27 (2), 189-197. Disponível em: [http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312009000200006&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312009000200006&lng=pt&tlng=pt)
- Vidigal, M. (2005). *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes aprender a pensar*. Lisboa: Trilhos Editora. ISBN: 972-99110-1-0.
- Vinogradov, S. & Yalom, I. (1992). *Manual de psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Rev. latino-am. enfermagem*. 7 (3), 25-32. Acedido a 17/21/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>

**ANEXOS**



**Anexo 1** – Escala *GRiST: Child-Adolescent Version*



Young person's name: ..... Date of birth:  d  m  y

Gender:  male  female

Parental status:  mother  father  shared  other

Who does the young person share the living accommodation with (tick all that apply)? .....  friends/communal  sibling(s)  other relatives

Please tick the most appropriate ethnic group for the person:

white:  british  irish  other white background

mixed:  white/black caribbean  white/black african  white/asian  other mixed background

asian:  indian  pakistani  bangladeshi  other asian background

black:  caribbean  african  other black background

chinese  other ethnic group

### RISK SUMMARY

### OVERALL RISK COMMENTS

Suicide .....	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk	<input type="checkbox"/>
Self harm .....	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk	<input type="checkbox"/>
Self neglect .....	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk	<input type="checkbox"/>
Harm to others / damage to property ....	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk	<input type="checkbox"/>
Vulnerability .....	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk	<input type="checkbox"/>

### ACTION PLAN



**SCREENING QUESTIONS RELEVANT TO MORE THAN ONE RISK**

Are you concerned about risks due to the young person's **feelings/emotions**? *If yes, → p10* .....  yes  no  dk

Are you concerned about risks due to the young person's sense of **self worth**? *If yes, → p11* .....  yes  no  dk

Is there any history of **depression or serious mental illness**, including any current episode? *If yes, → p11* .....  yes  no  dk

Are you concerned about risks due to the young person's **mental faculties/cognitive capacity**? *If yes, → p11* .....  yes  no  dk

Are you concerned about **personality factors** and their impact on risks? *If yes, → p12* .....  yes  no  dk

Are you concerned about the young person's **motivation and engagement with the world**? *If yes, → p12* .....  yes  no  dk

Are you concerned about risks due to the young person's **social context** (relationships, living arrangements, finances, education, any detrimental changes)? *If yes, → p12* .....  yes  no  dk

Are you concerned about the young person's **general current behaviour** (eg risk-taking, sleep patterns, daily activities, challenging behaviour)? *If yes, → p13* .....  yes  no  dk

Does the young person have a history of misusing **drugs or alcohol**? *If yes, → p13* ...  yes  no  dk

Are you concerned about the young person's lack of **insight and sense of responsibility**? *If yes, → p13* .....  yes  no  dk

Are you concerned about risks due to any **physical health problems**? *If yes, → p14* ...  yes  no  dk

Are you concerned about the young person's **concordance** with mental-health treatment? *If yes, → p14* .....  yes  no  dk

Does the young person have a history of **adverse life events** (eg suffered abuse, criminal justice proceedings, detrimental upbringing/education, eating disorders)? *If yes, → p14 Consider also social context (p.12) and physical health (p.14).* .....  yes  no  dk

To what extent has there been a history of mental health problems or learning disabilities in the young person's family? ..... 

min	low	medium	high	max	dk						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

Are you concerned about the young person's **behavioural presentation** with respect to potential risks (eg verbal and physical behaviour, uneasy 'gut' feeling in yourself)? *If yes, → p15* .....  yes  no  dk

Are you concerned about the young person's **diet**? *If yes, → p15* .....  yes  no  dk

**END OF SCREENING QUESTIONS**

General comments





- Was a suicide note written for any previous or current suicide attempts? .....  yes  no  dk
- To what extent were the suicide attempts concealed to prevent discovery? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- How lethal was the most serious method used by the person in any of the suicide attempts (i.e. how likely to succeed in killing the young person without any intervention)? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- To what extent do you believe the young person wanted the suicide attempts to succeed at the time? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- How much does the young person fail to show any regret or remorse over having tried to commit suicide in the past? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- To what extent does the young person lack awareness about how dangerous the suicide attempts were? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk

**Further questions on current intention to commit suicide**

- Does the person have any plans for making a future suicide attempt? .....  yes  no  dk
- To what extent can the young person easily carry out the suicide plan (consider realism of plan, access to means of putting it into effect, and any collusion with others)? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- How clear and detailed is the suicide plan? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- To what extent has the young person taken steps towards implementing the suicide plan? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- How likely is the chosen method to succeed once the attempt has started? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- Has the young person told anyone about an intention to commit suicide? .....  yes  no  dk
- To what extent has the young person made end-of-life preparations matching those that would cause you most concern about suicide risk (eg written a will, sorted finances, put house in order, written suicide note)? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk

**Further questions on potential triggers for prospective suicide**

- To what extent is the young person exposed to circumstances or emotions that may trigger a suicide attempt? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- To what extent do the young person's current emotions or circumstances match those that are known to have triggered previous suicide attempts? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk

**Further questions on suicidal ideation**

- To what extent does the young person lack ability to control suicidal thoughts or fantasies? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- How much does the content of the suicidal thoughts or fantasies raise serious concerns about suicide risk? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- How often do the suicidal thoughts or fantasies occur? .....  daily  weekly  monthly  less  dk
- How persistent, intrusive, or intense are the suicidal thoughts? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk

**General suicide questions**

- What effect do the young person's religious values, beliefs, or attitudes to dying have on risk of suicide? .....  strongly reduce  reduce  no effect  increase  strongly increase  dk
- To what extent does the young person have a pattern of self-harming that indicates suicide risk? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- Has there been any history of suicide attempts in the young person's family? .....  yes  no  dk

### Additional questions for SELF-HARM

#### Further questions on past and current episodes of self-harm

- When was the last self-harm episode? .....  d  m  y  dk
- Has there been more than one self-harm episode? .....  yes  no  dk
- When was the first self-harm episode? .....  d  m  y  dk
- Approximately how many episodes of self-harm have there been? .....  approx  dk
- Are the self-harm episodes increasing or decreasing in frequency over the last two years? .....  decreasing  same  increasing  dk
- How much planning was generally involved in the self-harm episodes? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										

 dk
- To what extent are the self-harming attempts concealed to prevent discovery? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										

 dk
- In general, how likely is it that the chosen self-harm methods could lead to death? . 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										

 dk
- How much were the self-harm episodes more than a cry for help? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										

 dk
- Did the self-harm episodes help the young person cope with difficulties? .....  yes  somewhat  no  dk

#### Further questions on potential triggers for prospective self-harm

- To what extent is the young person exposed to circumstances or emotions that may trigger self-harm episodes? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										

 dk
- To what extent do the young person's current emotions or circumstances match those that are known to have triggered any previous episodes of self harm? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										

 dk

#### Further questions on self-harm ideation

- How persistent, intrusive, and intense are the self-harming thoughts? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										

 dk
- How often do the self-harming thoughts or fantasies occur? .....  daily  weekly  monthly  less  dk

#### General self-harm questions

- To what extent does the young person display evidence of self-harming cuts? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										

 dk
- Has there been any history of self-harm in the young person's family? .....  yes  no  dk

### Additional questions for HARM TO OTHERS OR DAMAGE TO PROPERTY

#### Further questions on past and current episodes of harm or damage

##### Further questions on any violent assault/physical abuse

- How serious was the most severe assault or physical abuse? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										

 dk
- When was the first episode of assault/physical abuse? .....  d  m  y  dk
- When was the most recent episode of assault/physical abuse? .....  d  m  y  dk

##### Questions on sexual assault/abuse

- Were any of the assaults rape or some other form of sexual abuse? .....  yes  no  dk

- Tick the most serious form of sexual assault by the young person? .....

- indecent exposure, forcible fondling, sexual assault with an object, forcible oral or anal intercourse, forcible rape

- When was the first episode of sexual assault? .....

Day, month, year input boxes with dk checkbox

- When was the most recent episode of sexual assault? .....

Day, month, year input boxes with dk checkbox

- Did any previous episodes of harm to others involve weapons (eg guns, knives)?

yes/no checkboxes with dk checkbox

Further questions on any fire-setting

- How serious were the acts of fire setting? .....

min to max scale with dk checkbox

- When was the first episode of fire setting? .....

Day, month, year input boxes with dk checkbox

- When was the most recent episode of fire setting? .....

Day, month, year input boxes with dk checkbox

Questions on emotional episodes of harm to others

- Has the young person ever inflicted emotional cruelty on others (including racial abuse)? .....

yes/no checkboxes with dk checkbox

- How serious was the emotional cruelty? .....

min to max scale with dk checkbox

- When was the first episode of emotional cruelty? .....

Day, month, year input boxes with dk checkbox

- When was the most recent episode of emotional cruelty? .....

Day, month, year input boxes with dk checkbox

Questions on destructive acts against property

- Has the young person ever engaged in destructive acts concerning property (excluding fire setting)? .....

yes/no checkboxes with dk checkbox

- How serious were the destructive acts concerning property? .....

min to max scale with dk checkbox

- When was the first destructive act concerning property? .....

Day, month, year input boxes with dk checkbox

- When was the most recent destructive act concerning property? .....

Day, month, year input boxes with dk checkbox

Questions on abuse of animals

- Has the young person ever abused animals? .....

yes/no checkboxes with dk checkbox

- How serious was the animal abuse? .....

min to max scale with dk checkbox

- When was the first episode of animal abuse? .....

Day, month, year input boxes with dk checkbox

- When was the most recent episode of animal abuse? .....

Day, month, year input boxes with dk checkbox

General questions relating to any previous episodes of harm or damage

- Approximately how many episodes of all types of harm or damage are there known to have occurred? .....

Approximate number input box with dk checkbox

- How are the episodes of harm or damage changing in frequency? .....

decreasing/same/increasing checkboxes with dk checkbox

- To what extent does the young person continue to believe there was nothing wrong with causing harm or damage? .....

min to max scale with dk checkbox

**Further questions on intention for harm or damage**

- To what extent does the young person's plan for harm or damage match one that would cause you most concern? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- To what extent does the young person have the means and know-how for carrying out the plan to harm or damage? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- To what extent has the young person taken steps towards implementing the plan to harm or damage (eg made threats, monitored the victim)? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- Has the young person got any particular victims (specific individuals) in mind for harming? .....  yes  no  dk

**Further questions on potential triggers for prospective harm or damage**

- To what extent is the young person exposed to emotions or circumstances that could trigger episodes of harm or damage? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- To what extent do the young person's current emotions or circumstances match those that have previously triggered episodes of harm or damage? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk

**Further questions on ideation about violence**

- To what extent does the content of the young person's thoughts or fantasies raise serious concerns about risk of harm or damage? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- How often do the thoughts or fantasies about harm or damage occur?  daily  weekly  monthly  less  dk
- How persistent, intrusive, or intense are the thoughts/fantasies of harm or damage? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- To what extent do the thoughts/fantasies of harm or damage relate to the people, events, and circumstances in the young person's own world (ie the realism of the thoughts)? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk

**General questions on harm or damage**

- What effect do the young person's religious values or beliefs have on the risk of harm or damage? .....  strongly reduce  reduce  no effect  increase  strongly increase  dk
- To what extent is there a history of violence, abuse, or aggression in the young person's family? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- To what extent does the young person have an interest in pursuits related to violence (eg weapons, violent videos or computer games)? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- To what extent does the young person's appearance (not body language or behaviour) match one that would cause you most concern about risk of harm or damage (eg sweating, blood, state of clothes)? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk

**Additional questions for SELF NEGLECT**

- To what extent do the young person's hair and clothing indicate a failure to look after oneself? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- To what extent does the person have poor young personal hygiene (eg smell, dirty hair and nails)? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- To what extent has there been a recent change in appearance suggestive of failing to look after oneself? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- To what extent does the young person's skin (condition, lesions, injuries, etc) indicate a failure to look after oneself? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk



- Does the young person have any history of serious mental illness (past or present)? .  yes  no  dk
- How much does the young person lack insight into his or her mental-health problems? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- Is the young person currently suffering from symptoms of a mental illness? .....  yes  no  dk
- To what extent is the young person displaying manic or hypomanic behaviour  
- (mood swings, fast speech, excessive irritability, recklessness, impulsivity, etc)? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk

**Questions on voice hallucinations**

- Does the young person hear voices that are not present in reality? .....  yes  no  dk
- How much do the voices urge the young person to be harmed or endangered? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- How much do the voices urge the young person to harm/endanger other people? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- How likely is it that the young person will act on the voices? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk

**Questions on paranoid delusions**

- Does the young person suffer from delusions (ie clearly incorrect and illogical ideas about his or her life and circumstances)? .....  yes  no  dk
- How much is the young person obsessed about the perceived bad behaviour of particular known people? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- How much is the young person obsessed about being harmed or persecuted by particular known people? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- How likely is it that the young person will act on any delusions? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk

**Further questions on mental faculties/cognitive capacity**

- Does the young person have impaired cognitive functions (thinking processes, memory, concentration)? .....  yes  no  dk
- To what extent have the thinking processes and memory deteriorated? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- How poor is the young person's ability to concentrate? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk

**Further questions on personality**

- How assertive is the young person? .....  not assertive  somewhat assertive  normally assertive  very assertive  excessively assertive  dk
- How much does the young person lack empathy? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- To what extent is the young person overdependent (weak, over-reliant on others, easily influenced, unable to function independently)? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- How organised is the young person's general approach to life? ..  chaotic  disorganised  normal  very organised  obsessive/perfectionist
- How much does the young person lack the ability to cope with major life stresses? . 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- How hostile is the young person? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk

- How impulsive is the young person? ..... 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

- How unreliable is the young person (eg untrustworthy, unpredictable, shiftless)? .... 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

Further questions on motivation and engagement with world

- How much is the young person physically isolated from the world? ..... 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

- How much has the young person mentally disengaged or withdrawn from the world? ..... 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

- To what extent does the young person lack motivation in general life? ..... 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

- To what extent does the young person appear listless or lacking energy and drives (eg loss of enthusiasm, libido, and/or interest)? ..... 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

Further questions on social context

Questions on relationships within and outside the family

- How much does the young person lack a network of relationships outside the family? ..... 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

- How much does the young person lack supportive relationships, particularly within the family? ..... 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

- To what extent does the young person have detrimental relationships (eg bullied, over-protected) or ones with people who have antisocial or exploitative behaviours (gangs, criminal contacts)? ..... 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

- To what extent does the young person perceive his or her relationships to have recently changed for the worse (eg bitter divorce or separation in the family; rows; bereavement)? ..... 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

Questions on living arrangements

- Are you concerned about risks due to the young person's living arrangements ..... yes no dk

- How often does the young person's living place or care arrangement change? ..... monthly or more several times per year every year less dk

- What type of living arrangement does the young person have? ..... at home hostel residential care

- To what extent is the young person's accommodation isolated from other living abodes and resources? min low medium high max 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

- To what extent does the neighbourhood or care environment exacerbate the young person's particular risks (eg violent, easy access to drugs and unhelpful temptations)? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

- To what extent is the young person's accommodation showing lack of care? .... 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

- To what extent does the young person think the accommodation is unfit to live in? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

- How anxious is the young person about perceived levels of debt (own or that of parents/carers)? min low medium high max 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

Questions on education/employment

- Are you concerned about risks related to the young person's education/employment or lack of it? yes no dk

- How unstable is the young person's education/job (eg always changing schools, poor disciplinary record, frequent absence) .....

min low medium high max  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

- To what extent does the young person believe a recent change in education/job to be detrimental (eg different teachers or classmates, loss of activities, work stress)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

**Further questions on general current behaviour**

- To what extent does the young person take reckless risks (eg with sexual behaviour, driving, gambling and other leisure pursuits)? .....

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

- To what extent does the young person's behaviour lead to unintentional risks (eg fire or harm due to being careless, thoughtless or forgetful; self-injurious behaviour)? ...

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

- To what extent does the young person experience problems with sleeping? .....

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

- To what extent has the young person been behaving out of character or unpredictably in recent weeks? .....

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

- To what extent does the young person display challenging behaviour (eg antisocial, disruptive, resistance to advice, predatory) .....

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

- To what extent does the young person's day lack any structure? .....

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

- What is the young person's general level of activity? .....  passive/inert  underactive  normal  overactive  hyperactive

**Further questions on substance misuse**

- To what extent does the young person misuse alcohol to the detriment of his or her life? .....

min low medium high max  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

- To what extent does the young person misuse drugs to the detriment of his or her life? .....

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

**Further questions on insight and responsibility**

- To what extent does the young person lack insight into the potential consequences of his/her risk-taking behaviour? .....

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

- To what extent does the young person lack any sense of responsibility for the outcomes of risk-taking behaviour? .....

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

- To what extent does the young person fail to recognise any need for help with mental-health issues? .....

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

**Further questions on physical health problems**

- If the young person has a life-threatening or degenerative illness (eg cancer, multiple sclerosis, Parkinson's, emphysema, HIV), when was it first diagnosed? .....

d  m  y dk

- To what extent does the young person suffer from chronic or periodic pain? .....

min low medium high max  
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

- To what extent does the young person suffer from problems that affect mobility and/or dexterity (eg eyesight, balance, disability due to disease or trauma)? .....

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

- To what extent does the young person suffer from physical problems affecting communication? .....

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

- To what extent has there been a deterioration in physical health over the last few months, including temporary or cyclical problems? .....

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

**Further questions on concordance with health services/medication/therapies**

- To what extent is the young person failing to concord with medication or therapies, either deliberately or due to complexity of polypharmacy, for example? .....

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dk

- To what extent does the young person fail to perceive health or social care services as supportive? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- When did the young person last access any health or social-care services or have ongoing medication reviewed? ..... 

--

 d 

--

 m 

--

 y  dk
- To what extent does the young person and/or carer believe that their medication/therapies are failing to have a beneficial effect? ..... 

min		low		medium		high		max		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk

**Further questions on adverse life events**

- Has the young person ever been the victim of any form of abuse (eg physical, sexual, financial, emotional)? .....  yes  no  dk
- Has the young person ever been sexually abused? .....  yes  no  dk
  - When was the most recent episode of sexual abuse? ..... 

--

 d 

--

 m 

--

 y  dk
- Has the young person ever been physically abused? .....  yes  no  dk
  - When was the most recent episode of physical abuse? ..... 

--

 d 

--

 m 

--

 y  dk
- Has the young person ever been emotionally or racially abused? .....  yes  no  dk
  - When was the most recent episode of emotional or racial abuse? ..... 

--

 d 

--

 m 

--

 y  dk
- Has the young person ever been financially abused? .....  yes  no  dk
- Has the young person ever been neglected? .....  yes  no  dk
- Has the young person ever faced serious criminal justice proceedings (court cases, custodial sentences, etc)? .....  yes  no  dk
- To what extent has the young person grown up in emotionally disturbed, disruptive, or unloving environments? ..... 

min		low		medium		high		max		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- How seriously has the young person suffered from eating disorders in the past? .... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk

**Further questions on person's behavioural presentation during assessment**

- Are you concerned about the young person's engagement with the assessor? .....  yes  no  dk
- How difficult is it to have rapport and empathy with the young person? ..... 

min		low		medium		high		max		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- To what extent is the young person unwilling to communicate or respond to questions? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- To what extent do you have an uneasy 'gut' feeling about the person (eg about the young person's honesty, something doesn't quite add up, something missing)? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- Are you concerned about verbal indicators of risk? .....  yes  no  dk
- How aggressive/hostile is the young person's tone of voice? ..... 

min		low		medium		high		max		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- How depressed and downbeat is the young person's tone of voice? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- To what extent is the young person failing to make sense (eg incoherent, irrational)? ..... 

min		low		medium		high		max		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- Are you concerned about the young person's body language and expression? .....  yes  no  dk

- To what extent does the young person’s body language indicate distress? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- To what extent do the young person’s movements, posture, and facial expression indicate a low, downbeat, or gloomy mood? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- How aggressive or threatening are the young person’s movements and posture? .. 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- To what extent does the young person appear detached or preoccupied? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- To what extent does the young person avoid eye contact? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- What is the young person’s predominant form of eye movement? .....  unresponsive/glazed  normal  darting  dk
- How inconsistent are the young person’s physical, verbal, and emotional presentations (lack of congruence)? ..... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk

**Further questions on appropriateness of diet**

- To what extent does the young person fail to eat appropriately? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- Is the young person’s weight a cause of concern? Tick the appropriate description. ....  extreme underweight  underweight  weight OK  overweight  extreme overweight  dk
- How much has the young person experienced weight change in recent months? .... 

min	low	medium	high	max						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk
- To what extent does the young person fail to drink adequately? ..... 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

 dk

Form completed by:

Setting (where completed):

Date:  d  m  y

**Instructions for completing the form**

1. This tool records your risk judgements associated with the person’s mental-health problems and the information supporting them. It is *not* an interview schedule: *it is your prerogative how and when to ask questions*.
2. Rapid screening questions are placed first in the document, with an arrow pointing to the page number, *p*, where additional questions can be found for the screening question (e.g. → *p4*). Relevance of information varies across assessments and further data is only required for screening questions that have been given a “yes” response. However, by answering all screening questions, GRiST will have recorded your comprehensive consideration of risk issues irrespective of how much information is actually supplied.
3. GRiST helps you record data only for those issues relevant to the particular circumstances and context of the current assessment. It has a number of questions that ask whether you are concerned about a concept or whether the concept applies and you only need to answer the questions indented beneath if your answer is *yes*.
4. Many questions have a ten-point rating scale to record your subjective judgement about the extent to which the item applies to the person. Response choices range from 0 for no extent, to 10 for maximum extent, with labels above the boxes to help interpret the meaning of the numbers. *Do not worry about the exact number: the ten-point scale allows for a margin of error and you are only expected to give a response that “feels right”*.
5. Give dates as accurately as you can but leave the days and/or months blank if unknown.
6. If items were considered during assessment but no answer was obtained, mark the *dk* box for “Don’t Know”.

### Repeat assessment form for GRiST

Each item of information on this repeat-assessment form equates to a screening question on the full form and is in the same order. All you need to do is:

1. choose a different coloured pen or some other form of identification that distinguishes the repeat data from the data on the original GRiST form;
2. tick those questions on this repeat form where the repeat assessment has identified a change in status and fill in the changed data on the original GRiST form using the chosen distinguishing pen/mark;
3. in the space provided at the end of the repeat assessment, record the name of the repeat assessor, the date, and how the new GRiST data will be identified;
4. attach the repeat assessment form to the original GRiST assessment.

Please note that the online version of GRiST automatically accounts for historical and persistent data, making the handling of repeat assessments and the reporting of changes very much easier.

### Repeat assessment questions

For all the risk areas below, state whether the repeat assessment has changed their data. If so, add the new data to the original GRiST form as instructed above.

#### SUICIDE

- Past and current suicide attempts? *If yes, → p5* .....  yes  no
- Current intention to commit suicide? *If yes, → p6* .....  yes  no
- Potential triggers for prospective suicide? *If yes, → p6* .....  yes  no
- Suicidal ideation? *If yes, → p6* .....  yes  no

#### SELF-HARM

- Past and current episodes of self-harm? *If yes, → p7* .....  yes  no
- Potential triggers for prospective self-harm? *If yes, → p7* .....  yes  no
- Self-harm ideation? *If yes, → p7* .....  yes  no

#### HARM TO OTHERS OR DAMAGE TO PROPERTY

- Past and current episodes of harm or damage? *If yes, → p7 but also record the most important information below* .....  yes  no
  - Targets of harm to others? .....  yes  no
  - Any violent assault/physical abuse? *If yes, → p7* .....  yes  no
  - Any fire-setting? *If yes, → p8* .....  yes  no
- Intention for harm or damage? *If yes, → p9* .....  yes  no
- Potential triggers for prospective harm or damage? *If yes, → p9* .....  yes  no
- Ideation about violence? *If yes, → p9* .....  yes  no

#### SELF NEGLECT

- Appearance indicators of self neglect? *If yes, → p9* .....  yes  no

#### VULNERABILITY OF SERVICE USER

- Person's appearance and behaviour indicators of vulnerability? *If yes, → p10* .....  yes  no

**SCREENING QUESTIONS RELEVANT TO MORE THAN ONE RISK**

- Feelings/emotions? *If yes, → p10* .....  *yes*  *no*
- Person’s perspective of self worth? *If yes, → p11* .....  *yes*  *no*
- Mental health problems? *If yes, → p11* .....  *yes*  *no*
- Mental faculties/cognitive capacity? *If yes, → p11* .....  *yes*  *no*
- Personality? *If yes, → p12* .....  *yes*  *no*
- Motivation and engagement with world? *If yes, → p12* .....  *yes*  *no*
- Social context? *If yes, → p12* .....  *yes*  *no*
- General current behaviour? *If yes, → p13* .....  *yes*  *no*
- Substance misuse? *If yes, → p13* .....  *yes*  *no*
- Insight and responsibility? *If yes, → p13* .....  *yes*  *no*
- Physical health problems? *If yes, → p14* .....  *yes*  *no*
- Concordance with health services/medication/therapies? *If yes, → p14* .....  *yes*  *no*
- Adverse life events? *If yes, → p14 Consider also social context (p.12) and physical health (p.14).* .....  *yes*  *no*
- Family mental health history? .....  *yes*  *no*
- Person’s behavioural presentation during assessment? *If yes, → p15* .....  *yes*  *no*
- Appropriateness of diet? *If yes, → p15* .....  *yes*  *no*

**REPEAT RISK SUMMARY**

**OVERALL RISK COMMENTS**

Suicide .....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	dk	<input type="checkbox"/>
Self harm .....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	dk	<input type="checkbox"/>
Self neglect .....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	dk	<input type="checkbox"/>
Harm to others / damage .....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	dk	<input type="checkbox"/>
Vulnerability .....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	dk	<input type="checkbox"/>

**UPDATED ACTIONS**

Form completed by:

Method used to distinguish repeat assessment data:

Setting (where completed):

Date:  d  m  y



**Anexo 2 – Política de Gestão do Risco - GRI**





CENTRO  
HOSPITALAR  
DE LISBOA  
CENTRAL, EPE

Conselho de Administração  
**Circular Informativa**

Nº: 227 Data: 08 de Abril de 2014

**ASSUNTO:** Aprovação de Política – Política de Gestão do Risco - GRI

O Conselho de Administração em sessão de 02/04/2014 aprovou a seguinte política:

**POLÍTICA DE GESTÃO DO RISCO - GRI**

*el* O Conselho de Administração

LAURA SILVEIRA  
Vogal Executivo



## 1. FINALIDADE

A finalidade desta política é a de definir uma estratégia da gestão do risco para o Centro Hospitalar de Lisboa Central que promova e implemente uma metodologia de identificação, avaliação e prevenção das situações que possam comprometer a segurança dos doentes, acompanhantes, profissionais, fornecedores, visitantes e do património da instituição.

A estratégia de gestão do risco contribuirá para uma maior consciencialização dos profissionais sobre a existência dos riscos e para a responsabilização individual e coletiva na gestão e controlo dos fatores causais, de forma a desenvolver sistemas de trabalho, práticas e instalações mais seguras.

## 2. DEFINIÇÕES

**Análise do risco** – Processo destinado a compreender a natureza do risco e a determinar o nível do risco.

Nota 1 – a análise do risco fornece a base para a avaliação do risco e as decisões sobre o tratamento do risco.

Nota 2 – a análise do risco inclui a estimação do risco. (NP ISO 31000/2012)

**Avaliação do risco** – Processo de comparação dos resultados da análise do risco com os critérios do risco para determinar se o risco e/ou a respetiva magnitude é aceitável ou tolerável.

Nota: a avaliação do risco apoia a decisão sobre o tratamento do risco (NP ISO 31000/2012)

**Consequência** – Resultado de um evento que afeta objetivos.

Nota 1 – Um evento pode levar a um conjunto de consequências.

Nota 2 – Uma consequência pode ser certa ou incerta e pode ter efeitos positivos ou negativos nos objetivos.

Nota 3 – As consequências podem ser expressas qualitativa ou quantitativamente.

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
B	Nº		1/7
2014	227	2017	



Nota 4 – As consequências iniciais podem intensificar-se através de reações em cadeia. (NP ISO 31000/2012)

**Controlo** – Medida que modifica o risco.

Nota 1 – o controlo inclui qualquer processo, política, dispositivo, prática ou outra ação que modifique o risco.

Nota 2 – o controlo poderá nem sempre produzir o efeito modificador pretendido ou assumido. (NP ISO 31000/2012)

**Estrutura de Gestão de Risco** – Conjunto de elementos que fornecem os fundamentos e disposições organizacionais para conceber, implementar, monitorizar, rever e melhorar continuamente a gestão do risco, em toda a organização.

Nota 1 – os fundamentos incluem a política, os objetivos, o mandato e o compromisso para gerir o risco.

Nota 2 – as disposições organizacionais incluem os planos, as relações, a responsabilização, os recursos, os processos e as atividades.

Nota 3 – a estrutura da gestão do risco é parte integrante das políticas estratégicas e operacionais globais e das práticas da organização. (NP ISO 31000/2012)

**Evento** – Ocorrência ou alteração de um conjunto particular de circunstâncias.

Nota 1: Um evento pode consistir numa ou mais ocorrências e pode ter várias causas;

Nota 2: Um evento pode consistir em algo que não ocorra;

Nota 3: Um evento pode algumas vezes ser referido como um incidente ou acidente;

Nota 4: Um evento sem consequências pode também ser referido como «quase acidente», «incidente» ou «quase sucesso». (NP ISO 31000/2012)

**Identificação de risco** – Processo de pesquisa, de reconhecimento e de descrição dos riscos

Nota 1 – a identificação do risco envolve a identificação das fontes de risco, dos eventos, respetivas causas e potenciais consequências.

Nota 2 – a identificação do risco pode recorrer a dados históricos, a análises teóricas, as opiniões informadas e de especialistas e ter em consideração as necessidades das partes interessadas. (NP ISO 31000/2012)

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
B	2014	Nº	227	2017	2/7



**Nível do Risco** – Magnitude de um risco ou combinação de riscos, expressa em termos de combinação de consequências e respetivas verosimilhanças. (NP ISO 31000/2012)

Perigo – Fonte, situação ou ato com potencial para o dano em termos de lesão ou afeção da saúde, ou uma combinação destes. (NP ISO 4397, 2008 )

**Plano da Gestão do Risco** – Programa incluído na estrutura da gestão do risco que especifica a abordagem, os componentes da gestão e os recursos a aplicar à gestão do risco.

Nota 1 – os elementos de gestão incluem tipicamente os procedimentos, as práticas, a atribuição de responsabilidades, a sequência e a calendarização das atividades.

Nota 2 – o plano da gestão do risco poderá ser aplicado a um produto, processo ou projeto específicos, a parte ou à totalidade de uma organização. (NP ISO 31000/2012)

**Processo da Gestão do Risco** - aplicação sistemática de políticas, procedimentos e práticas de gestão às atividades de comunicação, consulta, estabelecimento do contexto e identificação, análise, avaliação, tratamento, monitorização e revisão do risco. (NP ISO 31000/2012)

**Risco** – Efeito da incerteza na consecução dos objetivos

Nota 1 – um efeito é um desvio positivo ou negativo, relativamente ao esperado.

Nota 2 – os objetivos podem ter diferentes aspetos (financeiros, de saúde e segurança, ambientais, entre outros) e podem ser aplicados a diferentes níveis (estratégico, em toda a organização, de projeto, de produto e de processo.

Nota 3 – o risco é frequentemente caracterizado pela referência aos eventos potenciais e consequências, ou à combinação de ambos.

Nota 4 – É frequentemente expresso como a combinação das consequências de um dado evento (incluindo alteração das circunstâncias) e a respetiva probabilidade de ocorrência

Nota 5 – a incerteza é o estado, ainda que parcial, de deficiência de informação relacionado com a compreensão ou conhecimento de um evento, sua consequência ou probabilidade. (NP ISO 31000/2012)

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
B	Nº		3/7
2014	227	2017	



**Risco aceitável** - é o nível de risco definido pela gestão de topo, ou seja, o que a organização está preparada para enfrentar. (NP ISO 31000/2012)

**Risco residual** – Risco que subsiste após o tratamento do risco.

Nota 1 – um risco residual pode incluir um risco não identificado.

Nota 2 – um risco residual pode também ser designado como “risco retido”. (NP ISO 31000/2012)

**Tratamento do risco** – Processo para modificar o risco

Nota 1 – o tratamento do risco pode incluir o seguinte:

- evitar o risco mediante decisão de não iniciar ou continuar a atividade portadora do risco;
- assumir ou aumentar o risco de forma a perseguir uma oportunidade;
- remover a fonte de risco;
- alterar a verosimilhança;
- alterar as consequências;
- partilhar o risco com outra(s) parte(s) [incluindo contratos e financiamento do risco];
- reter o risco com base em decisão informada.

Nota 2 – Os tratamentos do risco que lidam com consequências negativas, são por vezes referidos como “mitigação do risco”, “eliminação do risco”, “prevenção do risco” e “redução do risco”.

Nota 3 – o tratamento do risco pode originar novos riscos ou modificar os riscos existentes. (NP ISO 31000/2012)

**Verosimilhança** – Possibilidade de ocorrer

Nota 1 – Na terminologia da gestão do risco, a palavra verosimilhança é utilizada para indicar a possibilidade de algo ocorrer, quer essa possibilidade seja definida, medida ou determinada de forma objetiva ou subjetiva, qualitativa ou quantitativamente, e descrita utilizando termos gerais ou matemáticos [como uma probabilidade ou uma frequência num determinado período de tempo]

Nota 2 – O termo inglês “likelihood” (verosimilhança) não tem uma equivalência direta em algumas línguas; em vez disso é frequentemente utilizado como termo equivalente “probability”. No entanto, em inglês o termo “probability” está muitas vezes limitado à sua interpretação matemática. Por consequência, na terminologia da gestão do risco,

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
B	Nº 227	2017	4/7



o termo “*likelihood*” é utilizado com a finalidade de que deverá ter a mesma interpretação lata que o termo “*probability*” tem, em muitas outras línguas que não o inglês. (NP ISO 31000/2012)

### 3. SIGLAS E ABREVIATURAS

CA – Conselho de Administração

CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

### 4. DESCRIÇÃO

O CHLC promove a segurança, através da sensibilização dos profissionais para o facto de que os riscos podem ser reduzidos e controlados, numa cultura organizacional de ajuda e de apoio e não de culpabilização.

A abordagem integrada e sistemática da gestão do risco no CHLC pressupõe contributos de todas as áreas e nomeadamente das seguintes:

- Governação Clínica
- Gabinete de Gestão do Risco
- Comissão da Qualidade e Segurança do Doente
- Equipas de Emergência Médica Interna
- Comissões de Controlo da Infeção Hospitalar
- Área da Farmácia
- Comissão de Farmácia e Terapêutica
- Área de Gestão de Sistemas e Tecnologias de Informação
- Área de Saúde Ocupacional
- Área de Gestão Hoteleira
- Unidade de Segurança Contra Incêndio
- Comissão de Catástrofe
- Gabinete do Cidadão
- Gabinete Jurídico e Contencioso
- Área Financeira
- Auditor Interno

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
B	Nº		5/7
2014	227	2017	



O CHLC utiliza uma estrutura de gestão do risco que permite a sua gestão integrada através das seguintes atividades:

- Identificação e avaliação dos riscos;
- Relato e análise de incidentes;
- Análise das reclamações dos utentes;
- Análise de Indicadores;
- Auditorias.

O CA, responsável máximo pela gestão do risco no CHLC, delega esta responsabilidade numa estrutura pluriprofissional que desenvolve e implementa a presente Política.

Os Diretores das Áreas/Responsáveis das unidades orgânicas, têm a responsabilidade de incluir a gestão do risco nos seus Planos de Ação, promover ações para a identificação e avaliação dos riscos e para a utilização efetiva do sistema de relato de incidentes. Deverão igualmente desenvolver e monitorizar a operacionalização desta Política localmente, utilizando nomeadamente a formação em serviço.

Em cada unidade orgânica são nomeados interlocutores para a gestão do risco local com a responsabilidade de colaborar com os respetivos Responsáveis e com as estruturas que desenvolvem a Gestão de Risco na prevenção e controlo dos fatores de risco.

Individualmente todos os profissionais têm a responsabilidade de:

- Identificar os fatores de risco;
- Iniciar ações para prevenir ou controlar o risco;
- Notificar o responsável, se a área do risco identificado estiver para além da sua competência ou do seu controlo;
- Relatar incidentes.

O CHLC desenvolve um programa contínuo de formação em gestão do risco para todos profissionais, integrando metodologias da gestão do risco, segurança do doente e segurança dos profissionais.

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
B	Nº		6/7
2014	227	2014	



## 5. REFERÊNCIAS

- Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU, 2013:

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
18	Gestão do Risco	Todos
22	Gestão do Risco Clínico e Segurança do Doente	Todos

- NP ISO 31000/2012 – Gestão do risco. Princípios e linhas de orientação. Versão Portuguesa da ISO 31000/2009. Instituto Português da Qualidade
- NP ISO 4397, 2008 – Sistemas de Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho

## 6. PROCEDIMENTOS

A presente política do CHLC será operacionalizada através dos Procedimentos necessários e nomeadamente dos seguintes:

- GRI.101 - Relato de Incidentes
- GRI.102 - Utilização de Equipamentos Móveis de Comunicação no CHLC, EPE
- GRI.103 - Metodologia de Identificação e Avaliação de Risco
- GRI.105 - Avaliação do Risco no Doente
- GRI.106 - Avaliação do risco clínico no turno da noite
- GRI.107 - Análise da Causa Raiz do Incidente de Segurança do Doente

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

*Ana Soares*

Ana Soares  
Enfermeira Directora

*Teresa Sustelo*

TERESA SUSTELO  
Presidente do Conselho de Administração

*Laura Silveira*

LAURA SILVEIRA  
Vogal Executivo

*Ana Isabel Gonçalves*

ANA ISABEL GONÇALVES  
Vogal Executivo

*Deliberado em*

Sessão de *02/04/2014* de

Conselho de Administração do  
Centro Hospitalar de Lisboa  
Central, EPE

*Edmundo Gonza da Silva*

Edmundo Gonza da Silva  
Director Clínico

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
B	Nº <i>227</i>	<i>2014</i>	7/7

**Anexo 3 – Procedimento Multissetorial – GRI 103 – Metodologias de identificação e  
avaliação do risco**





Nº: 252 Data: 23 de Abril de 2014

**ASSUNTO:** Procedimento Multissetorial – GRI.103 – Metodologias de identificação e avaliação do risco

O Conselho de Administração em sessão de 09/04/2014 aprovou o seguinte Procedimento:

**GRI.103 – Metodologias de identificação e avaliação do risco**

O presente procedimento está associado à Política de Gestão do Risco e aplica-se ao CHLC.

O Conselho de Administração

*Laura Silveira*  
LAURA SILVEIRA  
Vogel Executivo



 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL EPE	<b>Procedimento Multissetorial</b>	<b>GRI.103</b>
	<b>METODOLOGIAS DE IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DO RISCO</b>	

*Deliberada em*  
Sessão de 07/04/2014

**APROVAÇÃO**

Conselho de Administração do  
Centro Hospitalar de Lisboa  
Central, EPE

*0 es aprova*

*Ana Soares*

*[Signature]*

*Eduardo Gomes da Silva*  
Diretor Clínico

*[Signature]*  
ANA ISABEL GONÇALVES  
Vogal Executivo

*[Signature]*

LAURA SILVEIRA  
Vogal Executivo

*Ana Soares*  
Enfermeira Diretora

**1 OBJETIVO**

Definir a metodologia de identificação e avaliação do risco para o CHLC de forma a promover uma utilização eficaz, eficiente e equitativa de recursos na prevenção e controlo dos riscos, com vista à manutenção de um ambiente seguro para doentes, profissionais e visitantes.

**2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO**

Todas as Áreas/especialidades/Unidades Funcionais do CHLC.

**3 RESPONSABILIDADES**

**3.1 Pela implementação do Procedimento:** Gabinete de Gestão do Risco, Diretores de Área/ Responsáveis de Especialidade e Coordenadores, e Interlocutores da Gestão do Risco Local de cada Unidade Funcional e Área de Saúde Ocupacional.

**3.2 Pela revisão do procedimento:** Grupo de Trabalho nomeado pelo CA.

**4 DEFINIÇÕES**

Aplicam-se todas as definições constantes na Política de Gestão de Risco.

**CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA**  
**Secretariado CA**  
 N.º 252/14  
 Entrada 8.4.2014  
 Saída 11.04.2014

ELABORAÇÃO	
Enf. Catarina Mendes	<i>Catarina Mendes</i>
Enf. Fátima Barata	<i>Fátima Barata</i>
Dra. Maria João Lage	<i>Maria João Lage</i>
Dra. Maria João Manzano	<i>[Signature]</i>
Enf. Susana Ramos	<i>Susana Ramos</i>
VERIFICAÇÃO	
CQSD	<i>[Signature]</i>

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGS.
B	Nº <u>252</u>	<u>2017</u>	1/16

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL.EPE	<b>Procedimento Multissetorial</b>	<b>GRI.103</b>
	<b>METODOLOGIAS DE IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DO RISCO</b>	

## 5 SIGLAS E ABREVIATURAS

ASO – Área de Saúde Ocupacional  
 CA – Conselho de Administração  
 CHKS – *Caspe Healthcare Knowledge*  
 CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE  
 CQSD – Comissão da Qualidade e Segurança do Doente  
 IGRL – Interlocutores da Gestão do Risco Local  
 GGR – Gabinete de Gestão do Risco  
 REBA – Rapid Entire Body Assessment  
 RULA – Rapid Upper Limb Assessment

## 6 REFERÊNCIAS

- CHKS, *International Accreditation programme for Healthcare Organisations*, 4ª ed. julho 2013:

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
18	Gestão do Risco	18.9 a 18.13
19	Saúde e Segurança	19.12
52	Gestão de Serviços	52.66, 52.67, 52.74, 52.83
54	Trabalhar com Normas Administrativas	54.36

- Lei nº 42/2012 de 28 de Agosto, estabelece as condições de acesso e exercício da profissão de técnico e técnico superior de segurança e saúde no trabalho
- Lei Nº 3/2014, de 28 de Janeiro, procede à segunda alteração da Lei 102/2009 que aprova o regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho
- NHS, National Patient Safety Agency – Risk Assessment Programme, Overview, November 2006.
- Norma Australiana: AS/NZS 4360:1999 – Risk Management
- Norma Australiana/Neozelandesa: AS/ZN 4360:2004 e AS/NZS ISO 31000:2009 - Risk Management – Principles and guidelines
- NP ISO 31000/2012 – Gestão do risco. Princípios e linhas de orientação. Versão Portuguesa da ISO 31000/2009. Instituto Português da Qualidade
- Política de Gestão do Risco, CHCL
- SST 108 – Avaliação Qualitativa e Quantitativa de Risco Ocupacional
- SST 113 – Avaliação dos Factores de Risco Biomecânicos do Posto de Trabalho

## 7 DESCRIÇÃO

O CHLC está empenhado em minimizar todos os riscos até a um nível tão baixo quanto o recomendável, com base nas melhores práticas. Contudo, não é possível eliminar todos os riscos reduzindo o seu nível a zero e, em algumas circunstâncias, é necessário decidir sobre os benefícios que se obtêm ao assumir um determinado risco.

O CHLC dispõe de uma metodologia para identificação, avaliação e controlo do risco geral e do risco clínico através da qual pode ser definido o nível de risco em aceitável ou não aceitável, que orienta a tomada de decisão sobre a melhor utilização dos

EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
B	2014	Nº 252	2014
			2/16

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL EPE	<b>Procedimento Multissetorial</b>		<b>GRI.103</b>
	<b>METODOLOGIAS DE IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DO RISCO</b>		

recursos existentes e metodologias para avaliação do risco ocupacional (SST 108 e 113), no sentido de minimizar os riscos para os doentes, profissionais, as visitas e para a própria instituição.

O processo de análise de risco permite definir dois níveis de risco:

- Risco não aceitável - exige uma intervenção obrigatória;
- Risco aceitável - não exige intervenção, sendo apenas necessário o seu controlo.

Em todas as Áreas, Especialidades e Unidades Funcionais do CHLC estão nomeados profissionais responsáveis pela dinamização da gestão de risco a nível local – Interlocutores da Gestão do Risco Local (IGRL) – que têm a responsabilidade de identificar, analisar, avaliar e monitorizar os riscos existentes, definindo e implementando medidas preventivas/corretivas para o seu controlo, conforme descrito no procedimento multissetorial RHU.119.

A ASO realiza a avaliação dos riscos ocupacionais (risco biológico, físico, químico, biomecânico e psicossociais) executada por Técnicos Superiores de Segurança do Trabalho devidamente certificados, Médicos e Enfermeiros do Trabalho, em estreita colaboração com os responsáveis e profissionais das diversas unidades que compõem o CHLC.

### 7.1 Processo de identificação e avaliação dos riscos

A metodologia de identificação e avaliação do risco permite proceder à hierarquização do risco, com vista ao seu controlo e gestão. Existem métodos qualitativos e quantitativos para estabelecer os níveis do risco.

Os riscos existentes na estrutura ou associados à actividade desenvolvida no CHLC podem ser avaliados com o objectivo de estimar o seu potencial para:

- Causar danos para a saúde das pessoas;
- Originar reclamações, queixas ou processos litigiosos;
- Causar danos no ambiente;
- Causar danos ou perda de património;
- Provocar atrasos operacionais (ex.: listas de espera);
- Prejudicar a reputação do CHLC.

No CHLC a avaliação do risco da Saúde e Segurança dos profissionais é da responsabilidade da ASO.

O GGR que tem como responsabilidade da avaliação dos riscos clínicos e não clínicos com enfoque na segurança do doente e segurança geral sendo aplicada em todas as Áreas/Unidades Funcionais do CHLC pelos IGRL e que reportam directamente ao(s) Responsável(eis) da respectiva Unidade. A avaliação do risco relacionada com a segurança contra incêndios é realizada pela Unidade de Segurança Contra Incêndios em articulação com a ASO.

Para o registo da avaliação do risco, o GGR utiliza um instrumento próprio designado por ficha de identificação e avaliação do risco (Anexo 1), disponível em cada Unidade Funcional em suporte informático *Excel*. Este instrumento permite que o IGRL

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
B	2014	Nº	282	2017	3/16

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL EPE	<b>Procedimento Multissetorial</b>		<b>GRI.103</b>
	<b>METODOLOGIAS DE IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DO RISCO</b>		

documente os riscos identificados, planeie as medidas de melhoria, a nível local, e monitorize sistematicamente a implementação dessas medidas.

Os IGRL têm a responsabilidade de realizar uma avaliação global dos riscos existentes a nível ambiental e das práticas clínicas, com enfoque na segurança do doente. Existem várias áreas específicas que devem ser obrigatoriamente contempladas na avaliação do risco, designadamente:

- Práticas de Identificação do Doente;
- Segurança do Processo Clínico;
- Segurança do Medicamento;
- Controlo de Infeção;
- Segurança do Equipamento de Reanimação;
- Segurança do Equipamento Clínico;
- Segurança das amostras biológicas;
- Segurança Transfusional;
- Práticas clínicas para a prevenção de Quedas;
- Práticas clínicas para a prevenção de Úlceras de Pressão;
- Segurança dos Gases Medicinais;
- Gestão de Resíduos Hospitalares;
- Prevenção de Desaparecimento de Doente;
- Segurança Contra Incêndio;
- Segurança Geral.

O CHLC adoptou dois tipos de matrizes para a avaliação do risco:

- Para a área da Segurança do Doente e Segurança Geral é utilizada pelo GGR e IGRL a matriz de avaliação do risco da *National Patient Safety Agency* (Anexo 2).

- Para a área da Segurança dos Profissionais é utilizada a matriz de avaliação de risco ocupacional (Anexo 4) adaptada da Norma Australiana/Neozelandesa: AS/ZN 4360:2004 e AS/NZS ISO 31000:2009.

A matriz de avaliação de risco utilizada pelo GGR e IGRL é constituída por três tabelas:

- **Tabela 1: Análise da Consequência do Risco** - descreve o risco explicitamente, tendo em conta as consequências potenciais mais prováveis que possam ter impacto no indivíduo (doente, familiar, profissional ou outro) e/ou instituição, segundo sete domínios (Anexo 2).

Na primeira coluna da tabela selecionamos o domínio onde melhor se enquadra o risco identificado e, em seguida, observamos as restantes colunas na mesma linha para analisar as consequências do risco, classificando com o número correspondente numa escala de 1 a 5.

A Tabela 1A (Anexo 2) descreve exemplos relativos ao impacto na segurança de doentes, profissionais ou público segundo a escala das consequências do risco e dos exemplos dos descritores

- **Tabela 2: Análise da Probabilidade do Risco** - descreve a probabilidade da ocorrência do risco num período de tempo (Anexo 2).

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
B	2014	Nº	252	2017	4/16

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL.EPE	<b>Procedimento Multissetorial</b>		<b>GRI.103</b>
	<b>METODOLOGIAS DE IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DO RISCO</b>		

- **Tabela 3: Classificação do Nível de Risco:** C (Consequência) X P (Probabilidade) = R (Classificação do Risco), (Anexo 2).

A identificação e avaliação do risco, deve ser efetuada, preferencialmente, por uma equipa multiprofissional, com uma perspetiva abrangente dos riscos identificados.

Neste processo devem ser percorridas cinco etapas:

### 1º Etapa – Identificar os fatores do risco

Para a identificação e caracterização dos fatores de risco, é importante, procedermos a uma análise retrospectiva sobre o que aconteceu no passado, analisando os incidentes, mesmos os que não causaram qualquer tipo de dano.

Os riscos podem ser identificados a três níveis:

- A nível individual dos profissionais, doentes ou público;
- A nível das Áreas /Unidades Funcionais;
- A nível estratégico.

A identificação sistemática dos riscos processa-se através das seguintes abordagens:

- Utilização de *checklists* e questionários;
- Análise de incidentes e da informação relativa a queixas e reclamações;
- Inquéritos de satisfação dos utentes;
- Análise da conformidade com a legislação em vigor;
- Análise de relatórios resultantes de inspeções de entidades externas (ex. saúde e segurança ou outras);
- Análise de relatórios de auditorias;
- Ações de formação realizadas aos profissionais.

### 2º Etapa - Identificar as pessoas expostas aos fatores de risco

Nesta etapa, identificam-se as pessoas que estão expostas aos fatores de risco (profissionais, doentes ou visitantes) e que podem ser afetadas num determinado período de tempo. Deve ter-se presente o facto de que os doentes são vulneráveis e são os que têm mais probabilidade de serem lesados.

### 3º Etapa - Avaliar os riscos

Todos os riscos identificados devem ser sistematicamente avaliados e hierarquizados, com base na análise do tipo de consequências que a situação de risco detetada pode implicar (que consequências?) e a probabilidade da sua ocorrência (com que frequência?).

A matriz de avaliação de risco constituída pelas tabelas 1, 2 e 3 (Anexo 2) orienta o IGRL sobre a necessidade de implementar as medidas que, efetivamente, reduzam o nível de risco, ou seja, reduzam a gravidade das consequências ou a probabilidade de ocorrer um incidente associado ao risco identificado.

A análise do risco permite classificar os riscos aceitáveis e aqueles que requerem medidas preventivas/corretivas.

A adoção de todas as medidas possíveis para proteger as pessoas de qualquer tipo de dano é um imperativo ético e legal.

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
B	2014	Nº	252	2017	5/16

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL.EPE	<b>Procedimento Multissetorial</b>		<b>GRI.103</b>
	<b>METODOLOGIAS DE IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DO RISCO</b>		

Deste modo, a prioridade para a ação tem por base a Tabela 3 (Anexo 2) e a Tabela 4 (Anexo 3):

- **Risco Baixo** – medidas a implementar quando possível;
- **Risco Moderado** – medidas a implementar tão cedo quanto possível, não ultrapassando um ano;
- **Risco Alto** – medidas a implementar o mais rápido possível, não ultrapassando os 6 meses;
- **Risco Extremo** – medidas a implementar com caráter urgente, exigindo que o Conselho de Administração seja informado de imediato, para garantir a implementação das medidas corretivas imediatas.

#### 4º Etapa – Definir Planos de Melhoria

Nesta etapa, em face dos fatores de risco identificados e respetiva avaliação, são definidos planos de melhoria que devem contemplar:

- Identificação das ações necessárias para o controlo do risco;
- Designação dos responsáveis pela implementação das ações;
- Especificação de prazos;
- Resultados esperados.

A avaliação dos riscos e o plano de ação devem ser revistos e alterados sempre que necessário. As medidas de melhoria a implementar, devem contemplar, soluções exequíveis, sustentáveis e eficazes, de forma a reduzir o risco para um nível aceitável. Assim, o planeamento e a definição de medidas de melhoria para o controlo do risco implicam a análise das seguintes opções:

- **Reduzir a probabilidade de ocorrência** – implementar medidas para reduzir a probabilidade de ocorrência ou dos seus resultados;
- **Reduzir as consequências** – implementar estratégias de controlo para limitar potenciais consequências;
- **Transferência total ou parcial** – associação com outras entidades (internas ou externas) que partilham o risco;
- **Evitar o risco** – suspender a atividade (esta opção pode originar outros riscos);
- **Conter o risco** – apesar de o risco ter sido reduzido ou transferido, pode existir risco residual, ainda que reduzido, que tem que ser contido/ controlado.

#### 5º Etapa - Rever a avaliação do risco periodicamente

Os processos de mudança contínua exigem um bom sistema de documentação que responda à reavaliação e atualização constantemente necessárias.

As mudanças podem introduzir novos fatores de risco, ou alterar os existentes. Assim, as avaliações de risco devem ser revistas, obrigatoriamente, sempre que se planeiem alterações nos processos de trabalho ou no ambiente, quando ocorrem mudanças que afetam a atividade e periodicamente (pelo menos anualmente).

A ASO adotou uma matriz de avaliação de risco ocupacional (Anexo 4) adaptada da Norma Australiana/Neozelandesa: AS/ZN 4360:2004 e AS/NZS ISO 31000:2009 - Risk Management – Principles and guidelines, que permite a avaliação dos riscos

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
B	2014	Nº	252	2017	6/16

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL.EPE	<b>Procedimento Multissetorial</b>		<b>GRI.103</b>
	<b>METODOLOGIAS DE IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DO RISCO</b>		

ocupacionais, a identificação dos profissionais expostos e a quantificação do risco conforme descrito no SST 108. Além desta matriz de avaliação geral do risco ocupacional, a ASO utiliza métodos de avaliação de risco biomecânico (RULA e REBA) conforme descritos no SST 113, métodos para avaliação das radiações ionizantes (SST 103), gases anestésicos (SST 111), formol, solventes e desinfetantes (SST 112), ruído sonotraumático (SST 115), conforto térmico, ambiente lumínico e procede ainda à avaliação dos factores risco psicossociais.

## 7.2. Comunicação do Risco

As avaliações do risco são realizadas, sistematicamente pelo GGR e pelos IGRL, com periodicidade anual e sempre que as circunstâncias se alteram (ex: mudança de instalações, alterações nas práticas, introdução de equipamento substancialmente diferente).

Todas as avaliações e reavaliações do risco efetuadas pelos IGRL são comunicadas ao GGR que tem como responsabilidade enviar relatórios anuais e parciais ao Conselho de Administração, Direção da Governação Clínica e ASO.

Consoante as áreas do risco avaliadas, o GGR tem ainda a responsabilidade de dar conhecimento aos Responsáveis de Áreas transversais que tenham responsabilidade na implementação de medidas de melhoria como por exemplo Controlo de Infecção Hospitalar, Gestão de Instalações e Equipamentos, Hoteleiros, Gestão de Sistemas e Tecnologias de Informação, Farmácia, Aprovisionamento entre outros.

Sempre que se identifiquem riscos que possam comprometer a segurança e saúde dos profissionais, estes devem ser comunicados à ASO.

Os resultados das avaliações de risco ocupacional são enviados às Chefias das Unidades e Áreas, ao Conselho de Administração, ao Gabinete de Gestão do Risco, à Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar, à Área de Gestão de Instalações e Equipamentos e outras áreas responsáveis pela operacionalização de algumas recomendações da ASO, como por exemplo a Área de Gestão Hoteleira ou a Área de Gestão de Sistemas e Tecnologias de Informação.

## 8 ANEXOS

### 8.1 Impressos

### 8.2 Outros

Anexo 1 – Ficha de identificação e avaliação de risco

Anexo 2 – Matriz de avaliação de Risco adaptada da matriz publicada pelo *NHS, National Patient Safety Agency*

Anexo 3 – Prioridade para a ação segundo a classificação do nível de risco.

Anexo 4 – Matriz de avaliação de Risco Ocupacional adaptada da Norma Australiana/Neozelandesa: AS/ZN 4360:2004 sucedida e integrada na AS/NZS ISO 31000:2009

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
B	2014	Nº	252	2017	7/16

## Identificação e Avaliação do Risco

<b>Data:</b>		<b>Local:</b>		<b>Avaliado por:</b>																	
N.º	Fator de Risco Atividade/Área/Materiais/Equipamentos/Outros	Riscos	Pessoas Expostas	Consequência							Probabilidade							Risco			
				A	B	C	D	E	F	G	Média	A	B	C	D	E	F	G	Média	Nível	
				1	Insignificante							1	Muito Raro								
				2	Ligeira							2	Raro							1 a 3	RB
				3	Moderada							3	Provável							4 a 6	RM
				4	Grave							4	Muito Provável							8 a 12	RA
				5	Catastrófica							5	Quase Certo							15 a 25	RE
<b>Plano de Ação</b>																					
Medidas de Melhoria (preventivas/corretivas)				Responsáveis	Prazo	Monitorização															
<b>Evidências (fotografias, procedimentos e outros documentos)</b>																					
<b>Legenda:</b>										<b>Assinaturas:</b>											
<b>Nível de Risco</b> <span style="background-color: #90EE90; padding: 2px;">1 a 3</span> Risco Baixo – RB <span style="background-color: #FFFF00; padding: 2px;">4 a 6</span> Risco Moderado – RM <span style="background-color: #FFA500; padding: 2px;">8 a 12</span> Risco Alto – RA <span style="background-color: #FF0000; padding: 2px;">15 a 25</span> Risco Extremo – RE										<b>Letras de A a G:</b> Profissionais que participam na avaliação do risco											
										<b>Responsável da Área/Unidade Orgânica:</b> _____  <b>Interlocutor (es) da Gestão do Risco:</b> _____ _____											

# Matriz de Avaliação do Risco

TABELA 1 - ANÁLISE DA CONSEQUÊNCIA DO RISCO

Domínios	Escala das consequências do risco e exemplos dos descritores				
	1 Insignificante	2 Ligeira	3 Moderada	4 Grave	5 Catastrófica
Impacto na segurança de doentes, profissionais ou público (lesão física/psicológica)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lesões mínimas que não requerem ou requerem apenas intervenção/ tratamento mínimos</li> <li>Não implica ausência do trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lesão ou doença que requer intervenção mínima</li> <li>Ausência ao trabalho &lt;3 dias</li> <li>Aumento da duração do internamento de 1-3 dias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lesão moderada que requer intervenção clínica</li> <li>Requer ausência do trabalho entre 4-14 dias</li> <li>Aumento da duração do internamento de 4-15 dias</li> <li>Acontecimento que afeta um pequeno número de doentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lesão grave que provoca incapacidade ou deficiência a longo prazo ou permanente</li> <li>Requer ausência do trabalho &gt; 14 dias</li> <li>Aumento da duração do internamento &gt; 15 dias</li> <li>Deficit no tratamento do doente com efeitos a longo prazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incidente que provoca a morte</li> <li>Lesões múltiplas e permanentes ou efeitos na saúde irreversíveis</li> <li>Acontecimento que afeta grande número de doentes</li> </ul>
Qualidade/queixas/auditoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deficiente prestação de serviço/ tratamento não essencial</li> <li>Queixa/ informal/ inquérito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deficiente prestação de serviço/ tratamento total</li> <li>Queixa formal (estádio 1)</li> <li>Resolução local</li> <li>Falha única no cumprimento de normas internas</li> <li>Implicações minor na segurança do doente se não forem tomadas medidas</li> <li>Diminuição do nível de desempenho se não forem tomadas medidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamento ou serviço que conduz à redução significativa da eficácia</li> <li>Queixa formal (estádio 2)</li> <li>Resolução local com possibilidade de revisão independente</li> <li>Incumprimento sistemático das normas internas</li> <li>Implicações major sobre a segurança dos doentes se não forem tomadas medidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não conformidade com as normas/legislação nacional que implica risco significativo para os doentes se não for resolvida</li> <li>Queixas múltiplas /revisão independente</li> <li>Baixo nível de desempenho</li> <li>Relatório crítico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nível ou qualidade de tratamento/serviço completamente inaceitáveis</li> <li>Falha grave para a segurança do doente se não forem tomadas medidas corretivas</li> <li>Investigação da Inspeção Geral da Saúde/Tribunal</li> <li>Falha grave no cumprimento da normas/legislação nacional</li> </ul>
Recursos Humanos / Desenvolvimento Organizacional / Preenchimento de vagas/ Competências	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nível baixo de preenchimento de vagas a curto prazo que temporariamente reduz a qualidade de serviço (&lt;1 dia)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nível baixo de preenchimento de vagas que reduz a qualidade de serviço</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atraso na prestação do objetivo principal devido a falta de profissionais de serviço</li> <li>Nível de preenchimento de vagas ou de competências em risco (&gt; 1 dia)</li> <li>Desmotivação dos profissionais</li> <li>Baixa adesão dos profissionais à formação obrigatória ou chave</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indefinição no tempo até à prestação de objetivo /devido à falta de profissionais no serviço</li> <li>Nível de preenchimento de vagas ou de competências em risco (&gt; 5 dias)</li> <li>Perda do pessoal chave</li> <li>Grande desmotivação dos profissionais</li> <li>Os profissionais não frequentam a formação obrigatória ou chave</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não cumprimento do objetivo chave/ devido à falta de profissionais no serviço</li> <li>Continuação do nível de preenchimento de vagas ou de competências em risco</li> <li>Perda de vários elementos chave do pessoal</li> <li>Não frequência sistemática da formação obrigatória/chave</li> </ul>
Deveres estatutários/inspeções	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sem ou impacto mínimo</li> <li>Não cumprimento das orientações/dever estatutário</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não cumprimento da legislação</li> <li>Diminuição do nível de desempenho se não forem tomadas medidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não cumprimento do dever estatutário</li> <li>Desafio externo às recomendações</li> <li>Aviso de melhoria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ação de execução</li> <li>Múltiplos incumprimentos dos deveres estatutários</li> <li>Avistos de melhoria</li> <li>Diminuição do nível de desempenho</li> <li>Relatório crítico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Múltiplos incumprimentos dos deveres estatutários</li> <li>Prossecação</li> <li>Necessária completa mudança nos sistemas</li> <li>Nível de desempenho zero</li> <li>Relatório severamente crítico</li> </ul>
Publicidade adversa /reputação	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rumores</li> <li>Potencial para constituir Assunto público</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cobertura pelos meios da comunicação social local</li> <li>Confiança do público reduzida a curto prazo</li> <li>Elementos da expectativa pública não encontrados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cobertura pelos meios da comunicação social local</li> <li>Confiança do público reduzida a longo prazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cobertura pelos meios da comunicação social nacional &lt; 3 dias de serviço, bem abaixo das expectativas legítimas do público</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cobertura pelos meios da comunicação social nacional &gt; 3 dias de serviço, bem abaixo das expectativas legítimas do público</li> <li>Intervenção do Ministério público</li> <li>Perda completa da confiança do público</li> </ul>
Objetivos de negócio /projetos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento insignificante dos custos/ Não cumprimento dos prazos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt;5% acima do orçamento</li> <li>Não cumprimento dos prazos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>5-10% acima do orçamento</li> <li>Não cumprimento dos prazos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incumprimento dos limites nacionais de 10-25% acima do orçamento</li> <li>Não cumprimento dos prazos</li> <li>Objetivos chave não atingidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incidente originando custos 25% Acima do orçamento</li> <li>Não cumprimento dos prazos</li> <li>Objetivos chave não atingidos</li> </ul>
Financeiro incluindo queixas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pequena perda, risco remoto de queixa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perda de 0,1% - 0,25% acima do orçamento</li> <li>queixas com indemnização &lt; 11.000€</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perda de 0,25% -0,5% acima do orçamento</li> <li>Queixas com indemnização, entre 11.000€ a 111.000€</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incerteza no cumprimento dos objetivos chave/perda de 0,5%-1% acima do orçamento</li> <li>Queixas com indemnização, entre 111.000€ a 1 milhão €</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incerteza no cumprimento dos objetivos chave/perda &gt;1% acima do orçamento</li> <li>Perda de contrato/pagamento pelo resultado da reclamação</li> <li>Queixas com indemnização, &gt; 1 milhão €</li> </ul>
Interrupção do serviço /impacto ambiental	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perda/ interrupção &gt; 1 hora</li> <li>Sem impacto ou com impacto irrelevante no ambiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perda/ interrupção &gt; 8 horas</li> <li>Impacto mínimo no ambiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perda/interrupção &gt; 1 dia</li> <li>Impacto moderado no ambiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perda/interrupção &gt; 1 semana</li> <li>Impacto grave no ambiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perda permanente de serviço ou instalações</li> <li>Impacto catastrófico no ambiente</li> </ul>

Fonte: Matriz traduzida e adaptada pela Equipa do GGR do CHLC do documento publicado pelo NHS, National Patient Safety Agency – A Risk Matrix for Risk Managers, January 2008.

**TABELA 1A - Exemplos relativos ao impacto na segurança de doentes, profissionais ou público segundo a escala das consequências do risco e dos exemplos dos descritores**

Domínios	Escala das consequências do risco e exemplos dos descritores				
	1 Insignificante	2 Ligeira	3 Moderada	4 Grave	5 Catastrófica
Impacto na segurança de doentes, profissionais ou público (lesão física/psicológica)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lesões mínimas que não requerem ou requerem apenas intervenção/ tratamento mínimos</li> <li>Não implica ausência do trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lesão ou doença que requer intervenção mínima</li> <li>Ausência ao trabalho &lt;3 dias</li> <li>Aumento da duração do internamento de 1-3 dias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lesão moderada que requer intervenção clínica</li> <li>Requer ausência do trabalho entre 4-14 dias</li> <li>Aumento da duração do internamento de 4-15 dias</li> <li>Acontecimento que afeta um pequeno número de pessoas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lesão grave que provoca incapacidade ou deficiência a longo prazo ou permanente</li> <li>Requer ausência do trabalho &gt; 14 dias</li> <li>Aumento da duração do internamento &gt; 15 dias</li> <li>Deficit no tratamento do doente com efeitos a longo prazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incidente que provoca a morte</li> <li>Lesões múltiplas e permanentes ou efeitos na saúde irreversíveis</li> <li>Acontecimento que afeta grande número de pessoas</li> </ul>
Exemplos adicionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dispensa de medicamento errado que não foi administrado</li> <li>Atraso no transporte de doente não crítico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Administração de medicamento ou dose errados sem efeitos adversos</li> <li>Ataque físico tal como empurrão, apertão causando lesão menor</li> <li>Automutilação resultando em lesões menor</li> <li>Úlcera de pressão de grau 1</li> <li>Laceração, estiramento, ansiedade necessitando de recorrer à Saúde Ocupacional mas sem necessitar de faltar ao trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Administração de medicamento ou dose errados com potenciais efeitos adversos</li> <li>Agressão física causando lesões moderadas</li> <li>Automutilação requerendo intervenção médica</li> <li>Úlcera de pressão de grau 2-3</li> <li>Infeção nosocomial</li> <li>Informação incorreta ou inadequada/comunicação na transferência de cuidados</li> <li>Veículo de transporte de doentes envolvido num acidente de viação</li> <li>Escorregadela/queda resultando numa lesão como p ex entorse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Administração de medicamento ou dose errados com efeitos adversos</li> <li>Agressão física causando em lesões graves</li> <li>Úlcera de pressão de grau 4</li> <li>Infeção nosocomial prolongada</li> <li>corpo estranho (material/instrumento) depois da cirurgia que requer nova intervenção</li> <li>Reação transfusional</li> <li>Escorregadela/queda resultando numa lesão como p ex luxação/fratura/ traumatismo craniano</li> <li>Amputação de membro</li> <li>Stress pós-traumático</li> <li>Falha na vigilância e administração de vacina a bebé nascido de mãe com hepatite B</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Morte inesperada</li> <li>Suicídio de doente</li> <li>Homicídio cometido por doente do foro psiquiátrico</li> <li>Erros em grande escala em rastreio</li> <li>Cirurgia em local errado levando a morte ou incapacidade permanente</li> <li>Incidente resultado em paralisia</li> <li>Incidente resultando em doença mental</li> <li>Violação/ agressão sexual grave</li> </ul>

Fonte: Matriz traduzida e adaptada pela Equipa do GGR do CHLC do documento publicado pelo NHS, National Patient Safety Agency – A Risk Matrix for Risk Managers, January 2008.

## TABELA 2 – ANÁLISE DA PROBABILIDADE DO RISCO

A probabilidade deve ser estimada tendo em conta um determinado período de tempo ou uma atividade.

Escala Probabilidade do Risco	1	2	3	4	5
Descritor	Muito Raro	Raro	Provável	Muito Provável	Quase Certo
<b>Frequência (geral)</b> Quantas vezes pode acontecer/acontece?	É provável que nunca aconteça/torne a acontecer	Não esperamos que aconteça/volte a acontecer mas é possível que sim	Pode acontecer ou tornar a acontecer ocasionalmente	Vai provavelmente acontecer/tornar a acontecer mas não de forma sistemática	Vai acontecer ou tornar a acontecer sem dúvida alguma e é possível que frequentemente
<b>Frequência em intervalos de tempo</b>	É provável que nunca aconteça/torne a acontecer	Esperamos que aconteça pelo menos anualmente	Esperamos que aconteça pelo menos mensalmente	Esperamos que aconteça pelo menos semanalmente	Esperamos que aconteça pelo menos diariamente
<b>Frequência (probabilidade)</b> Vai acontecer ou não?	< 0,1%	0,1-1%	1-10%	10-50%	> 50%

Fonte: Matriz traduzida e adaptada pela Equipa do GGR do CHLC do documento publicado pelo NHS, National Patient Safety Agency – A Risk Matrix for Risk Managers, January 2008.

### TABELA 3 - CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DO RISCO (R) = Consequência x Probabilidade (C x P)

A classificação do nível do risco, é baseada na probabilidade de ocorrência e nas consequências do risco identificado que determinará a prioridade para a tomada de medidas. A tabela seguinte apresenta o método de classificação do nível do risco em função da probabilidade estimada e das consequências esperadas (probabilidade de ocorrência x consequência).

Não se pretende que os valores de classificação do risco constituam medidas matemáticas precisas, contudo são úteis para priorizar as medidas de controlo para gerir os diferentes riscos.

Nível do Risco Consequência		Probabilidade				
		1	2	3	4	5
		Muito Raro	Raro	Provável	Muito Provável	Quase Certo
5	Catastrófica	5	10	15	20	25
4	Grave	4	8	12	16	20
3	Moderada	3	6	9	12	15
2	Ligeira	2	4	6	8	10
1	Insignificante	1	2	3	4	5

	1 - 3	Risco Baixo
	4 - 6	Risco Moderado
	8 - 12	Risco Alto
	15 - 25	Risco Extremo

Fonte: Matriz traduzida e adaptada pela Equipa do GGR do CHLC do documento publicado pelo NHS, National Patient Safety Agency – A Risk Matrix for Risk Managers, January 2008.

#### TABELA 4 – PRIORIDADE PARA AÇÃO SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE RISCO

Os níveis de risco identificados constituem a base para decidir sobre a necessidade de melhorar as medidas de controlo existentes ou até mesmo implementar novas medidas, bem como identificar as ações prioritárias. O Quadro seguinte define os critérios que servem de ponto de partida para a tomada de decisão para o controlo dos riscos calculados no quadro anterior.

Nível de Risco	Descrição	Medidas a Tomar	Prazo
1 - 3	Risco Baixo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medidas fáceis e rápidas, implementadas de imediato.</li> <li>• Outras medidas adicionais planeadas, após uma análise custo-benefício, para quando houver disponibilidade de recursos.</li> <li>• Se a redução do risco depender da utilização de recursos, este nível de risco exige uma utilização baixa a moderada de recursos até que se consiga reduzi-lo para um nível mais baixo.</li> <li>• Estabelecer um plano de prioridades e custos para gerir o risco, identificando os recursos necessários.</li> <li>• Incorporar no orçamento e no plano de ação.</li> <li>• Gerido a nível local</li> </ul>	Quando possível
4 - 6	Risco Moderado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As medidas para reduzir o risco devem ser implementadas tão cedo quanto possível, não ultrapassando 1 ano</li> <li>• Deve ser estabelecido um plano com as medidas para reduzir o risco, determinando as alterações necessárias.</li> <li>• Quando o risco elevado está associado com consequências muito graves ou morte, será necessária uma avaliação posterior para estabelecer, com maior precisão, a probabilidade de ocorrência de lesão e determinar a necessidade de implementar medidas adicionais de controlo.</li> <li>• Gerido a nível local</li> </ul>	1 Ano
8 - 12	Risco Alto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medidas implementadas o mais rápido possível, imediatas para reduzir o nível de risco, e as restantes não ultrapassando os 6 meses</li> <li>• O trabalho não deve ser iniciado até que o risco seja reduzido.</li> <li>• Quando o risco corresponda a uma atividade que está a ser realizada, deve ser dada formação e informação aos trabalhadores sobre os riscos a que estão expostos.</li> <li>• Se a redução do risco depender do uso de recursos, este nível de risco exige uma utilização imediata de recursos <i>major</i> até que se consiga reduzi-lo para um nível mais baixo.</li> <li>• Estabelecer um plano de prioridades e custos de tratamento do risco, identificando e avaliando os recursos necessários.</li> <li>• Informação do Conselho de Administração</li> </ul>	6 Meses
15 - 25	Risco Extremo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riscos não aceitáveis em qualquer circunstância previsível, requerendo medidas urgentes</li> <li>• O Conselho de administração é informado e implementa medidas corretivas imediatas.</li> <li>• A atividade não deve ser iniciada nem continuada até que se reduza o risco para um nível mais baixo.</li> <li>• Se não for possível reduzir o risco, inclusive com recursos ilimitados, a atividade deve ser suspensa</li> <li>• Numa emergência, em que o risco de todas as outras alternativas, incluindo não fazer nada, é ainda maior, é razoável aceitar este nível de risco por um período de tempo muito curto.</li> <li>• Desencadear ação imediata para possível suspensão da atividade.</li> <li>• Estabelecer um plano de prioridades e de custos do tratamento do risco, identificando e avaliando os recursos necessários.</li> </ul>	Imediato

Fonte: Matriz traduzida e adaptada pela Equipa do GGR do CHLC do documento publicado pelo NHS, National Patient Safety Agency – A Risk Matrix for Risk Managers, January 2008.

## MATRIZ DE AVALIAÇÃO DOS FACTORES DE RISCO OCUPACIONAL

Função (N.º de Profissionais Expostos)	Atividade/ Posto de Trabalho	Tarefa / Equipamentos	Identificação dos Perigos	Identificação dos Riscos	Cumprimento Legislação		Medidas de Controlo existentes	Exposição	Probabilidade	Exp. + Prob.	Frequência	Severidade	Freq*Sev	Grau de Risco	Acções Correctivas	Responsável	Observações	
					S	N												

## TABELAS DE COTAÇÃO PARA AVALIAÇÃO DE RISCO

Tabela para cotação da Exposição	
1	<b>Extraordinária:</b> 1 vez/ano ou menos
2	<b>Pouco frequente:</b> algumas vezes/ano e menos de 2 h de cada vez
3	<b>Ocasional:</b> algumas vezes/mês
4	<b>Frequente:</b> algumas vezes/semana/dia
5	<b>Rotina:</b> várias vezes/dia / continuamente

Tabela para cotação da Probabilidade	
1	<b>Excepcional:</b> apenas em circunstâncias excepcionais
2	<b>Pode ocorrer:</b> admite-se que pode ocorrer algumas vezes
3	<b>Deve ocorrer:</b> prevê-se que vá ocorrer algumas vezes
4	<b>Provável:</b> ocorrerá na maior parte das circunstâncias
5	<b>Esperado:</b> certamente irá ocorrer

Tabela para cotação da Frequência	
1	<b>Raro</b> – muito baixa improvável nos próximos 25 anos
2	<b>Pouco Provável</b> – Não é impossível possivelmente ocorrerá nos próximos 10 a 25 anos
3	<b>Possível</b> – pode acontecer pelo menos uma vez em 10 anos
4	<b>Provável: pode acontecer uma vez por ano</b>
5	<b>Quase Certo:</b> pode ocorrer pelo menos várias vezes por ano

Tabela para cotação da Severidade	
1	<b>Insignificante:</b> sem danos pessoais ou materiais
2	<b>Menor:</b> danos ligeiros, interrupção breve
3	<b>Moderado:</b> requer tratamento, doença recuperável, interrupção durante dias
4	<b>Crítico:</b> danos graves, doença com incapacidade parcial permanente, perda de equipamento
5	<b>Catastrófico:</b> fatal - morte de trabalhador, contratado ou público perda total da organização

## TABELAS DE COTAÇÃO PARA AVALIAÇÃO DE RISCO

1- Frequência							
Probabilidade	Esperado	5	Possível (1+5)	Possível (2+5)	Provável (3+5)	Provável (4+5)	Quase Certo (5+5)
	Provável	4	Pouco Prov.(1+4)	Possível (2+4)	Possível(3+4)	Provável(4+4)	Provável(5+4)
	Deve ocorrer	3	Pouco Prov.(1+3)	Pouco Prov.(2+3)	Possível(3+3)	Possível(4+3)	Provável(5+3)
	Pode ocorrer	2	Raro (1+2)	Pouco Prov.(2+2)	Pouco Prov.(3+2)	Possível(4+2)	Possível(5+2)
	Excepcional	1	Raro (1+1)	Raro (2+1)	Pouco Prov.(3+1)	Pouco Prov.(4+1)	Possível(5+1)
			1	2	3	4	5
			Extraordinária	Pouco Freq.	Ocasional	Frequente	Rotina
			<b>Exposição</b>				

## 2 - Avaliação do Risco

Frequência	Quase Certo						5 (10)
	Provável						4 (8a 9)
	Possível						3 (6 a 7)
	Pouco Provável						2 (4 a 5)
	Raro						1 (2 a 3)
		1	2	3	6	9	
		Insignificante	Menor	Moderado	Crítico	Catastrófico	
		<b>Severidade</b>					

## 3 - Intervenção Necessária

	<b>Risco Baixo</b> – Risco aceitável, não é necessário tomar ações
	<b>Risco Médio</b> – Ações para reduzir o risco para aceitável (2ª prioridade)
	<b>Risco Elevado</b> – Devem implementar-se ações para reduzir o risco (1ª prioridade)
	<b>Risco extremo</b> - São necessárias ações imediatas para a redução do risco (Prioridade imediata)



**Anexo 4 - Realização De Estudos Clínicos Observacionais no CHLC**





**PARECER HIERÁRQUICO SOBRE PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO NO CHLC-EPE**

Projecto: .....  
.....  
.....

Investigador principal: .....

**Pareceres dos responsáveis pelas Especialidades/Unidades Funcionais envolvidas:**

..... /..... /..... ..... nº mecanográfico |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

..... /..... /..... ..... nº mecanográfico |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

..... /..... /..... ..... nº mecanográfico |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|



**Anexo 5 - Informação para Obtenção De Consentimento Esclarecido para Participação Em  
Estudos De Investigação**



**Título do estudo:** Protocolo para adaptação cultural para Portugal da Escala Galatean Risk and Safety Tool (GRiST)

**Área de Pedopsiquiatria**

**Descrição do estudo:**

A Escala Galatean Risk and Safety Tool (GRiST) é um instrumento desenvolvido no Reino Unido com a finalidade de Avaliar o Risco Clínico em contextos de saúde mental. Um dos contextos passíveis de avaliação é de saúde mental da infância e adolescência.

Na Área de Pedopsiquiatria, considera-se pertinente considera a validação dos instrumentos para reavaliação necessária para a sua actividade clínica.

Os instrumentos serão validados seguindo a sequência metodológica de tradução para português – discussão em grupos focais – tradução retrógrada para inglês – validação pela equipa responsável pelo instrumento original.

Solicitamos que participe numa discussão de grupo entre pares para avaliar as propostas de tradução quanto à preservação do sentido original e a correcta compreensão de frases e expressões. Das apertações destes grupos, surgirão versões finais em português dos instrumentos para aplicação a crianças ou a adolescentes.

A participação nos grupos de discussão será mantida anónima, sendo a sua colaboração reconhecida genericamente nos agradecimentos dos investigadores.



**Anexo 6 - Consentimento Esclarecido para Participação em Estudos de Investigação em  
Saúde**



## CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE

A relação investigador-participante é baseada na confiança mútua. O CHLC, EPE dispõe de procedimentos que permitem salvaguardar os direitos de ambos.

O investigador obriga-se a informar o participante ou o representante legal sobre a natureza da sua participação no estudo, potenciais vantagens e inconvenientes, podendo o mesmo aceitar ou não participar no estudo.

### Área de Pedopsiquiatria

**Título do estudo:** Protocolo para adaptação cultural para Portugal da Escala Galatean Risk and Safety Tool (GRiST)

**Procedimentos principais:** Participação em grupo focal para discussão da tradução da Escala Galatean Risk and Safety Tool (GRiST)

*Confirmo que expliquei ao participante, ou ao seu representante legal, de forma adequada e inteligível, os procedimentos, assim como os potenciais riscos e inconvenientes, e que entreguei o folheto de informação complementar.*

Se aplicável, vinheta  
do médico

Assinatura do investigador: .....

Nº mec. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Cédula Profissional |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Data: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

### A preencher pelo participante ou pelo seu representante legal

*Declaro que me foram explicados de forma adequada e inteligível o objectivo e natureza da investigação e o(s) procedimento(s) a(os) que serei sujeito. Foram-me explicados os potenciais riscos e inconvenientes do(s) procedimento(s) proposto(s), que foram por mim compreendidos e aceites, concordando em participar no estudo.*

Participante: .....

Assinatura: ..... Documento: .....

Data: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|



**APÊNDICES**



**Apêndice 1** – Protocolo de Adaptação cultural para Portugal da Escala *GRiST: Child-Adolescent Version*



## **Protocol for cultural adaptation to Portugal of the Galatean Risk and Safety Tool (GRiST)**

**Method:** Standard cultural validation protocol: forward translation – focus group discussion – reverse translation.

**Forward translation to Portuguese:** Two proficient Portuguese high-school professors of English will independently translate the original items to Portuguese; these two translations will be merged to a new version.

**Focus groups discussion:** One focus group will be held to assess the preservation of construct and the correct understanding of the sentences and wording. The focus group will be composed by at least 2 professionals of each group: child and adolescence psychiatrists, specialized registered nurses, clinic psychologists and school teachers. All the participants on the focus groups will be recruited from the staff of Hospital de Dona Estefânia, a paediatric hospital. A final working version of the instrument in Portuguese will be produced from the input of this focus group.

**Reverse translation to English:** Another two proficient Portuguese high-school professors of English will independently translate to English the items previously translated to Portuguese; these translation will be merged to a new version.

**Final validation and acknowledgment of the translation:** The reverse translation will be sent to the team which developed the original Galatean Risk and Safety Tool (GRiST) for validation of the content and acknowledgement of the Portuguese version of the tool.

**Coordination of the Project:** André Maravilha, RN and António Nabais, RN, MSc. Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central.

**Technical support:** Daniel Virella and Marta Alves, Epidemiology and Statistics Office of the Research Unit of Centro Hospitalar de Lisboa Central.



**Apêndice 2** – Tradução da Escala GRiST após *Focus Group*



# Tradução Escala GRiST

**Página 1**

**Grist**

**Nome:**

**Data de Nascimento:** Dia/Mês/Ano

**Género:** Masculino\_ Feminino\_

**Responsável pela Criança:** Mãe\_ Pai\_ Ambos\_ Outro\_

**O jovem partilha o quarto com quem?**

Amigos/ companheiros de quarto\_ irmão/irmã (s)\_ outros parentes\_

**Por favor indique o grupo étnico mais indicado para a criança/jovem em questão.**

Branco: Britânico\_ Irlandês\_ Outro\_

Misto: Branco/Negro Caraíbas\_ Branco/Negro de África\_ Branco da Ásia\_ Outro\_

Asiático: Indiano: Paquistânês\_ Bangladesh\_ Outro\_

Negro: Caraíbas\_ África\_ Outro\_

Chinês\_ Outro Grupo Étnico\_

**Resumo do Risco**

**Suicídio:** 0\_1\_2\_3\_4\_5\_6\_7\_8\_9\_10\_ N/S\_

**Auto Agressividade** 0\_1\_2\_3\_4\_5\_6\_7\_8\_9\_10\_ N/S\_

**Auto-Negligência** 0\_1\_2\_3\_4\_5\_6\_7\_8\_9\_10\_ N/S\_

**Hetero agressividade/ Dano para o meio envolvente**

0\_1\_2\_3\_4\_5\_6\_7\_8\_9\_10\_ N/S\_

**Vulnerabilidade** 0\_1\_2\_3\_4\_5\_6\_7\_8\_9\_10\_ N/S\_

**Comentários globais de risco**

**Plano de Acção**

**Página 2**

**Perguntas rápidas de despistagem**

**Questões relacionadas com um determinado tipo de risco**

**Suicídio:**

- A criança/adolescente alguma vez tentou o suicídio? S\_ N\_ N/S\_
- A actual intenção da criança/adolescente em cometer o suicídio preocupa-o? S\_ N\_ N/S\_
- As circunstâncias e emoções experienciadas pela criança/adolescente que podem potenciar tentativas de suicídio preocupam-no? S\_ N\_ N/S\_
- A criança/adolescente tem apresentado pensamentos ou fantasias suicidas? S\_ N\_ N/S\_

**Auto-agressividade**

- A criança/adolescente já apresentou comportamentos de auto-agressividade? S\_ N\_ N/S\_

- As circunstâncias ou emoções experienciadas pela criança/adolescente que podem potencializar situações de auto-agressividade preocupam-no? S\_ N\_ N/S\_
- A criança/adolescente tem apresentado pensamentos ou fantasias relacionadas com auto-agressividade? S\_ N\_ N/S\_

### **Hetero agressividade ou Dano para o meio**

- A criança/adolescente esteve envolvido em alguma situação de agressividade dirigida a pessoas ou animais ou que provocasse dano para o meio (fogo, vandalismo, etc)? S\_ N\_ N/S\_
- Indique as vítimas de agressividade por parte da criança/adolescente.  
Pessoas do seu meio familiar/doméstico\_ Profissionais da área da saúde/educação/social\_ Amigos/conhecidos/colegas\_ Grupos étnicos\_ Agentes de Autoridade\_
- Algum dos episódios foi de abuso físico ou sexual? S\_ N\_ N/S\_
- A criança/adolescente esteve envolvida em episódios de fogo posto S\_ N\_ N/S\_
- Acredita que a criança/adolescente tem intenção de agredir ou causar dano? S\_ N\_ N/S\_
- Preocupa-o a criança/adolescente estar exposta a emoções ou circunstâncias potenciadoras de agressividade ou dano? S\_ N\_ N/S\_
- A criança/adolescente pensa ou fantasia agredir pessoas ou animais, ou causar dano ao seu meio envolvente? S\_ N\_ N/S\_

### **Auto-Negligência**

- O risco de auto-negligência na criança/adolescente por parte dos outros preocupa-o? S\_ N\_ N/S\_

### **Vulnerabilidade do utente**

- Existe questões relacionadas com a protecção da criança/adolescente?  
S\_ N\_ N/S\_

Página 3

### **Perguntas de despistagem relevantes para mais do que um risco**

- Os riscos associados aos sentimentos/emoções da criança/adolescente preocupam-no? S\_ N\_ N/S\_
- Os riscos relacionados com o sentimento de auto-valorização da criança/adolescente preocupam-no? S\_ N\_ N/S\_
- Existe antecedentes ou episódios actuais de depressão ou doença mental grave? S\_ N\_ N/S\_
- As capacidades cognitivas e faculdades mentais da criança/adolescente preocupam-no? S\_ N\_ N/S\_
- Os traços de personalidade da criança/adolescente preocupam-no? S\_ N\_ N/S\_
- A motivação e o envolvimento da criança/adolescente com o mundo que o rodeia preocupam-no? S\_ N\_ N/S\_
- Os riscos associados ao contexto social da criança/adolescente preocupam-no?(Relações, Contexto Habitacional, Finanças, Educação, Mudanças Súbitas) S\_ N\_ N/S\_
- A rotina diária da criança/adolescente (padrão de sono, actividades diárias, comportamento desafiador, exposição ao risco) preocupa-o? S\_ N\_ N/S\_
- A criança/adolescente tem história uso de droga ou álcool? S\_ N\_ N/S\_
- A falta de *insight* da criança/adolescente preocupa-o? S\_ N\_ N/S\_
- Os riscos associados a algum problema de saúde física da criança/adolescente preocupam-no? S\_ N\_ N/S\_
- A adesão ao regime terapêutico da criança/adolescente preocupa-o? S\_ N\_ N/S\_

- A criança/adolescente tem história de eventos de vida adversos?(História de maus tratos, situação judicial, negligência) S\_N\_N/S\_
- Qual a dimensão da história de doença mental/dificuldades de aprendizagem na família da criança/adolescente? 0 – 10\_ N/S\_
- Os riscos associados ao comportamento da criança/adolescente preocupam-no?( ex. comportamento verbal e físico) S\_N\_N/S\_
- A dieta da criança/adolescente preocupa-o?

### **Comentários Gerais**

### **Página 4**

#### **Apreciação do Risco**

Por favor faça a sua apreciação dos riscos associados à criança/adolescente incluindo a informação que tenha obtido através das questões de despistagem.

Quando terminar não se esqueça de copiar a pontuação da apreciação de risco para a primeira página.

- **Suicídio:** Da sua apreciação, qual o risco, da criança/adolescente, se suicidar? 0-10\_ N/S\_

#### Comentários

- **Autoagressividade:** Da sua apreciação, qual o risco da criança/adolescente se autoagredir 0-10\_ N/S\_

#### Comentários

- **Auto-Negligência-** Da sua apreciação qual o risco de auto-negligência da criança/adolescente? 0-10\_ N/S\_

Comentários

### **Página 5**

- **Heteroagressividade e dano para o meio envolvente:** Da sua apreciação, qual o risco da criança/adolescente ser agressivo para pessoas/animais ou causar dano ao seu meio envolvente? 0-10\_ N/S

Comentários

- **Vulnerabilidade:** Da sua apreciação, até que ponto a vulnerabilidade da criança/adolescente a coloca em risco? (considerar vulnerabilidade física, emocional, sexual, e financeira) 0-10\_ N/S\_

Comentários

### **Questões adicionais específicas para determinado tipo de risco**

Só é necessário responder a estas perguntas se tal for indicado nas questões de despiste. As perguntas podem também ser ignoradas se as respostas às questões de despiste forem respondidas com “não” ou “não sei”.

### **Questões Adicionais sobre o Risco de Suicídio**

#### **Questões específicas sobre tentativas de suicídio passadas ou actuais.**

- Quando foi a última tentativa de suicídio? Dia/Mês/Ano
- Houve mais do que uma tentativa de suicídio? S\_N\_N/S\_  
Quando foi a primeira tentativa de suicídio? Dia, Mês, Ano  
Quantas tentativas de suicídio ocorreram até ao momento?  
Aproximadamente\_ N/S
- Nos últimos dois anos, como tem evoluído a frequência das tentativas de suicídio? Diminuiu\_ Mantem-se\_ Aumentou\_ N/S\_

- Até que ponto as tentativas de suicídio foram planeadas? 0-10 N/S\_

## **Página 6**

- Em alguma das tentativas de suicídio foi escrito alguma carta? S\_ N\_ N/S\_
- Até que ponto as tentativas de suicídio foram ocultadas pela criança/adolescente? 0-10\_ N/S\_
- Quão letal foi o método mais grave utilizado nas tentativas de suicídio (Qual a probabilidade de sucesso se não tivesse havido intervenção de terceiros)? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto acredita que a criança/adolescente pretendia que a tentativa de suicídio tivesse tido sucesso? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente não demonstrou arrependimento ou remorso pelas tentativas de suicídio anteriores? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente tem pouca consciência do perigo das suas tentativas de suicídio? 0-10\_ N/S\_

## **Questões específicas sobre a actual intenção suicida.**

- A criança/adolescente tem planos para futuras tentativas de suicídio? S\_N\_N/S\_  
Até que ponto, a criança/adolescente pode facilmente colocar em prática o plano suicida? (considere o realismo do plano e acesso a meios de o colocar em prática)? 0-10\_ N/S\_  
Até que ponto o plano suicida é claro e detalhado? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente tomou medidas para implementar o plano suicida? 0-10\_ N/S\_
- Qual a probabilidade do método escolhido ser eficaz uma vez iniciado o plano suicida? 0-10\_ N/S\_
- A criança/adolescente contou a alguém a sua intenção suicida? S\_ N\_ N/S\_

- Até que ponto, os preparativos subjacentes à tentativa de suicídio (escrever um testamento, uma carta de despedida, organizar a casa) preocupam-no? 0-10\_ N/S\_

#### **Questões específicas potenciais desencadeantes de um possível suicídio**

- Até que ponto a criança/adolescente foi exposta a circunstâncias ou emoções que podem despoletar uma tentativa de suicídio? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto as actuais emoções ou acontecimentos de vida coincidem com os que se sabem terem despoletado as tentativas de suicídio anteriores? 0-10\_ N/S\_

#### **Questões específicas sobre ideação suicida**

- Até que ponto a criança/adolescente tem dificuldade em controlar os seus pensamentos ou fantasias suicidas? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto os conteúdos dos pensamentos/fantasias suicidas da criança/adolescente preocupam-no? 0-10\_ N/S\_
- Com que regularidade ocorrem os pensamentos/fantasias suicidas? Diariamente\_ Semanalmente\_ Mensalmente\_ Menos do que Mensalmente\_ N/S\_
- Quão persistentes, intrusivos ou intensos são os pensamentos suicidas? 0-10 N/S\_

#### **Questões Gerais sobre suicídio:**

- Que efeito têm os valores religiosos crenças ou atitudes sobre a morte, no risco de suicídio da criança/adolescente? Reduz Muito\_ Reduz\_ Sem Efeito\_ Potencia\_ Potencia Muito\_ N/S
- Até que ponto a criança/adolescente tem um padrão de autoagressão que indica risco de suicídio? 0-10
- Existe história familiar de tentativas de suicídio? S\_N\_N/S\_

## Página 7

- Questões adicionais sobre autoagressividade
  - Questões específicas sobre episódios anteriores e actuais de autoagressão.
- Quando ocorreu o último episódio de autoagressividade? Dia Mês Ano
- Existiu mais do que um episódio de autoagressividade? S\_ N\_ N/S\_  
Quantos episódios de autoagressividade ocorreram aproximadamente?  
\_ N/S\_
- Como evoluiu os episódios de autoagressividade nos últimos dois anos?  
Aumentaram\_ Mantiveram\_ Diminuíram\_ N/S
- Até que ponto os episódios de autoagressividade foram planeados? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto os episódios de autoagressividade foram ocultados? 0-10\_ N/S\_
- Qual a probabilidade dos métodos de autoagressividade escolhidos poderem conduzir à morte? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto os episódios de autoagressividade, foram mais do que um pedido de ajuda? 0-10\_ N/S\_
- Os episódios de autoagressividade ajudaram a criança/adolescente a gerir as suas dificuldades? S\_ De alguma forma\_ N\_ N/S

### **Potenciais desencadeantes do comportamento de autoagressividade**

- Até que ponto, a criança/adolescente está exposta a circunstâncias ou emoções que possam desencadear episódios de auto agressividade.? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto as actuais emoções ou acontecimentos de vida da criança/adolescente coincidem com os que se sabe terem desencadeado os episódios de autoagressividade anteriores? 0-10\_ N/S\_
- **Questões específicas sobre ideação de episódios de autoagressividade**
- Quão persistentes, intrusivos e intensos são os pensamentos de autoagressividade? 0-10

- Com que regularidade ocorrem os pensamentos/fantasias de autoagressividade? Diariamente\_ Semanalmente\_ Mensalmente\_ Menos do que mensalmente\_ N/S\_

**Questões gerais sobre autoagressividade**

- Até que ponto a criança/adolescente evidencia sinais de autoagressividade? 0-10\_ N/S\_
- Existe história familiar de episódios de autoagressividade? S\_ N\_ N/S\_

**Questões adicionais sobre heteroagressividade ou dano para o meio envolvente.**

**Questões específicas sobre episódios passados e actuais sobre dano ou prejuízo**

**Questões específicas sobre qualquer episódio de violência ou abuso físico**

- Quão sério foi o episódio mais grave de violência ou abuso físico? 0-10\_ N/S\_  
Quando ocorreu o primeiro episódio de violência / abuso físico? D/M/A  
N/S
- Quando foi o mais recente episódio de violência / abuso físico? D/M/A  
N/S

**Questões relativas a abuso sexual**

- Ocorreu alguma agressão que fosse considerada abuso sexual? S\_ N\_ N/S

**Página 8**

**Assinale a forma mais grave de abuso sexual por parte da criança/adolescente**

- Exibicionismo\_ Caricias sexuais forçadas\_ Abuso sexual com um objecto\_ Sexo oral ou anal forçado\_ Violação \_

- Quando ocorreu o primeiro episódio de abuso sexual? Dia\_ Mês\_ Ano\_ N/S\_
- Quando ocorreu o episódio mais recente de abuso sexual? Dia\_ Mês\_ Ano\_ N/S\_
- Algum dos episódios de agressão envolveu armas (armas de fogo ou objectos cortantes)? S\_N\_N/S\_

### **Questões específicas sobre fogo posto**

- Qual a gravidade dos actos de fogo posto? 0-10\_ N/S\_
- Quando ocorreu o primeiro episódio de fogo-posto? Dia\_Mês\_Ano\_ N/S
- Quando ocorreu o episódio mais recente de fogo posto? Dia\_Mês\_Ano\_ N/S\_

### **Questões de episódios de abuso emocional a outros**

- Alguma vez a criança/adolescente inflingiu abuso emocional a outro? (incluindo abuso verbal racista)
- Qual a gravidade do abuso emocional? 0-10\_ N/S\_
- Quando ocorreu o primeiro episódio de abuso emocional? Dia\_ Mês\_ Ano\_ N/S\_
- Quando ocorreu o mais recente episódio de abuso emocional? Dia\_ Mês\_ Ano\_ N/S\_

### **Questões sobre episódios de destruição de propriedade**

- A criança/adolescente esteve alguma vez envolvido em actos de destruição da propriedade? (excluindo fogo-posto) S\_ N\_ N/S\_
- Qual a gravidade dos episódios de destruição de propriedade? 0-10\_ N/S\_
- Quando ocorreu o primeiro episódio de destruição da propriedade? Dia\_ Mês\_ Ano\_ N/S\_

- Quando ocorreu o episódio mais recente de destruição de propriedade?  
Dia\_ Mês\_Ano\_ N/S

### **Questões sobre abuso de animais**

- A criança/adolescente alguma vez agrediu animais? S\_ N\_
- Qual a gravidade da agressão a animais? 0-10 N/S\_
- Quando ocorreu o primeiro episódio de agressão a animais? Dia\_ Mês\_ Ano\_ N/S\_
- Quando ocorreu o episódio mais recente de agressão a animais? Dia\_ Mês\_ Ano\_ N/S\_

### **Questões gerais relacionadas com qualquer episódio anterior de agressividade ou dano**

- Aproximadamente quantos episódios de dano ou prejuízo são conhecidos? \_ Aproximadamente N/S\_
- Como têm evoluído a frequência dos episódios de dano ou prejuízo? Diminuiu\_ Mantêm-se\_ Aumentou\_
- Até que ponto a criança/adolescente acredita que não fez nada de mal ao agredir ou ao causar danos? 0-10\_ N/S\_

## **Página 9**

### **Questões específicas sobre intenção de causar dano ou prejuízo**

- Até que ponto os planos da criança/adolescente para causar danos ou prejuízo preocupam-no? 0-10 N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente tem os meios ou conhecimento para implementar o plano de causar dano ou prejuízo? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente tomou medidas para implementar o plano de dano ou prejuízo (ex. fazer ameaças, perseguir a vítima) 0-10\_

N/S\_?

- A criança/adolescente tem, em particular, indivíduos específicos a quem pretenda causar dano ou prejuízo? S\_ N\_ N/S\_

### **Questões específicas sobre potenciais desencadeantes de dano ou prejuízo**

- Até que ponto a criança/adolescente foi exposta a emoções ou acontecimentos que podem despoletar episódios de dano ou prejuízo? 0-10 N/S\_
- Até que ponto as actuais emoções ou acontecimentos de vida da criança/adolescente coincidem com os que se sabem terem despoletado os episódios de dano ou prejuízo? 0-10 N/S\_

### **Questões específicas de ideação de dano ou prejuízo**

- Até que ponto o conteúdo dos pensamentos ou fantasias de dano ou prejuízo da criança/adolescente o preocupa? 0-10 N/S\_
- Com que regularidade ocorrem os pensamentos ou fantasias sobre dano ou prejuízo? Diários\_ Semanais\_ Mensais\_ Menos do que mensalmente \_ N/S\_
- Quão persistentes, intrusivos e intensos são os pensamentos/fantasias de dano ou prejuízo? 0-10 N/S\_
- Até que ponto os pensamentos/fantasias de dano ou prejuízo estão relacionados com pessoas, eventos ou circunstâncias na vida da criança/adolescente (realismo dos pensamentos)? 0-10 N/S\_

### **Questões Gerais sobre situações de dano ou prejuízo**

- Que efeito tem os valores ou crenças religiosas no risco de dano ou prejuízo da criança/adolescente? Reduz muito\_ Reduz\_ Sem efeito\_ Potencia\_ Potencia muito\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente tem um padrão de violência, abuso

ou agressão na família? 0-10\_ N/S\_

- Até que ponto a criança/adolescente tem interesse em actividades relacionadas com violência (armas, vídeos ou jogos de computador violentos)? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a aparência da criança/adolescente (e não a linguagem corporal ou comportamento) corresponde aquela que lhe causa maior preocupação de risco de dano ou prejuízo ( ex. suor, sangue, estado do vestuário) 0-10\_ N/S\_

### **Questões adicionais sobre Auto-Negligência**

- De que forma o cabelo e vestuário da criança/adolescente denotam um défice no seu auto-cuidado? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente apresenta um défice na higiene (ex mau cheiro, cabelos e unhas sujas)? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto existiu uma mudança recente na aparência da criança/adolescente que demonstre incapacidade de auto-cuidado? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a pele da criança/adolescente apresentam condições sugestivas de um défice de auto-cuidado? (aparência, lesões, ferimentos) 0-10\_ N/S\_

### **Página 10**

- **Questões específicas sobre a aparência e comportamento como indicadores de vulnerabilidade**
- Até que ponto a aparência da criança/adolescente corresponde aquela que lhe causaria maior preocupação quanto a ser vítima de abuso por parte dos outros? (ex. nodos negros, arranhões, sangue, estado do vestuário) 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto o comportamento da criança/adolescente o torna vulnerável a episódios de abuso sexual? 0-10\_ N/S\_

- Até que ponto o comportamento da criança/adolescente o torna vulnerável a episódios de abuso físico? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto o comportamento da criança/adolescente o torna vulnerável a episódios de abuso emocional? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto o comportamento da criança/adolescente o torna vulnerável a episódios de abuso financeiro? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente se encontra confuso ou desorientado como resultado de recentes mudanças circunstanciais? (internamento hospitalar, novo cuidador) 0-10\_ N/S\_

### **Questões adicionais sobre informações relevantes para mais do que um indicador de risco**

#### **Questões específicas sobre sentimentos/emoções**

- Até que ponto a criança/ adolescente apresenta oscilações do humor? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/ adolescente apresenta sentimentos negativos sobre si próprio? (ódio de si próprio, culpa, vergonha, humilhação) 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente demonstra raiva? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente demonstra ansiedade? (ex. medo) 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente se sente desamparada? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente se sente triste? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente demonstra ou expressa sorriso? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente expressa ciúme? 0-10\_ N/S\_

#### **Questões sobre desesperança**

- Até que ponto a criança/adolescente apresenta falta de planos para o

futuro? 0-10\_ N/S\_

- Até que ponto a criança/adolescente acredita que a vida já não tem valor? 0-10\_ N/S\_

### **Questões específicas sobre a valorização de si próprio**

- Até que ponto a criança/adolescente apresenta uma auto-estima elevada ou de grandiosidade? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente se desvaloriza? 0-10\_ N/S\_

### **Questões específicas sobre problemas de saúde mental**

- A criança/adolescente tem história de depressão? (passada ou presente) S\_ N\_ N/S\_
- Assinale o termo que melhor define o episódio depressivo actual?  
Primeiro episódio\_ Recidiva\_ Recuperação do primeiro episódio\_  
Recuperação da recidiva\_

### **Página 11**

- A criança/adolescente tem história de doença mental grave? (passado ou presente) S\_ N\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente tem falta de *insight* sobre os seus problemas de saúde mental? 0-10\_ N/S\_
- A criança/adolescente apresenta actualmente de sintomas de doença mental? S\_ N\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente demonstra um comportamento maníaco ou hipomaníaco? (oscilações de humor, raquirritmia do discurso, excessiva irritabilidade, impulsividade, etc.) 0-10\_ N/S\_

### **Questões sobre alucinações auditivas**

- A criança/adolescente ouve vozes que não são reais? S\_ N\_ N/S\_
- Até que ponto “as vozes” instigam a criança/adolescente a magoar-se ou colocar-se em risco? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto as vozes instigam criança/adolescente a causar dano ou prejuízo a outros? 0-10\_ N/S\_
- Qual a probabilidade da criança/adolescente agir de acordo com as “vozes”? 0-10\_ N/S\_

### **Questões sobre delírios paranóides.**

- A criança/adolescente sofre de delírios? (ideias claramente incorrectas e ilógicas sobre a sua vida e circunstâncias da mesma) S\_ N\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente tem pensamentos obsessivos sobre o mau comportamento percebido de alguém conhecido? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente tem pensamentos obsessivos de ser magoado ou perseguido por alguém conhecido? 0
- Qual a probabilidade de o jovem agir de acordo com os delírios? 0-10\_ N/S\_

### **Questões específicos sobre as faculdades mentais/ capacidades cognitivas**

- A criança/adolescente tem perturbações ao nível das funções cognitivas? (processo de pensamento, memória, concentração) S\_ N\_ N/S\_
- Até que ponto o processo de pensamento e memória se têm deteriorado? 0\_10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente apresenta dificuldades de concentração? 0-10\_ N/S\_

### **Questões específicas da personalidade**

- Qual o grau de assertividade da criança/adolescente? Não Assertivo\_ Algo Assertivo\_ Assertivo\_ Muito Assertivo\_ Excessivamente Assertivo\_
- Qual o grau de falta de empatia por parte da criança/adolescente? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente é demasiado dependente? (demasiado dependente dos outros, facilmente influenciado, incapacidade de agir de forma independente) 0-10\_ N/S\_
- Em geral, qual o nível de organização da abordagem da criança/adolescente para com a vida? Caótica\_ Desorganizada\_ Normal\_ Muito Organizada \_ Obsessiva/Perfeccionista\_
- Até que ponto a criança/adolescente é incapaz de lidar com os principais stresses? 0-10\_ N/S\_
- Qual o grau de hostilidade da criança/adolescente? 0-10\_ N/S\_

### **Página 12**

- Qual o nível de impulsividade da criança/adolescente? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto não se pode confiar na criança/Adolescente? (Desonesto, imprevisível, indolente) 0-10\_ N/S\_

### **Questões específicas sobre a motivação e envolvimento com o mundo que a rodeia**

- Até que ponto a criança/ adolescente se encontra fisicamente isolada do mundo? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente está mentalmente desligada ou afastada mundo que a rodeia? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente apresenta falta de motivação na sua vida quotidiana? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente se apresenta apática ou com falta de energia e motivação? (Ex falta de entusiasmo, libido e/ou falta de interesse)? 0-10\_ N/S\_

## **Questões adicionais sobre o contexto social**

### **Questões sobre relações dentro e fora da família**

- Até que ponto a criança/adolescente não possui um suporte relacional fora do contexto familiar? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente não possui relações de suporte, em particular no contexto familiar? 0-10\_ N/S
- Até que ponto a criança/adolescente tem relações prejudiciais (vitima de bullying ou protecção excessiva) ou relação com pessoas que tem comportamentos anti-sociais (gangs e contactos criminais) 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente tem a percepção que as suas relações com os outros mudaram para pior recentemente (ex: um divórcio difícil ou separação na família, discussões, perda de alguém)? 0-10 N/S\_

### **Questões sobre habitação**

- Os riscos associados ao local onde a criança/adolescente vive preocupam-no? S\_ N\_ N/S\_
  - Qual a frequência com que a criança/adolescente muda de casa ou de instituição de cuidados? Mensalmente ou mais\_ Muitas vezes por ano\_ Todos os anos\_ Menos que os anteriores\_ N/S\_
  - Que tipo de habitação tem a criança/adolescente? Em casa\_ Instituição de cuidados\_ Hostel\_
  - Até que ponto o local onde a criança/adolescente vive encontra-se isolado de outras habitações ou recursos da comunidade? 0-10\_ N/S\_
  - Até que ponto a vizinhança ou o meio envolvente potencia o aumento de riscos na criança/adolescente (violência, acesso fácil a drogas)? 0-10\_ N/S\_
  - Até que ponto as condições de habitação da criança/adolescente demonstram um défice de cuidados? 0-10\_ N/S\_

- Até que ponto a criança/adolescente considera o local de habitação é imprópria para viver? 0-10\_ N/S\_
- Quão ansioso a criança/adolescente se apresenta face à percepção das suas próprias dívidas ou dos pais/cuidadores 0-10\_ N/S\_

### **Questões sobre educação/emprego**

- Os riscos associados à educação/emprego da criança/Adolescente ou a falta dos mesmos preocupam-no? S\_N\_ N/S\_

### **Página 13**

- Qual o grau de instabilidade da situação escolar/profissional da criança/adolescente (sempre a mudar de escola, registo disciplinar insatisfatório, absentismo escolar) 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente considera que uma mudança recente a nível educacional ou de trabalho é prejudicial? (mudança de professores ou colegas, perda de actividades, stress no trabalho) 0-10\_ N/S\_

### **Questões específicas sobre o actual comportamento da criança/adolescente**

- Até que ponto a criança/adolescente apresenta comportamentos de risco ( relações sexuais desprotegidas, condução ilegal, apostas/jogo ou outros)? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto o comportamento da criança/adolescente leva a situações de risco não intencionais (fogo ou danos resultantes de descuido, falta de senso ou esquecimento; comportamentos autolesivos)? 0-10\_ N/S\_

- Até que ponto a criança/adolescente apresenta problemas de sono? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente tem apresentado um comportamento diferente ou imprevisível em relação às últimas semanas? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente demonstra um comportamento desafiador (anti social, disruptivo, com resistência a avisos/conselhos discursivo)? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto o dia-a-dia da criança/adolescente apresenta-se pouco estruturado? 0-10\_ N/S\_
- Qual o nível geral de actividade do jovem? Passivo/Inerte\_ Pouco Activo\_ Normal\_ Muito Activo\_ Hiperactivo\_

### **Questões específicas sobre consumos**

- Até que ponto a criança/adolescente consome álcool de forma prejudicial à sua vida? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente consome drogas de forma prejudicial à sua vida? 0-10\_ N/S\_

### **Questões específicas sobre *insight* e responsabilidade**

- Até que ponto a criança/adolescente apresenta falta de *insight* sobre as potenciais consequências do seu comportamento de risco? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente apresenta falta de sentido de responsabilidade pelas consequências do seu comportamento de risco? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente não reconhece a necessidade de ajuda para questões associadas com a saúde mental? 0-10\_ N/S\_

### **Questões específicas sobre problemas de saúde física**

- Se a criança/adolescente tem uma doença associada a risco de vida ou uma doença degenerativa (Doença Oncológica, HIV) quando foi diagnosticado? Dia\_ Mês\_ Ano\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/Adolescente sofre de dor crónica ou periódica? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente sofre de problemas que afectam a sua mobilidade e/ou destreza (vista, equilíbrio, incapacidade devido a doença ou trauma físico)? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente sofre de problemas físicos que afectam a comunicação? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto houve uma deterioração na saúde física nos últimos meses, incluindo problemas temporários ou cíclicos? 0-10\_ N/S\_

### **sQuestões específicas sobre adesão ao plano terapêutico**

- Até que ponto a criança/adolescente rejeitou plano terapêutico, deliberadamente ou devido à complexidade da medicação. 0-10\_ N/S\_

### **Página 14**

- Até que ponto a criança/adolescente não percebe os serviços de saúde ou serviços sociais como uma fonte de suporte? 0-10\_ N/S\_
- Quando foi a ultima vez que a criança/adolescente teve acesso a um serviço social ou de saúde ou teve uma revisão terapêutica? D\_M\_A\_
- Até que ponto a criança/adolescente e/ou os seus representantes legais consideram que o seu plano terapêutico não está a ser eficaz? 0-10\_

N/S\_

### **Questões específicas sobre eventos de vida adversos**

- A criança/adolescente foi alguma vez vítima de qualquer tipo de abuso? (Físico, sexual, financeiro ou emocional) S\_N\_ N/S\_
- A criança/adolescente foi alguma vez vítima de abuso sexual? S\_N\_ N/S\_
- Quando ocorreu o último episódio de abuso sexual? D\_ M\_ A\_
- A criança/adolescente foi, alguma vez vítima de abuso físico? S\_N\_N/S\_
- Quando ocorreu o último episódio de abuso físico? D\_ M\_ A\_
- A criança/adolescente foi, alguma vez vítima de abuso emocional ou xenofobia? S\_N\_N/S\_
- Quando ocorreu o último episódio de abuso emocional ou xenofobia? D\_M\_A\_
- A criança/adolescente foi alguma vez vítima de abuso financeiro? S\_N\_N/S\_
- A criança/adolescente foi alguma vez negligenciada? S\_ N/S\_
- A criança/adolescente enfrentou, alguma vez, processos judiciais? (processos criminais, processos de custódia) S\_N\_N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente cresceu em ambientes emocionalmente perturbados, disruptivos, pouco afectivos? 0-10\_ N/S\_
- Qual a gravidade das perturbações do comportamento alimentar da criança/adolescente no passado? 0-10\_ N/S\_

## Questões específicas sobre o comportamento da criança/adolescente apresentado durante a avaliação

- Está preocupado com o envolvimento da criança/adolescente consigo? S\_ N\_ N/S\_
- Quanto difícil é empatizar com a criança/adolescente? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente não está disposto a comunicar ou responder a questões? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto tem um mau pressentimento em relação à criança/adolescente? (Ex. Sobre a sua honestidade, qualquer coisa que não faz sentido, ou qualquer coisa que falta) 0-10\_ N/S\_
- A linguagem e o discurso da criança/adolescente preocupam-no? S\_ N\_ N/S\_
- Quanto agressivo ou hostil é o tom de voz da criança/adolescente? 0-10\_ N/S\_
- Quanto depressivo ou baixo é o tom de voz da criança/adolescente? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto o discurso da criança/adolescente não faz sentido? (Incoerente, irracional) 0-10\_ N/S\_
- A linguagem e expressão corporal da criança/adolescente preocupam-no? S\_ N\_ N/S\_

### Página 15

- Até que ponto a linguagem corporal da criança/adolescente evidencia “sofrimento” 0-10 N/S\_
- Até que ponto os movimentos, a postura e a expressão facial da criança/adolescente evidenciam humor depressivo? 0-10\_ N/S\_

- Quão agressivos ou ameaçadores são os movimentos e postura corporal da criança/adolescente? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente se apresenta distante ou preocupada? 0-10 N/S\_
- Até que ponto a criança/adolescente evita o contacto visual? 0-10\_ N/S\_
- Qual o contacto visual predominante na criança/adolescente? Sem resposta/Alheado\_ Normal\_ Intrusivo\_ N/S\_
- Até que ponto as reações emocionais, verbais e físicas da criança/adolescente são inconsistentes? (Falta de congruência)

### **Questões específicas sobre a dieta da criança/adolescente**

- Até que ponto a criança/adolescente não apresenta uma dieta adequada? 0-10\_ N/S\_
- O peso da criança/adolescente é motivo de preocupação? Indique a descrição adequada. Magreza extrema\_ Baixo peso\_\_ Peso adequado\_ Excesso de peso\_ Obesidade\_
- Até que ponto a criança/adolescente apresentou variação de peso nos últimos meses? 0-10\_ N/S\_
- Até que ponto a criança/ adolescente não ingere líquidos de forma adequada? 0-10\_ N/S\_

**Formulário preenchido por:**

