



Carta de patrocínio identificativa

Direção-Geral de Saúde
www.dgs.pt



GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS PARA A PREVENÇÃO DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E COMPORTAMENTOS DA ESFERA SUICIDÁRIA

GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA

Cadernos OE | Série 1 | Número 4

**GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS PARA A PREVENÇÃO
DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E COMPORTAMENTOS
DA ESFERA SUICIDÁRIA**



**ORDEM DOS ENFERMEIROS
2012**

FICHA TÉCNICA

Título: Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária

Trabalho desenvolvido por: Ordem dos Enfermeiros – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MCEESMP) – Mandato 2010 / 2011

Autores: Enfermeiros

José Carlos Pereira dos Santos (Coordenação)

Jorge Daniel Neto Façanha

Maria Albertina Batista Gonçalves

Maria Pedro Queiroz de Azevedo Erse

Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Rosa Maria Pereira Simões Façanha

O grupo de autores foi nomeado pela Nota Interna 11/006, aprovada na reunião do Conselho Diretivo de 14 de janeiro de 2011

Revisão técnica: Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Mandato 2012 / 2015

Maria Glória Leal Costa Durão Butt (Presidente da MCEESMP)

Catarina Duarte Barroca Delgado (Secretária da MCEESMP)

Joaquim Manuel de Oliveira Lopes (Secretário da MCEESMP)

Este GOBP foi aprovado na reunião da MCEESMP realizada a 01 de junho de 2012 e na reunião do Conselho Diretivo de 16 e 17 de agosto de 2012

Esta obra tem o patrocínio científico da Direção-Geral da Saúde.

Edição: Ordem dos Enfermeiros – outubro de 2012

Revisão: Ordem dos Enfermeiros – Gabinete de Comunicação e Imagem

Foto da Capa: Enf.º Raul Cordeiro

Grafismo e Paginação: Academia do Design

Impressão – Tipografia Tadinense, Artes Gráficas

Depósito Legal –

ISBN – 978-989-8444-18-9

| | |
|---|-----------|
| Mensagem do Sr. Bastonário | 05 |
| Mensagem do Diretor do Programa Nacional para a Saúde | |
| Mental - Direção-Geral da Saúde | 07 |
| Prefácio | 09 |
| Preâmbulo..... | 11 |
| 0.Introdução | 15 |
| 1. Interpretação da Evidência | 17 |
| 2. Objetivos..... | 17 |
| 3. Metodologia de Trabalho..... | 19 |
| 4. Avaliação do Indivíduo em Risco e Intervenções | 21 |
| 5. Recomendações Universais para a Prevenção | 23 |
| 6. Recomendações para a Prática de Cuidados..... | 25 |
| 6.1 – Valorizar a Perceção e Comportamento do Indivíduo | 25 |
| 6.2 – Estabelecer uma Relação Terapêutica com base numa Relação Interpessoal | 28 |
| 6.3 – Identificar Fatores Protetores e de Risco | 29 |
| 6.4 – Avaliação do Risco de Suicídio | 34 |
| 6.5 – Avaliação do Estado Mental..... | 36 |
| 6.6 – Estratégias de Intervenção em Crise | 39 |
| 6.7 – Promover a Esperança e Comportamento de Procura de Ajuda..... | 43 |
| 6.8 – Identificação das Pessoas Afetadas pelo Comportamento e Intervenção Sistémica..... | 47 |
| 6.9 – Populações Especiais: Adolescentes | 49 |
| 6.10 – Continuidade de Cuidados | 65 |
| 6.11 – Reflexões Finais | 67 |
| 7. Recomendações para a Formação | 69 |
| 8. Recomendações para as Instituições de Saúde..... | 71 |
| 9. Recomendações para a Investigação | 73 |
| 10. Estratégias de Implementação deste GOBP | 75 |

| | |
|--|-----------|
| 11. Processo de Atualização | 75 |
| 12. Instrumentos Úteis para a Avaliação do Risco de Suicídio..... | 77 |
| 13. Glossário de Termos | 79 |
| 13.1 – Dados de Avaliação Inicial | 79 |
| 13.2 – Necessidades do Cliente (Avaliação Clínica) | 82 |
| 13.3 – Intervenções | 85 |
| 13.4 – Avaliar Resultados Esperados | 88 |
| Referências Bibliográficas..... | 89 |

Índice de Quadros

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – Avaliação do Indivíduo em Risco e Intervenções de Enfermagem..... | 21 |
| Quadro 2 – Fatores de Risco..... | 32 |
| Quadro 3 – Questões-chave para a Avaliação Psiquiátrica / Psicossocial..... | 37 |
| Quadro 4 – Avaliação de Enfermagem de Saúde Mental | 37 |
| Quadro 5 – Estratégias de Intervenção em Crise | 43 |
| Quadro 6 – Promoção da Esperança: Ideias-chave | 47 |
| Quadro 7 – Intervenção Sistêmica Pós-comportamento: Ideias-chave | 49 |
| Quadro 8 – Perfil do Para-suicida Adolescente | 53 |
| Quadro 9 – Fatores de Risco para o Comportamento Suicidário no Adolescente..... | 61 |
| Quadro 10 - Fatores de Risco, Sinais de Alarme, Fatores Precipitantes e Risco Iminente | 68 |

Caros leitores,

Considerando a importância que a coleção «**Cadernos OE**» assume na atualização de conhecimentos e na formação contínua dos enfermeiros, o Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros decidiu manter esta iniciativa e dar continuidade à publicação de Guias Orientadores de Boas Práticas (GOBP).

Assim, é com todo o prazer que lhe apresentamos o número 4 desta coleção – o «**Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária**». Esta é uma iniciativa da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que conta com a participação de reconhecidos especialistas nesta área. Esta obra conta ainda com o patrocínio científico da Direção-Geral da Saúde, organismo que, entre outras competências, tem a responsabilidade de desenvolver programas de Saúde Pública e que, com a extinção do Alto Comissariado da Saúde, coordena a área da Saúde Mental.

O agravamento das condições socioeconómicas dos cidadãos, o progressivo isolamento social – em especial dos mais idosos – e o vincado individualismo da sociedade têm permitido o aumento de fenómenos aos quais não conseguimos ficar indiferentes: a depressão e o suicídio.

Os números vindos a público demonstram um elevado consumo de antidepressivos. De acordo com os autores do Plano nacional de Saúde, estima-se que em 2016, serão consumidas 122 doses diárias de antidepressivos por mil habitantes, um valor que equiva-le ao dobro do consumo detetado em 2009. Estima-se igualmente que a prevalência global das doenças mentais em Portugal seja de aproximadamente 22%. Em cada ano, 7% da população sofre de depressão e o suicídio é responsável anualmente por mais de mil mortes, sendo a causa de morte prematura mais evitável de todas. Segundo o INEM, entre janeiro e julho de 2012 o número de chamadas relativas a comportamentos suicidários aumentou em 27% relativamente a igual período de 2011.

Perante os números, percebe-se que esta obra é de extrema importância para dotar os colegas de instrumentos válidos no combate a estes flagelos. Por uma questão de proximidade aos cidadãos e empenho na promoção da saúde, o enfermeiro tem um papel a desempenhar na prevenção depressão e dos comportamentos da esfera suicidária. Esta obra fornece um valor acrescentado no diagnóstico, prescrição de cuidados, planeamento, execução e avaliação de intervenções de Enfermagem.

Por tudo isto, endereço o meu profundo agradecimento a todos aqueles que deram um contributo indiscutível para a concretização deste GOBP. Procurando retribuir esse esforço e dedicação, investimos na publicação e divulgação desta obra. Só assim se poderá garantir que ela passará a fazer parte do dia-a-dia dos enfermeiros, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados que prestamos às pessoas, famílias e comunidades.

Germano Couto

Bastonário da Ordem dos Enfermeiros

Embora Portugal esteja entre os países que tradicionalmente apresentam taxas de suicídio menos relevantes, há a presunção de ser uma problemática em crescimento, registando os últimos dados apurados pelo INE um valor superior ao dos óbitos por acidentes de viação. Como tem sido anunciado, espera-se que com o próximo desenvolvimento do SICO (Sistema Informatizado de Certificado de Óbito), estruturado e a gerir pela Direção-Geral da Saúde (DGS), Portugal passe finalmente a contar com um registo mais fiável das causas de morte, o que irá permitir analisar e intervir com mais objetividade e eficácia em fenómenos como os da morte por suicídio, que, fundamentalmente, se considera estar tradicionalmente subregistado.

Como todas as causas de morte evitáveis, a problemática suicidária é uma preocupação da DGS que, através do Programa Nacional para a Saúde Mental, tem em início de estruturação um plano de prevenção, direcionado cumulativamente para a entidade patológica que, de acordo com a evidência científica internacional, está na origem de cerca de 90% dos suicídios – a depressão *major*, nosologia que quando adequadamente diagnosticada e tratada, se perspetiva que contribua para reduzir significativamente as evoluções dramáticas.

Tendo presente a existência de vários fatores desencadeantes e, sobretudo, precipitantes das perturbações depressivas, logo do suicídio, tendencialmente acentuados no período de crise económica e social como o que atravessamos, é fulcral para a melhoria da realidade portuguesa uma atenção redobrada de toda a comunidade, profissionais de saúde incluídos sem dispensar a intervenção simultânea e ativa dos responsáveis políticos das outras áreas sociais envolvidas.

No que aos serviços de saúde se refere, a prossecução do desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 é uma pedra basilar, em particular quanto à implementação e ao aprofundamento do modelo de intervenção comunitária, apresentando como pontos nodais:

- o estar alicerçada em equipas multidisciplinares;
- a articulação contínua destas equipas com as estruturas dos cuidados de saúde primários;
- o recurso aos hospitais gerais nas situações urgentes e no internamento de episódios agudos;
- a reabilitação psicossocial das pessoas com doenças mentais graves;
- o investimento estruturado na promoção da Saúde Mental e na prevenção da doença mental;
- a continuação do programa de formação PROFORM para a doença mental grave, que já abrangeu 503 profissionais de serviços públicos e de IPSS, descentralizado pelas cinco regiões de saúde, em «gestão de cuidados» e «psicoeducação de familiares

e de utentes», a ser entretanto alargado ao «tratamento assertivo»;

- a capacitação da sociedade civil para o setor, tradicionalmente minorizado, consencialização fulcral no combate ao estigma e no acompanhamento esclarecido ao seu desenvolvimento.

A concretização da calendarização definida no Plano Nacional, na esteira da aplicação da Lei 36/98 (Lei da Saúde Mental) e do decreto que a regulamenta (35/99, republicado pelo 304/2009), tem por base, de modo mais evidente, a existência de 36 Serviços Locais de Saúde Mental (35 dos quais com unidades de Saúde Mental da infância e Adolescência), a par de 11 Equipas Comunitárias de hospitais psiquiátricos com funções equivalentes àqueles, estruturas que em ambos os modelos têm crescimento assegurado até pelo menos ao final da vigência do Plano; simultaneamente importa registar o encerramento dos Hospitais de Miguel Bombarda (Julho 2011) e do Lorrão e do Centro de Recuperação de Arnes (Junho 2012).

É neste referencial, repete-se, de trabalho baseado em equipas multiprofissionais comunitárias, que iniciativas como a agora lançada pela Ordem dos Enfermeiros têm uma importância superlativa, nomeadamente por os profissionais de Enfermagem serem os mais expressivamente representados a nível quantitativo também no setor da Saúde Mental.

A sua ação reveste-se de particular ênfase ao considerar-se o enfermeiro com formação específica em Saúde Mental, pela competência adquirida para intervir ao longo do ciclo de vida na prevenção e recuperação da pessoa integrada na família e na comunidade, mobilizando as dinâmicas de cada contexto, através de intervenções no âmbito da educação para a saúde psicoterapêutico e psicossocial.

Em particular no que diz respeito à colaboração na deteção e monitorização das perturbações depressivas e da sua complicação mais gravosa – a ideação e eventual compulsão suicidária – os enfermeiros têm um potencial de intervenção notável, sobretudo quando consubstanciado em evidência científica idónea e internacionalmente consensualizada, como aparece vertido neste guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária.

Álvaro Andrade de Carvalho

Diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental

Direção-Geral da Saúde



A ideiação suicida pode ser considerada o primeiro marcador de risco suicida. Quando persistente evolui frequentemente para comportamentos suicidários com final fatal. (Moreira:2009).

A Organização Mundial de Saúde refere-se ao suicídio como entidade clínica muitas vezes consequência da falha de diagnóstico e tratamento de doenças mentais sérias. Utiliza a definição de para-suicídio para caracterizar o ato de consequências não fatais, no qual a pessoa inicia deliberadamente um comportamento que lhe causará dano ou ingere uma substância em excesso face à prescrita ou geralmente reconhecida como farmacologicamente ativa e que é dirigido à obtenção de mudanças através das consequências físicas reais ou esperadas pelo próprio (Gil e Saraiva, 2006; Schmidtke, Bille-Brahe, DeLeo, & Kerkhof, 2004).

O suicídio encontra-se entre as cinco principais causas de morte na faixa etária dos 15-19 anos, e se nos cingirmos ao grupo etário dos 15-24 anos, corresponde à 2.ª causa de morte (WHO, 2009). Os adolescentes representam um grupo de elevada vulnerabilidade em diversos países, nomeadamente em Portugal. Os índices de suicídio nos jovens têm aumentado significativamente, principalmente em países como Austrália, Canadá, Kuwait, Nova Zelândia, Sri Lanka e Reino Unido (Hagedorn e Omar, 2002; WHO, 2001).

Até há bem pouco tempo, alguns dos fatores de risco suicida eram considerados como psicopsicológicos, mas efetivamente os comportamentos suicidários não são atribuíveis a uma simples causa, mas sim como resultado da interação de inúmeros fatores. A evidência científica descreve-os, citando para além dos fatores biológicos, os fatores de depressão, desesperança, isolamento social, relacionamento interpessoal e desemprego como algumas das causas que, em associação, potenciam e levam ao suicídio. Importa pois perceber que os comportamentos autolesivos ocorrem normalmente no decurso de um acontecimento marcante, em pessoas com vulnerabilidade acrescida para comportamentos suicidários.

Daqui resulta a atenção para a elevada importância da identificação de sinais de alerta, comportamentos de risco suicidário e a intervenção eficaz, enquanto tarefa importante que poderá salvar vidas. Os profissionais da Saúde Mental, os enfermeiros especialistas em Saúde Mental, têm investigado formas diversas para prevenir, para estarem atentos ao suicídio e detetarem precocemente o risco.

A publicação apresentada é da responsabilidade da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Ordem dos Enfermeiros, da sua presidente, Sr.ª Enf.ª Glória Butt, cuja visão e o bom senso acolheu tão interessante e atual temática, para a qual ainda não existia um guia de boas práticas.

Entenderam os autores deste guia proceder à pesquisa das melhores evidências científicas, cruzando estudos de diferentes tipos metodológicos com a evidência obtida por opinião consensual de peritos e recomendações das autoridades da saúde.

O Guia Orientador de Boas Práticas que prefacio e que se publica defende níveis de evi-

dência com base no *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* - AGREE (2001). O Conselho de Enfermagem congratula-se com o investimento dos enfermeiros que formam o grupo de trabalho e que tão generosamente disponibilizaram o seu tempo para pesquisar, pensar, escrever e construir este GOBP, nele congregando as opiniões dos peritos consultados.

No pressuposto de que a prestação de cuidados de Enfermagem é essencial para a saúde das pessoas e famílias, objetivamente para as pessoas com sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária, o guia tem a finalidade de contribuir para melhorar a *praxis* de Enfermagem, suportando-se na evidência científica, no diagnóstico de Enfermagem, nas intervenções autónomas e interdependentes, na avaliação da pessoa com sintomatologia depressiva e / ou com ideação suicida, por forma a prevenir, orientar a formação, incentivar e promover a investigação na área afim.

Este Guia Orientador de Boas Práticas constitui-se como um instrumento para a qualidade do exercício profissional do enfermeiro especialista de Saúde Mental, orientando para as práticas recomendadas, para os procedimentos a utilizar, para a importância dos resultados em saúde. As recomendações que evoca permitirão a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária, possibilitarão ao enfermeiro intervir para cuidar de forma consciente e profissional.

O guia, assentando na premissa que a boa prática advém da aplicação de linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos, objetiva obter respostas satisfatórias dos clientes e dos profissionais na resolução de problemas de saúde específicos (OE:2007).

Enunciando o que é boa prática, o guia regula a prática profissional na área específica em que se apresenta. Que seja, pois, bem utilizado, apropriado, discutido e sobretudo orientador do conhecimento e da *praxis que pode gerar*, conduzindo a uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem, maior segurança e bem-estar dos cidadãos nesta esfera de cuidados.

Estejamos prontos para o ler e para permitir que nos oriente...

Olga Fernandes,

Presidente do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros

A prevenção da depressão e do suicídio encontra-se entre as áreas prioritárias de intervenção no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016.

Tratando-se de um fenómeno complexo, que envolve saberes de diversas áreas disciplinares e profissões, beneficiando com uma intervenção multifacetada e de todo o trabalho multidisciplinar e multiprofissional, é uma área do saber na qual os enfermeiros especialistas de Saúde Mental têm um contributo muito relevante.

Os enfermeiros estão presentes em diferentes contextos: em serviços hospitalares, nos Cuidados de Saúde Primários, em projetos de intervenção comunitária, nas escolas, intervindo em proximidade com franjas vulneráveis da população e ao longo de todo o ciclo vital, na adaptação às transições e à doença, acompanhando e fomentando projetos de saúde. A mobilização das competências especializadas poderá constituir um elemento valioso não só no tratamento, mas também na equidade e acesso a cuidados adequados, detecção precoce das perturbações e das situações de risco, bem como o encaminhamento atempado. A promoção da Saúde Mental, a educação em saúde e a promoção da inclusão social são áreas igualmente importantes e ainda a necessitar de maior investimento.

A estratégia de construção de um Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária que congregue a evidência científica mais recente – de forma a suportar a intervenção de Enfermagem especializada nesta área, tanto no diagnóstico, como na prescrição de cuidados, planeamento, execução e avaliação de intervenções de Enfermagem – surgiu pois como uma necessidade premente e decorreu das responsabilidades assumidas pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica para o mandato 2010-2011. É também uma decisão continuada no mandato 2012-2015, com a edição e lançamento deste guia, no âmbito das comemorações do Dia Mundial da Saúde Mental 2012.

Para coordenar o grupo que desenhou a metodologia e deu corpo a este documento, foi convidado o enfermeiro especialista deste Colégio José Carlos Santos (*Phd*), que preside à Sociedade Portuguesa de Suicidologia. Os restantes autores são também enfermeiros especialistas, peritos nesta área. A todos, cabe um sentido agradecimento pelo rigor da pesquisa, pelo empenho e entusiasmo que colocaram desde o primeiro momento, ao disponibilizar o seu saber, o seu tempo, a sua dedicação, na construção de um manual que poderá ajudar muitos enfermeiros a responder melhor às necessidades dos cidadãos.

A Mesa do Colégio da Especialidade congratula-se com o apoio que o presente guia obteve da Direção-Geral da Saúde e agradece a mensagem do Sr. Diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental, Dr. Álvaro de Carvalho, a quem reiteramos o nosso empenhamento em continuar a desenvolver a área da Saúde Mental em Portugal.

Pessoalmente, espero que este guia possa constituir um documento essencial de suporte ao desenvolvimento da intervenção de Enfermagem especializada em Saúde Mental em projetos de prevenção da depressão e suicídio e de promoção da Saúde Mental.

Existirão inúmeras razões para a consulta regular deste instrumento de trabalho por estudantes, por professores e por profissionais. A descoberta da sua riqueza é o desafio que lhe deixamos.

Glória Durão Butt

Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Ordem dos Enfermeiros

**GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS PARA A PREVENÇÃO
DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E COMPORTAMENTOS
DA ESFERA SUICIDÁRIA**

0. INTRODUÇÃO

Os comportamentos suicidários são um problema de Saúde Pública. Os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam para que, anualmente, cerca de 1.000.000 de pessoas se suicidem (WHO, 2009). Estima-se que ocorram cerca de 20 comportamentos da esfera suicidária não fatais por cada suicídio consumado. Por cada suicídio, várias pessoas são atingidas a nível familiar, escolar, laboral e / ou comunitário.

Em Portugal há cerca de 1.000 suicídios por ano verificando-se um aumento desde o ano 2000. Atualmente a taxa ronda os 10/100.000 habitantes. Tem maior incidência a sul de Santarém e caracteriza-se por ser um fenómeno que atinge sobretudo pessoas idosas. Contudo, os comportamentos para-suicidários são protagonizados maioritariamente por jovens e com uma distribuição uniforme a nível nacional.

O suicídio é um fenómeno complexo e multifacetado. Diz respeito a várias disciplinas como a Psiquiatria, Sociologia, Psicologia, Filosofia e a Antropologia e dificilmente encontramos respostas satisfatórias numa só disciplina ou área do saber.

Encontra-se significativamente associado à doença mental, pelo que nos permite afirmar que existindo um tratamento eficaz da doença mental podemos reduzir o risco de suicídio. No entanto, para que este tratamento possa ser eficaz é fundamental a identificação correta e atempada das perturbações, bem como a eliminação de barreiras de acesso aos cuidados adequados. Estas barreiras incluem o estigma da doença mental e os escassos conhecimentos da população em geral sobre sintomas da doença mental. As dificuldades de acesso aos serviços disponíveis e o escasso investimento na formação de profissionais de Saúde Mental são outros dos fatores que têm contribuído negativamente para o enfrentar deste problema.

Os modelos de prevenção têm mostrado ser eficazes em diversas áreas, nomeadamente na formação de profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários e na restrição dos meios letais. Outros métodos, incluindo a educação pública / comunitária, programas de rastreio e formação dos *media*, necessitam de mais provas / estudos (Mann et al., 2005), se bem que haja evidência de eficácia em determinados contextos.

Apesar de Portugal não possuir um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, definiu esta área como prioritária no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, publicado em *Diário da República* em 2008 (Portugal, 2008) e que define como um dos seus objetivos a elaboração de um «programa de prevenção nas áreas da depressão e suicídio».

Este guia de boas práticas é entendido como um recurso para o diagnóstico, prescrição, planeamento, execução e avaliação de intervenções de Enfermagem. Sendo de cariz profissional, para enfermeiros, incluirá intervenções sobretudo autónomas, mas apelará ao trabalho multidisciplinar e intervenções conjuntas. O alvo são indivíduos com sintomatologia depressiva e / ou ideação suicida. Fruto da evidência produzida, foi possível elaborar algumas sugestões de trabalho que, obviamente, são flexíveis e necessitam de adaptações tendo em conta o contexto e os atores. Para todas as recomendações disponibilizamos o nível de evidência e a justificação.

As estratégias de intervenção preconizadas pressupõem uma melhoria da prática e, para isso, condições de trabalho que permitam o normal desenrolar da assistência em Enfermagem ao nível da prática clínica, da formação e da investigação.

I. INTERPRETAÇÃO DA EVIDÊNCIA

No desenvolvimento deste Guia Orientador de Boas Práticas (GOBP) os níveis de evidência foram os defendidos pela *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation - AGREE* (2001).

Os níveis de evidência defendidos pela AGREE (2001) são:

I A - Evidência obtida através de meta-análise ou revisão sistemática de vários estudos comparativos aleatórios;

I B - Evidência obtida através de, pelo menos, dois estudos comparativos aleatórios;

2 A - Evidência obtida através de, pelo menos, um estudo exploratório intencional;

2 B - Evidência obtida através de, pelo menos, um estudo quase experimental;

3 - Evidência obtida através de estudo descritivo não experimental (estudos comparativos, estudos correlativos e estudos de caso);

4 - Evidência obtida através da opinião consensual de peritos e recomendações das autoridades da Saúde.

Verificamos que, após a pesquisa efetuada, a evidência encontrada de nível I ainda é escassa, sendo essa matéria abordada, mais pormenorizadamente, no capítulo da investigação.

2. OBJETIVOS

Os objetivos deste guia consistem em contribuir para a melhoria da prática clínica de Enfermagem, através da publicação da evidência científica existente para a prática clínica no domínio da prevenção, diagnóstico, intervenção e avaliação do indivíduo com sintomatologia depressiva e / ou com ideação suicida. Foram ainda contempladas recomendações para a formação e investigação.

3. METODOLOGIA DE TRABALHO

A constituição do grupo de trabalho obedeceu a critérios de reconhecimento e mérito científico no domínio da prevenção de depressão e comportamentos suicidários. Procurou ainda encontrar uma diversidade geográfica que permitisse um diálogo entre as diversas zonas do país. Por último, selecionou-se o grupo de acordo com o seu contexto de trabalho hospitalar (psiquiátrico e geral) e académico (instituições de Ensino Superior).

Na revisão sistemática da literatura seguiram-se os sete passos do *Cochrane Handbook*, tendo-se procedido à **formulação das questões, localização e seleção dos estudos, avaliação crítica dos estudos, colheita de dados, análise e apresentação dos resultados, interpretação dos resultados e, por fim, aperfeiçoamento e atualização da revisão.**

As questões de investigação foram:

- 1- Qual o papel da prevenção na depressão e suicídio?
- 2- Quais os fatores de risco e / ou protetores na depressão e suicídio?
- 3- Quais os instrumentos de rastreio e avaliação mais adequados para a depressão e risco de suicídio?
- 4- Quais as intervenções mais eficientes para a prevenção de depressão e risco de suicídio?
- 5- Quais as intervenções de Enfermagem mais eficientes para a prevenção de depressão e suicídio?

Foram realizadas pesquisas em várias bases de dados e procedeu-se a uma revisão sistemática da literatura. As bases consultadas foram a COCHRANE, CINAHL, MEDLINE, *Psychology and Behavioral Sciences Collection* e SCIELO. Foram ainda considerados sites nacionais e internacionais de referência, assim como artigos de referência de peritos nacionais e internacionais.

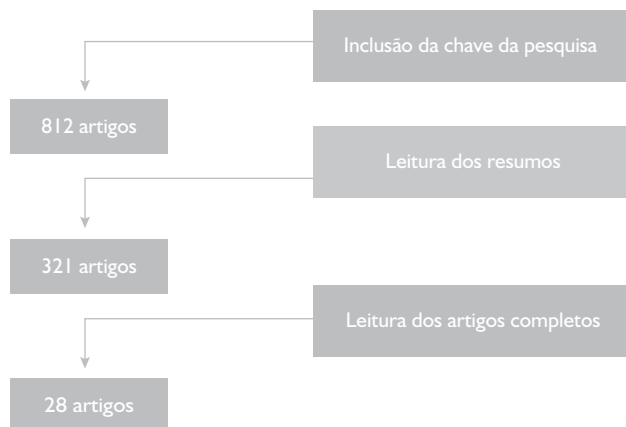
Foram consideradas como palavras-chave: *suicidal ideation, suicidal behavior, deliberate self-harm, self-injury, self-destructive behavior, parasuicide, self-cutters, attempted suicide, risk and resilience, reasons for living, hopelessness, depression, nursing interventions*, ideação suicida, comportamento suicida, comportamento autodestrutivo, tentativa de suicídio, para-suicídio, risco e resiliência, desesperança, depressão, intervenções de Enfermagem.

Numa primeira fase consideraram-se todos os artigos e depois, dado o elevado número encontrado, consideraram-se critérios de inclusão: terem sido publicados entre 2000 e 2011, serem artigos de investigação, incluir no resumo referências aos enfermeiros ou Enfermagem. Os critérios de exclusão foram não apresentar conclusões relevantes para a prática, formação ou investigação.

Todos os artigos foram revistos por dois autores, recorrendo-se a um terceiro elemento quando não havia consenso. Foram incluídos, numa primeira fase, 812 artigos. Destes

foram excluídos 491 pelos critérios anteriormente expostos. Através dos 28 artigos em versão integral que foram analisados foi possível elaborar algumas recomendações para a prática clínica de Enfermagem. Recorremos ainda a obras internacionais de referência e a algumas obras portuguesas por terem em conta a nossa realidade.

Fluxograma da seleção dos estudos para a Revisão Sistemática



4. AVALIAÇÃO DO INDIVÍDUO EM RISCO E INTERVENÇÕES

Neste ponto sintetizámos os aspetos essenciais que, em alguns casos, merecerão maior desenvolvimento em capítulos seguintes.

Quadro 1- Avaliação do Indivíduo em Risco e Intervenções de Enfermagem

| | |
|--|---|
| DADOS DE AVALIAÇÃO INICIAL | <ul style="list-style-type: none"> · Dimensão física; · Dimensão psicossocial (suporte e recursos sociais); · Dimensão mental; · Dimensão espiritual; · Trauma: físico, emocional, sexual; · Comportamentos aditivos; · Comportamentos suicidários; · Risco de comportamento autoagressivo. |
| NECESSIDADES DO CLIENTE (Avaliação clínica) | <ul style="list-style-type: none"> · Segurança; · Autoperceção; · Alimentação; · Autocuidado; · Atividades de vida diária; · Sono; · Dor e conforto; · Informação; · Medicação; · Aconselhamento; · Estratégias de <i>coping</i>; · Transporte; · Suporte financeiro e habitação; · Definição do papel social e relações sociais. |
| INTERVENÇÕES | <ul style="list-style-type: none"> · Escutar – Comunicação Interpessoal; · Encarar de forma séria; · Segurança / Fatores de segurança; · Observar; · Mobilizar recursos e apoios; · Sensibilidade cultural; · Educação; · Relação terapêutica; · Terapia de suporte; · Incutir esperança; · Apoio dos serviços de Saúde Mental; · Trabalho em equipa; · Modalidades terapêuticas; · Serviços comunitários e de apoio familiar · Registos de evolução; · Monitorização e <i>follow-up</i>. |
| AVALIAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> · Avaliar resultados esperados. |

Fonte: RNAO (2009) - Adaptado de Muxlow e Hamer 2007

5. RECOMENDAÇÕES UNIVERSAIS PARA A PREVENÇÃO

É consensual entre a comunidade científica que os métodos mais efetivos na prevenção do suicídio resultam da sinergia de estratégias que permitam a identificação precoce e o correto tratamento das perturbações mentais pelos profissionais de saúde e a restrição no acesso a meios altamente letais, entre outras. Seguidamente apresentaremos as seis recomendações basilares para a prevenção dos comportamentos suicidários.

1 - Diminuição do acesso aos meios letais

Influenciar o ambiente através da remoção ou controlo dos meios habitualmente usados para cometer suicídio tem sido eficaz em vários países. Foi possível constatar uma redução de suicídios após alterações legislativas visando um maior controlo de armas, restrições no uso de pesticidas, desintoxicação do gás de uso doméstico, restrições no uso e venda de barbitúricos, alterações nas embalagens de analgésicos para uma apresentação em *blisters*, uso obrigatório de conversores catalíticos nos motores dos veículos, construção de barreiras em locais públicos usados para defenestração e uso de antidepressivos menos tóxicos (Mann *et al.*, 2005; Wasserman *et al.*, 2004). A OMS refere como caso de maior sucesso no século XX a redução de suicídios em homens na então URSS (União das Repúblicas Socialistas Soviéticas) durante a *perestroika*, através da diminuição do consumo de álcool (WHO, 2002).

2 - Formação de profissionais dos Cuidados de Saúde Primários

A depressão e outras doenças psiquiátricas são sub-reconhecidas e tratadas no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Por outro lado, a maioria dos suicidas tem contacto com os serviços de saúde primários um mês antes da morte (Mann *et al.*, 2005). Destes factos advém a importância dos CSP na deteção e gestão dos fatores de risco. Os enfermeiros podem, através da gestão de casos e aconselhamento telefónico, melhorar o reconhecimento e gestão da depressão (Gilbody *et al.*, 2003). Os mesmos autores não encontraram efetividade para a simples implementação de *guidelines*.

3 - Aperfeiçoar a ligação entre serviços de Saúde Comunitária e serviços de Saúde Mental

As estratégias de prevenção incluem uma abordagem de Saúde Pública e uma componente de cuidados de saúde mais hospitalar (Wasserman, 2001). A identificação de estratégias comuns de prevenção no contexto comunitário e hospitalar, assim como a continuidade de cuidados entre as diversas estruturas, poderá ter impactos positivos na prevenção de novos casos e na gestão de casos recorrentes.

4 - Desenvolver uma equipa ampla para a prevenção do suicídio

Sendo o suicídio um fenómeno complexo e multifacetado, parece evidente que só a conjugação de diversos saberes permitirá uma abordagem completa deste tipo de comportamento. A criação de equipas multidisciplinares para a prevenção do suicídio é defendida como uma medida eficaz em diversos planos nacionais de prevenção do suicídio e pela OMS (WHO, 2009).

5 - Educação pública / comunitária, combate ao estigma em torno da doença mental e comportamentos suicidários

Os estudos realizados apontam para uma eficácia modesta da educação pública em torno do reconhecimento de risco de suicídio e procura de ajuda através do conhecimento de fatores de risco, particularmente na doença mental (Mann *et al.*, 2005). Contudo, quando falamos de literacia em Saúde Mental e no combate ao estigma verificamos uma relação entre o agudizar de problemas e os reduzidos índices de conhecimentos (Jorm, 2000; Ricwood *et al.*, 2005; Loureiro, 2009).

6 - Formação dos *media*

Os *media* podem ter um efeito devastador na contaminação de comportamentos suicidas através do efeito Werther (Pirkis e Blood, 2001; Pirkis, 2009). Desde 2000 que a OMS elabora um guia para os *media* onde apresenta *guidelines* para o tratamento noticioso dos comportamentos suicidários, tendo atualizado o documento em 2008 (WHO, 2008), em colaboração com a Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio. Também os Samaritanos elaboraram linhas de orientação para jornalistas (Samaritans, 2008). Destacamos, de forma resumida, os seguintes princípios: dar conta do fenómeno promovendo a educação em Saúde Pública; evitar linguagem que motive ou apresente o suicídio como uma solução; evitar destacar notícias sobre o suicídio; evitar descrever os métodos de forma pormenorizada; evitar descrever o local exato do suicídio ou tentativa de suicídio; ter cuidado na divulgação de fotos ou vídeos acerca do suicida; ter particular cuidado no suicídio de celebridades; dar voz às pessoas em luto pelo suicida; divulgar informação sobre locais de ajuda. Ter em atenção que também os profissionais dos *media* podem ser afetados pelo suicídio.

6. RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA DE CUIDADOS

Neste capítulo serão enunciados princípios prioritários para a prática de cuidados, acompanhados com a fundamentação possível associada. Ao longo destas recomendações teremos diversos níveis de evidência, tendo-se procurado eleger sempre a mais elevada, exercício nem sempre fácil para uma área do saber onde a dificuldade dos desenhos de investigação e questões metodológicas tornam mais difícil a generalização das conclusões.

6.1 - VALORIZAR A PERCEÇÃO E COMPORTAMENTO DO INDIVÍDUO

Toda e qualquer manifestação que, direta ou indiretamente, indique risco de suicídio ou comportamento da esfera suicidária tem de ser valorizada pelos enfermeiros, enquanto recurso fundamental na gestão do estado de crise.

Ao abordar a recomendação para a prática de cuidados «Valorizar a percepção e comportamento do indivíduo» iremos reforçar dois pontos de vista que nos parecem de suma importância: em primeiro lugar, perceber porque é que a percepção e o comportamento do indivíduo são tão importantes. Por outro, perceber o que tem sido feito pelos profissionais de saúde ao nível da valorização / desvalorização dos comportamentos suicidários.

Em relação à importância da percepção e comportamento do indivíduo, sabemos que indivíduos que morrem por suicídio expressam muitas vezes pensamentos suicidas e / ou manifestam sinais de alerta junto de familiares ou profissionais de saúde (NZGG, 2003). Cerca de 77% das pessoas que cometem suicídio tiveram contacto com o médico de família um ano antes da sua morte e mais de 66% durante o mês anterior (Andersen et al., 2000; Luoma et al., 2002).

A adoção de comportamentos suicidários, especialmente em adolescentes, nunca deve ser analisada de «ânimo leve» ou incorrer na desvalorização, mesmo quando parecem ser superficiais ou manipuladores. Podem ser indicador de perturbação mental grave e um sinal premonitório de doença mental.

O adolescente possui a tendência natural para comunicar através da ação, em detrimento da palavra. Na busca de uma solução para os seus conflitos, os jovens podem recorrer às drogas, ao álcool ou à sexualidade precoce ou promíscua na tentativa de aliviar a dor ou de reencontrar a harmonia infantil perdida. Isto porque sentem que é mais fácil tolerar a dor física do que o sofrimento da alma. Vivemos hoje o que alguns autores denominam de «Conspiração do Silêncio», em que se desvaloriza um assunto de extrema importância e delicadeza por ser socialmente incómodo e sobrecarregado de mitos.

A comunicação da intenção de cometer suicídio pode ser feita de forma direta – com frases como «vou-me matar», «qualquer dia mato-me» – ou indiretas – com expressões do tipo «não aguento mais isto», «é impossível aguentar isto», ou «qualquer dia vou-me embora». As expressões indiretas podem ainda ser do tipo comportamental e não-verbal, tais como oferecer bens valiosos ou com grande valor sentimental, comprar uma arma, fazer um testamento, doar o corpo para a ciência, mudança brusca de religiosidade, deterioração e desinteresse pelo estado de saúde e exacerbação de queixas

somáticas (Holakup, 2002; citado por NZGG, 2003).

Valorizar a percepção e comportamento do indivíduo, que indiquem risco de suicídio, implica desenvolver esforços para realizar uma avaliação do risco de suicídio, documentar essa avaliação e envolver toda a equipa multidisciplinar na criação de um plano de segurança determinado pelo resultado da avaliação. Em caso de dúvidas acerca do risco de suicídio, o caso deve ser discutido o mais rapidamente possível com os prestadores de cuidados de saúde adequados ou com os familiares do indivíduo (NZGG, 2003).

Valorizar a percepção e comportamento do indivíduo implica ainda ser sensível e responsável na avaliação dos fatores de risco envolvidos em cada situação e que poderão potenciar o risco já avaliado.

A literatura atual sugere que todos os adolescentes com comportamentos da esfera suicidária devem ter uma avaliação psiquiátrica. Cais (2011) afirma que o suicídio se dá na grande maioria dos casos num estado de importante alteração mental, reversível na sua grande maioria das vezes quando corretamente abordado.

Lutz e Warren (2007) afirmam que a manifestação do fenómeno depressivo é um complexo e dinâmico processo biopsicossocial. Sem tratamento adequado, a depressão persiste e pode ter efeitos negativos significativos sobre as vidas de jovens, incluindo um risco aumentado de suicídio. Para estes autores, os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica estão excecionalmente bem posicionados para abordar este problema de saúde.

Relativamente às questões relacionadas com a valorização / desvalorização do comportamento da esfera suicidária por parte dos profissionais de saúde, salientamos que entre as recomendações para a prevenção do suicídio definidas pela OMS (2000) se encontra em destaque o aumento da atenção entre profissionais de saúde para as suas próprias atitudes e preconceitos em relação à prevenção do suicídio e às doenças mentais.

Avaliar um indivíduo que tenha adotado um comportamento da esfera suicidária é uma atividade complexa e multifacetada, dado que poderá despoletar, com frequência, sentimentos e reações desajustadas no profissional de saúde.

Considerando os estudos existentes sobre as atitudes dos profissionais de saúde face ao indivíduo com comportamentos da esfera suicidária, podemos afirmar que são frequentemente relatados comportamentos e atitudes negativas, atribuídos essencialmente à insegurança e falta de conhecimentos, particularmente em contextos de urgência e emergência.

No estudo realizado por Crawford *et al.* (2003) acerca do conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à automutilação em adolescentes, constatamos que os profissionais geralmente têm níveis razoáveis de conhecimento sobre comportamento autodestrutivo e uma atitude positiva para este grupo. Apesar disso, a maioria dos profissionais de saúde não tinham conhecimento que as pessoas com problemas socioeconómicos e orientação homossexual tinham maior risco de comportamento autodestrutivo e quase metade dos enfermeiros desconheciam que os adolescentes que se automutilam se encontram em maior risco de suicídio.

Relativamente à análise de atitudes por grupo profissional, Crawford *et al.* (2003) acrescenta que os médicos têm mais conhecimentos sobre comportamentos autodestrutivos em adolescentes e os médicos psiquiatras experientes denotam maior preocupação pelos adolescentes que se automutilam do que qualquer outro grupo profissional. Os enfermeiros sem formação específica em Psiquiatria tiveram os mais baixos níveis de conhecimento e preocupação, resultados que atribuem quer ao menor nível de responsabilidade, quer à não responsabilidade na tomada de decisão acerca da gestão de caso. Contudo, a maioria dos estudos referem os enfermeiros como tendo uma atitude positiva perante os indivíduos com comportamentos da esfera suicidária (Anderson e Standen, 2007; Sun *et al.*, 2006; Dip e Gijbels, 2010).

Crawford *et al.* (2003) defendem que a avaliação de adolescentes com comportamentos autodestrutivos deve ser realizada por equipas multidisciplinares que deverão também assumir um papel ativo na formação e treino dos membros da equipa, bem como de outros profissionais de saúde. Segundo os resultados obtidos no estudo, os médicos podem estar em melhor posição para realizar esta avaliação. No entanto, salvaguarda que os enfermeiros que trabalham com este grupo de doentes têm uma base de conhecimento razoável e, em geral, atitudes positivas. Com formação contínua e supervisão, estariam também bem posicionados para realizar essas avaliações.

Shain and the Committee on Adolescence (2007) afirmam que trabalhar com um adolescente suicida normalmente provoca ansiedade nos técnicos de saúde que prestam assistência e esta ansiedade pode ser reduzida com conhecimento e experiência. Tão importante quanto isso os profissionais de saúde precisam estar cientes da sua própria ansiedade para evitar interferências no tratamento e reação exagerada ou diminuída.

Por sua vez, Botega *et al.* (2005) defendem que a formação contínua e supervisão não devem implicar apenas aquisição de conhecimentos, mas também uma mudança de atitudes.

Cais (2011) descreve o Projeto STORM (*Skills Training On Risk Management*), um projeto de prevenção de suicídio pelo «Treino de Habilidades baseado na Gestão de Risco» que visou capacitar profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários, da Saúde Mental e dos serviços de urgência que lidassem frequentemente com indivíduos em risco de suicídio. O plano de formação foi desenvolvido pela Universidade de Manchester e concentra-se no desenvolvimento, por meio de ensaio, das habilidades necessárias para avaliar e gerir uma pessoa em risco de suicídio. Acrescenta que num dos estudos realizados no âmbito deste projeto, 167 profissionais (47% dos elegíveis) de uma região da Inglaterra participaram num curso orientado por três enfermeiras com especialização em Saúde Mental ao longo de seis meses, em 1997; apenas 69% dos profissionais completaram o curso. Foram detetadas mudanças favoráveis nas atitudes dos profissionais e na confiança em lidar com clientes detentores de comportamento suicida. A sensibilização foi eficaz para promover mudanças desejadas nos profissionais de saúde, traduzidas por alterações de atitudes, pelo aumento de conhecimentos e melhoria das habilidades clínicas. Em relação à avaliação inicial, essas mudanças mantiveram-se significativamente distintas na avaliação final e no *follow-up* realizado nove meses após o início do curso.

Quanto à interpretação do fenómeno para-suicida por parte dos profissionais de saúde, podemos verificar pelos estudos existentes que haverá uma abordagem inadequada da situação, facto este, que acreditamos se refletirá no atendimento hospitalar e consequente encaminhamento (Botega *et al.*, 2005). A falta de informação dos profissionais de saúde relativamente aos comportamentos suicidários é um dos aspetos apontados e que condicionará as atitudes perante o para-suicida. Santos (2000) concluiu pela existência da necessidade de formação específica no âmbito das competências técnico-sociais, particularmente para os enfermeiros dos serviços de urgência.

6.2 - ESTABELECER UMA RELAÇÃO TERAPÊUTICA COM BASE NUMA RELAÇÃO INTERPESSOAL

A relação terapêutica assume-se hoje como fulcral no domínio da atuação autónoma dos enfermeiros, tendo vindo a tornar-se num meio poderoso de intervenção e num elemento decisivo e inquestionável no cuidar em Enfermagem.

Os enfermeiros, ao valorizarem a perceção e comportamento do indivíduo, avaliando a existência de risco de comportamento suicidário, têm obrigação de intervir. Uma estratégia fundamental da prevenção do suicídio passa por estabelecer com a pessoa em risco uma relação de confiança e empatia que permita a verbalização e exteriorização do sofrimento psicológico, para posteriormente promover uma intervenção especializada e eficaz.

Segundo a RNAO (2009), a relação terapêutica descreve um processo interpessoal que ocorre entre o enfermeiro e o(s) cliente(s), que é intencional e dirigido aos objetivos e resultados traçados pelo indivíduo em risco de adotar comportamento da esfera suicidária. O estabelecimento de uma relação terapêutica é considerado essencial para a criação de um contexto no qual o enfermeiro pode ativamente interagir com o cliente e explorar as suas necessidades, desenvolvendo estratégias para reduzir o risco de suicídio, servindo como fator de proteção e incentivando um sentimento de esperança e união (NZGG, 2003).

As referências à relação enfermeiro – doente são variadas na literatura de Enfermagem, sendo reconhecida a sua importância nos diversos modelos teóricos, independentemente da escola de pensamento em que se inserem, sendo a sua existência essencial ao processo de cuidados.

Pela proximidade que este tipo de relação proporciona, os enfermeiros ficarão numa posição favorável para que possam conhecer a condição do indivíduo. A intensidade e continuidade da relação facilitam a partilha de experiências, a revelação de detalhes e significados que permitem um conhecimento do enfermeiro mais contextualizado e, portanto, mais compreensível, sobre a resposta do doente e família aos processos de saúde e doença (Meleis, 2005).

A relação terapêutica com base numa relação interpessoal assume-se como uma atividade autónoma, em que o enfermeiro detentor da capacidade de pensar complexo, de

integrar e perceber os contextos, avalia os indivíduos em situação de risco de comportamento da esfera suicidária, assumindo-os enquanto seres únicos e desenvolvendo a compreensão global do risco de suicídio (Nunes, 2001, Peplau, 1987).

Para Phaneuf (2005) existe uma questão importante que tem que ser clarificada e que justifica a intencionalidade de tornar um encontro terapêutico. O enfermeiro nem sempre se encontra em contexto de relação de ajuda. Poderá responder com benevolência ao doente, querer ser-lhe útil, conferir um carácter humanista através da escuta e compreensão, mas estas ações, ainda que úteis e necessárias, não passam de boa prática de cuidados. Nenhuma dessas ações responde a uma situação de sofrimento, indecisão ou carga emocional, características próprias de situações que necessitam de relação de ajuda, ou seja, trata-se da principal diferença entre boa prática e intervenção terapêutica através da relação interpessoal.

A relação de ajuda visa dar ao doente a possibilidade de identificar, sentir, saber escolher e decidir se deve mudar. Para Phaneuf (2005) é complexo explorar a relação de ajuda e para que isso possa acontecer têm que estar presentes algumas condições prévias. A primeira condição considerada fundamental para implementar a técnica da relação de ajuda passa pelo desenvolvimento de um conhecimento de si próprio enquanto pessoa e enquanto profissional, de forma a ser capaz de fazer uma utilização terapêutica de si mesmo. As outras condições podem ser relativas às atitudes da pessoa que ajuda (presença e vontade de não julgar), relativas à relação a implementar (não diretividade da entrevista e centralidade na pessoa a ajudar) ou relativas aos elementos do conteúdo desta relação (escuta e consideração positiva).

Tal como refere a NZGG (2003), o indivíduo com comportamento da esfera suicidária não vai confiar as suas sensíveis informações a um profissional de saúde se não tiver a percepção de se sentir ouvido, respeitado e compreendido. O profissional de saúde precisa de transmitir uma sensação de aceitação, calor, ausência de julgamento e um forte interesse em compreender a natureza e a causa do comportamento adotado.

Os enfermeiros devem ainda avaliar as circunstâncias específicas do contexto que podem representar desafios para o estabelecimento de uma relação terapêutica com indivíduos com comportamentos da esfera suicidária. Circunstâncias relativas ao indivíduo, tais como estados de agitação, podem comprometer a participação deste na relação terapêutica. Circunstâncias relativas aos enfermeiros, tais como sentimentos negativos associados à morte e ao suicídio, também podem representar um obstáculo em si e levar a respostas defensivas por parte dos enfermeiros, influenciando a habilidade para estabelecer uma relação terapêutica (RNAO, 2009).

6.3 - IDENTIFICAR FATORES PROTETORES E DE RISCO

Fatores Protetores

De acordo com vários estudos, existem características e circunstâncias individuais e coletivas que, quando presentes e / ou reforçadas, estão associadas à prevenção de com-

portamentos suicidários – sendo designadas como fatores protetores.

Segundo Suominen *et al.* (2004) a presença de bons vínculos afetivos, a sensação de estar integrado num grupo ou comunidade, de estar casado ou com companheiro fixo e ter filhos pequenos são fatores protetores. Ainda segundo o mesmo autor, a uma maior proximidade religiosa estão associadas menores taxas de suicídio, sendo os muçulmanos os que apresentam taxas mais baixas quando comparadas com outras religiões.

A resiliência e a capacidade de enfrentar / responder positivamente a eventos de vida potencialmente adversos foram identificadas como fatores centrais na proteção para o suicídio (Lifeline Australia *et al.*, 2010). A nível individual podem ser apontados como fatores protetores a saúde mental, a não utilização de substâncias nocivas, a adoção de atitudes positivas para com a vida, a utilização de estratégias de *coping*, ter um propósito ou um sentido para a vida e ter controlo sobre os comportamentos. Relativamente aos eventos de vida ou circunstâncias protetoras, são referenciadas a segurança física e emocional, a harmonia familiar, a existência de conexões sociais, a não existência de história de suicídio ou doença mental, ter um emprego estável e ter habitação segura e acessível.

Segundo Botega (2006), a nível cultural existem alguns fatores que influenciam as taxas de suicídio, atuando como fatores protetores nomeadamente nas sociedades que valorizam a interdependência, em que os indivíduos são estimulados a falar sobre os seus problemas e onde existe uma abertura à alteração da forma de pensar e agir, sendo considerado um sinal positivo o pedido de ajuda.

Ao analisarmos os fatores protetores de acordo com o sexo, observa-se que no sexo feminino a gravidez e a maternidade parecem contribuir positivamente para que as mulheres tenham menores taxas de suicídio, em especial nos anos próximos da gestação. Relativamente ao sexo masculino o facto de ter uma ocupação, estar empregado, sentindo-se produtivo e socialmente mais integrado através do seu trabalho, possuir um *status* socioeconómico médio-alto, ter acesso a serviços de suporte e a exposição limitada a fatores stressantes ambientais são considerados como fatores sociais e ambientais protetores de comportamentos suicidários (Lifeline Australia *et al.*, 2010).

Na perspetiva da OMS (2002), entre os fatores de proteção para o suicídio encontram-se: o bom relacionamento familiar, os cuidados parentais preservados, o apoio familiar, relações de confiança (fatores familiares); boas habilidades sociais, iniciativa no pedido de ajuda e conselhos, noção de valor pessoal, abertura para novas experiências e aprendizagens, estratégias comunicacionais desenvolvidas, recetividade à ajuda de terceiros, noção e empenho em projetos de vida (estilo cognitivo e personalidade); valores culturais, lazer, prática de atividade física, pertença a uma religião, boas relações com amigos e colegas, boas relações com professores e outros adultos, apoio de pessoas relevantes e amigos que não apresentem comportamentos aditivos (fatores culturais e sociodemográficos); uma dieta saudável e boa qualidade do sono (fatores ambientais).

Uma perceção mais otimista da vida, com razões para se continuar a viver, opondo-se ao sentimento de desesperança, protege contra o suicídio. Por exemplo, o apego aos filhos pequenos e o sentimento de importância na vida de outras pessoas. De forma geral, o

sentimento de «pertença» – no sentido de possuir forte ligação, seja a uma comunidade, a um grupo religioso ou étnico, a uma família ou a algumas instituições – protegem o indivíduo do suicídio (Botega, 2006).

Fatores de risco

Existe consenso entre suicidologistas de que o suicídio é um fenómeno multifacetado, complexo e universal que atinge todas as culturas, classes sociais, idades e possui uma etiologia multivariada, englobando elementos biológicos (neurológicos), genéticos, sociais psicológicos (conscientes e inconscientes), culturais e ambientais (Falconi, 2003; Shneidman, 2001). Também Cruz (2006) defende que a conduta suicida pode ser precipitada por múltiplos e complexos fatores, tendo a investigação identificado como influentes no seu determinismo fatores hereditários, bioquímicos, culturais, sociológicos, psiquiátricos e epidemiológicos, entre outros.

Neste sentido, os atos autodestrutivos devem ser entendidos pelos enfermeiros como um sinal de perturbação e como o culminar de situações de crise e sofrimento que atingem proporções descontroladas. Assim, a conduta suicidária, tanto letal (suicídio) como não letal (tentativa de suicídio e para-suicídio), representa um verdadeiro desafio para os serviços de Saúde Mental, nomeadamente no que respeita à compreensão dos fatores que a ela predispõem e a precipitam, de forma a delinear programas e / ou intervenções eficazes e atempadas de prevenção dos comportamentos suicidários.

Mesmo na ausência de ideação suicida expressa, o conhecimento dos fatores de risco podem ajudar a identificar indivíduos com ideação suicida e comportamento suicidários. Os fatores de risco incluem as características que foram estudadas em grandes populações e que permitem o seu estudo de forma isolada, estando associados a um aumento da probabilidade de suicídio (NZGG, 2003).

Os fatores de risco podem ser classificados como sendo dinâmicos ou estáticos, modificáveis ou não modificáveis.

Fatores de risco dinâmicos / modificáveis são aqueles que são passíveis de sofrerem alteração. A identificação dos fatores de risco modificáveis deve ser usada para direcionar a tomada de decisões sobre a intervenção e planeamento (APA, 2003). A depressão, ansiedade, desesperança, o uso de substâncias, a intoxicação e o acesso a meios letais são exemplos de alguns fatores de risco modificáveis.

Contrariamente, os fatores de risco estáticos / não modificáveis são aqueles que não podem ser modificados, como a idade, o género, a história de tentativas de suicídio prévias.

Embora o conhecimento dos fatores de risco não permita ao profissional de saúde prever se, ou quando, um doente vai cometer um ato fatal (APA, 2003), o reconhecimento do risco é um componente importante da promoção da segurança destes doentes (APA, 2003; Mann *et al.*, 2005).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2009), os fatores de risco ou facilitadores do suicídio podem ser classificados resumidamente em quatro «categorias» que se encontram representadas no quadro 2.

Quadro nº 2 – Fatores de Risco

Psicopatológicos

- Depressão endógena, esquizofrenia, alcoolismo, toxicodependência e distúrbios de personalidade;
- Modelos suicidários: familiares, pares sociais, histórias de ficção e / ou notícias veiculadas pelos *media*;
- Comportamentos suicidários prévios;
- Ameaça ou ideação suicida com plano elaborado;
- Distúrbios alimentares (bulimia).

Pessoais

- Ter entre 15 e 24 anos ou mais de 45;
- Pertencer ao sexo masculino e raça branca;
- Morte do cônjuge ou de amigos íntimos;
- Escolaridade elevada;
- Presença de doenças de prognóstico reservado (HIV, cancro, etc.);
- Hospitalizações frequentes, psiquiátricas ou não;
- Família atual desagregada: por separação, divórcio ou viuvez.

Psicológicos

- Ausência de projetos de vida;
- Desesperança contínua e acentuada;
- Culpabilidade elevada por atos praticados ou experiências passadas;
- Perdas precoces de figuras significantes (pais, irmãos, cônjuge, filhos);
- Ausência de crenças religiosas.

Sociais

- Habitar em meio urbano;
- Residir em meio rural a sul do Tejo;
- Desemprego;
- Mudança de residência;
- Emigração;
- Falta de apoio familiar e / ou social;
- Reforma;
- Acesso fácil a agentes letais, tais como armas de fogo ou pesticidas;
- Estar preso.

Fonte: Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2009)

Para Botega (2006), um histórico de tentativa de suicídio ou a presença de um transtorno mental são os maiores indicadores de risco.

Para o mesmo autor, apesar de o suicídio envolver questões socioculturais, genéticas, psicodinâmicas, filosófico-existenciais e ambientais, na quase totalidade dos casos o

transtorno mental é um fator de vulnerabilidade que necessita estar presente para que culmine no suicídio do indivíduo, quando somado a outros fatores.

Um dos grupos de maior risco de suicídio é o dos indivíduos com história de tentativas de suicídio anteriores (Suominen *et al.*, 2004). Tal risco foi estimado em 100 vezes maior do que o da população em geral (Owens *et al.*, 2002).

Bertolote *et al.* (2004) realizaram uma revisão sistemática de 31 artigos publicados entre 1959 e 2001, num total de 15.629 casos de suicídio em indivíduos com idade acima de 10 anos. Foram avaliados quanto à presença de doença mental, seja por avaliação psiquiátrica ocorrida antes do suicídio ou pelo método da autópsia psicológica após o mesmo. Em 98% dos casos de suicídio foi atribuído um diagnóstico de doença mental no momento do ato fatal.

Segundo Viana *et al.* (2008), a depressão é o transtorno psiquiátrico presente num maior número de doentes em todos os estudos encontrados, sendo que juntamente com o transtorno afetivo bipolar representam cerca de 45% a 80% dos casos de mortalidade. No mesmo sentido, Abreu *et al.* (2010) reforçam a importância da depressão, mas acrescentam outras doenças mentais como ansiedade, a impulsividade, outros transtornos de humor e os transtornos afetivos que se constituem como fatores de risco.

O risco de suicídio é tanto maior quando se verifica associado ao transtorno de humor e ao consumo de álcool, sendo considerado a segunda comorbidade.

A idade é também considerada como fator de risco para o suicídio (Viana *et al.*, 2008). As taxas para ambos os sexos são mais altas na meia-idade e na velhice. Os índices de pessoas que se suicidam acima dos 45 anos de idade mantêm-se mais elevados do que em pessoas mais jovens. Os idosos tentam o suicídio com menor frequência do que as pessoas jovens, mas fazem-no de forma consumada com maior frequência. A idade encontra-se associada a uma maior prevalência de ideação suicida e de tentativas de suicídio nos estudos de Cheng *et al.* (2009) e Waldrop *et al.* (2007).

Relativamente ao género, o sexo masculino apresenta predomínio (Lifeline Australia *et al.*, 2010; Shain and the Committee on Adolescence, 2007; Kuhlberg *et al.*, 2010) comparativamente com o sexo feminino e em todas as faixas etárias, observando-se uma relação de homem / mulher média de 3:1 até 4:1 (Viana *et al.*, 2008).

Outro aspeto relevante no risco de suicídio é a situação profissional. Referenciado em vários estudos, o desemprego assume-se como fator de risco modificável (Lifeline Australia *et al.*, 2010; Viana *et al.*, 2008). Além dos desempregados, pessoas em situação de emprego instável têm risco aumentado. Simultaneamente, as mudanças na situação socioeconómica mostram-se relacionadas com este tipo de condutas.

A prevalência de suicídio é descrita na literatura científica como maior entre os divorciados, os solteiros e os viúvos, sendo o risco até duas vezes superior do que entre as pessoas casadas (Viana *et al.*, 2008). Foi constatado em diversos estudos um aumento no número de suicídios ocorrido logo após a morte do cônjuge, bem como a outras perdas recentes, morte de entes queridos ou que cometeram suicídio.

A baixa autoestima, sentimentos de desesperança, solidão, isolamento, experiências de

abuso sexual ou vítimas de violência, situações de sofrimento intenso e doenças graves são frequentemente referenciadas como fatores de risco para comportamentos suicidários (Lifeline Australia *et al.*, 2010; Abreu *et al.*, 2010; Viana *et al.*, 2008).

São evidentes as diversas conjugações multifatoriais que podem levar à adoção de comportamentos suicidários e que, tal como demonstra a evidência científica, é importante conhecer para intervir e, simultaneamente, constituir como base de análise no planeamento de intervenções preventivas a implementar.

6.4 - AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

Mesmo na ausência de ideação suicida expressa, os enfermeiros devem reconhecer os fatores de risco de suicídio, identificando os indivíduos em risco de comportamento suicida. A estes deve ser realizada e documentada uma avaliação de risco por meio de instrumentos definidos.

Os fatores protetores e de risco encontram-se descritos no ponto anterior e, sendo levados em consideração na avaliação de risco de suicídio, permitem reforçar ou atenuar essa avaliação, tornando possível uma intervenção dirigida e uma diminuição desse risco.

Não existe evidência científica que permita afirmar que perguntar diretamente a uma pessoa o que pensa sobre o suicídio, a sua vontade de morrer ou plano de suicídio, aumenta a probabilidade de ideação e comportamento suicida (NZGG, 2003). Para estes autores, uma avaliação específica dos fatores relacionados com o suicídio permite perceber os objetivos e o significado do comportamento suicida, ajudando os profissionais de saúde na tomada de decisão acerca das intervenções a colocar em prática.

Para uma avaliação abrangente do risco de suicídio é fundamental a realização de uma entrevista e pode ser útil a utilização de instrumentos de avaliação do risco de suicídio devidamente validados para a população portuguesa. De considerar que os instrumentos de avaliação do risco de suicídio (enumerados noutro capítulo) apenas devem ser utilizados como parte de uma avaliação abrangente e não devem ser usados isoladamente – já que facilitam a comunicação e recolha de informações no contexto de entrevista, mas os seus resultados não substituem o julgamento clínico (NZGG, 2003).

Quando o comportamento suicidário ocorre num contexto de sobredosagem de medicamentos ou outras substâncias, a avaliação do risco de suicídio deve ser realizada após os cuidados médicos imediatos relacionados com o abuso de substâncias. É essencial salientar a importância da gestão da segurança do indivíduo, dado que o abuso de substâncias pode aumentar a impulsividade e a agressividade.

Shain and the Committee on Adolescence (2007) defendem que a gestão do risco de suicídio adolescente deve ser realizada consoante o nível de gravidade da ideação suicida. Segundo estes autores, ninguém pode prever o suicídio com precisão, por isso mesmo os especialistas apenas podem determinar quem está em maior risco. Exemplos de adolescentes em situação de alto risco de suicídio incluem aqueles que têm um plano ou tentativa de suicídio recente, com adoção de métodos altamente letais. Associada a um

risco acrescido de suicídio está também a presença de ideação suicida ou comportamento suicidário recente acompanhada por alterações de comportamento com desesperança grave, impulsividade, humor disfórico associado com transtorno bipolar, depressão, psicose ou um transtorno por uso de substâncias. Por outro lado, a ausência de fatores que indiquem alto risco, especialmente quando evidenciado desejo de receber ajuda e apoio familiar, sugere um menor risco, mas não necessariamente um baixo risco.

Na presença de uma recente tentativa de suicídio, a ausência de ideação suicida atual pode também ser enganosa se nenhum dos fatores que levaram à tentativa forem alterados ou não se entenderem as razões para a tentativa. A atuação deverá passar sempre pela segurança na gestão do adolescente suicida. Um histórico de tentativa de suicídio e a presença de transtorno mental são os maiores indicadores de risco de suicídio.

Waldrop *et al.* (2007) estudaram fatores associados à ideação suicida e à tentativa de suicídio entre adolescentes. A ideação suicida foi positivamente associada ao sexo feminino, idade, consumos de álcool e drogas na família, exposição à violência, depressão e transtorno de stresse pós-traumático. As tentativas de suicídio foram associadas ao sexo feminino, idade, abuso sexual e físico, abuso ou dependência de substâncias, transtorno de stresse pós-traumático e depressão.

Joe e Bryant (2007) defendem que a triagem de risco de suicídio é um importante problema de Saúde Pública. A escola, enquanto lugar onde os adolescentes passam um considerável número de horas do seu dia, assume-se como um local importante para triagem de adolescentes em risco de adotar comportamentos suicidas. É também um local importante para implementar programas de educação preventiva e de gestão de risco. Muitas escolas optam por não implementar estas estratégias com receio de aumentar pensamentos e comportamentos suicidas em adolescentes. No entanto, para estes autores, a pesquisa crescente sobre estas questões permite afirmar que a exposição a temas relacionados com o suicídio não incentiva as pessoas a considerar a tentativa de suicídio. Reforçando estas afirmações, Gould *et al.* (2005) conduziram um estudo controlado randomizado de um programa de rastreio de suicídio, com adolescentes dos 13 aos 19 anos de seis escolas do ensino secundário de Nova Iorque, para determinar se os adolescentes expostos a temas sobre comportamentos suicidários podem desencadear ideação suicida e / ou comportamento. Concluíram que não existem diferenças significativas entre o grupo experimental (alvo de uma pesquisa de triagem contendo questões relativas ao comportamento e à ideação suicidas) e o grupo de controlo (alvo de uma pesquisa de triagem sem questões relacionadas com a ideação suicida).

Apesar das inúmeras referências à necessidade de criação de programas de prevenção nas escolas, podemos constatar que muitos programas de rastreio de prevenção do suicídio não foram avaliados cientificamente e existem alguns com resultados contraditórios (Joe e Bryant, 2007).

Aseltine e De Martino (2004) desenvolveram um programa de prevenção de suicídio para adolescentes que se baseia no rastreio de sinais de suicídio, intitulado SOS. Este programa de prevenção inclui formação para aumentar a consciência acerca do suicídio e triagem para a depressão e outros fatores de risco de suicídio. Os alunos são instruídos

para detetar sinais de depressão e suicídio, em si e nos outros. Num estudo aleatório controlado desenvolvido em cinco escolas, os autores concluíram que os estudantes que estavam a realizar o programa SOS relataram significativamente menos tentativas de suicídio três meses após o programa do que aqueles que não estavam a frequentar o programa. A participação no programa SOS também produziu algum efeito no aumento de conhecimento e atitudes de adaptação à depressão e ao suicídio, não provocando mudanças estatisticamente significativas nos comportamentos de procura de ajuda. Os autores concluíram ainda que se verificou uma diminuição dos níveis de ideação suicida no grupo experimental, mas que não foi estatisticamente significativa.

Shaffer *et al.* (2004) desenvolveram um modelo de prevenção do suicídio designado por *Teen Screen Columbia*, com o objetivo de implementar um programa de rastreio em todo o sistema escolar dos EUA (Estados Unidos da América) para identificar os alunos em risco de suicídio. Na primeira fase do programa, os alunos preenchem o instrumento de rastreio. Os que são identificados como estando em risco elevado de suicídio são posteriormente avaliados através do *Diagnostic Interview Schedule for Children*. Na fase final do rastreio são submetidos a entrevista médica. No estudo que realizaram com adolescentes do 9º ao 12º ano, de escolas da área metropolitana de Nova Iorque, os autores verificaram que a totalidade dos adolescentes que preenchiam os critérios do estudo para o risco de suicídio (definido através da presença de ideação suicida / tentativa de suicídio prévia e de um diagnóstico de depressão *major*, distímia ou abuso de substâncias) foram identificados pelo instrumento de rastreio *Teen Screen*. Também Joe e Bryant (2007) consideram que os instrumentos de rastreio psicometricamente validados são essenciais para qualquer programa de prevenção do suicídio.

6.5 - AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

Como constatámos anteriormente, os comportamentos suicidários na adolescência ocorrem num contexto característico desta fase de desenvolvimento, de sentimentos intensos de baixa autoestima e muitas vezes associados a quadros psiquiátricos de elevado risco, existindo vários estudos que o comprovam.

Desta forma podemos afirmar que a banalização das perturbações afetivas dos adolescentes e as dificuldades diagnósticas contribuem para que as perturbações se prolonguem e, neste contexto, importa ter presente que os gestos suicidas podem ser a primeira manifestação reconhecida de uma perturbação que evolui ao longo de vários meses (Saraiva, 2006).

Os profissionais de saúde, essencialmente dos Cuidados de Saúde Primários / Comunitários, e os professores são, muito frequentemente, as pessoas que primeiro podem sinalizar os sinais de depressão.

De uma forma global, para todas as idades, uma das conclusões mais importantes retirada dos estudos analisados prende-se com a forte e significativa associação entre suicídio e a doença mental (Bertolote *et al.*, 2004). Mediante estes resultados será pertinente

concluir que uma parte importante da avaliação do indivíduo com comportamento da esfera suicidária será a avaliação psiquiátrica / psicossocial abrangente e uma avaliação do risco de suicídio a curto e longo prazo (NZGG, 2003; RNAO, 2009). Assim consegue reunir todas as informações que possam ser pertinentes para estabelecer um plano de segurança adequado, delinear intervenções ajustadas às necessidades e, em última instância, minimizar o risco de suicídio futuro. A avaliação psiquiátrica / psicossocial abrangente deverá incluir várias questões, defendidas pela NZGG (2003):

Quadro nº 3 – Questões-chave para a Avaliação Psiquiátrica / Psicossocial

- Problema atual;
- História da doença atual;
- Antecedentes psiquiátricos;
- História médica;
- Medicação atual e passado recente;
- Alergias medicamentosas;
- História de uso de substâncias;
- História forense;
- História familiar;
- História psicossocial;
- Estabelecer Diagnóstico de Enfermagem.

Fonte: Adaptado de NZGG (2003)

Quadro nº 4 - Avaliação de Enfermagem de Saúde Mental

- Identificar todas as morbilidades psiquiátricas, agudas e crónicas;
- Avaliar todos os fatores protetores e de risco associados com o comportamento;
- Identificar problemas significativos, interpessoais e de conflito;
- Identificar fatores de stresse e preocupações sociais como o desemprego e a doença crónica;
- Identificar padrões de pensamento e comportamento disfuncional;
- Consultar familiares e amigos, sempre que possível;
- Avaliar, a curto prazo, risco persistente de comportamento da esfera suicidária;
- Avaliar os fatores que contribuem para o risco a longo prazo;
- Realizar a avaliação dentro do contexto de uma equipa multidisciplinar, sob supervisão psiquiátrica;
- Estabelecer diagnóstico de enfermagem.

Fonte: Adaptado de RNAO (2009)

No âmbito da avaliação psiquiátrica / psicossocial, um exame do estado mental é uma abordagem sistemática para avaliação do estado mental atual de um indivíduo, especificamente relacionado com o estado psicológico, emocional, social e com o funcionamento neurológico.

Outro aspeto que justifica a necessidade de avaliação do estado mental centra-se no

facto de considerarmos que o suicídio se dá, na grande maioria dos casos, num estado de grave perturbação mental – reversível na grande maioria das situações, quando atempada e corretamente abordado.

Alguns autores designam este estado de perturbação mental por angústia intensa, dor psíquica intensa, sofrimento psíquico extremo, entre outros. Importa reforçar que há um reconhecimento cada vez mais generalizado de que o suicídio se dá num contexto de alteração do funcionamento mental e que, sobretudo, se existir intervenção especializada atempada é possível reverter a ideação suicida. Acreditarmos que o suicídio não é, na grande maioria dos casos, propriamente uma livre-escolha do indivíduo. Estudos têm demonstrado que o diagnóstico e tratamento corretos dos transtornos mentais são medidas fundamentais com vista à redução do suicídio (Mann *et al.*, 2005; WHO, 2004).

A depressão não tratada ou incorretamente tratada leva frequentemente à cronicidade (Botea *et al.*, 2006). Este aspeto assume importância acrescida quando se percebe que a maioria dos casos não tem diagnóstico e tratamento corretos. Mitchell *et al.* (2009) conduziram uma meta-análise com 41 estudos e 50.371 doentes sobre o diagnóstico de depressão por médicos generalistas. Foram identificados em média apenas 47% dos casos de depressão e para cada dois diagnósticos corretos foram feitos três diagnósticos de depressão na ausência da mesma, ou seja, falsos positivos. O tratamento farmacológico da depressão, por sua vez, é tecnicamente mais acessível aos generalistas, já que cerca de dois terços das pessoas tratadas com dose e tempo corretos respondem ao primeiro antidepressivo prescrito (Schatzberg, 2003). Diagnóstico precoce e tratamento correto da depressão são, comprovadamente, uma das maneiras mais eficazes de se prevenir suicídio (Mann *et al.*, 2005; WHO, 2004).

Para Steele e Doey (2007), a criança ou adolescente com comportamento da esfera suicidária que recorra a um serviço de urgência requer uma avaliação psicossocial minuciosa e exame do estado mental. Para estas autoras, a avaliação pode ser realizada por um médico do serviço de urgência, médico psiquiatra, enfermeiro especialista ou por um assistente social, desde que estejam treinados na avaliação de crianças e jovens com perturbações mentais. As autoras ressaltam que as avaliações psicossociais realizadas por profissionais médicos não especializados nos serviços de urgência tendem a ser de variável qualidade.

Griffin e Bisson (2001) concluíram que a intervenção psicossocial após um comportamento para-suicidário pode ser efetuada por um enfermeiro especialista em Saúde Mental e deverá ter início no serviço de urgência (Crawford e Wessely, 1998; Stanley *et al.*, 2009).

A utilização de instrumentos de rastreio e de avaliação psicossocial inicial pode ser útil para os profissionais dos serviços de urgência. Steele e Doey (2007) referenciam o instrumento de triagem desenvolvido por Horowitz *et al.* (2001), no qual se avalia o comportamento da esfera suicidária atual, a ideação suicida anterior ao comportamento atual, os comportamentos autodestrutivos anteriores e «fatores de stresse» atuais. Este instrumento de triagem foi aplicado por enfermeiros no momento da triagem no serviço de urgência. Foi considerado útil pela sua precisão na deteção de ideação suicida na

adolescência e o breve tempo que exige para aplicação (menos de dois minutos). Estes aspetos motivaram uma elevada satisfação por parte dos enfermeiros que manifestaram ainda uma diminuição do stress na gestão de casos de adolescentes suicidas. Parece-nos importante continuar a estudar o uso de questionários de avaliação de rotina inicial para determinar se existe, devido a esse aspeto, melhoria na avaliação posterior e no tratamento de adolescentes suicidas.

6.6 - ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO EM CRISE

De forma a fazer face a um problema desta natureza, independentemente da idade, torna-se fundamental ter intervenções psicoterapêuticas definidas, sistematizadas e validadas, podendo incluir psicoterapia e psicofarmacologia. No entanto, constatamos a existência de vários problemas relacionados com a avaliação, tratamento e encaminhamento dos clientes com comportamentos da esfera suicidária.

Os contratos de «Não suicídio» são acordos verbais ou escritos, em que o indivíduo assume que não irá recorrer a comportamentos autoagressivos e se tiver impulsos suicidas partilhará essa situação com uma pessoa de referência. Este recurso psicoterapêutico utiliza-se com frequência no início do tratamento, com o objetivo de melhorar a adesão ao tratamento e reduzir a probabilidade de mais comportamentos suicidas. No entanto, não existem estudos científicos que suportem a eficácia de um contrato de «Não suicídio».

Segundo a RNAO (2009), a existência de um «contrato de segurança» não garante, de forma alguma, a segurança da pessoa, pois não há evidência de que ele funcione como um impedimento ao suicídio.

Os trabalhos realizados e publicados, com ênfase nas psicoterapias dirigidas a adolescentes com comportamentos da esfera suicidária, vão essencialmente ao encontro de dois modelos de psicoterapia: terapia dialético-comportamental (TDC) e terapia cognitivo-comportamental (TCC). Outras terapias, incluindo terapia interpessoal (TIP), terapia familiar e terapia de grupo também têm sido usadas, mas exigem a realização de estudos mais aprofundados (Steele e Doey, 2007).

Neste sentido, apresentamos seguidamente os resultados de algumas investigações publicadas nos últimos anos e que poderão fornecer diretrizes importantes aquando da decisão terapêutica.

Steele e Doey (2007) referem um estudo realizado com adolescentes suicidas a quem foi aplicada psicoterapia do tipo dialético-comportamental e em que foram comparados os efeitos desta psicoterapia com o efeito do tratamento habitual. Pelos resultados obtidos, concluíram que o grupo submetido a TDC necessitou de menos hospitalizações. Também as taxas de adesão e posterior conclusão de tratamento foram mais elevadas. No entanto, os resultados mostram que não houve diferença na taxa de repetição do comportamento suicida.

Crawford *et al.* (2007) realizaram uma revisão sistemática mensurando a eficácia em

termos de prevenção do suicídio de intervenções psicossociais realizadas em indivíduos após uma tentativa de suicídio. Foram incluídos nesta revisão 18 estudos englobando 3.918 sujeitos; ocorreram 18 suicídios nos grupos de intervenção e 19 nos grupos de controlo, o que não caracterizou uma diferença estatisticamente significativa.

No entanto, Rudd (2007) questiona a validade dos achados de Crawford, primeiramente pela inclusão na revisão de estudos com protocolos muito questionáveis em termos de prevenção de suicídio (como uma intervenção baseada em apenas dois telefonemas ao indivíduo que tentou o suicídio). As críticas surgem também por aquele autor ter inserido estudos com referencial teórico e metodologia muito distintas e ter misturado estudos que lidavam com indivíduos que tentaram o suicídio com estudos de intervenção em indivíduos que tinham cometido apenas autolesões sem desejo de morte propriamente dita. Outra crítica que consideramos válida é que sem a inclusão dos 2.238 elementos do estudo SUPRE-MISS (Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida da Organização Mundial da Saúde, de Fleischmann *et al.*, 2008) esta revisão perde impacto.

Intervir precocemente junto de adolescentes que adotaram um comportamento da esfera suicidária é fundamental dado que estes comportamentos são preditivos de um comportamento futuro, com um risco de repetição acrescido nos três a seis meses seguintes ao comportamento (Stanley *et al.*, 2009). Adolescentes com perturbações depressivas e história de comportamento da esfera suicidária assumem-se como um grupo de risco elevado quer para a repetição do comportamento, quer para o consumir do ato.

No entanto, apesar da gravidade deste problema de Saúde Pública, não existem evidências científicas que comprovem a efetividade de psicoterapias para adolescentes, de forma isolada, nomeadamente no que diz respeito à redução do comportamento suicida.

Wood *et al.* (2001) desenvolveram um estudo em que avaliaram a eficácia da terapia de grupo de desenvolvimento para adolescentes com comportamentos da esfera suicidária (automutilação), usando, entre outras, a terapia da resolução de problemas, terapia cognitiva-comportamental, psicoterapia familiar de grupo e modelos de intervenção psicossocial em torno de temas específicos, tais como os relacionamentos, problemas escolares e relacionamentos com os pares, problemas com a família, gestão de emoções, depressão, desesperança e sentimentos sobre o futuro, a adoção de comportamentos de automutilação, entre outros. Os autores concluíram que o tratamento experimental produziu uma redução nos episódios de comportamento da esfera suicidária, o intervalo de tempo entre a primeira repetição de comportamento também foi atrasado e ocorreram melhorias no desempenho escolar. No entanto, não se verificaram efeitos ao nível da perturbação depressiva, ideação suicida ou no resultado global.

Em contrapartida, num outro estudo realizado por Rotheram-Borus *et al.* (2001), no *follow-up* aos 18 meses não se encontraram diferenças estatisticamente significativas no grupo experimental e no grupo de controlo relativamente às taxas de ideação suicida e de repetição do comportamento da esfera suicidária.

Cutcliffe e Stevenson (2007), com um vasto percurso no âmbito do estudo das intervenções que os enfermeiros deverão realizar na prática clínica no atendimento a indivíduos

com comportamentos da esfera suicidária, defendem a importância da relação interpessoal e da escuta ativa na implementação de psicoterapias com uma visão orientada para a vida e para a promoção da esperança.

Pitman e Tyrer (2008) fizeram uma análise crítica das diretrizes clínicas do *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) para o atendimento a indivíduos nas primeiras 48 horas após autoagressão. Para estes autores, a triagem inicial, realizada por enfermeiros dos serviços de urgência, deve integrar uma avaliação psicossocial que deve determinar o estado mental da pessoa, a sua motivação para prosseguir com a avaliação, o seu nível de stresse e a eventual presença de doença mental. Neste sentido, Pitman e Tyrer (2008) acreditam que, existindo uma avaliação inicial de triagem com avaliação psicossocial, aumentarão as probabilidades do indivíduo permanecer com acompanhamento psicossocial no futuro.

Owens (2006) afirma que os enfermeiros de Saúde Mental assumem cada vez mais papel determinante na avaliação psicossocial dos indivíduos com comportamentos suicidas. Para os adolescentes avaliados com moderado ou alto risco de suicídio ou tentativa de suicídio é fundamental o acompanhamento imediato por um profissional de Saúde Mental.

Segundo estes autores, as opções para uma avaliação imediata podem incluir internamento, transferência para um serviço de urgência ou consulta no próprio dia com um profissional de Saúde Mental. A intervenção deve ser sempre adaptada às necessidades do adolescente. E nesse sentido, para adolescentes com uma família coesa e funcional, com fortes redes de apoio (grupo de pares e apoio social), esperança no futuro e o desejo de resolver os conflitos pode apenas ser necessária intervenção orientada para a crise. Em contrapartida, os adolescentes que tenham feito tentativas anteriores, apresentem um elevado grau de intenção de cometer suicídio, mostrem evidências de depressão grave ou outra doença psiquiátrica, evidenciem abuso de álcool ou outras drogas, que tenham baixo controle dos impulsos ou famílias que não estão dispostas a comprometer-se a aconselhamento estão em alto risco e poderá ser necessário internamento psiquiátrico, bem como intervenção psiquiátrica e psicológica de longo prazo. O internamento permitirá ao adolescente permanecer num ambiente protegido, dando tempo para uma completa avaliação do estado mental e permitindo o início do tratamento.

A intervenção médica e tratamento são essenciais para a estabilização e gestão das condições dos adolescentes. Depois de estabilizado clinicamente, é importante uma avaliação abrangente do estado emocional e psicossocial.

Stanley *et al.* (2009) desenvolveram um modelo intitulado *Cognitive Behavior Therapy for Suicide Prevention* (CBT-SP) que tem como principal objetivo reduzir o risco para futuros comportamentos da esfera suicidária em adolescentes suicidas. Os autores desenvolveram este trabalho no contexto de um estudo multicêntrico designado por *Treatment of Adolescent Suicide Attempters* (TASA), concebido para prevenir a recorrência de tentativas de suicídio em adolescentes suicidas e deprimidos.

Os mesmos autores afirmam que embora o modelo CBT-SP tenha sido implementado em adolescentes que realizaram tentativas de suicídio, a abordagem teórica e as estra-

tégias do tratamento também se podem aplicar aos adolescentes que evidenciem episódios de ideação suicida aguda (como oposição à ideação crónica incessante), em que fatores precipitantes possam ser identificados.

Os principais objetivos desta intervenção passam pela redução dos fatores de risco de suicídio, pela melhoria da capacidade de enfrentar os problemas e pela redução das taxas de repetição do comportamento suicida. Para estes autores é consensual admitir que adolescentes que realizem tentativas de suicídio, ou que tenham ideação suicida aguda ou persistente, normalmente têm múltiplos problemas psiquiátricos e ambientais, pelo que, os adolescentes poderão necessitar de tratamento adicional, nomeadamente psicofarmacológico. O modelo desenvolvido por Stanley *et al.* (2009) está desenhado para desenvolver competências cognitivas, comportamentais e de interação que permitirão ao adolescente uma melhor capacidade de resolução de problemas e de enfrentar os fatores que desencadeiam o comportamento suicida.

O Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida da Organização Mundial da Saúde, designado por SUPRE-MISS (Fleischmann *et al.*, 2008) visou diminuir a escassez de dados acerca do comportamento suicida em países em desenvolvimento e testar uma estratégia de prevenção dirigida a indivíduos que tentaram o suicídio, em culturas distintas. Oito países participaram do estudo (África do Sul, Brasil, China, Estónia, Índia, Irão, Sri Lanka e Vietname) com a supervisão científica do *Australian Institute for Suicide Research and Prevention* e do *National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Health* do Instituto Karolinska, na Suécia. O projeto abrangeu dois componentes: um estudo randomizado, longitudinal, que comparava uma «intervenção breve» com o tratamento usual em indivíduos admitidos nos serviços de urgência participantes, devido a uma tentativa de suicídio; e um inquérito nas comunidades das cidades participantes, inferindo comportamento suicida na população geral.

Na «intervenção breve», além do encaminhamento habitual, o indivíduo era submetido a uma entrevista motivacional de aproximadamente 60 minutos e a contactos posteriores (telefonemas ou visitas domiciliárias) na 1ª, 2ª, 4ª, 7ª e 11ª semanas e no 4º, 6º, 12º e 18º mês após a tentativa de suicídio. O principal objetivo desta intervenção foi favorecer a adesão ao tratamento e evitar comportamento suicida futuro. O grupo de indivíduos submetidos à «intervenção breve» teve uma incidência de suicídios 4,4 vezes menor que o grupo de controlo. Isto é ainda mais relevante por se tratar de uma intervenção relativamente barata e de fácil replicação.

Uma das justificações encontradas para a ausência de psicoterapias com base empírica baseia-se nas elevadas taxas de recusa e abandono do tratamento por parte dos adolescentes. Pelos dados encontrados podemos concluir que existe uma grande necessidade de desenvolver e testar a efetividade de psicoterapias individuais dirigidas a adolescentes com adoção de comportamentos da esfera suicidária, para evitar a repetição desse mesmo comportamento. Falamos sobretudo de intervenções que visem reduzir a gravidade dos fatores de risco estabelecidos para o comportamento da esfera suicidária (perturbação depressiva, ideação suicida, impulsividade, etc.) e potenciar os fatores protetores (apoio familiar, capacidade de resolução de problemas, auto-conceito, ...).

Na abordagem psicofarmacológica, vários antidepressivos têm mostrado eficácia comparativamente à utilização de placebo. No entanto, mais de metade dos estudos que comparam tratamento antidepressivo com placebo em crianças e adolescentes com depressão não mostraram nenhum benefício dos compostos ativos relativamente ao placebo.

Segundo a RNAO (2009), a sedação aguda com medicação pode ser necessária se a pessoa se mostra violenta, com comportamento agitado ou com sintomas de psicose.

Quadro nº 5 – Estratégias de Intervenção em Crise

**Com evidência
de nível 1B**

- Terapia cognitivo-comportamental e
Terapia dialético-comportamental.

**A necessitar de
melhor evidência**

- Terapia interpersoal;
- Terapia sistêmica;
- Terapia de grupo.

Fonte: Adaptado de RNAO (2009)

6.7 - PROMOVER A ESPERANÇA E COMPORTAMENTOS DE PROCURA DE AJUDA

Os comportamentos de procura de ajuda e de esperança parecem ter uma vital importância, coexistindo em inter-relação e influenciando positivamente na prevenção do suicídio na população em geral, especialmente entre os jovens (Roswarski e Dunn, 2009).

O tema central das comemorações do Dia Mundial da Prevenção do Suicídio de 2012, promovido pela OMS e IASP (2012), é «Fortalecer fatores protetores, promovendo a esperança». Este aspeto reforça a importância da esperança e do foco das intervenções nas potencialidades do indivíduo.

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

A esperança é relativa à confiança que a pessoa tem em si e nas suas capacidades para encontrar um futuro melhor, estando associada às habilidades dos indivíduos em se adaptarem e enfrentarem a vida e os problemas que se lhes colocam.

Moore (2005) menciona Hall (1990) quando este defende que a esperança representa uma orientação para o futuro que deve ser mantida a cada momento, independentemente do grau de fragilidade ou de riscos potenciais que a pessoa vivencia.

Na sua investigação, Moore (2005) analisou vários testemunhos que demonstraram o impacto da esperança em cenários diferentes na prática de Enfermagem, revelando a

importância da esperança na melhoria da qualidade de vida e facilitação do processo de recuperação nos mais diversos contextos de doença.

Por sua vez, Clarke (2003) afirma que a esperança sustenta a pessoa através do processo de ajustamento psicológico à doença ou ameaça, acrescentando que a perda de esperança conduz ao sofrimento físico e emocional.

Para Cutcliffe (2004), a esperança é assumida enquanto componente complexa e multi-dimensional na vivência de situações de doença e sofrimento e que, independentemente da área de atuação, cabe aos enfermeiros facilitarem o fortalecimento da esperança nos clientes, explorando os seus recursos e habilidades pessoais. Salienta, ainda, que clientes e público em geral reconhecem que os enfermeiros são catalisadores de esperança durante os períodos de doença e vulnerabilidade.

Na prática da Enfermagem é defendido o valor terapêutico da esperança em relação à saúde e bem-estar, sendo traduzido pelo recordar os indivíduos de que, apesar da adversidade ou circunstâncias penosas, é possível ultrapassar as dificuldades e ter uma vida preenchida de significado e objetivos (Cutcliffe, 1995).

Num contexto de Saúde Mental, o enfermeiro é muitas vezes confrontado com situações em que a recuperação nem sempre é alcançada e torna-se evidente que a esperança é um fenómeno central para os clientes e as suas famílias lidarem com o impacto da doença mental. O uso intencional da esperança nas abordagens centradas nos clientes e famílias portadoras de doença mental tem-se revelado bastante positivo, permitindo aos enfermeiros atuar de forma diferenciada e serem reconhecidos como fontes de esperança.

As pessoas com conduta suicida experienciam frequentemente falta de esperança ou desesperança (Walsh e Eggert 2007; Thompson *et al.*, 2005; Wyeth, 2008; King *et al.*, 2006 e Tsai *et al.*, 2010).

Neste sentido, os enfermeiros estão numa posição privilegiada para desenvolver uma relação de proximidade e de confiança, propícia ao fortalecimento da esperança. Os enfermeiros devem imprimir na relação terapêutica a intencionalidade de incutir esperança, recorrendo a esta como ferramenta para ajudar o cliente a vislumbrar alternativas possíveis à sua decisão de morrer como forma de resolver problemas e terminar com o sofrimento.

Para Carlton e Deane (2000), incutir esperança nos jovens assume-se também como uma estratégia importante na prevenção do suicídio neste grupo. Os adolescentes com comportamentos suicidas evidenciam estratégias de *coping* e de resolução de problemas deficitárias e também revelam incapacidade para encontrar alternativas quando vivenciam situações de stresse. A esperança deve ser incutida nos adolescentes, assistindo-os na atribuição de significado e de objetivos para a vida, assim como no desenvolvimento de estratégias que permitam alcançar esses objetivos.

Moore (2005) apresenta uma estratégia útil para promover a esperança em clientes. O «Kit de Esperança» é uma ferramenta que os enfermeiros especialistas em Saúde Mental podem utilizar com os clientes enquanto estratégia intencional para os ajudar a identificar imagens ou representações significativas de esperança. Este «Kit de Esperança» pode

conter itens que representam esperança para o cliente, tais como fotografias de família, música, objetos ou imagens com simbolismo ou significativas, relatos de experiência, entre outros.

Os clientes experienciam o processo de doença e recuperação com a esperança diminuída, pelo que devem ser incentivados a criar os seus próprios «kits de esperança», tendo ao seu alcance um recurso significativo e disponível que permite fortalecer essa esperança diminuída e moderar ou atenuar o sofrimento e a vontade de morrer.

O mesmo autor apresenta ainda uma outra estratégia, descrita por Jevne e Miller (1996) como «Empréstimo de Esperança» (*Borrow Hope*). Esta técnica assenta na premissa de que a esperança pode ser emprestada e partilhada, não estando completamente dependente dos recursos pessoais do cliente. Realçando a importância da relação e das competências individuais do enfermeiro, a promoção da esperança exige ao enfermeiro comprometimento pessoal e autoconhecimento. Moore (2005) salienta que o enfermeiro deve propor-se a uma reflexão e desenvolvimento pessoal que o conduza à compreensão do que é a esperança e da sua importância, bem como ao reconhecimento da esperança na sua vida e das estratégias pessoais que mobiliza para a manter e repor, para ser eficaz na prática quando tem como objetivo nutrir e sustentar esperança na vida dos utentes. Refletir com os utentes sobre a esperança e a sua importância no processo de doença e recuperação, bem como partilhar vivências superadas através e com esperança são estratégias assumidas por utentes e enfermeiros como facilitadoras do reencontro e fortalecimento da esperança (Edey e Jevne, 2003).

Para além da já referida falta de esperança ou desesperança, Kessler *et al.* (2005) e Pagura *et al.* (2009) salientam que as pessoas portadoras de doença mental têm uma menor perceção de necessidade de ajuda e / ou tratamento e evidenciam menos comportamentos de procura de ajuda. Este fenómeno prende-se não só com as incapacidades inerentes à própria doença, mas sobretudo à incompreensão da doença mental e ao estigma a ela associado.

Inúmeros estudos revelam que os jovens comunicam a sua vontade de morrer. Contudo, a sua mensagem não é percebida muitas vezes por pais, amigos, professores, profissionais de saúde ou outros. Sentindo-se sem atenção ou apoio, os jovens sentem que não recebem ajuda e a opção por ameaçar e por colocar em risco a própria vida torna-se atrativa (Roswarski e Dunn, 2009).

O sucesso de algumas intervenções e programas de prevenção do suicídio reside na mensagem veiculada de que a ajuda eficaz e imediata está disponível. Isso incentiva os comportamentos de procura de ajuda adequada.

Para Goldston *et al.* (2008) esta mensagem deve alcançar as pessoas em risco de suicídio, sobretudo os jovens, que devem perceber que a ajuda está disponível e que a procura dessa ajuda é a resposta desejável para o problema que vivencia. O autor acrescenta que as expectativas culturais podem aumentar a probabilidade de os jovens recorrerem aos cuidados de saúde mental.

Vários autores, entre os quais Carlton e Deane (2000), defendem que uma das estratégias eficazes na diminuição das taxas de suicídio passa por encorajar nos adolescentes os

comportamentos de procura de ajuda. Os comportamentos de procura de ajuda devem ser incentivados e podem ser modelados ou ensinados aos jovens em geral, e em particular aos jovens em risco de suicídio. Os autores reforçam que aumentando as atitudes positivas em relação à procura e disponibilidade da ajuda promove-se os comportamentos de procura de ajuda real, o que, por sua vez, diminui significativamente as taxas de suicídio (Carlton e Deane, 2000).

Campbell *et al.* (2004) mencionam o Programa LOSS (*Local Outreach to Suicide Survivors*) que disponibiliza assistência de técnicos de Saúde Mental e voluntários para cenários de suicídio. Estes técnicos e voluntários prestam apoio e ajuda imediata aos jovens e outras pessoas próximas, incentivando os comportamentos de procura de ajuda. O sucesso deste programa evidencia-se pela redução do tempo de procura de ajuda de 880 dias para 39 dias.

Um outro exemplo praticado em Londres, e descrito por Souter e Kraemer (2004), contempla uma abordagem proativa em adolescentes com comportamentos automutilatórios, que opta por um acompanhamento próximo em detrimento do internamento. Se o adolescente exibe sintomas de doença mental ou ideação suicida são disponibilizadas sessões de acompanhamento com avaliações psiquiátricas e entrevistas regulares com os jovens e pais. Esta experiência revelou efeitos muito positivos, em que apenas um cliente foi internado no prazo de um ano e apenas dois cometeram suicídio num período de 10 anos.

Estes exemplos comprovam que a disponibilidade de ajuda direta e imediata aos jovens suicidas tem resultados eficazes não só pelo aumento dos comportamentos de procura de ajuda, como pela redução dos comportamentos suicidas e pela assistência efetiva às famílias vulneráveis.

Num estudo realizado por Pagura *et al.* (2009), que envolveu cerca de 37.000 pessoas no Canadá, foram encontrados dados que colocam em evidência a necessidade de privilegiar o atendimento precoce e o acompanhamento dos indivíduos com comportamentos suicidas. Cerca de 5.000 pessoas tinham doença mental sem ideação suicida, cerca de 1.200 tinham ideação suicida e 230 tinham história de tentativa de suicídio no último ano. Os resultados traduziram que cerca de 60% dos indivíduos com ideação suicida e cerca de 40% com tentativa de suicídio prévia no último ano não procuraram ajuda nem tinham perceção da necessidade de ajuda e tratamento.

Acrescentam ainda que estes indivíduos apresentam níveis inferiores de satisfação em relação aos profissionais de saúde e são mais sensíveis às barreiras ou dificuldades no acesso aos cuidados de saúde. As barreiras mais referenciadas são a falta de conhecimento sobre os cuidados de saúde disponíveis, formas de obter e a indisponibilidade dos profissionais no momento necessário. Estes dados revelam que o grupo de pessoas com comportamentos suicidários é um grupo bastante vulnerável, sendo fulcral a promoção dos comportamentos de procura de ajuda e de perceção da necessidade de ajuda. Desta forma, torna-se evidente a necessidade de divulgação e implementação de programas educativos para a população em geral – nomeadamente formação de *gatekeepers* – direcionados aos grupos em risco de suicídio. Estes programas devem aumentar os

conhecimentos acerca da depressão e do suicídio, facilitando a identificação precoce e seguimento, e, simultaneamente, devem promover os comportamentos de procura de ajuda pela veiculação da mensagem de que ajuda existe e está disponível e que a procura de ajuda é a resposta mais desejável em situação de crise. Outro aspeto a salientar é a importância de incutir esperança na ajuda, a esperança pode ser fortalecida e restaurada com a crença de que a ajuda está disponível e acessível.

Quadro nº 6 – Promoção de Esperança: Ideias-chave

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

Estratégias

«Kit de Esperança». Pode conter itens que representam esperança para o cliente, tais como fotografias de família, música, objetos ou imagens com simbolismo ou significativas, relatos de experiência, entre outros.

«Empréstimo de Esperança» (*Borrow Hope*). Esta técnica assenta na premissa de que a esperança pode ser emprestada e partilhada, não estando completamente dependente dos recursos pessoais do cliente. Realçando a importância da relação e das competências individuais do enfermeiro, a promoção da esperança exige ao enfermeiro comprometimento pessoal e autoconhecimento.

6.8 - IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS AFETADAS PELO COMPORTAMENTO E INTERVENÇÃO SISTÊMICA

A família encontra-se fortemente descrita e associada aos comportamentos da esfera suicidária, quer como fator de risco, quer como fator de proteção, já que as variáveis familiares costumam estar fortemente associadas aos comportamentos da esfera suicidária. Algumas dessas variáveis dizem respeito à estrutura familiar, bem como às relações entre os membros da família e podem estar relacionadas com as mudanças no equilíbrio familiar, os conflitos e as dificuldades financeiras, entre outros.

Adotando uma visão sistémica da família, referimo-nos a esta como um sistema, considerando a existência de um conjunto complexo de elementos em interação entre si, cujo produto é maior que a soma dos componentes. Este aspeto significa, portanto, que ao interagirem entre si, os membros da família produzem algo que servirá para manter o equilíbrio da família e a saúde dos seus membros ou, contrariamente, poderá provocar o desequilíbrio, mal-estar e distúrbios para os seus membros (Alarcão, 2000).

Segundo a RNAO (2009), além do indivíduo com comportamento da esfera suicidária e, sempre que possível, os profissionais de saúde devem envolver todas as pessoas que constituem o suporte familiar e social deste indivíduo na avaliação, gestão de crises e no tratamento subsequente.

Shain and the *Committee on Adolescence* (2007) consideram que além de uma avaliação psicológica profunda do adolescente, os familiares devem ser entrevistados para obter informações adicionais para ajudar a explicar os pensamentos suicidas ou tentativa de suicídio do adolescente. Estas informações incluem dados detalhados sobre a história médica, emocional, social e familiar, com especial atenção aos sinais e sintomas de transtorno do humor, stresse, abuso de substâncias, impulsividade e raiva. Desde que exista autorização dos pais e parecer favorável do adolescente, outros elementos de referência como professores e amigos também poderão ser envolvidos e fornecerem informações úteis.

Para estes autores, todos os adolescentes que adotam comportamentos da esfera suicidária devem ser submetidos a um abrangente plano de tratamento ambulatorio, antes da alta. Estes planos têm de ser específicos e direcionados, dado que a adesão às intervenções neste regime de tratamento ambulatorio é geralmente pobre.

Para Steele e Doey (2007), num estudo que realizaram acerca do comportamento suicida em crianças e adolescentes, a terapia familiar é uma das intervenções indicadas dado que visa alterar, ao nível da família, as técnicas de resolução de problemas desajustadas, incentivando interações familiares positivas. Byford et al. (2003) levaram a cabo um programa aplicado a adolescentes que realizaram uma tentativa de suicídio e sem perturbação depressiva *major*. O programa foi constituído por cinco sessões (uma no hospital e quatro em casa), com o objetivo de diminuir a ideação suicida. Concluíram o programa 397 adolescentes. A intervenção foi focada na comunicação intrafamiliar, nas técnicas comportamentais e na resolução de problemas e foi utilizada como um complemento para «os cuidados de rotina». A intervenção teve como resultados um aumento da satisfação dos pais, uma redução da ideação suicida em indivíduos sem depressão *major* e minimização da perturbação para as famílias, reduzindo o tempo de permanência em acompanhamento, logo sendo mais efectiva.

Steele e Doey (2007) também referem um outro estudo, centrado na família, conhecido como *Multissystemic Therapy* (MST). Teve a duração de três a cinco meses, foi aplicado por terapeutas treinados que compararam os efeitos do internamento hospitalar com os serviços prestados habitualmente num estudo controlado randomizado. A aplicação do MST reduziu significativamente as taxas de tentativas de suicídio no período de um ano, mas 44% dos indivíduos necessitaram de internamento hospitalar para reiniciar o MST durante o período de *follow-up*. A alta do serviço de urgência não deve ter lugar sem o cuidador ser envolvido na alta.

Adolescentes e suas famílias devem ser alertados sobre os efeitos desinibidores do álcool e outras drogas, sendo-lhes recomendado o acesso limitado. O acesso a armas de fogo também deve ser abordado.

As abordagens psico-educativas dirigidas aos pais de adolescentes com comportamento suicida permitem uma maior compreensão do comportamento adotado, assim como permitem clarificar aspetos relacionados com a adolescência e a sua associação aos comportamentos suicidas. Também permitem identificar alterações no estado mental e reduzir o grau de emoção expressa na família (Steele e Doey, 2007; Santos, 2007), fator de

risco já identificado por Santos (2007) em jovens com comportamentos para-suicidários. Para estes autores é necessária a realização de mais estudos que envolvam estas variáveis para determinar a eficácia de intervenções dirigidas à família no tratamento de adolescentes com comportamento suicida.

Quadro nº 7 - Intervenção Sistémica Pós-comportamento da Esfera Suicidária: Ideias-chave

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

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

6.9 - POPULAÇÕES ESPECIAIS: ADOLESCENTES

A adolescência é considerada uma etapa do desenvolvimento que ocorre desde a puberdade até à idade adulta.

Segundo a OMS (WHO, 2011), o adolescente é o indivíduo que se encontra entre os 10 e os 19 anos de idade. A determinação rigorosa do início e do fim da adolescência não é consensual, existindo algumas variações deste período etário impostas pelos contextos sociodemográfico e cultural (Saraiva, 2006; Batista, 2010).

Esta etapa do ciclo vital é caracteristicamente marcada por profundas mudanças a nível físico, psíquico e social que assumem interpretações e significados diferentes consoante os contextos socioculturais em que os adolescentes se encontram inseridos (Correia, 2008). Para Saraiva (2006, p. 141), a adolescência surge após a puberdade e pode ser definida como um «estado imaturo e crítico do desenvolvimento humano propício ao distresse».

A adolescência tem sido entendida como uma passagem que implica o distanciamento da infantilidade e a busca de um estado adulto e maturo. Constitui um marco importante na formação da personalidade e dos diferentes sistemas que a integram (Lopes et al., 2001), sendo extremamente relevante para a construção do indivíduo, quer a nível físico, quer a nível psicossocial.

Neste percurso, o adolescente é confrontado com uma série de problemas e desafios a nível pessoal, familiar, grupal e social que exigem um esforço de reorganização para a sua resolução, cumprindo assim as várias tarefas desenvolvimentais. De uma forma breve, com base em inúmeros autores (Sampaio, 2002; Saraiva, 2006; Oliveira, 2006, 2008; Batista, 2010), apontamos as três tarefas desenvolvimentais que caracterizam esta fase

do ciclo vital:

- **Alteração da relação com os pais**

Nesta fase o adolescente vê-se confrontado com a necessidade de se autonomizar dos pais não só a nível cognitivo, mas também a nível emocional. Sentimentos, ideias e valores do adolescente tornam-se independentes dos assumidos pelos pais, fator que pode contribuir para uma maior tensão. Procurando concretizar o luto da relação com os pais da infância, este distanciamento dos pais é substituído por um narcisismo que compreende uma atitude egocêntrica, pensamentos de grandeza e uma identidade sexual confusa.

- **Alteração da relação com os pares**

O afastamento vivenciado na relação com os pais dá lugar ao estreitamento de relações com os pares. Verifica-se a integração no grupo de pessoas que partilham expectativas, interesses, aspirações e dúvidas.

- **Alteração da relação com o próprio corpo**

No processo de desenvolvimento da adolescência está presente a relação que os jovens estabelecem com o próprio corpo, exprimindo essa relação através de amor, ódio, alegria, vergonha, prazer, raiva, sentimentos que influenciam de forma marcante as relações com os pares, com os pais, com o mundo e consigo mesmo. A complexidade das alterações da imagem corporal podem levar o adolescente a confundir a imagem corporal com a sua própria personalidade. Assim sendo, o adolescente terá que integrar na sua identidade, no seu Eu, um novo corpo, desconhecido, mais maduro e que determina a sua pertença sexual. A definição da identidade pessoal e da identidade sexual é vigorosamente marcada pelas experiências grupais e relacionais, mas também pela integração da identidade e da vivência da sexualidade desde a infância.

Stuart (2001) defende que o comportamento dos adolescentes pode ser interpretado como a filtração de um conjunto de sucessivas aprendizagens a serem integradas naquilo que o estágio de desenvolvimento pode proporcionar. Contudo, nem sempre as tarefas destinadas a cada estágio são satisfeitas, podendo até ser cumpridas em idades cronológicas distantes da adolescência. Isto significa que a adolescência, entendida de uma forma mais global, pode trespassar todo o ciclo de vida, dependendo o seu fim da eficácia do sujeito, das suas capacidades pessoais, da motivação, do tipo e da qualidade dos recursos que o envolvem, bem como do sucesso na resolução de tarefas anteriores (Correia, 2008).

Frasquilho (2009) refere que na adolescência a maioria dos agentes promotores de crise dizem respeito a questões relacionadas com a escola (mudança de escola, rendimento escolar, exames, competição, transições entre graus escolares), a família (mudanças no equilíbrio familiar, conflitos, dificuldades financeiras), relacionais (fazer amigos, conflitos, resistência a pressões, namorar) e intrapessoais (crescer, mudanças no corpo, previsões

do futuro, tomada de decisões).

Consideramos que Saraiva (2006, p.17) descreve de uma forma bastante atual os obstáculos e dificuldades com que se debatem os jovens. Segundo este autor, a mensagem que prevalece na sociedade em que vivemos é que:

«(...) todos temos que ser ganhadores, belos e perfeitos. A irradiar autoestima deslumbrante, com uma armadura psicológica a toda a prova. Sempre na crista da onda. No frenesim da busca de ousadias e desafios. O céu é o limite...». O autor em análise afirma ainda que a sociedade em que vivemos «não autoriza a mágoa de qualquer luto, não ensina que amanhã haverá um novo dia e o sol voltará a nascer. Os jovens de hoje vivem apressados de mais, numa fúria de tudo ou nada, de preto ou branco. Sem equilíbrios, sem pontes para concórdias, vítimas de radicalismos e de inflexibilidade mental».

Esta descrição e abordagem fazem-nos refletir e permitem-nos perceber mais claramente a adolescência enquanto etapa do desenvolvimento, suscetível a pontos de rutura que poderão culminar em processos de autolesão.

De facto, numa fase repleta de alterações fisiológicas, emocionais e sociais, a instabilidade emocional poderá ser vivenciada como um período de crise com repercussões na saúde mental dos adolescentes. Para além disso, a busca de emoções e o testar de novos limites podem, se aliados a um pensamento fatalista, egocentrismo predominante, impulsividade latente, rigidez cognitiva e a uma exacerbação de conflitos inter e intrapessoais, exacerbar a gravidade de acontecimentos que poderão despoletar, no adolescente, a consideração da morte, uma alternativa definitiva como resolução de um problema temporário (Oliveira, 2008; Borges *et al.*, 2008; Werlang *et al.*, 2005).

Baggio *et al.* (2009) destaca que o comportamento suicida ocorre, muitas vezes, como reflexo de conflitos internos, sentimentos de depressão e ansiedade que acompanham a profunda reorganização física, psíquica e social que ocorre na adolescência.

Claudino *et al.* (2006) consideram que, para minimizar o risco destes pontos de rutura ocorrerem, torna-se fundamental a existência de suportes sociais como a família, o grupo de amigos e a escola, que nesta fase se assumem como muito significativos para o adolescente.

Comportamento suicidário na adolescência: alguns dados epidemiológicos, fatores de risco e de proteção e intervenções preventivas

O suicídio encontra-se entre as cinco principais causas de morte na faixa etária dos 15-19 anos, e se se cingir ao grupo etário dos 15-24 anos, corresponde à segunda causa de morte (WHO, 2009).

Os adolescentes representam um grupo de elevada vulnerabilidade em diversos países, nomeadamente em Portugal. Os índices de suicídio nos jovens têm aumentado de forma significativa, principalmente em países como Austrália, Canadá, Kuwait, Nova Zelân-

dia, Sri Lanka e Reino Unido (Hagedorn e Omar, 2002; WHO, 2001). Este é um dado bastante alarmante, tornando-se uma preocupação em termos de Saúde Pública e Saúde Mental destes jovens, que envolve repercussões sociais, familiares e económicas e causa grande comoção social (Souza *et al.*, 2002; Borges *et al.*, 2008).

Apesar das taxas de mortalidade por suicídio nos jovens em Portugal não terem uma expressão muito significativa, alguns autores alertam para a fragilidade destes dados. As estatísticas oficiais podem estar subestimadas, dado que alguns óbitos por suicídio são notificados como morte accidental ou como morte com causa indeterminada (Saraiva, 2006; Borges *et al.*, 2008).

O fenómeno atual que se prende com a temática do suicídio e que é mais comum nos adolescentes e adultos jovens é o para-suicídio (Saraiva, 2006). Para este autor e também para a Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2009), o para-suicídio refere-se ao ato não fatal, iniciado de livre vontade pelo próprio, através do qual o indivíduo protagoniza um comportamento invulgar em que este se automutila ou toma uma dosagem que excede a dose terapêutica ou o seu habitual padrão de consumo e que o indivíduo acredita ser farmacologicamente ativa.

Este comportamento ocorre com maior incidência em jovens do sexo feminino e está, regra geral, associado a um conjunto de perturbações emocionais, caracterizando-se pela prática de atos que simulam longinquamente a vontade de terminar a vida, mas com a peculiaridade de deixar pistas para que o ato não resulte na própria morte.

Procurando caracterizar e estudar a prevalência dos comportamentos para-suicidários e ideação suicida, Madge *et al.* (2008) desenvolveram um estudo que envolveu cerca de 30.000 jovens de sete países europeus com idades entre os 14 e os 17 anos. Os resultados obtidos revelaram que os comportamentos para-suicidários são mais comuns no sexo feminino: 8,9% das raparigas e 2,6% dos rapazes relataram um episódio para-suicida no último ano e 13,5 % e 4,3%, respetivamente, reportaram um episódio durante a vida.

Também a ideação suicida foi significativamente mais comuns nas raparigas (21,5%) do que nos rapazes (9,9%). O fenómeno para-suicida, expresso por pensamentos ou ato, é consideravelmente mais comum nas raparigas do que nos rapazes.

Na maioria das vezes os comportamentos para-suicidas ocorrem em casa e os métodos mais frequentes são as flebotomias (55,9%) e as *overdoses* (22,3%). Cerca de 10,2% dos jovens conjuga vários métodos. Os rapazes recorrem a métodos mais agressivos, como o enforcamento, do que as raparigas (flebotomias e *overdoses*).

A repetição de episódios de para-suicídio acontece em cerca de 50% da amostra, não havendo diferenças significativas entre os sexos. A repetição de episódios é mais comum na Irlanda e na Noruega e está associada a situações de múltiplos métodos ou de apenas flebotomias. Em relação às razões dadas para estes comportamentos, cerca de 71% relataram a libertação de um terrível estado mental, 59% vontade de morrer e cerca de 44% referiram o castigo como razão. Cerca de 12,4% das situações justificaram assistência hospitalar. De realçar que a grande maioria dos episódios ocorre sem que ninguém saiba e, também por isso, que o jovem não receba tratamento hospitalar.

O perfil do para-suicida na região de Coimbra caracteriza-se por ser do género feminino, jovem, baixo nível de educação ou com dificuldades escolares, com problemas psicossociais, embora frequentemente não aparente doença psiquiátrica anteriormente diagnosticada (Saraiva *et al.*, 1996; Santos, 2006). Pensamos que este perfil se pode generalizar para a realidade nacional.

Na adolescência podem surgir ideias suicidas, uma vez que fazem parte do processo de desenvolvimento de estratégias que acontece na infância e na adolescência para lidar com problemas existenciais como, por exemplo, compreender o sentido da vida e da morte (Ward *et al.*, 2000; Crepet, 2002; Werland *et al.*, 2005; Borges *et al.*, 2008).

A preocupação surge quando o suicídio se coloca ao jovem como a única alternativa de resposta aos seus problemas e às suas dificuldades. Segundo a OMS, a intensidade desses pensamentos, profundidade, duração, o contexto em que surgem e a impossibilidade de se distanciar desse processo de pensamento são fatores que distinguem um jovem saudável de um que se encontra em crise suicida (WHO, 2002; Werland *et al.*, 2005; Borges *et al.*, 2008; Araújo *et al.*, 2010).

Sampaio *et al.* (2000) referem a existência de ideação suicida em 34% dos casos numa amostra de 822 jovens de escolas secundárias de quatro regiões (Lisboa, Santarém, Guimarães e Évora), em que destes, 7% fizeram uma tentativa de suicídio.

Ordaz *et al.* (2004) encontrou uma prevalência de ideação suicida de 50% numa amostra de 625 estudantes entre os 15 e os 18 anos. Por sua vez, Borges e Werlang (2006), num estudo com 526 adolescentes com idades entre 15 e 19 anos, em São Paulo, identificaram que 36% dessa amostra referiam ter ideação suicida aliada à intensidade de depressão, desesperança moderada e grave, evidenciando elevado risco de suicídio. Podemos verificar que em todos os contextos a prevalência de ideação suicida é elevada.

Quadro nº 8 – Perfil do Para-suicida Adolescente

Género feminino, jovem, com a perceção de dificuldades escolares, problemas psicossociais, sem doença psiquiátrica diagnosticada anteriormente.

Fatores Preditores e de Risco

Os comportamentos suicidários nos adolescentes podem ser precipitados por variados e complexos fatores. Cruz (2006) identificou como fatores psicológicos que determinam a opção suicida os fatores de vulnerabilidade (perfeccionismo, impulsividade, pessimismo e baixa capacidade de resolução de problemas), os fatores predisponentes (baixa autoestima, rigidez cognitiva, pensamento dicotómico, estilo atributivo disfuncional, perspetiva distorcida do tempo pessoal) e os fatores precipitantes (dor psicológica insuportável, constrição cognitiva, ansiedade elevada e decisão de morrer).

A compreensão dos fatores que predispoem e precipitam o comportamento suicidário

permitem delinear e adequar as intervenções que, por um lado, diminuam o desespero e sofrimento e, por outro, possibilitem o apoio e ajuda necessária que permita ao adolescente inverter o movimento para a morte ou para uma vida com grave perturbação mental ou mesmo doença mental.

Neste contexto, Araújo *et al.* (2010) referem que os fatores de risco são elementos que podem desencadear ou associar-se ao desenvolvimento do comportamento suicidário, não sendo, necessariamente, o fator causal. Por outro lado, os fatores de proteção são recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto do risco de suicídio.

Os comportamentos suicidários na adolescência ocorrem normalmente num contexto característico desta fase de desenvolvimento, de sentimentos intensos de baixa autoestima e por vezes associados a quadros psiquiátricos de elevado risco (Sukiennik, 2000).

O pedido de ajuda, de interiorização de limites, de necessidade de carinho, de possibilidade de expressão de dúvidas e angústias por parte do jovem muitas vezes não é percebido como tal, sendo frequentemente confundido como atitudes de arrogância, rebeldia e confronto (Crepet, 2002; Werlang *et al.*, 2005).

Alguns estudos referem como fatores preditores do suicídio a perda de objetos vinculativos, situações como o divórcio ou falecimento dos pais, abandono, adoção, mas também fatores como: antecedentes de suicídio ou distúrbios mentais na família nuclear, complicações respiratórias à nascença, depressão, personalidade *borderline*, abuso de álcool ou drogas, fugas, abandono escolar, perturbações psicossomáticas, problemas do sono e sobrepopulação na casa.

Os adolescentes podem vivenciar um conjunto de manifestações como sintomas depressivos e ideação suicida e que os expõem a riscos acrescidos de problemas emocionais que podem concorrer para a adoção de condutas deliberadamente danosas à sua integridade (Brooks-Gunn e Petersen, 1991).

Não havendo evidente consenso acerca de que fatores, contextos ou combinações de circunstâncias conduzem à opção suicida num jovem, Cassorla (1987) realça alguns fatores de risco para o suicídio da adolescência como a impulsividade, a melancolia e a presença de ideias de morte. Shaffer *et al.* (2001) relatam que fatores desenvolvimentais e sociodemográficos são fundamentais para o aparecimento de comportamentos suicidas em crianças e adolescentes.

Atendendo a dados de evidência científica, existe um vasto conjunto de fatores de risco de suicídio na adolescência que a seguir apresentamos:

- **Existência de psicopatologia**

Dados da WHO (2002) revelam que as doenças mentais estão associadas a mais de 90% dos casos de suicídio, destacando-se os transtornos do humor, a esquizofrenia, os transtornos de personalidade e relacionados ao consumo de substâncias. Realçam ainda que

nos jovens há uma elevada incidência de transtornos de personalidade, sendo os mais frequentes o transtorno da personalidade *borderline* e o transtorno da personalidade antisocial.

Muitas das perturbações psiquiátricas com início na adolescência têm uma forte continuidade para a vida adulta e, deste modo, poderão contribuir para a morbilidade psiquiátrica adulta (Kaplan e Sadock, 2005). A depressão com início na adolescência tem uma forte e específica relação com a depressão no adulto e associa-se ao aumento da mortalidade por suicídio e ao aumento da deterioração psicossocial pelo uso tanto de psicotrópicos, como dos serviços médicos na vida adulta (Fombonne, 1998).

Murta (2007) refere que o prejuízo resultante destes transtornos emocionais pode ser elevado, incluindo défices no desempenho académico, adoção de comportamentos violentos, dificuldades em manter vínculos ou relações afetivas e sociais, dependência de drogas e suicídio.

Concretizando estes factos, um estudo de meta-análise realizado por Bertolote *et al.* (2004) revelou que cerca de 98% dos indivíduos que cometem suicídio apresentam uma desordem psiquiátrica no momento da morte. Os transtornos do humor representaram 30,2% dos casos, seguidos pelos transtornos relacionados a substâncias (17,6%), pela esquizofrenia (14,1%) e pelos transtornos da personalidade (13%).

Reforçando estes dados, Chabrol (1992), mencionado por Marcelli (2002), refere que estudos epidemiológicos sobre as tentativas de suicídio revelaram a presença de 81% de depressão *major* e 10% de distímia numa população de adolescentes suicidas. Estes dados alertam para a gravidade do contexto psicopatológico que acompanha o ato suicida e, particularmente, a frequência do estado depressivo.

Inúmeros autores, entre os quais Windfuher *et al.* (2008), reforçam que a presença de doença mental é comum entre os jovens suicidas, havendo pelo menos um diagnóstico de doença mental anterior ao suicídio, mais frequentemente o diagnóstico de depressão. De acordo com os resultados encontrados num estudo que envolveu 1.722 casos de suicídio em jovens e adolescentes do Reino Unido, entre 1997 e 2003, evidenciou que 37% tinham o diagnóstico de distúrbio afetivo, 25% esquizofrenia e 23% distúrbio da personalidade.

A depressão surge então como a entidade nosológica mais frequentemente relatada, presente em mais de metade dos suicidas (Saraiva, 2006), sendo ainda de salientar que esta patologia, na última década, tem vindo a aumentar acentuadamente em idades jovens. Inúmeros autores salientam que a sintomatologia depressiva pode ser expressa pela anedonia, apatia, falta de apetite, alterações do sono, desinteresse por atividades prazerosas, decréscimo do rendimento escolar, entre outros (King *et al.*, 2006; Fordwood *et al.*, 2007; Garlow *et al.*, 2008).

Outro aspeto importante é a existência de relação entre os estados depressivos, particularmente na depressão *major* e na presença de ideação suicida.

Também Garlow *et al.* (2008), num estudo que decorreu entre 2002 e 2005 e que incidiu na avaliação da depressão e ideação suicida numa amostra constituída por 729 alunos,

constatou que cerca de 75% apresentavam sintomatologia depressiva e encontrou forte relação entre a severidade dos sintomas depressivos e a ideação suicida. Concluíram também que a sintomatologia depressiva era significativamente mais alta nos alunos que reportaram história de tentativa de suicídio ou de comportamento para-suicida (16,5%) do que nos restantes alunos sem história destes comportamentos.

Walsh e Eggert (2007) citam um estudo de Fergusson *et al.* (2003) em que se encontrou uma forte relação entre depressão, ideação suicida e tentativa de suicídio.

Wyeth (2008) reforça que a presença de doença mental é um fator importante a considerar no risco de comportamentos suicidários. O risco de suicídio é 20 vezes maior para pessoas com depressão e 15 vezes maior em pessoas com doença bipolar. De realçar que o suicídio ocorre menos frequentemente em pessoas com depressão e a tomar antidepressivos.

A presença de depressão e comorbilidade com transtornos de conduta e abuso de substâncias representa um risco de comportamento suicida em adolescentes três vezes mais elevado em comparação com os adolescentes que não tem associado nenhuma psicopatologia (Feijó *et al.*, 1996; Gunnell *et al.*, 2000; Mirza e Michael, 1996; Ward *et al.*, 2000).

Em adolescentes há atualmente, segundo Bahls (2002), a compreensão de que a depressão *major* é comum, debilitante e recorrente, envolvendo um alto grau de morbilidade e mortalidade, especialmente através do suicídio, constituindo-se numa das principais preocupações da Saúde Pública. Na maioria dos casos, não é identificada nem encaminhada para tratamento.

Marcelli (2002) realça que existe, pela interpretação dos inúmeros estudos, uma correlação significativa entre a depressão e escala de risco de suicídio: quanto mais grave é a depressão, mais os adolescentes estão convictos relativamente à prática do suicídio, utilizando meios eficazes. Assim, o atraso no diagnóstico, especialmente de depressão, constitui um fator de risco acrescido na adolescência. A banalização das perturbações afetivas dos adolescentes e as dificuldades diagnósticas contribuem para que as perturbações se prolonguem e, neste contexto, importa ter presente que os gestos suicidas podem ser a primeira manifestação reconhecida de uma perturbação que evolui ao longo de vários meses (Saraiva, 2006).

• História de tentativas de suicídio, comportamentos para-suicidários e ideação suicida

Borges (2004) e Cheng *et al.* (2010) referem que a história de tentativas de suicídio, comportamentos para-suicidas e a presença de ideação suicida conferem um valor preditivo à avaliação do risco suicida.

Cerca de 25% dos adolescentes com tentativa de suicídio e 25 a 40% dos jovens que se suicidam tiveram, pelo menos, uma tentativa de suicídio prévia. Estima-se que até 11% dos adolescentes que fazem tentativa de suicídio através de intoxicação irão suicidar-se nos próximos anos (Hurry, 2000; Ward *et al.*, 2000).

Pelo menos 50% dos adolescentes que cometem suicídio fizeram ameaças ou tentativas

no passado e o risco de repetir uma tentativa é maior nos três primeiros meses após uma tentativa de suicídio (Brent, 1993).

A presença de ideação suicida representa um importante preditor para a tentativa de suicídio nos adolescentes e está, por isso, associada ao risco de suicídio (Wilcox *et al.*, 2008). Numa amostra com 858 alunos, com média de idades de 22 anos, os autores referidos estudaram o impacto de dois tipos de intervenção em contexto de sala de aula em jovens adultos com ideação suicida e tentativa de suicídio. Este estudo revelou que cerca de 14% dos jovens apresentaram ideação suicida e que cerca de 11% têm história de tentativas de suicídio anteriores.

No estudo realizado por Madge *et al.* (2008) que envolveu cerca de 30.000 jovens de sete países europeus com idades entre os 14 e os 17 anos, os autores verificaram que os comportamentos para-suicidas são precursores do suicídio e têm uma alta probabilidade de repetição de episódios. A repetição de episódios de para-suicídio acontece em cerca de 50% da amostra, não havendo diferenças significativas entre os sexos.

No estudo de Garlow *et al.* (2008) anteriormente referido, foi constatado que 16,5% (120 alunos) reportaram tentativa de suicídio ou episódio de comportamento para-suicida. Num estudo similar de Walsh e Eggert (2007), que envolveu 730 alunos com dificuldades escolares, constatou-se que cerca de 40% dos alunos reportaram ideação suicida e que 17% tentaram uma ou mais vezes o suicídio.

Chen *et al.* (2009) apresentam um estudo realizado na China que envolveu 9.015 alunos. Nele concluíram que cerca de 17,4% apresentaram ideação suicida e cerca de 8% revelaram ter tentado o suicídio. Encontraram também associação entre os comportamentos suicidários e idade e sexo.

Christiansen e Jensen (2007) referem que os indivíduos com história de comportamentos para-suicidas e de tentativa de suicídio representam um grupo bem definido, com maior risco de repetição do comportamento, de suicídio e de morte prematura. O estudo revela também que o risco de repetição é maior no período imediatamente após a tentativa de suicídio, reduzindo e mantendo-se estável após os dois anos e ao longo do restante tempo de *follow-up*. Verificaram também que existe uma associação positiva entre a repetição e o subsequente suicídio.

• Ansiedade e stresse

Inúmeros estudos apontam para associações significativas entre ideação suicida, tentativas de suicídio e acontecimentos de vida geradores de stresse.

No estudo realizado por Garlow *et al.* (2008), com uma amostra de 729 alunos, foi encontrada uma significativa relação entre o sofrimento psíquico e a ansiedade com a ideação suicida, em que a ansiedade, a irritabilidade, o desespero e falta de controlo foram mais comuns nos jovens com ideação suicida. Num total de 81 alunos com ideação suicida, 75 reportaram ansiedade, 60 irritabilidade e 58 desespero.

Walsh e Eggert (2007) referenciam um estudo que envolveu um grupo de adolescentes internados por tentativa de suicídio e um grupo de adolescentes com história de uma

tentativa de suicídio no passado. A ansiedade foi encontrada em ambos os grupos.

Wyeth (2008) refere que a vivência de stresse intenso ou evento negativo gerador de crise podem conduzir à adoção de condutas suicidas.

Beautrais (2003) concluiu que o risco de suicídio estava relacionado com recentes acontecimentos de vida geradores de stresse (conflitos interpessoais, problemas no trabalho ou financeiros, problemas com a justiça), quando comparando grupo de suicidas e não suicidas. Gould *et al.* (2005), King *et al.* (2006) e Donald *et al.* (2006) salientam como exemplo de eventos negativos a perda ou luto de pessoa significativa, rutura amorosa, divórcio dos pais, discussões familiares persistentes, entre outros.

Vários estudos apontam a elevada importância dos eventos negativos na história de desenvolvimento, em que a vivência de maus tratos durante a infância, violência física ou psicológica e a existência de abusos sexuais podem conduzir os jovens à depressão e à adoção de comportamentos suicidários. Walsh e Eggert (2007) e Prieto (2002) defendem que ser vítima de violência ou testemunhar atos de violência apresentam-se como fatores acrescidos de risco de suicídio. Num outro estudo, Ruchkin *et al.* (2003) evidenciaram que a exposição à violência é um fator importante na adoção de comportamentos suicidários, acrescentando que o risco de repetição de tentativas de suicídio é oito vezes maior nos jovens com história de abusos sexuais. A imitação ou contágio, também designados por «Efeito Werther» é outro fator de risco que pode levar ao aumento de comportamentos da esfera suicidária, com repercussões nas taxas de suicídio, particularmente em pessoas «famosas» ou próximas.

• Sentimentos de desesperança

A desesperança traduz uma distorção cognitiva caracterizada pela perceção de ausência de controlo pessoal sobre acontecimentos futuros, pelo sentimento de falhanço e pela perceção de si mesmo como incapaz de resolver os problemas. Essa forma de perceção mostra-se altamente associada com a autocritica excessiva e negativamente correlacionada com a autoestima e o autoconceito (Walsh e Eggert, 2007).

As evidências científicas apontam a desesperança como um preditor significativo para os comportamentos suicidários. Beck *et al.* (1985) defendem que a intensidade dos sentimentos de desesperança como um dos mais importantes indicadores de risco nas pessoas com ideação suicida. Ela é apontada como uma característica central da depressão e serve de ligação entre depressão e suicídio.

Num estudo que envolveu uma amostra com 1.287 alunos foi encontrada relação entre a desesperança e o comportamento suicida (Thompson *et al.*, 2005). Esta relação é também confirmada por outros autores como King *et al.* (2006), Wyeth (2008), Viana *et al.* (2008), Tsai *et al.* (2010) e Abreu *et al.* (2010).

• Suporte familiar e social

A ausência de suporte familiar e social pode representar um fator acrescido de risco de suicídio, em que os conflitos familiares e a dificuldade nos relacionamentos familiares e

amorosos são mencionados por inúmeros autores (Walsh e Eggert, 2007; Randell *et al.*, 2006; Portzky *et al.*, 2008; Fortune *et al.*, 2008; Kuhlberg *et al.*, 2010).

Gould *et al.* (2003), num estudo comparativo entre adolescentes que cometeram suicídio e um grupo de controlo, concluíram que os adolescentes suicidas mostraram indícios de uma comunicação pouco frequente e pouco satisfatória com seus pais.

Walsh e Eggert (2007) referem um estudo de King *et al.* (2001) com jovens, em que os conflitos familiares e cuidados parentais deficitários revelaram-se associados à presença de ideação suicida e à tentativa de suicídio. Num outro estudo, os jovens com tentativa de suicídio prévia relataram mais frequentemente ter conflitos com os pais e em cerca de 70% dos casos uma discussão com familiares foi fator precipitante do comportamento suicida (Beautrais, 2001).

Wyeth (2008) e De Leo *et al.* (2003) salientam também que padrões de vinculação inseguros, violência familiar, pais com autoridade excessiva, conflitos familiares, divórcio, famílias adotivas e condições sociais e educacionais desfavoráveis podem conduzir à adoção de comportamento suicidários. Donald *et al.* (2006) e King *et al.* (2006) evidenciam também a vivência de uma infância problemática, relações conflituosas com pais e amigos e o isolamento social.

O consumo de álcool e droga na família foi associado a um maior risco de suicídio (Park *et al.*, 2006; Waldrop *et al.*, 2007; Mittendorfer-Rutz *et al.*, 2008), bem como a presença de doença mental nos pais (Shain and the *Committee on Adolescence*, 2007; Stenager e Qin, 2008; Mittendorfer-Rutz *et al.*, 2008; Randell *et al.*, 2006) e história de suicídio na família (Saraiva, 2006; Walsh e Eggert, 2007; Wyeth, 2008).

• Baixa autoestima e diminuição da capacidade de resolução de problemas

A análise de vários estudos experimentais permite concluir que existe consistente relação entre baixa autoestima e a conduta suicida. Baixa autoestima leva as pessoas a avaliarem-se como incapazes de solucionar os problemas colocados pela vida e a antecipar o futuro de forma negativa (Cruz, 2006). Por outro lado, as evidências científicas apontam para que as pessoas com comportamentos suicidas, mais especificamente tentativas de suicídio, tendem a apresentar maiores dificuldades na resolução dos problemas pessoais colocados pela vida diária, por apresentarem rigidez cognitiva e disporem de baixo nível de competências sociais (Pollock e Williams, 1998; Rudd *et al.*, 1994; Wilson *et al.*, 1995 citados por Cruz, 2006).

Fergusson *et al.* (2003), num estudo longitudinal, evidenciaram a existência de relação entre a ideação suicida e tentativas de suicídio com a baixa autoestima. Num outro estudo (Wichstrom e Rossow, 2002), os estudantes que relataram ter tentado o suicídio apresentavam níveis de autoestima mais baixos. No estudo de Walsh e Eggert (2007), os jovens em risco de suicídio reportaram níveis mais baixos de autoestima, autocontrolo e capacidade de resolução de problemas, entre outros.

- **Acessibilidade ao método suicida**

Os métodos utilizados por quem pensa suicidar-se dependem muitas vezes da disponibilidade dos meios e das características pessoais e situacionais, podendo variar muito no seu grau de fatalidade e de reversibilidade.

Acresce a estes fatores o facto de os adolescentes com história de comportamentos suicidários representarem um grupo de risco elevado quer para a repetição do comportamento, quer para o consumar do ato (Stanley *et al.*, 2009), pelo que a acessibilidade ao método suicida se assume como uma variável importante no que se refere à prevenção ou gestão de crise suicidária.

Atendendo a que os comportamentos suicidários são caracterizados por grande impulsividade, a disponibilidade do método suicida representa um fator acrescido de risco de suicídio (Saraiva, 2006). A disponibilidade de meios altamente letais, nomeadamente de armas de fogo ou de medicação potencialmente perigosa, aumenta a probabilidade de tentativas de suicídio consumadas, isto é, que resultem na morte autoprovocada do indivíduo (Prieto e Tavares, 2005; Saraiva, 2006; King *et al.*, 2006; Araújo *et al.*, 2010).

- **Desfazer-se de bens pessoais significativos**

Os jovens tendem a expressar o seu sofrimento e dor, e até mesmo a sua vontade morrer, por ações e comportamentos. Estas expressões indiretas do tipo comportamental e não verbal passam muitas vezes despercebidas aos olhos dos pais, professores e profissionais de saúde. Vários autores referem que devem ser entendidas como sinais de alarme situações como oferecer bens valiosos ou com grande valor sentimental, fazer um testamento ou doar o corpo para a ciência (NZGG, 2003; King *et al.*, 2006; Tsai *et al.*, 2010; Bycroft, 2010).

- **Comportamentos agressivos e impulsividade**

Fordwood *et al.* (2007) mencionam a externalização de comportamentos, traduzida pela agressividade e impulsividade, como sendo frequente em jovens com comportamento suicidários e não raras as vezes confundida com atitudes de revolta e rebeldia.

Walsh e Eggert (2007) mencionam um estudo de Walrath *et al.* (2001) que incidiu numa amostra com 4.677 jovens, em que destes, 21% já tinham feito uma tentativa de suicídio e, comparativamente com os que não tinham tido tentativa de suicídio anterior, registavam com frequência comportamentos agressivos e violentos.

Num outro estudo, Esposito *et al.* (2003) compararam os níveis de fúria entre um grupo de 74 adolescentes com história de tentativa de suicídio e um grupo de 47 adolescentes com múltiplas tentativas de suicídio. Concluíram que os níveis de fúria eram significativamente mais elevados no último grupo. Também Saraiva (2006), Tsai *et al.* (2010) e Bycroft (2010) reforçam esta associação.

• Dificuldades e diminuição do rendimento escolar

Os jovens que vivenciam dificuldades escolares – traduzido pelo fraco rendimento escolar – e que apresentam problemas de comportamento parecem estar em maior risco de suicídio (Walsh e Eggert, 2007). Esta relação é confirmada também por Saraiva (2006), King et al. (2006), Wyeth (2008); Tsai et al. (2010) e Bycroft (2010).

Num estudo realizado por Arun e Chavan (2009) sobre stresse e ideação suicida que envolveu 2.402 estudantes com idades entre os 12 e os 19 anos, os resultados evidenciaram que cerca de 45% dos alunos tinham problemas psicológicos, 45% reportaram declínio no rendimento escolar, cerca de 9% percebiam a sua vida como um fardo e 6% relataram ideação suicida. Em suma, os investigadores encontraram uma relação estatisticamente significativa entre o declínio do rendimento escolar, experiência da vida com um fardo e ideação suicida.

No estudo de Donald et al. (2006) salienta-se ainda o abandono escolar como um fator de risco.

• Comportamentos de risco

Vários estudos colocam em evidência a associação positiva entre a conduta suicida e a adoção de comportamentos de risco. Percebendo que o comportamento suicida ocorre na maioria das vezes num contexto de grande impulsividade, angústia e desespero, os jovens poderão adotar comportamentos que colocam a sua vida em perigo pela procura de desafiar limites.

Wyeth (2008) apresenta o consumo de álcool e drogas ilícitas como fatores que podem influenciar a adoção de comportamentos suicidas. Walsh e Eggert (2007) referenciam um estudo de Wichstrom (2000) que envolveu 9.679 adolescentes e que concluiu que a intoxicação alcoólica é um importante preditor de tentativas de suicídio.

Também a condução perigosa ou em excesso de velocidade, bem como a prática de desportos radicais como *hang gliding* e *bungee jumping*, parecem estar associados ao comportamento suicida (Walsh e Eggert, 2007).

Quadro nº 9 – Fatores de Risco para o Comportamento Suicidário no Adolescente

Personalidade *borderline* ou antisocial;
 História de comportamento suicidário anterior;
 Distúrbios da ansiedade e / ou stresse;
 Sentimento de desesperança;
 Reduzido suporte familiar e / ou social;
 Baixa autoestima;
 Diminuída capacidade de resolução de problemas;
 Acessibilidade a meios letais;
 Desfazer-se de bens estimados;
 Impulsividade;
 Dificuldades escolares.

Fatores de Proteção

• Recursos pessoais

Da literatura consultada podemos colocar em destaque dois importantes recursos pessoais protetores no que se refere aos comportamentos suicidários – a autoestima e a capacidade de resolução de problemas, estreitamente relacionada com as estratégias de *coping*.

Para Vaz Serra (1986), a autoestima é a faceta mais importante do autoconceito, encontra-se associada aos aspetos avaliativos que o sujeito elabora a seu respeito, baseado nas suas capacidades e desempenhos. A autoestima é uma orientação positiva ou negativa em direção a si, uma avaliação global do seu próprio valor (Rosenberg, 1979). Aliada à autoestima, a autoeficácia ou autodomínio e a autoidentidade também são componentes importantes do autoconceito.

A capacidade de resolução de problemas pode ser definida como processo cognitivo-comportamental autodirigido, através do qual as pessoas tentam identificar ou descobrir formas adaptativas de lidar com os problemas da vida para os quais não estão disponíveis respostas adaptativas imediatas (Lazarus e Folkman, 1984 citados por Vaz Serra, 1999). Esse conceito encontra-se estritamente relacionado com os comportamentos de *coping* que a pessoa manifesta. Pode ser definido como o conjunto de esforços realizados para lidar com uma situação, independentemente do seu resultado (Vaz Serra, 1999).

Reforçando estas noções, no estudo de Walsh e Eggert (2007) que envolveu 730 jovens foram identificados, enquanto recursos pessoais protetores, a autoestima conservada, o autocontrolo e a capacidade de resolução de problemas. Fergusson *et al.* (2003), num estudo longitudinal, salientam que o aumento da autoestima está associado a respostas resilientes em relação ao suicídio. As estratégias de *coping* e a capacidade de resolução de problemas são também eficazes enquanto fatores de proteção (Portzky *et al.*, 2008).

Alexander *et al.* (2009), num grupo de 198 pessoas com diagnóstico de doença mental e história de tentativa de suicídio, realça as estratégias de *coping* mais utilizadas para lidar com a ideação suicida. As estratégias de *coping* mais utilizadas foram a espiritualidade, o conversar com alguém, ter pensamentos positivos, recorrer aos serviços de saúde, considerar as consequências do suicídio na família e amigos, recorrer ao apoio de pessoas significativas e fazer alguma atividade prazerosa.

Possuir esperança e ter atitudes positivas face aos problemas parecem ser fatores de proteção importantes em relação ao suicídio (Roswarski e Dunn, 2009).

• Recursos familiares

O apoio familiar, a comunicação entre família e a vivência de relacionamentos estáveis e de confiança assumem-se como importantes fatores de proteção (Walsh e Eggert, 2007; Thompson *et al.*, 2005; Fortune *et al.*, 2008). Nos jovens, a perceção do envolvimento familiar e apoio familiar na escola são também mencionados (Randell *et al.*, 2006; Kuhlberg *et al.*, 2010; Cheng *et al.* 2009; Wyman *et al.*, 2010). Walsh e Eggert (2007)

referem o estudo de Perkins e Hartless (2002) que envolveu cerca de 15.000 alunos em que o apoio familiar se revelou essencial enquanto fator de proteção para os comportamentos suicidários.

• Recursos sociais e comunitários

A existência de apoio social e a perceção de integração são referidos como fatores de proteção (Taliaferro *et al.*, 2008; Walsh e Eggert, 2007; Thompson *et al.*, 2005). Os jovens salientam ainda fatores como o envolvimento em atividades desportivas ou em atividades de grupo estruturadas, assim como a elevada importância atribuída à escola (Fortune, 2008).

Inúmeros autores defendem que o fácil acesso a cuidados de saúde que proporcionem informação acerca dos serviços disponíveis, bem como a existência de comunidades informadas e sensibilizadas para as questões envolvidas na saúde mental e suicídio, são fatores protetores do suicídio.

O Núcleo de Estudos do Suicídio (2008) aponta algumas medidas preventivas, entre as quais constam a criação de serviços de apoio e promoção da sua utilização, o aumento de conhecimento e consciencialização das pessoas para a problemática do suicídio. Pretende-se, desta forma, contribuir para uma maior acessibilidade aos cuidados de saúde, bem como para a redução do estigma da doença mental e, especificamente, em relação ao suicídio. No entanto, existem evidências que apontam a necessidade de ser prudente no que toca à prevenção do suicídio em adolescentes, dado que estas medidas podem ser muito delicadas, obrigando a que os programas de prevenção tenham que ser cuidadosamente elaborados (Kutcher e Chehil, 2007).

Garlow *et al.* (2008) reforçam que deve haver um maior investimento na divulgação eficaz acerca dos serviços de Saúde Mental e dos serviços disponíveis na comunidade – concretamente para os jovens com comportamentos suicidários.

A nível nacional defende-se que sejam delineadas, de forma sistemática, estratégias culturais e educativas que visem eliminar o estigma e a discriminação das pessoas com doença mental junto dos diferentes grupos populacionais, salientando-se a necessidade de intervir junto da população escolar (Plano Nacional de Saúde Mental, 2008). Para Penn e Couture (2002) e Corrigan (2004), pessoas mais informadas sobre as perturbações mentais e do comportamento são menos estigmatizantes. Além disso, o contacto com pessoas portadoras de perturbações mentais e do comportamento está associado à diminuição do estigma.

Tal como defende Corrigan (2004), e também Loureiro *et al.* (2008), perante os resultados obtidos num estudo sobre as crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais, conclui-se que medidas com intuito de promoção da Saúde Mental devem incidir no modo como a sociedade interage com os doentes mentais. E isso passará por: a) estratégias de *protest* (denúncia) conducentes à redução do estigma e discriminação; b) aumento da frequência de contacto com os doentes, desafiando representações socialmente construídas; c) planos educativos que procuram reformular os mitos sobre a

doença mental através da apresentação de interpretações alternativas.

Com populações-alvo diversificadas, existem inúmeras experiências de programas de prevenção da depressão e suicídio que têm como estratégias fulcrais de atuação o combate ao estigma da doença mental, a detecção precoce de sinais e sintomas da depressão e dos fatores de risco do suicídio. Mittendorfer-Rutz et al. (2008) reforçam esta informação, salientando a detecção precoce e tratamento da depressão como um importante fator de proteção.

O programa de prevenção de suicídio da Nova Zelândia 2006-2016 opta por um programa de treino e de educação que pretende promover a compreensão do suicídio e da depressão, além de alertar para os fatores de risco. O programa está focado na detecção precoce dos fatores de risco, implementação de estratégias e referenciação de pessoas na comunidade (*gatekeepers*). A inclusão de pessoas integradas na comunidade e com competências de comunicação é um objetivo importante deste programa. Estas pessoas estariam próximas e em contacto, sendo capazes de influenciar as pessoas / comunidade a procurar ajuda. Outra componente neste programa inclui a formação e treino na detecção de fatores de risco, sinais de depressão e a percepção de risco de suicídio.

Mann et al. (2005) referem que a formação de *gatekeepers* pode assumir-se como uma estratégia eficaz para a prevenção do suicídio. Neste contexto, o *gatekeeper* seria a pessoa com formação específica que estabeleceria o primeiro contacto com o potencial suicida, apoiando-o e encaminhando-o para tratamento (Paris, 2006). Stone et al. (2005) referem que a formação e o treino de *gatekeepers* capacitaria estes elementos para a identificação e referenciação de pessoas em risco de suicídio pela identificação de sinais de alarme e fatores de risco de suicídio.

Tsai et al. (2010) apresentam a experiência de um programa de formação e treino de *gatekeepers* com a duração de 90 minutos, direcionado a 76 voluntários da comunidade – denominado *Suicide Awareness Program*. Este programa tinha como objetivo aumentar o conhecimento acerca do suicídio e depressão, fatores de risco e sinais de alarme. Os resultados obtidos revelaram-se bastante positivos, uma vez que após a formação e treino os voluntários foram capazes de identificar com maior facilidade os sinais de alarme. Cerca de 80% dos formandos adquiriram estratégias para encaminhar e aconselhar a procura de ajuda médica.

King et al. (2006), num programa de prevenção que envolveu 1.019 alunos, incluíram a formação de *gatekeepers* dirigida a alunos. O programa deu enfoque à identificação precoce de sinais e à capacidade de ajudar e encaminhar os colegas em risco de suicídio. Os resultados obtidos realçam que os jovens que tiveram acesso à formação específica estavam mais aptos a identificar colegas em risco, mais confiantes e competentes para prestar ajuda. Os autores realçam que o contacto com familiares ou colegas com comportamentos suicidas confere maior confiança na ajuda aos colegas.

Façaanha et al. (2010); Erse et al. (2010); Santos et al. (2011); Simões et al. (2011) desenvolveram o projeto de prevenção do suicídio na escola «+Contigo», dirigido a adolescentes, profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários, professores e restante comunidade educativa, pais e encarregados de educação. No que se refere à

intervenção dirigida aos adolescentes em sala de aula, este programa coloca ênfase na promoção de habilidades sociais, promoção da autoestima, treino de resolução de problemas, promoção de comportamentos de procura de ajuda e no combate ao estigma da doença mental. Para os profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários e para as comunidades educativas são desenvolvidos cursos de formação com os objetivos de promover maior compreensão da fase de desenvolvimento «adolescência», maior compreensão do fenómeno suicídio, promoção da deteção precoce dos sinais e sintomas da depressão e dos fatores de risco de suicídio. Destes cursos de formação emergem *gatekeepers* em cada escola, responsáveis pela articulação entre a comunidade educativa e os serviços de saúde locais. Aos pais e encarregados de educação são dirigidas sessões de sensibilização e esclarecimento acerca dos objetivos e desenvolvimento do projeto «+ Contigo».

6.10 - CONTINUIDADE DE CUIDADOS

No que diz respeito ao encaminhamento de pessoas com comportamentos suicidários ou para-suicidários verificamos dificuldades e entraves vários. No estudo realizado por Santos (2000), a maioria dos para-suicidas (58%) são enviados para o domicílio sem indicação de acompanhamento pela Psiquiatria, apenas 32% são enviados para a consulta externa da especialidade e 10% são internados.

Garlow *et al.* (2008) descrevem que a grande maioria dos alunos com moderada, grave ou depressão severa (85%) ou ideação suicida (84%) não receberam qualquer tratamento psiquiátrico no momento da avaliação.

Steele e Doey (2007) referem que não há nenhuma evidência empírica de que o internamento ou o acompanhamento em hospital de dia são eficazes na redução das taxas de ideação suicida, de tentativas de suicídio ou de suicídio consumado entre os adolescentes. Simultaneamente, os autores referem que a evidência da efetividade das terapias para evitar a recorrência também é muito fraca.

Nas *guidelines* defendidas pela Nova Zelândia (ZNGG, 2003), a gestão de caso em ambulatório pode ser realizada proporcionando aos indivíduos com comportamento da esfera suicidária a utilização de «*Green Cards*» com acesso a uma equipa de crise disponível durante 24 horas. Ainda segundo estes autores, a decisão de internamento deve ser tomada quando os indivíduos com comportamento da esfera suicidária:

- Apresentam repetição de comportamento;
- Necessitam de tratamento médico devido ao comportamento adotado;
- Necessitam de gestão psiquiátrica intensiva;
- Renunciam ao estabelecimento de uma aliança de tratamento e intervenção, mantendo ideação suicida.

Sempre que, mediante a avaliação, se constate a presença de ideação suicida, intenção ou tenha ocorrido uma tentativa de suicídio ou comportamento da esfera suicidária, o

indivíduo deve ser encaminhado para serviços de Saúde Mental ou deve ser feita a referência para estes serviços a partir do serviço de urgência (ZNGG, 2003).

Estes autores defendem ainda que ao realizar uma avaliação do risco de suicídio, o enfermeiro deve estar sempre atento à presença de doença mental concomitante, particularmente os seguintes diagnósticos – que estão associados com risco aumentado:

- Depressão *major* – fatores de risco agudo: anedonia grave, insônia, ansiedade, abuso de substâncias;
- Abuso de substâncias – fatores de risco agudo: diagnóstico de depressão, perda ou rutura interpessoal recente;
- Esquizofrenia – fatores de risco agudo: idade <40 anos, cronicidade da doença com frequentes exacerbações, consciência de deterioração e mau prognóstico;
- Transtorno da personalidade *borderline* e transtorno da personalidade antissocial – fatores de risco agudo: comorbilidade, particularmente depressão.

Relativamente ao acompanhamento após a alta do serviço de urgência, Steele e Doey (2007) defendem que é importante garantir o apoio familiar imediato, assim como a marcação de consulta de acompanhamento ao nível dos Cuidados de Saúde Primários e marcação de consulta com profissional de Saúde Mental no prazo de sete a 10 dias. Estes autores defendem que a garantia de sucesso da continuidade de cuidados pode passar por disponibilizar um número de telefone para onde o utente e familiares poderão ligar para organizar o *follow-up* ou esclarecer eventuais dúvidas. Sugerem que devem ser recolhidos os números de contato dos familiares, para que na ausência de comunicação para agendamento do *follow-up*, a equipa de saúde possa iniciar esse contato junto de um familiar.

Segundo a maioria dos autores consultados, os adolescentes com comportamentos da esfera suicidária geralmente têm baixas taxas de adesão ao tratamento em ambulatório, encontrando-se, por isso, elevadas taxas de abandono. Nesse sentido, entende-se que os profissionais dos serviços de urgência desempenham um papel fundamental, não só para a realização de avaliações de emergência adequadas a adolescentes suicidas, mas também para melhorar o cumprimento na continuidade de cuidados.

Cais (2011) desenvolveu um estudo acerca do acompanhamento de indivíduos que tentaram o suicídio no município de São Paulo, em que se procedeu à monitorização, colheita de dados e ao envolvimento ativo para acompanhamento. No âmbito do estudo foi também realizada formação das equipas de saúde, recorrendo a cursos teóricos e supervisão clínica.

A formação em prevenção de suicídio (6 horas) tinha como objetivos capacitar as equipas de saúde de mais informação e conhecimentos, mas sobretudo promover uma mudança de atitude dos profissionais de saúde em relação aos indivíduos com comportamento suicida. Com a aplicação no início, no final e seis meses após a formação do questionário intitulado «Atitude Frente ao Comportamento Suicida» verificou-se que ocorreram mudanças favoráveis na atitude dos enfermeiros e que as mudanças se man-

tiveram presentes ao longo do tempo. Pelos resultados obtidos pode concluir-se que os principais ganhos foram uma melhor articulação entre os serviços e entre profissionais de saúde, não existindo, no entanto, dados que permitam avaliar a efetividade em termos da redução das taxas populacionais de suicídio. Puderam ainda concluir que entre os 75 utentes monitorizados não houve nenhum suicídio ou nova tentativa de suicídio durante o acompanhamento.

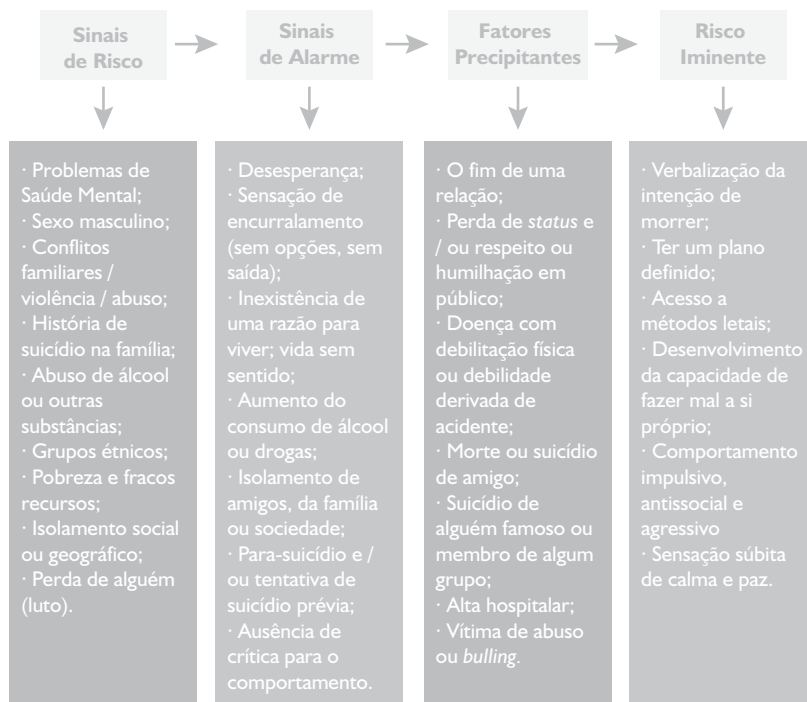
6.11 - REFLEXÕES FINAIS

Podemos concluir sintetizando algumas ideias-chave:

- É fundamental a criação de serviços hospitalares e comunitários dirigidos a pessoas com comportamentos da esfera suicidária;
- A avaliação nos serviços de urgência exige profissionais de saúde treinados para fazer avaliações biopsicossociais das pessoas com comportamentos da esfera suicidária e seus círculos sociais;
- Fatores de risco e de proteção devem ser fortemente considerados;
- Se não for possível estabelecer uma aliança terapêutica com a pessoa com comportamento da esfera suicidária e estiver diagnosticada uma psicose, o internamento compulsivo deve ser tido em consideração;
- Práticas defensivas como a gestão de um ambiente seguro não são suficientes para a resolução da crise suicidária;
- Contratos não-suicídio não garantem condições de segurança para a não concretização do comportamento;
- O apoio da família deve ser uma constante no tratamento, existindo evidências do seu contributo na adesão e no sucesso do tratamento;
- A promoção da esperança parece ser uma estratégia importante para combater a desesperança e a ideação suicida;
- A terapia dialético-comportamental é útil (evidência Categoria I-A) e a terapia cognitivo-comportamental tem sido útil para a ideação suicida, assim como para o humor deprimido, aumentando a eficácia quando associada a terapêutica com antidepressivos (evidência Categoria I-A). A terapia interpessoal é útil para adolescentes com perturbação depressiva, mas ainda não foi demonstrado o seu benefício relativamente à ideação suicida ou à adoção de comportamento suicida.
- Existem poucas evidências acerca dos benefícios da terapia familiar na redução da ideação suicida em adolescentes sem perturbação depressiva maior.
- Em Portugal, os adolescentes merecem atenção especial para a prevenção

de comportamentos para-suicidários, enquanto que os idosos são um grupo de risco para o suicídio consumado.

Quadro nº 10 - Fatores de Risco, Sinais de Alarme, Fatores Precipitantes e Risco Iminente



Fonte: Adaptado de Bycroft (2010)

7. RECOMENDAÇÕES PARA A FORMAÇÃO

A formação dos enfermeiros deve contemplar conteúdos curriculares diversos que contribuam no desenvolvimento e mobilização de competências pessoais, científicas, técnicas e relacionais que nutram de qualidade e excelência o desempenho profissional. Neste sentido, apresentamos as seguintes recomendações:

1. A formação dos enfermeiros ao longo da formação pós-graduada deve incidir em conteúdos técnico-sociais, incluindo conteúdos acerca de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária.

Exemplos de boas práticas na formação de enfermeiros poderão ser ações / cursos de formação nas seguintes áreas:

- Comunicação pessoal e interpessoal;
- Intervenção em crise;
- Situações legais e proteção de dados pessoais;
- Segurança dos cuidados de Enfermagem;
- Trabalho em equipa;
- Instrumentos de avaliação;
- Gestão de casos clínicos;
- Emergência psiquiátrica em pré-hospitalar;
- Como lidar com a morte;
- Como comunicar más notícias.

2. As instituições com responsabilidade na formação graduada e pós-graduada de enfermeiros devem incluir no plano curricular conteúdos sobre depressão e suicídio.

A inclusão das problemáticas de Saúde Mental faz cada vez mais sentido nos planos curriculares da formação dos enfermeiros, em especial ao nível das formações gerais e não especializadas. Essa necessidade é ainda mais premente na formação de enfermeiros fora dos contextos de Saúde Mental e Psiquiatria já que esse é muitas vezes o único ponto de contacto dos clientes com o sistema de saúde.

Conteúdos como técnicas de psicoeducação, de avaliação psicossocial de clientes com depressão e com comportamentos da esfera suicidária, metodologias de supervisão clínica (*mentoring*) e de formação que fomentem a reflexão sobre atitudes, valores, crenças pessoais e espirituais permitiriam o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais dos enfermeiros, tornando-os mais sensíveis aos problemas de Saúde Mental e mais preparados para responder às necessidades destes clientes.

Ao nível da formação avançada propõe-se o ensino e treino de técnicas de aconselhamento e intervenções psicoterapêuticas em crise no indivíduo, família e comunidade.

8. RECOMENDAÇÕES PARA AS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Salientamos as seguintes recomendações para as instituições de saúde no que concerne à assistência ao utente com depressão e / ou comportamentos suicidários:

1. As instituições devem possuir instalações que garantam a privacidade e a segurança.

As entidades prestadoras de cuidados de Saúde Mental que admitem clientes com comportamentos suicidários devem oferecer instalações seguras ao nível:

- Dos bens de utilização comum: camas, mesas, cadeiras, chuveiros, suportes, etc.;
- Da organização do espaço: portas e janelas inquebráveis e não bloqueáveis, áreas de segurança de medicamentos e produtos químicos, sistemas de comunicação funcionais (RNAO, 2009);
- E do acesso ao exterior em caso de emergência.

2. As instituições devem possuir um rácio de enfermeiros que permita a segurança dos cuidados de Enfermagem e que se traduza:

- No acesso a apoio de emergência que permita a adaptação rápida da dotação de enfermeiros;
- Em cuidados de Enfermagem culturalmente sensíveis (RCP, 2006);
- Na existência de boas práticas documentadas na abordagem e intervenção a clientes deprimidos e com comportamento suicidário;
- Num sistema eficaz de registo de incidentes críticos;
- Numa base ética para a tomada de decisão em gestão clínica de Enfermagem.

3. As instituições devem aprovar e implementar guias de boas práticas de Enfermagem para os indivíduos com sintomatologia depressiva e / ou comportamentos suicidários, o que envolve a:

- Implicação de todas as pessoas / estruturas necessárias à implementação;
- Responsabilização pela implementação do processo;
- Definição de estratégias para a sustentabilidade;
- Alocação de recursos para a implementação;
- Revisão periódica das boas práticas (Hawton et al., 2006; RNAO, 2009).

9. RECOMENDAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO

A depressão e o suicídio são entendidos como problemas de Saúde Pública com importantes repercussões a nível individual, familiar, social e económico, entre outros. Implicam, por isso, um crescente investimento na compreensão destes problemas, pelo que salientamos a seguinte recomendação:

1. A efetividade das intervenções de Enfermagem é uma prioridade no estudo da sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária.

A uma visão global devem corresponder planos nacionais e atuações locais (IASP, 2008). A escassez de evidência de nível I remete-nos para a urgência e necessidade de incrementar, apoiar, dinamizar a investigação nesta área do conhecimento.

Tendo em conta a realidade nacional, as áreas de investigação recomendadas incluem: as funções e contributos dos enfermeiros na redução do risco e prevenção de comportamentos suicidários; instrumentos de avaliação de risco e de intervenção; estratégias para melhoria das práticas nos contextos de internamento e comunitários (RNAO, 2009; Santos, 2010), e, principalmente, dar prioridade ao estudo da efetividade das intervenções realizadas por enfermeiros de Saúde Mental (Santos e Amaral, 2011).

10. ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DESTE GOBP

Para a implementação do presente guia será importante a consciencialização dos responsáveis institucionais para a importância da prevenção de comportamentos da esfera suicidária, bem como a formação de enfermeiros, particularmente enfermeiros que lidem com utentes com sintomatologia depressiva e / ou comportamentos da esfera suicidária.

11. PROCESSO DE ATUALIZAÇÃO

O presente guia será atualizado sempre que a evidência científica o justificar através da produção de novos conhecimentos. Apesar disso, uma revisão / atualização sistemática no prazo de três anos contribuirá para a sua atualidade.

12. INSTRUMENTOS ÚTEIS PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

Questionário de ideação suicida

Ferreira, J., e Castela, M. (1999). Questionário de ideação suicida (Q.I.S.). In M. Simões, M. Gonçalves e L. Almeida (Eds.). *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp.123-130). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.

Escala sobre a felicidade

Oliveira, J.B. (2001). Felicidade, natureza e avaliação (proposta de uma nova escala). *Psicologia, Educação e Cultura*, 5 (2), 289-318.

Reasons for Living Inventory (em processo de validação para Portugal).

Inventário depressivo de Beck

Vaz Serra, A.; Abreu, J. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos: I. – Ensaio de aplicação do «Inventário depressivo de Beck» a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, XX, 623-644.

Inventário de Saúde Mental

Pais-Ribeiro, J. (2001). Mental Health Inventory: um estudo de adaptação. *Psicologia: Saúde e Doenças*, 2 (2), 77-99.

Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE)

Vaz Serra, A. (1995). IACLIDE (Inventário de avaliação clínica da depressão). In: L. Almeida, M. Simões, e M. Gonçalves (Eds.). *Provas psicológicas em Portugal* (pp. 181-191). Braga: APPORT.

Mini Mental State Examination (MMSE)

Folstein, M.; Folstein, S.; McHugh, P. (1975). «Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician». *Journal of Psychiatric Research*, 12 (3): 189-198. Validado para Portugal por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas e Garcia, 1993).

Questionário de Saúde Geral (QSG-28)

Pais-Ribeiro, J.; Antunes, S. (2003). Contribuição para o estudo de adaptação do Questionário de Saúde Geral de 28 itens (General Health Questionnaire-CHQ28). *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5 (1), 37-45.

Escala Toulousiana de Coping (Esparbés et al., 1993)

Tap, P.; Costa, E.; Alves, M. (2004). Escala Toulousiana de Coping (ETC): estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6 (1), 47-56.

Inventário de Depressão de Beck para adolescentes (Beck e Steer, 1987)

Martins, A. (2000). As Manifestações Clínicas da Depressão na Adolescência. Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Escala de autoconceito de Piers (Piers-Harris Children's Self-Concept Scale 2, Piers e Hertzberg, 2002)

Veiga, F. (2006). Uma nova versão da escala de autoconceito: Piers-Harris Children's Self-concept Scale (PHCSCS-2). Póster apresentado na XI Conferência Internacional «Avaliação Psicológica: Formas e contextos». Braga: Universidade do Minho.

13. GLOSSÁRIO DE TERMOS

AValiação DO INDIVÍDUO EM RISCO E INTERVENÇÕES

13.1 - DADOS DE AVALIAÇÃO INICIAL

| TERMO | DESCRIÇÃO DO CONCEITO | FONTE |
|--|---|------------------|
| Risco de Comportamento Autoagressivo: 1 – Automutilação 2 – Comportamento Autodestrutivo 3 – Comportamento Agressivo 4 – Mutilação | 1 – Comportamento autodestrutivo: execução de agressões autoinfligidas mas não letais, que produzem lesão dos tecidos, tais como cortes e queimaduras, com o objetivo de se agredir ou de aliviar a ansiedade. 2 – Comportamento comprometido: desempenhar atividades autoiniciadas com o objetivo de se agredir ou lesionar, violência orientada contra si próprio. 3 – Comportamento comprometido: ação ou atitude enérgica de autoassertividade imposta a outro, expressa física, verbal ou simbolicamente. 4 – Comportamento agressivo: Destruição de partes do corpo, lesão ou agressão do corpo, associada ao corte de um membro, queimadura da pele ou órgãos, associado a atos espontâneos, tortura deliberada ou planejada, ou como parte de hábitos culturais ou crenças religiosas. | CIPE® Versão2 |
| Comportamentos Suicidários: 1 – Suicídio 2 – Tentativa de Suicídio | 1 – Comportamento autodestrutivo: execução de atividades suicidas que levam à própria morte. 2 – Comportamento autodestrutivo: tentar acabar com a própria vida. | CIPE® Versão2 |
| Para-suicídio | Ato não fatal, na sequência de um comportamento involuntário, protagonizado por um indivíduo sem a intervenção de outrem, que provoca autolesão ou ingere uma substância em sobredosagem para além do prescrito ou da dose reconhecida como terapêutica, e que visa mudanças desejadas pelo indivíduo, quer através desse ato quer através de eventuais consequências físicas. | CID 10 |
| Ansiedade | Emoção negativa: sentimentos de ameaça, perigo ou angústia. | CIPE® Versão2 |
| Agressividade: 1-Comportamento Agressivo | 1-Comportamento interativo com as características específicas: ação ou atitude energética de autoassertividade imposta a outro, violenta, expressa física, verbal ou simbolicamente, originada por impulsos inatos ou ocorrendo como mecanismo defensivo, manifestado pelos atos construtivos, ou destrutivos, dirigidos para si próprio ou contra outros. | CIPE® Versão1 |

| | | |
|---|--|-------------------|
| Autoestima | Autoimagem com as características específicas: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de autoaceitação e de autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva. | CIPE® Versão 1 |
| Abuso de Substâncias | Comportamento comprometido: uso inadequado de substância quimicamente ativa para um efeito não terapêutico, que poderá ser nocivo para a saúde e causar adição. | CIPE® Versão 2 |
| Bem-estar | Saúde: imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrada por tranquilidade consigo próprio e abertura para as outras pessoas ou satisfação com a independência. | CIPE® Versão 2 |
| Comportamento | Processo intencional: ações. | CIPE® Versão 2 |
| Stresse | <i>Status</i> comprometido: sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto associado a experiências desagradáveis, associado à dor, sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo. | CIPE® Versão 2 |
| Trauma: Físico, Emocional, Sexual: 1 – Trauma 2 – Processo Patológico | 1 – Processo patológico. 2 – Processo comprometido: doença. | CIPE® Versão 2 |
| Luto | Emoção: sentimentos de pena associados a perda ou morte significativa, antecipatória ou real; choque e descrença (fase de choque); exaustão, cansaço extremo e letargia, angústia mental, reações de perda e pranto, chorar ou soluçar, alarme, descrença, raiva, negação (fase de reação); ajuste, aceitação, reorientação, expressão de sentimentos de perda, aceitação da realidade da perda, ausência de stresse somático, expressão de expectativas sobre futuro (fase de aceitação). | CIPE® Versão 2 |
| Depressão | Emoção negativa: sentimentos de tristeza a melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insônia. | CIPE® Versão 2 |

| | | |
|---------------------------------------|--|-------------------|
| Desamparo | Emoção negativa: sentimentos de incapacidade para tomar o controlo ou agir independentemente, ficar indefeso; acompanhado por <i>coping</i> incapacitante ou abandono aprendido, submissão às autoridades, por exemplo, a dos prestadores de cuidados, associada ao comportamento do papel de doente. | CIPE® Versão 2 |
| Desespero | Emoção negativa: sentimentos de profunda falta de esperança, desencorajamento, demérito ou vazio. | CIPE® Versão 2 |
| Desolação | Status comprometido: sentimentos de ser abandonado, com desespero, comportamento deprimido ou angustiado e expressão ou falta de esperança. | CIPE® Versão 2 |
| Suporte Social I – Processo Social | I - Processo com as características específicas: processo segundo o qual os indivíduos aprendem a viver de acordo com as expectativas e os padrões de um grupo ou de sociedade; adquirir crenças, hábitos, valores e aceitar estilos de comportamento através da imitação, interação familiar e sistemas educacionais; procedimentos segundo os quais a sociedade integra os indivíduos. | CIPE® Versão 1 |
| Papel de Apoio Social I – Papel | I – Característica: interagir de acordo com um grupo conjunto implícito ou explícito de expectativas, regras e normas de comportamento esperadas por terceiros. | CIPE® Versão 2 |
| Tristeza | Emoção negativa: sentimentos de desalento e de melancolia associados com falta de energia. | CIPE® Versão 2 |
| Potencial de Risco | Fenómeno: possibilidade de perda ou problema, problema que é esperado com uma certa probabilidade, potencial para um estado negativo. | CIPE® Versão 2 |
| Impulsividade I – Impulso | Volição: Força acionadora, urgência, força motivadora. | CIPE® Versão 2 |
| Personalidade | Identidade pessoal: conjunto de traços comportamentais e atitudes pelo qual cada um é reconhecido como uma pessoa individual e distinta, uno em substância, natureza e qualidade ao longo do tempo. | CIPE® Versão 2 |

13.2 - NECESSIDADES DO CLIENTE (Avaliação Clínica)

| TERMO | DESCRIÇÃO DO CONCEITO | FONTE |
|---|--|------------------|
| Aconselhamento 1 - Aconselhar | 1 - Orientar: capacitar alguém para tomar a sua própria decisão, através do diálogo. | CIPE® Versão2 |
| Alimentação / Alimentar: 1 - Ingestão Nutricional 2 - <i>Status</i> Nutricional | Realizar: dar comida ou bebida a alguém. 1 - <i>Status</i> Nutricional: quantidade e qualidade de nutrientes ou alimentos introduzidos no corpo. 2 - <i>Status</i> : peso e massa corporal em relação com a ingestão de alimentos e nutrientes específicos estimados de acordo com a altura, estrutura corporal e idade. | CIPE® Versão2 |
| Autocuidado | Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária. | CIPE® Versão2 |
| Autoperceção: 1 - Cognição 2 - Percepção | 1 - Processo psicológico: processo intelectual que envolve todos os aspetos da percepção, pensamento, raciocínio e memória. 2 - Processo do sistema nervoso: registo mental consciente de estímulos sensoriais; ter noção de objetos ou outros dados através dos sentidos. | CIPE® Versão2 |
| Atividades de Vida Diária 1 - Estimular | 1 - Executar: incitar ou despertar alguma coisa. | CIPE® Versão2 |
| Higiene: Capacidade para Cuidar da Higiene Pessoal | Capacidade: ter o cuidado de manter o corpo limpo e bem arranjado | CIPE® Versão2 |
| Dor e Conforto: 1 - Dor 2 - Conforto | 1 - Percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite. 2 - <i>Status</i> : sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal. | CIPE® Versão2 |

| | | |
|---|---|------------------|
| Estratégias de <i>Coping</i> 1 - <i>Coping</i> | 1 - Atitude: gerir o stresse e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico. | CIPE® Versão2 |
| Comportamento de Procura de Saúde | Comportamento: forma previsível de identificar, usar, gerir e assegurar recursos de cuidados de saúde, expectativas relacionadas com formas aceitáveis de requerer e conseguir assistência a outros. | CIPE® Versão2 |
| Informação: 1 - Ensinar 2 - Explicar | 1 - Informar: dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde. 2 - Informar: tornar alguma coisa compreensível ou clara para alguém. | CIPE® Versão2 |
| Insónia | Sono comprometido: incapacidade crónica de dormir ou de se manter a dormir a noite toda ou durante os períodos de sono planeados, apesar do planeamento confortável num ambiente agradável; espertina, falta de sono; frequentemente associada a fatores psicológicos ou físicos como o stresse emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, perturbação da função cerebral e abuso de drogas. | CIPE® Versão2 |
| Sono | Repouso: redução recorrente da atividade corporal marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, atividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos. | CIPE® Versão2 |
| Sesta | Padrão de sono: sono curto ou superficial ou «passar pelas brasas» que pode ir de poucos minutos a 1-2 horas, consoante a idade. | CIPE® Versão2 |
| Factores de Protecção: 1 - Resistência 2 - Volição 3 - Dar Poder | 1 - <i>Status</i> : disposição para manter, concentrar e restaurar energia ao longo do tempo e para sustentar um esforço prolongado. 2 - Atitude: escolha consciente, ato de escolher para o bem-estar próprio. 3 - Promover: permitir às pessoas realizarem a sua capacidade para influenciar a própria saúde. | CIPE® Versão2 |

| | | |
|--|---|------------------|
| Medicação I - Adesão | I - <i>Status</i> : ação autoiniciada para promoção de bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente). | CIPE® Versão2 |
| Suporte Financeiro e habitação I - Rendimento | I - <i>Status</i> : assumir o valor do dinheiro como recurso programado para a manutenção doméstica; recursos financeiros previsíveis para manter uma casa durante um período de tempo, como uma semana, mês ou ano; dinheiro que se recebe periodicamente pelo trabalho ou prestação de serviços, como meio de assegurar estabilidade, segurança e satisfação das necessidades básicas. | CIPE® Versão2 |
| Segurança I - Medidas de Segurança | I - <i>Proteger</i> : desempenhar atividades no sentido de prevenir e evitar acidentes ou perigos especificamente conhecidos por provocarem lesão e prejuízo; desempenhar atividades. | CIPE® Versão2 |
| Transporte I - Transportar | I - <i>Executar</i> : carregar ou mover de um lugar para outro. | CIPE® Versão2 |

13.3 - INTERVENÇÕES

| TERMO | DESCRIÇÃO DO CONCEITO | FONTE |
|--|--|-----------------------------|
| <p>Escutar - Comunicação Interpessoal:</p> <p>1 - Escutar</p> <p>2 - Comunicação</p> | <p>1 - Comunicação: fazer o esforço de ouvir o outro, ouvir atentamente o que os outros dizem, prestar atenção e responder a outros.</p> <p>2 - Comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados.</p> | <p>CIPE® Versão2</p> |
| Empatia | «A empatia é o processo pelo qual uma pessoa é capaz, de um modo imaginário, de se colocar no papel e na situação de uma outra pessoa a fim de perceber os sentimentos / pontos de vista, atitudes e tendências próprias do outro, numa dada situação». | <p>Chalifour (2008)</p> |
| <p>Encarar de Forma Séria</p> <p>1 - Envolver</p> | 1 - Comportamento interativo: ação de empenhamento e demonstração de interesse para com outros indivíduos e vontade de ajudar outros. | <p>CIPE® Versão2</p> |
| <p>Implementar Terapia de Validação</p> <p>1 - Implementar</p> | 1 - Gerir: usar o conhecimento e capacidades para colocar em prática o planeado. | <p>CIPE® Versão2</p> |
| <p>Segurança / Fatores de segurança</p> <p>1 - Medidas de Segurança</p> | 1 - Proteger: desempenhar atividades no sentido de prevenir e evitar acidentes ou perigos especificamente conhecidos por provocarem lesão e prejuízo; desempenhar atividades. | <p>CIPE® Versão2</p> |
| Observar | Determinar: prestar atenção e olhar cuidadosamente alguém ou alguma coisa. | <p>CIPE® Versão2</p> |
| <p>Mobilizar Recursos e Apoios</p> <p>1 - Colaborar</p> | 1 - Relacionar: trabalhar em conjunto com uma ou mais pessoas. | <p>CIPE® Versão2</p> |
| <p>Relação Terapêutica</p> <p>1 - Relacionar</p> | 1 - Atender: estabelecer ou manter ligações com um ou mais indivíduos, interagir. | <p>CIPE® Versão2</p> |
| <p>Relação de Ajuda</p> <p>1 - Comportamento de Procura de Saúde</p> | 1 - Comportamento: forma previsível de identificar, usar, gerir e assegurar recursos de cuidados de saúde, expectativas relacionadas com formas aceitáveis de requerer e conseguir assistência de outros. | <p>CIPE® Versão2</p> |

| | | |
|---|---|--------------------------|
| <p>Incutir Esperança:</p> <p>1 - Induzir</p> <p>2 - Esperança</p> | <p>1 - Promover: ajudar a concretizar alguma coisa.</p> <p>2 - Emoção: sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia.</p> | <p>CIPE® Versão2</p> |
| <p>Apoio dos Serviços de Saúde Mental:</p> <p>1 - Papel</p> <p>2 - Política de Saúde</p> <p>3 - Saúde Comunitária</p> | <p>1 - Característica: interagir de acordo com um conjunto implícito ou explícito de expectativas, regras e normas de comportamento esperadas por terceiros.</p> <p>2 - Política: ampla e documentada declaração, que define as linhas de orientação que governam a tomada de decisão na prestação dos serviços de saúde.</p> <p>3 - Saúde: níveis relativos de saúde e doença na comunidade.</p> | <p>CIPE® Versão2</p> |
| <p>Família</p> | <p>Grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes.</p> | <p>CIPE® Versão2</p> |
| <p>Providenciar</p> | <p>Distribuir: aprontar alguma coisa para alguém.</p> | <p>CIPE® Versão2</p> |
| <p>Trabalho em Equipe:</p> <p>1 - Papel do Prestador de Cuidados</p> <p>2 - Papel Profissional</p> | <p>1 - Papel do indivíduo: interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém; interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de um prestador de cuidados; expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores; sobretudo relativamente a cuidar de um membro da família dependente.</p> <p>2 - Papel processual: interagir de acordo com as responsabilidades dos deveres profissionais; comportamentos esperados em conformidade com os requisitos profissionais; interiorizar a expectativa mantida pelos empregados e empregadores, colegas, organizações e sociedade relativamente ao comportamento apropriado ou inapropriado do papel profissional.</p> | <p>CIPE® Versão2</p> |

| | | |
|--|---|------------------|
| 3 - Serviço de Saúde | 3 - Serviço: provisão de instituições, como hospitais e centros de saúde, bem como pessoas qualificadas para assumir as tarefas de prevenir e tratar a doença, promover e manter a saúde. | |
| Serviços Comunitários e de Apoio Familiar I - Serviço | I - Conjunto de atos: disponibilidade, atribuição e distribuição de sistemas que correspondem a uma necessidade pública e a benefícios comuns para as pessoas. | CIPE® Versão2 |
| Reforçar | Apoiar: fortalecer alguma coisa ou alguém. | CIPE® Versão2 |
| Registos de Evolução I - Registar | I - Descrever: formular uma evidência ou informação que constitui o testemunho do que ocorreu ou foi dito. | CIPE® Versão2 |
| Monitorização e <i>Follow-up</i> I - Monitorizar | I - Determinar: escrutinar em ocasiões repetidas ou regulares, alguém ou alguma coisa. | CIPE® Versão2 |

13.4 - AVALIAR RESULTADOS ESPERADOS

| TERMO | DESCRIÇÃO DO CONCEITO | FONTE |
|------------------------------|--|------------------|
| 1 - Avaliar 2 - Resultado | <p>1 - Avaliar: estimar a dimensão, qualidade ou significado de alguma coisa.</p> <p>- Determinar: processo contínuo de medir o progresso ou extensão em que os objetivos estabelecidos foram atingidos.</p> <p>2 – Artefacto: consequência ou efeito de algo, facto obtido.</p> | CIPE® Versão2 |
| Conhecimento Sobre a Saúde | <i>Status</i> de conhecimento: estar ciente dos problemas de saúde comuns, práticas saudáveis e serviços de saúde disponíveis, capacidade de reconhecer sinais e sintomas de doença e de partilhar a informação com pessoas que são importantes para o cliente. | CIPE® Versão2 |
| Validar | Observar: estabelecer a exatidão, qualidade ou condição de alguma coisa. | CIPE® Versão2 |

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, K. [et al.] – **Comportamento Suicida: factores de risco e intervenções preventivas**. Revista Eletrônica de Enfermagem [Em linha]. Vol. 12, nº 9 (2010), p. 195-200. [Consult. 2 mai. 2011]. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a24.htm>.

AGREE (2001) – **Collaboration: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument**. [Em linha]. [Consult. 3 Jan. 2012]. Disponível em <http://www.agreecollaboration.org>.

ALARCÃO, M. (2000) – **(Des) Equilíbrios Familiares**. Coimbra: Quarteto Editora.

ALEXANDER, M. [et al.] – **Coping with thoughts of suicide: techniques used by consumers of mental health services**. Psychiatric Service [Em linha]. Vol. 60, nº9 (2009), p. 1214-1221. [Consult. 10 out. 2010]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19723736>.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2003) – **Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors**. [Em linha]. [Consult. 10 out. 2010]. Disponível em http://www.med.umich.edu/depression/suicide_assessment/apa20suicide%20guidelines.pdf.

ANDERSEN, U. [et al.] (2000) – **Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions**. Acta Psychiatrica Scandinavia. Vol. 102, p. 126-134.

ANDERSON, M.; STANDEN, P. (2007) – **Attitudes towards suicide among nurses and doctors working with children and young people who self-harm**. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. Vol. 14, nº 5, p. 470-477.

ARAÚJO, L.; VIEIRA, K.; COUTINHO, M. (2010) – **Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio**. Psico-USF. Vol. 15, nº1, p. 47-57.

ARUN, P.; CHAVAN, B. (2009) – **Stress and suicidal ideas in adolescent students in Chandigarh**. Indian Journal of Medical Science. Vol. 63, nº 7, p. 281-287.

ASELTINE, R.; DE MARTINO, R. (2004) – **An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program**. American Journal of Public Health. Vol. 94, p. 446-451.

BAGGIO, L.; PALAZZO, L.; AERTS, D. (2009) – **Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e factores associados**. Cadernos de Saúde Pública. Vol. 25, nº1, p. 142-150.

BAHLS, S. (2002) – **Epidemiologia de sintomas depressivos em adolescentes de uma escola pública em Curitiba**. Revista Brasileira de Psiquiatria. Vol. 24, nº 2, p. 63-67.

BATISTA, C. – **Expectativas e opinião de adolescentes sobre o Processo Terapêutico**. Lisboa: Universidade de Lisboa, Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, 2010. Dissertação de Mestrado integrado em Psicologia.

BEAUTRAIS, A. – **Suicide in New Zealand I: Time trends and epidemiology**. New Zealand Medical Journal [Em linha]. Vol. 116, nº 1175 (2003). [Consult. 2 Mai. 2011]. Disponível em <http://www.nzma.org.nz/journal/116-1175/1460/>.

BECK, A. [et al.] (1985) – **Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation**. American Journal of Psychiatry. Nº 142, p. 559-563.

BERTOLETE, J.; FLEISCHMANN, A. (2002) – **A global perspective in the epidemiology of suicide**. Suicidologi. Vol. 7, nº 2, p. 6-8.

BERTOLETE, J.; FLEISCHMANN, A.; DE LEO, D. & WASSERMAN, D. (2004) – **Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence**. Crisis. Vol. 25, nº 4, p. 147-155.

BORGES, V. – **Ideação Suicida na Adolescência**. Porto Alegre: Faculdade de Psicologia da Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2004. Dissertação de Mestrado.

BORGES, V.; WERLANG, B. (2006) – **Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos**. Estudos de Psicologia. Vol. 11, nº 3, p. 345-351.

BORGES, V.; WERLANG, B.; COPATTI, M. (2008) – **Ideação suicida em adolescentes dos 13 aos 17 anos**. Barbarói [Em linha]. Vol. 28, p. 109-123. [Consult. 2 Mai. 2011]. Disponível em <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/index>.

BOTEGA, N. [et al.] (2005) – **Nursing personnel attitudes towards suicide: the**

development of a measure scale. Revista Brasileira de Psiquiatria. Vol. 27, nº 4, p. 315-318.

BOTEGA, N. (2006) – **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência.** 2ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora.

BOTEGA, N.; FURLANETO, L.; FRÁGOAS, J. (2006) – Depressão. In BOTEGA, N. - **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência.** 2ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora. p. 225-246.

BRENT, D. (1993) – **Depression and suicide in children and adolescents.** Pediatrics in Review. Vol. 14, nº 10, p. 380-388.

BROOKS-GUNN, J.; PETERSEN, A. (1991) – **Studying the Emergence of Depression And Depressive Symptoms During Adolescence.** Journal of Youth and Adolescence. Vol. 2, nº 20, p. 115-119.

BYCROFT, P. (2010) – **Perspectives on suicide and suicide prevention.** National Mental Health Summit: University of Sunshine Coast.

BYFORD, S. [et al.] (2003) – **Cost-effectiveness of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: a decision-making approach.** Psychological Medicine. Vol. 33, nº 6, p. 977-986.

CAIS, C. (2011) – **Prevenção do Suicídio: Estratégias de abordagem aplicadas no município de Campinas.** Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2011. Tese de Doutorado.

CAMPBELL, F. [et al.] (2004) – **An Active Postvention Program.** Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. Vol. 25, nº 1, p. 30-32.

CARLTON, P.; DEANE, F. (2000) – **Impact of attitudes and suicidal ideation on adolescents' intentions to seek professional psychological help.** Journal of Adolescence. Vol. 23, p. 35-45.

CASSORLA, R. (1987) – **Comportamentos suicidas na infância e adolescência.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Vol. 36, p. 137-144.

CHALIFOUR, J. (2008) – **A Intervenção Terapêutica. Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda.** Loures: Lusodidacta.

CHENG, I. [et al.] (2009) – **Inpatient suicide in a general hospital.** General Hospital Psychiatry. Vol. 31, p. 110-115.

CHEN, P. [et al.] (2009) – **Project Safety Net: CSU Final Report.** [Em linha]. [Consult. 10 out. 2010]. Disponível em http://www.cdphs.state.co.us/pp/suicide/2009.12.07.CSU_PSN_Final_Report_09_29.pdf.

CHENG, J. [et al.] (2010) – **Lifetime suicidal ideation and suicide attempts in Asian Americans.** Asian American Journal of Psychology. Vol. 1, nº 1, p. 18-30.

CHRISTIANSEN, E.; JENSEN, B. (2007) – **Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis.** Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. Vol. 41, nº 3, p. 257-65.

CLARKE, D. (2003) – **Faith and Hope.** Australasian Psychiatry. Vol. 11, nº 2, p. 164-168.

CLAUDINO, J.; CORDEIRO, R.; ARRIAGA, M. (2006) – **Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos. Um estudo realizado junto de adolescentes pré-universitários.** Revista do IPB, Millenium. nº 32, p. 185-196.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – CIPE®. (2006) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.** Versão 1. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – CIPE®. (2011) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.** Versão 2. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

CORREIA, T. (2008) – **Expectativas dos adolescentes em relação aos professores e profissionais de saúde na área da sexualidade.** Revista Sinais Vitais. Nº 40, p. 42-48.

CORRIGAN, P. (2004) – **How stigma interferes with mental health care.** American Psychologist. Vol. 59, nº 7, p. 614-625.

CRAWFORD, M.; WESSELY, S. (1998) – **Does initial management affect the rate of repetition of deliberate self-harm? Cohort study.** British Medical Journal. Vol. 317, nº 7164, p. 985-990.

CRAWFORD, M. [et al.] (2003) – **Staff knowledge and attitudes towards deliberate self harm in adolescents.** Journal of Adolescence. Nº 26, p. 619-629.

CRAWFORD M. [et al.] (2007) – **Psychosocial interventions following self harm. Systematic review of their efficacy in preventing suicide.** British Journal of Psychiatry. Nº 190, p. 11-17.

CREPET, P. (2002) – **A Dimensão do Vazio.** Porto: Ambar.

CRUZ, J. (2006) – **Memórias traumáticas, auto-narrativas e conduta suicida: um ensaio terapêutico.** In COSTA, P. [et al.] – Stresse Pós-traumático: modelos, abordagens e práticas. Leiria: Editorial Diferença.

CUTCLIFFE, J. (1995) – **How do nurses inspire and instill hope in terminally ill HIV patients?** Journal of Advanced Nursing. Nº 22, p. 888-895.

CUTCLIFFE J. (2004) – **The Inspiration of Hope in Bereavement Counselling.** London: Jessica Kingsley Publishers.

CUTCLIFFE, J.; STEVENSON, C. (2007) – **Care of the Suicidal Person.** Edinburgh: Elsevier.

DE LEO, D.; BERTOLOTE, J.; LESTER, D. (2003) – **La violencia autoinfligida.** In KRUG, E. [et al.] – Informe mundial de la violencia e de la salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud. p. 200-231.

DIP, L.; GILBELS, H. (2010) – **An examination of emergency department nurses attitudes towards deliberate self-harm in an Irish teaching hospital.** International Emergency Nursing. Nº 18, p. 29-35.

DONALD, M. [et al.] (2006) – **Risk and protective factors for medically serious suicide attempts: a comparison of hospital based with population based samples of young adults.** Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. Nº 40, p. 87-96.

EDEY W.; JEVNE R. (2003) – **Hope, illness, and counseling practice: making hope visible**. Canadian Journal of Counseling. Nº 37, p. 44-51.

ERSE, M. [et al.] (2010) – **Programa de Prevenção de Suicídio em Meio Escolar: + Contigo - Intervenção em Crise**. VIII Jornadas sobre Comportamentos Suicidários, Comunicação oral, Luso.

ESPOSITO, C. [et al.] (2003) – **Affective, Behavioral and Cognitive Functioning in Adolescents with Multiple Suicide Attempts**. Suicide and Life-Threatening Behavior. Vol. 33, nº 4, p. 389-399.

FAÇANHA, J. [et al.] – **Prevenção do suicídio em adolescentes: programa de intervenção BELIEVE**. SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas [Em linha]. Vol. 6, nº 1 (2010). [Consult. 2 mai. 2011]. Disponível em http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100002&lng=pt.

FALCONI, R. – **El suicidio adolescente: Un análisis de variables predictoras**. Psiquiatria [Em linha]. Vol. 7, nº 1 (2003). [Consult. 2 mai. 2011]. Disponível em <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/100/11794>.

FEIJÓ, R. [et al.] (1996) – **O adolescente com tentativa de suicídio: características de uma amostra de 13 a 20 anos atendida em emergência médica**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Vol. 45, nº 11, p. 657-664.

FERGUSON, D.; BEAUTRAIS, A.; HORWOOD, L. (2003) – **Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people**. Psychological Medicine. Nº 33, p. 61-73.

FLEISCHMANN, A. [et al.] (2008) – **Brief intervention and ongoing contact for suicide attempters decreases subsequent deaths from suicide: a randomized controlled trial in Brazil, China, India, The Islamic Republic of Iran and Sri Lanka**. Bulletin of The World Health Organization. Vol. 86, nº 9, p. 703-709.

FOMBONNE, E. (1998) – **Suicidal behaviours in vulnerable adolescents. Time trends and their correlates**. British Journal of Psychiatry. Nº 173, p. 154-159.

FORDWOOD, S. [et al.] (2007) – **Suicide Attempts among Depressed Adolescents in Primary Care**. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. Vol. 36, nº 3, p. 392-404.

FORTUNE, S. [et al.] (2008) – **Adolescents' views on preventing self-harm: A large community study.** Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology. Vol. 43, nº 2, p. 96-104.

FRASQUILHO, M. (2009) – **Estratégias para prevenir.** In FRASQUILHO, M.; GUERREIRO, D. – Stress, Depressão e Suicídio: Gestão de Problemas de Saúde em Meio Escolar. 1ª ed. Lisboa: Coisas de Ler Edições.

GARLOW, S. [et al.] (2008) – **Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American foundation for suicide prevention college screening project at Memory University.** Depression and Anxiety. Vol. 8, nº 25, p. 482-488.

GILBODY, S. [et al.] (2003) – **Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review.** Journal of the American Medical Association. Vol. 289, nº 23, p. 3145-3151.

GOLDSTON, D. [et al.] (2008) – **Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment.** American Psychologist. Nº 63, p. 14-31.

GOULD, M.; SHAFFER, D.; GREENBERG, T. (2003) – **The epidemiology of youth suicide.** In KING, R.; APTER, A. – Suicide in children and adolescents. New York: Cambridge University Press. p. 1-40.

GOULD, M. [et al.] (2005) – **Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: A randomized controlled trial.** Journal of the American Medical Association. Vol. 293, nº 13, p. 1635-1643.

GRIFFIN, G.; BISSON, J. – **Introducing a nurse - led deliberate self-harm assessment service.** Psychiatric Bulletin [Em linha]. Nº25, 212-214 (2001). [Consult. 24 jun. 2009]. Disponível em <http://pb.rcpsych.org/content/25/6/212.full.pdf+html>.

GUERREIRO, M.; SILVA, R. L.; BOTELHO, LEITÃO, CALDAS, A. C. & GARCIA, C. (1993). **Adaptação portuguesa da Mini-Mental State - MMS.** Lisboa: Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz.

GUNNELL, D.; MIDDLETON, N.; FRANKEL, S. (2000) – **Method substitution and the prevention of suicide - a reanalysis of secular trends in Britain 1950-1975.** Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. Nº 35, p. 437-444.

HAGEDORN, J.; OMAR, H. (2002) – **Retrospective analysis of youth evaluated for suicide attempt or suicidal ideation in an emergency room setting.** International Journal of Adolescence Medicine Health. Vol. 14, nº 1, p. 55-60.

HAWTON, K. [et al.] (2006) – **Monitoring deliberate self-harm presentations to general hospitals.** Crisis. Vol. 27, nº 4, p. 157-163.

HOROWITZ, L. [et al.] (2001) – **Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: development of a brief screening tool.** Pediatrics. Vol. 107, nº 5, p. 1133-1137.

HURRY J. (2000) – **Deliberate self-harm in children and adolescents. International Review of Psychiatry.** Vol. 12, nº 1, p. 31-36.

JEVNE, R.; MILLER, J. (1996) – **Finding Hope: Ways to see life in a brighter light.** Fot wayne: Willogreen Publishing.

JOE, S.; BRYANT, H. (2007) – **Evidence-Based Suicide Prevention Screening in Schools.** Children & Schools. Vol. 29, nº 4, p. 219-227.

JORM, A. (2000) – **Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders.** British Journal of Psychiatry. Nº 177, p. 396-401.

KAPLAN, H.; SADOCK, B.; SADOCK, V. (2005) – **Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry.** Lippincott Williams and Wilkins: Eighth Edition.

KESSLER, R. [et al.] (2005) – **Trends in suicide ideation, plans, gestures and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003.** Journal of the American Medical Association. Vol. 293, nº 20, p. 2487-2495.

KING, C.; KRAMER, A.; PREUSS, L. (2006) – **Youth-nominated support team for suicidal adolescents (version 1): a randomized controlled trial.** Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 74, nº 1, p. 199-206.

KUHLBERG, J.; PEÑA, J.; ZAYAS, L. (2010) – **Familism, Parent-Adolescent Conflict, Self-Esteem, Internalizing Behaviors and Suicide Attempts Among Adolescent Latinas.** Child Psychiatry and Human Development. Vol. 41, nº 4, p. 425-440.

KUTCHER, S.; CHEHIL, S. (2007) – **Gestão de Risco de Suicídio - Um manual para profissionais de saúde**. Massachusetts: Blackwell Publishing Ltd.

LIFELINE AUSTRALIA [et al.] (2010) – **Suicide and suicide prevention in Australia: Breaking the Silence**. Australia.

LOPES, P.; BARREIRA, D.; PIRES, A. (2001) – **Tentativa de suicídio na adolescência: avaliação do efeito de género na depressão e personalidade**. Psicologia, Saúde e Doenças. Vol. 2, nº 1, p. 47-57.

LOUREIRO, L.; DIAS, C.; ARAGÃO, R. (2008) – **Crenças e Atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais. Contributos para o estudo das representações sociais da loucura**. Referência. II Série, nº 8, p. 33-44.

LOUREIRO, L. (2009) – **Crenças acerca das doenças mentais e psiquiátricas: Estudo realizado numa amostra de residentes na Região Centro de Portugal**. Referência. II Série, nº 10 Suplemento.

LUOMA, J.; MARTIN, C.; PEARSON, J. (2002) – **Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence**. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 159, nº 6, p. 909-916.

LUTZ, W.; WARREN, B. (2007) – **The state of nursing science-cultural and lifespan issues in depression. Part II: focus on children and adolescents**. *Issues Mental Health Nursing*. Vol. 28, nº 7, p.749-764.

MADGE, N. [et al.] (2008) – **Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study**. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 49, nº 6, p. 667-677.

MANN, J. [et al.] (2005) – **Suicide prevention strategies: a systematic review**. *Journal of the American Medical Association*. Vol. 294, nº 16, p. 2064-2074.

MARCELLI, D. (2002) – **Os estados depressivos na adolescência**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.

MELEIS, A. (2005) – **Theoretical nursing: development and progress**. 3ª ed. Phila-

delphia: JB Lippincott Co.

MIRZA, K.; MICHAEL, A. (1996) – **Major depression in children and adolescents.** *British Journal of Hospital Medicine*. Vol. 6, nº 55, p. 57-61.

MITCHELL, A.; VAZE, A.; RAO, S. (2009) – **Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis.** *The Lancet*. Vol. 374, p. 609-619.

MITTENDORFER-RUTZ, E.; RASMUSSEN, F.; WASSERMAN, D. (2008) – **Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters. A register-based nested case control study.** *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Nº 43, p. 28-36.

MOORE, S. (2005) – **Hope makes a difference.** *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Vol. 12, nº 1, p. 100-105.

MURTA, S. (2007) – **Programas de Prevenção a Problemas Emocionais e Comportamentais em Crianças e Adolescentes: Lições de Três Décadas de Pesquisa.** *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Vol. 20, nº 1, p. 1-8.

NEW ZEALAND GUIDELINES GROUP (2003) – **The Assessment and Management of People at Risk of Suicide: Best Practice Evidence-based Guideline.** New Zealand: New Zealand Guidelines Group and Ministry of Health.

NÚCLEO DE ESTUDOS DO SUICÍDIO (2008) – **Alguns meios de prevenir o suicídio.** [Em linha]. [Consult. 08 nov. 2008]. Disponível em <http://www.tu-importas.com/geral/MeiosPrevenção.asp>.

NUNES, L. – **Olhar no sentido do futuro: do que temos ao que queremos - na encruzilhada do presente.** *Percursos* [Em linha]. Vol. 2, nº especial (2001), p. 36-42. [Consult. 18 jul. 2011]. Disponível em http://www.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/per_esp_dia_enf.pdf.

OLIVEIRA, A. (2006) – **Desafiar a própria morte para sentir a vida - O contexto (psico)social do suicídio adolescente.** In PEIXOTO, B.; SARAIVA, C.; SAMPAIO, D. – *Comportamentos Suicidários em Portugal*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia. p. 207-230.

ORDAZ, O. [et al.] (2004) – **Representações sociais do suicídio em jovens com comportamentos auto-destrutivos**. *Psiquiatria Clínica*. Vol. 24, nº 2, p. 147-153.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, OMS (2000) – **Prevenção do Suicídio: um Manual para profissionais da saúde em Atenção Primária**. Genebra: Departamento de Saúde Mental. Organização Mundial de Saúde.

OWENS, D.; HORROCKS, J.; HOUSE, A. (2002) – **Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review**. *British Journal of Psychiatry*. Vol. 181, p. 193-199.

OWENS, D. (2006) – **Services for assessment and aftercare following self-harm**. *Psychiatry*. Vol. 5, p. 271-274.

PAGURA, J. [et al.] (2009) – **Help seeking and perceived need for mental health care among individuals in Canada with suicidal behaviors**. *Psychiatric Services*. Vol. 60, nº 7, p. 943-949.

PARIS, J. (2006) – **Predicting and preventing suicide: Do we know enough to do either?**. *Harvard Review of Psychiatry*. Vol. 14, nº 5, p. 233-240.

PARK, H. [et al.] (2006) – **Predictors of suicidal ideation among high school students by gender in South Korea**. *The Journal of School Health*. Vol. 76, p. 181-188.

PENN, D.; COUTURE, S. (2002) – **Strategies for reducing stigma towards persons with mental illness**. *World Psychiatry*. Vol. 1, nº 1, p. 20-21.

PEPLAU, H. (1987) – **Peplau's theory of interpersonal relations nursing**. *Science Quarterly*, 10, 162-167.

PERKINS, D.; HARTLESS, G. (2002) – **An ecological risk-factor examination of suicide ideation and behavior of adolescents**. *Journal of Adolescent Research*. Vol. 17, p. 3-26.

PHANEUF, M. (1995) – **Relação de Ajuda: Elemento de competência da Enfermeira**. Coimbra: Cuidar.

PHANEUF, M. (2005) – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-84-3.

PIRKIS, J.; BLOOD, R. (2001) – **Suicide and the media, I: reportage in nonfictional media**. Crisis. Vol. 22, p. 146-154.

PIRKIS J. (2009) – **Suicide and Media**. Psychiatry. Vol. 8, nº 7, p. 269-271.

PITMAN, A.; TYRER, P. (2008) – **Implementing clinical guidelines for self-harm highlighting key issues arising from the NICE guideline for self-harm**. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. Vol. 81, p. 377-397.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL 2007-2016, PNSM (2008) – Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008. Diário da República, I Série. Nº 47 (06-03). p. 1395-1409.

PORTZKY, G. [et al.] (2008) – **Deliberate self-harm in young people: differences in prevalence and risk factors between The Netherlands and Belgium**. European Child & Adolescent Psychiatry. Vol. 17, p. 179-186.

PRIETO, D. – **Sofrimento narcísico e dificuldades nas relações de objeto na tentativa de suicídio**. Brasília: Faculdade de Psicologia da Universidade de Brasília, 2002. Dissertação de Mestrado.

PRIETO, D.; TAVARES, M. (2005) – **Fatores de risco para o suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais**. Revista Brasileira de Psiquiatria. Vol. 54, nº 2, p. 146-154.

RANDELL, P. [et al.] (2006) – **Family Factors Predicting Categories of Suicide Risk**. Journal of Child and Family Studies. Vol. 15, nº3, p. 255-270.

REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO, RNAO (2009) – **Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour: Nursing Best Practice Guideline Shaping the Future of Nursing**. Ontario: RNAO.

RICKWOOD, D. [et al.] (2005) – **Young people's helpseeking for mental health problems**. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 4, 3, p. 1-34.

ROSENBERG, M. (1979) – **Conceiving the self**. New York: Basic Books.

ROSWARSKI, T.; DUNN, J. (2009) – **The role of help and hope in prevention and**

early intervention with suicidal adolescents: implications for mental health counselors. *Journal of Mental Health Counseling*. Vol. 31, nº 1, p. 34-36.

ROTHERAM-BORUS, M. [et al.] (2001) – **The 18-month impact of an emergency room intervention for adolescent female suicide attempters.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 68, p. 1081-1093.

ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS, RCP (2006) – **Better services for people who self-harm: Quality standards for healthcare professionals.** [Em linha]. [Consult. 10 nov. 2011]. Disponível em http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/QualStan_Mar06.pdf.

RUCHKIN V. [et al.] (2003) – **Suicidal ideations and attempts in juvenile delinquents.** *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 44, p. 1058-1066.

RUDD, M. (2007) – **Psychosocial interventions for self-harm.** *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 191, p. 359-360.

SAMARITANS (2008) – **Media guidelines to reporting suicide and self-harm.** Samaritans.

SAMPAIO, D. [et al.] (2000) – **Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário - as explicações dos jovens.** *Análise psicológica*. Vol. XVIII, nº 2, p. 139-155.

SAMPAIO, D. (2002) – **Ninguém Morre Sozinho. Os Adolescentes e o Suicídio.** 12ª ed. Lisboa: Caminho.

SANTOS, J. – **A atitude dos enfermeiros perante o indivíduo para-suicida.** Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga, 2000. Dissertação de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde.

SANTOS, J. – **Emoção Expressa e Comportamentos Para-suicidários.** Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2006. Tese de doutoramento em Saúde Mental.

SANTOS, J. (2007) – **Para-suicídio. O que dizem as famílias. A Emoção Expressa.** 1ª ed. Coimbra: Formasau.

SANTOS, J. (2010) – **Investigação em Suicidologia: modelos, paradigmas e trabalho em rede**. Comunicação realizada nas 8^{as} Jornadas sobre Comportamentos Suicidários. Consulta de Prevenção de Suicídio dos HUC. Outubro.

SANTOS, J.; AMARAL, A. (2011) – **Effectiveness of Psychiatric Mental Health Nurses: Can We Save the Core of the Profession in an Economically Constrained World?**. Archives of Psychiatric Nursing. Vol. 25, nº 5, p. 329-338.

SANTOS, J. [et al.] (2011) – **School-based suicide prevention... after the final goodbye**. 26th World Congress on Suicide Prevention, IASP, Comunicação oral, Pequim.

SARAIVA, C. [et al.] (1996) – **Epidemiologia do para-suicídio em Coimbra**. Psiquiatria Clínica. Vol. 17, nº 4, p. 291-296.

SARAIVA, C. (2006) – **Estudos sobre o para-suicídio - o que leva os jovens a espreitar a morte**. Redhorse, Indústria Gráfica.

SCHATZBERG, A. (2003) – **New approaches to managing psychotic depression**. Journal of Clinical Psychiatry. Vol. 64, p. 19-23.

SHAFFER, D. [et al.] (2001) – **Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior**. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Vol. 40, nº 7, p. 24-51.

SHAFFER, D. [et al.] (2004) – **The Columbia Suicide Screen: Validity and reliability of a screen for youth suicide and depression**. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Vol. 43, p. 71-79.

SHAIN, B. AND THE COMMITTEE ON ADOLESCENCE – **Suicide and Suicide Attempts in Adolescents**. Pediatrics [Em linha]. Nº 120 (2007), p. 669-676. [Consult. 11 nov. 2011]. Disponível em <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/120/3/669>.

SHNEIDMAN, E. (2001) – **Comprehending suicide: Landmarks in 20th century suicidology**. Washington, DC, USA: American Psychological Association Books.

SIMÕES, R. [et al.] (2011) – **Projeto + Contigo - apresentação dirigida a Profissionais de Saúde dos Cuidados de Saúde Primários da ARS Centro**. Coimbra.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE SUICIDOLOGIA (2009) – **O para-suicídio**. [Em linha]. [Consult. 24 jul. 2011]. Disponível em http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&catid=36&id=61&Itemid=59.

SOUTER, A.; KRAEMER, S. (2004) – **Given up hope of dying: A child protection approach to deliberate self-harm in adolescents admitted to a pediatric ward**. *Child e family Social Work*. Vol. 9, nº 3, p. 259-264.

SOUZA, E.; MINAYO, M.; MALAQUIAS, J. (2002) – **Suicide among young people in selected Brazilian State capitals**. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 18, nº 3, p.673-683.

STANLEY, B. [et al.] (2009) – **Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): Treatment model, feasibility, and acceptability**. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Vol. 48, p. 1005-1013.

STEELE, M.; DOEY, T. (2007) – **Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 2: Treatment and prevention**. *Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 52, p. 35-45.

STENAGER, K.; QIN, P. (2008) – **Individual and parental psychiatric history and risk for suicide among adolescents and young adults in Denmark: a population based study**. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Vol. 43, nº 11, p. 920-926.

STONE, D.; BARBER, C.; POTTER, L. (2005) – **Public health training online: The national center for suicide prevention training**. *American Journal of Preventive Medicine*. Vol. 29, nº 52, p. 247-251.

STUART, G. (2001) – **Respostas de auto proteção e comportamento suicida**. In STUART, G.; LARAIA, M. – *Enfermagem psiquiátrica. Princípios e Prática*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora. p. 417-437.

SUKIENNIK, P. (2000) – **O aluno problema**. 2ª ed. Porto Alegre: Mercado Aberto.

SUN, F. [et al.] (2006) – **A theory for the nursing care of patients at risk of suicide**. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 53, nº 6, p. 680-669.

SUOMINEN, K. [et al.] (2004) – **Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study**. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 161, nº 3, p. 562-563.

TALIAFERRO, L. [et al.] (2008) – **High school youth and suicide risk: exploring protection afforded through physical activity and sport participation.** Journal of School Health. Vol. 78, nº 10, p. 545-553.

THOMPSON, E. [et al.] (2005) – **The Mediating Roles of Anxiety, Depression and Hopelessness on Adolescent Suicidal Behaviours.** Suicide and Life Threatening Behavior. Vol. 35, nº 1, p. 14-34.

TOWNSEND, M. (2009) – **Enfermagem Psiquiátrica. Conceito de Cuidados.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan.

TSAI, W. [et al.] (2010) – **The effects of the suicide awareness program in enhancing community volunteers' awareness of suicide warning signs.** Archives of Psychiatric Nursing. Vol. 24, nº 1, p. 63-68.

VAZ SERRA, A. (1986) – **A importância do auto-conceito.** Psiquiatria Clínica. Vol. 7, nº 2, p.57-66.

VAZ SERRA, A. (1999) – **O stress na vida de todos os dias.** Coimbra: Edição do autor.

VIANA, G. [et al.] – **Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria [Em linha]. Vol. 57, nº 1 (2008), p. 38-43 [Consult. 11 jun. 2011]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdp/v31s2a07.pdf>.

WALDROP, A. [et al.] (2007) – **Risk factors for suicidal behaviors among a national sample of adolescents: Implications for prevention.** Journal of Traumatic Stress. Vol. 20, p. 869-879.

WALSH, E.; EGGERT, L. (2007) – **Suicide risk and protective factors among youth experiencing school difficulties.** International Journal of Mental Health Nursing. Vol. 16, p. 349-359.

WARD, R. [et al.] (2000) – **Evaluation and management of depressive illness in adolescence.** Clinics in Family Practice. Vol. 2, nº 3, p. 723-742.

WASSERMAN, D. (2001) – **Suicide. An unnecessary death.** London: Martin Dunitz.

WASSERMAN, D. [et al.] (2004) – **Suicide Prevention in Europe: The WHO Euro-**

pean monitoring survey of national suicide prevention programmes and strategies. Stockholm: Swedish National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health.

WERLANG, B.; BORGES, V.; FENSTERSEIFER, L. (2005) – **Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência.** Revista Interamericana de Psicologia. Vol. 39, nº 2, p. 259-266.

WICHSTROM, L.; ROSSOW, I. (2002) – **Explaining the gender difference in self-reported suicide attempts.** Suicide Life Threat Behavior. Vol. 32, nº 2.

WINDFUHR, K. [et al.] (2008) – **Suicide in juveniles and adolescents in the United Kingdom.** Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. Vol. 49, nº 11, p. 1155-1165.

WOOD, A. [et al.] (2001) – **Randomized Trial of a Group Therapy for Repeated Deliberate Self-harm in Adolescents.** Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry. Vol. 40, p. 1246-1253.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001) – **Prevención del suicidio: Um instrumento para docentes y demás personal institucional.** [Em linha]. [Consult. 2 mai. 2010]. Disponível em http://www.who.int.mental_health/suicide.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002) – **Suicide Prevention in Europe - The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies.** [Em linha]. [Consult. 2 mai. 2010]. Disponível em [http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/measures/suicide%20prevention%20in%20Europe\(WHO\).pdf](http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/measures/suicide%20prevention%20in%20Europe(WHO).pdf).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2004) – **For which strategies of suicide prevention is there evidence or effectiveness.** [Em linha]. [Consult. 12 jun. 2011]. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74692/E83583.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008) – **Preventing Suicide. A Resource for Media Professionals.** Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009) – **World Suicide Prevention Day Media Release: Suicide Prevention (Supre).** [Em linha]. [Consult. 12 jun. 2011]. Disponível em http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011) – **Adolescent Health**. [Em linha]. [Consult. 10 nov. 2011]. Disponível em http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/.

WORLD HEALTH ORGANIZATION & INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR SUICIDE PREVENTION (2012). [Em linha]. [Consult. 20 ago. 2012]. Disponível em <http://www.iasp.info/wspd/index.php>.

WYETH, C. (2008) – **An exploration of suicide in the adult population**. Nursing Journal. N° 12, p. 44-47.

WYMAN, P. [et al.] (2010) – **An outcome evaluation of sources of strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools**. American Journal of Public Health. Vol. 100, n° 9, p. 1653-1661.



www.ordemenfermeiros.pt

Com o patrocínio científico de:

Direcção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



Ministério da Saúde

Edição
Ordem dos Enfermeiros