



Cláudia Tavares

Projeto “ Viva a Vida”

*Estratégias de atuação para a prevenção do suicídio
num Serviço de Urgência Geral*

Relatório do trabalho de Projeto para cumprimento dos requisitos à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, realizado sob orientação científica do Professor Doutor Joaquim Lopes.

Abril de 2014



Cláudia Tavares

Projeto “ Viva a Vida”

*Estratégias de atuação para a prevenção do suicídio
num Serviço de Urgência Geral*

Abril de 2014

“Age de tal modo que trates a humanidade tão bem na tua pessoa como na pessoa do outro, sempre com um fim e nunca simplesmente como um meio”

E. Kant

Agradecimentos

Aos meus Pais, por me terem levado a ser quem sou.

Ao Carlos pela paciência inesgotável e pelo tempo que não lhe dei.

Ao Pedro e ao Tomás pelo carinho e compreensão demonstrados ao longo deste percurso.

À Carla pela compreensão, apoio e paciência.

Ao Professor Joaquim pelo apoio e sinceridade.

Ao Enfermeiro Mário pela orientação, ao longo deste longo, percurso.

A todos os que comigo estiveram nesta caminhada.

Muito Obrigado

RESUMO:

O presente trabalho, permite revelar como a elaboração de um projeto de intervenção em contexto real, foi promotor da aquisição de um conjunto integrado de competências dinâmicas, solidamente alicerçadas em conhecimentos e capacidades de compreensão de nível avançado na área científica da Saúde Mental e Psiquiatria, designadas como competências de Mestre em Saúde Mental e Psiquiatria.

Segundo a OMS (2000), cerca de 20% das pessoas que tentam suicidar-se, se não obtiverem ajuda especializada, repetem essa ação no prazo de um ano, aumentando a probabilidade de eventualmente morrerem por suicídio. Como profissionais de saúde consideramos que a nossa atuação poderia ser um factor influente na inversão dessa tendência, pelo que decidimos desenvolver um projeto de intervenção nesta área, utilizando a Metodologia de Projeto.

Este projeto de intervenção teve como alvo a pessoa com comportamento suicidário, que é assistida num Serviço de Urgência Geral e foi denominado “Viva A Vida”.

Teve como objetivo, a diminuição da taxa de reincidência dos comportamentos suicidários e contemplou três estratégias de intervenção que foram selecionadas de acordo com a revisão da literatura e o diagnóstico de situação efetuado. Estas estratégias visaram, a sistematização dos registos, a sensibilização da equipa de Enfermagem, para a melhoria do atendimento à pessoa com comportamento suicidário, e a implementação de um plano de acompanhamento após a alta.

A avaliação da implementação do projeto, permitiu concluir que a criação de um grupo de trabalho multidisciplinar para esta área, que promova uma melhor articulação entre o serviço de urgência, serviço de psiquiatria e Cuidados de Saúde Primários é decisiva, bem como a construção de uma rede de referenciação e a informatização dos registos.

Palavras- Chave: Suicídio, Enfermeiro, Prevenção

ABSTRACT

This work reveal how the development of an intervention project in a real context, was the promoter of the acquisition of an integrated dynamic capabilities, firmly grounded in knowledge and skills of advanced level of understanding in the scientific area of Mental Health and Psychiatry, designated as, skills of Master of Mental Health and Psychiatry .

According to OMS (2000), about 20% of people who try to commit suicide, without obtaining expert help, repeat this action within one year, increasing the likelihood of eventually die by suicide. As health professionals we believe that our work could be an influential factor in reversing this trend, so we decided to develop a project of intervention in this area , using the Project Methodology. This intervention project targeted the person with suicidal behavior, that was assisted in the Emergency Department, and was called "Viva a Vida".

Aimed to decrease the rate of suicidal recidivism behavior, through the implementation of three operational strategies, that were selected according to the literature review and diagnosis made, which sought to systematize the records, aimed at raising awareness of the nursing team to improve the care of individuals who exhibited suicidal behavior, and implementing a plan for follow-up after discharge .

The evaluation of project implementation, concluded that it is necessary to create a multidisciplinary working group for this area, which promotes better coordination between the emergency department, department of psychiatry and Primary Health Care, as well as build a referral network and proceed to computerization the records.

Keywords: *Suicide, Nurse, Prevention*

LISTA DE ABREVIATURAS

APA – *American Psychiatric Association*

ATAS – Q – *Attitudes Towards Attempted Suicide - Questionnaire*

CS – Comportamento Suicidário

DALYS - *Disability-Adjustedlife Years* (Anos de vida ajustados às limitações)

EESM- Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

OMS – Organização Mundial Saúde

PVV – “ Projeto Viva a Vida”

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SIRIU – Sistema Integrado de Registo de Informação para Urgências

SO – Sala de Observação

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

SUG- Serviço de Urgência Geral

S12 – Questionário submetido a apreciação do painel de Peritos

S13 – Questionário aplicado à equipa de Enfermagem do Serviço de urgência X

TS – Tentativa de Suicídio

UIPA – Unidade Polivalente Internamento Agudos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
PARTE I – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	14
CAPITULO I - A PROBLEMÁTICA	14
CAPITULO II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1. SUICÍDIO	17
1.1. HISTÓRIA	17
1.2. EPIDEMIOLOGIA.....	19
1.3. ETIOLOGIA	22
1.4. FATORES DE RISCO	29
1.5. FATORES DE PROTEÇÃO	31
1.6. ALGUMAS DEFINIÇÕES IMPORTANTES	32
1.7. IDENTIFICAR E AVALIAR O RISCO	34
1.8. AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA PESSOA QUE TENTOU O SUICÍDIO	36
1.9. PREVENÇÃO DO SUICÍDIO	38
1.10. INTERVIR JUNTO DOS FAMILIARES	42
2. VISÃO SOBRE AS TEORIAS DE ENFERMAGEM	43
2.1. TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS.....	43
2.2. TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL	47
CAPITULO III – ENQUADRAMENTO NO SERVIÇO URGÊNCIA GERAL	50
1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	50
2. O DOENTE MENTAL E A PESSOA COM CS NO SUG X	51
3. QUESTÕES DE PARTIDA	53
4. OBJETIVOS	53
CAPITULO IV – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	54
1. AVALIAÇÃO DOS REGISTOS	54
2. AVALIAÇÃO DAS ATITUDES DOS ENFERMEIROS DO SUG X PERANTE A PESSOA COM COMPORTAMENTO SUICIDÁRIO (CS)	55
2.1. COLHEITA DE DADOS.....	56
2.1.1. Instrumento de Colheita de Dados	56
2.2 AMOSTRA.....	58
2.3. TRATAMENTO DOS DADOS	59
2.4. RESULTADOS OBTIDOS	59
2.5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	75

3. AVALIAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO EFETUADO À PESSOA COM CS QUE TEM ALTA A PARTIR DO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL X	75
3.1. COLHEITA DE DADOS EFETUADA À PESSOA REINCIDENTE NO CS..	76
3.1.1. Resultados Obtidos	77
3.2. COLHEITA DADOS EFETUADA JUNTO PSQUIATRAS	80
3.2.1. Resultados Obtidos	80
3.3. SINTESE DOS RESULTADOS OBTIDOS	82
4. SINTESE DO DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES	84
CAPITULO V - PLANEAMENTO	85
1. SISTEMATIZAÇÃO DOS REGISTOS	85
2. SENSIBILIZAÇÃO ENFERMEIROS	85
3. IMPLEMENTAÇÃO DE UM PLANO DE ACOMPANHAMENTO À PESSOA/ FAMÍLIA COM CS	87
CAPITULO VI – IMPLEMENTAÇÃO/ AVALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	90
1. SISTEMATIZAÇÃO DOS REGISTOS	90
2. SENSIBILIZAÇÃO EQUIPA ENFERMAGEM	94
3. IMPLEMENTAÇÃO PROJETO “ VIVA A VIDA”	96
3.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/ EXCLUSÃO	96
3.2. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO.....	97
3.3. PLANO DE ACOMPANHAMENTO.....	98
3.3.1. Objetivos	99
3.3.2. Avaliação dos Planos Efetuados	102
CAPITULO VII – DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	103
PARTE II – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	104
1. ANÁLISE DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS EESM E DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	104
CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114

APÊNDICES

Apêndice A	Artigo sobre o Projeto “Viva a Vida”	120
Apêndice B	Tradução/Adaptação do questionário ATAS-Q	129
Apêndice C	Questionário S13	151
Apêndice D	Folha colheita de dados	158
Apêndice E	Algoritmo do Projeto Viva a Vida (PVV).....	161
Apêndice F	Folheto informativo Pessoa com comportamento suicidário.....	163
Apêndice G	Folheto informativo familiares da Pessoa com comportamento suicidário..	166
Apêndice H	Consentimento participação no PVV	169

ANEXOS

Anexo A	Artigo original ATAS-Q	172
Anexo B	Autorização Autores ATAS-Q	183

ÍNDICE FIGURAS

Figura nº 1	Fluxograma do <i>Supre-Miss</i>	88
--------------------	---------------------------------------	-----------

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico nº 1	Resposta à pergunta nº 1	78
Gráfico nº 2	Resposta à pergunta nº 2	78
Gráfico nº 3	Resposta à pergunta nº 3	78
Gráfico nº 4	Resposta à pergunta nº 4	78

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1	Taxas de Suicídio por 100.000 Habitantes- Portugal	20
Quadro nº 2	Taxas Específicas de Suicídio por 100.000 Habitantes- Sexo Masculino ...	20
Quadro nº 3	Taxas Específicas de Suicídio por 100.000 Habitantes- Sexo Feminino	21
Quadro nº 4	Relação entre o aumento dos Neuroquímicos e o suicídio	28
Quadro nº 5	Relação entre a Diminuição dos Neuroquímicos e o suicídio.....	28
Quadro nº 6	Características que diferenciam o suicida do parassuicida	34
Quadro nº 7	Fator “Positivismo” – Distribuição Frequências Relativas	61
Quadro nº 8	Fator “Traços de Personalidade” – Distribuição Frequências Relativas	63
Quadro nº 9	Fator “Doença Mental” – Distribuição Frequências Relativas	64
Quadro nº 10	Fator “Religiosidade” – Distribuição Frequências Relativas	66
Quadro nº 11	Scores médios dos fatores que avaliam a dimensão cognitiva da atitude ...	66
Quadro nº 12	Fator “Aceitabilidade”	68
Quadro nº 13	Score médio do fator que avalia a dimensão afetiva da atitude	69
Quadro nº 14	Fator “Papel dos Profissionais” – Distribuição Frequências Relativas	70
Quadro nº 15	Fator “Manipulação” – Distribuição Frequências Relativas	71
Quadro nº 16	Fator “Discriminação” – Distribuição Frequências Relativas	72
Quadro nº 17	Scores médios dos fatores que avaliam a dimensão comportamental da atitude	73
Quadro nº 18	Scores médios das dimensões que avaliam a atitude	74
Quadro nº 19	Guião de entrevista realizada aos indivíduos reincidentes na tentativa de suicídio	76
Quadro nº 20	Critérios de internamento utilizados perante a pessoa com TS	81

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1	Fatores Predisponentes e Precipitantes para o comportamento suicida	31
Tabela nº 2	Respostas obtidas na entrevista realizada às pessoas reincidentes na tentativa de suicídio.....	77

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado no âmbito do 1º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, e foi redigido de acordo com as normas da APA (*American Psychological Association*).

O conhecimento é infinito. Se pensarmos nele como modelador de todo o nosso ser, facilmente entendemos porque alguns de nós nunca cessam de o procurar. Ao nos dispormos a saber mais sobre determinado assunto, assumimos que esse conhecimento pode contribuir para uma mudança na forma de pensar agir, e até mesmo de sentir.

A frequência do Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria teve como objetivo a aquisição de um conhecimento que vai para além da teoria. Ao interrogarmo-nos sobre nós próprios, aprendemos a conhecer e a reconhecer as nossas emoções, as suas manifestações e a sua influência na relação com o outro, renascendo o verdadeiro ato de cuidar.

Todo o percurso de aprendizagem, implica de alguma forma, um registo de avaliação, que pode ser mais ou menos positivo. Neste trabalho pretende-se descrever o percurso efetuado ao longo deste Mestrado, onde a metodologia de projeto aplicada a um caso real levou á aquisição de novas capacidades e competências, tendo em vista a resolução dos problemas identificados.

A área da saúde mental abarca um espectro amplo de problemas, cuja análise mais precisa, nos fez conseguir perceber não serem de fácil resolução. Tendo por base uma avaliação do contexto onde se pretendia implementar o projeto, o serviço de urgência geral X (SUG X), selecionamos uma área de interesse da saúde mental, que considerámos reunir os critérios necessários para ser alvo de intervenção, “*A pessoa com comportamento suicidário*”.

O suicídio ainda hoje se inscreve nos assuntos proibidos da sociedade. Envolto em segredo, esconde sentimentos de vergonha e estigma, dificultando assim as intervenções que possam levar à inversão da sua recrudescência na atualidade. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000), encontra-se entre as dez primeiras causas de morte, sendo que por cada suicídio ocorrem onze tentativas sem sucesso. Cerca de 20% das pessoas que tentam o suicídio, se não obtiverem ajuda especializada, repetem essa ação no prazo de um ano, aumentando a probabilidade de eventualmente morrerem por suicídio, o que motivou

a OMS a incluir nas suas recomendações para a prevenção do suicídio, a indicação de, *“Melhorar os serviços de suporte à saúde, reforçar o apoio social e promover a reabilitação de pessoas com comportamento suicida”*.

Como ponto de partida para o nosso estudo, questionámo-nos sobre de que forma estaria a ser promovida a reabilitação da pessoa com comportamento suicidário, na Instituição onde se pretendia implementar o projeto.

Subsequentemente procedemos á elaboração da estrutura organizacional deste trabalho, que dividimos em duas partes.

A primeira parte centra-se na apresentação do Projeto de intervenção em Serviço (PIS), sendo subdividida em sete capítulos. No primeiro refletimos sobre a problemática que promoveu a elaboração deste projeto. No segundo apresentamos o enquadramento teórico que suportou todo este projeto, e no terceiro capítulo aludimos à relevância dada ao doente mental e pessoa com comportamento suicidário no contexto do local de estágio, a partir da qual formulamos as questões de partida e objetivos deste estudo.

Nos capítulos IV, V, VI e VII, descrevem-se as diferentes fases do trabalho de projeto. No quarto capítulo, apresentamos a forma como estabelecemos o diagnóstico de situação, procurando obter uma resposta para as questões de partida inicialmente apresentadas. No quinto capítulo, apresentamos o planeamento das intervenções que selecionamos para resolução dos problemas, no sexto capítulo descrevemos a forma como decorreu a sua implementação e avaliação. No sétimo capítulo referenciamos qual a forma utilizada para apresentar a divulgação dos resultados.

A segunda parte incide sobre a análise da aquisição de competências EESM e de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

No final tecemos algumas considerações sobre o trabalho realizado, e o seu impacto junto dos intervenientes do projeto.

PARTE I – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

CAPITULO I - A PROBLEMÁTICA

O suicídio apresenta-se muitas vezes como solução para os problemas vivenciados, sendo frequente o seu aumento em situações de crise económica. Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS)¹, “A atual crise financeira vai ter impactos "muito significativos" no aumento de algumas doenças mentais e da taxa do suicídio em alguns setores da população”.

O facto de existirem medicamentos que deixaram de ser comparticipados, associado à diminuição do poder económico, condicionará a estabilidade psíquica dos que já eram considerados doentes mentais, e adicionará uma quantidade significativa de outros que serão impreterivelmente vítimas das reestruturações perspetivadas para o Sistema Nacional de Saúde (SNS), como referido no plano Nacional de Saúde Mental (2007/2016), “As perturbações Psiquiátricas e os problemas de saúde Mental tornaram-se a principal causa de incapacidade, e uma das principais causas de morbilidade nas sociedades atuais”.

De salientar que os números do suicídio no século XXI duplicaram em relação à década de 90 no nosso país. Para além disso, deverão dar entrada anualmente nos Serviços de Urgência cerca de 20 a 30 mil casos de comportamentos suicidários (Santos & Saraiva, 2009).

O suicídio traz enormes repercussões sociais e económicas. A dificuldade na obtenção de dados estatísticos reais, torna impossível prever o suicídio com base em fatores de risco, de forma isolada ou combinada.

Habitualmente, a pessoa que apresenta um comportamento suicidário é atendida no serviço de urgência geral (SUG), onde se procura solucionar no imediato o dano físico provocado pelo comportamento, e em que os registos se focam no tratamento físico, ocultando muitas vezes o real motivo do ato praticado, dificultando em avaliações posteriores uma análise precisa do número exato de pessoas que recorreram ao serviço de urgência (SU) por um comportamento suicidário, e quais os fatores que estiveram na sua origem. Por outro lado, muitas vezes as mortes provocadas por suicídio não são assim

¹ Direção geral de Saúde (2012) - *Crise económica leva ao aumento de suicídios*. Disponível em nov. De 2012 : <http://saude.sapo.pt/noticias/saude-medicina/crise-economica-leva-ao-aumento-de-suicidios-e-de-tentativas-de-suicidios.html>

identificadas, pelo estigma social que acarreta o ato em si, e também muitas vezes pelas implicações legais e económicas que lhe estão associadas.

Os registos que permitam identificar os fatores de risco presentes nas pessoas que tentaram ou efetivaram o suicídio, podem ser valiosos para o equacionar de medidas preventivas do suicídio, mas outras medidas de prevenção podem ser implementadas, com base no conhecimento de outros fatores de influência nos comportamentos suicidários, previamente estudados.

Alguns estudos (Ouzouni & Nakakis, 2009), revelam que a atitude dos profissionais de saúde para com as pessoas que tentaram o suicídio, pode ser um fator de influência na reincidência do ato.

Na prática diária, são frequentes entre os profissionais de saúde comentários depreciativos acerca destas pessoas. Na sua admissão no SU, e durante o seu atendimento, comentários desagradáveis são habitualmente proferidos, impelindo a pessoa a se sentir humilhada, agravando a perturbação que motivou o ato.

A origem deste comportamento, por parte dos profissionais, pode ter por base a falta de conhecimento sobre esta área de intervenção. Efetivamente, fala-se pouco sobre a morte intencional, principalmente no SUG, onde se pretende preservar a vida a todo custo.

Esta é uma área sobre a qual podemos intervir, modificando atitudes e comportamentos de forma a que a nossa prestação de cuidados possa ser benéfica para o outro e não causadora de maleficência.

Alguns autores (Diekstra e Garnefski, 1995), defendem que não são exclusivamente as atitudes dos profissionais que podem levar à reincidência no ato, mas também a adequação da forma como é feito o acompanhamento destas pessoas após a alta, principalmente a partir do serviço de urgência.

Após estabilização ou tratamento do dano físico, provocado pelo comportamento suicidário, pretende-se que a pessoa seja observada do ponto de vista psicológico de forma a avaliar o risco de suicídio. No entanto, este é muitas vezes subestimado, particularmente em relação aos jovens (Diekstra & Garnefski, 1995). Um estudo efetuado para avaliar a mortalidade por suicídio entre 1573 pacientes que tinham efetuado uma tentativa de suicídio e que foram atendidos no serviço de Urgência do Hospital Karolinska, demonstrou que 4,3% das mulheres e 8,3% dos homens que integravam o estudo tinham morrido por suicídio, a maioria deles dentro de um ano após a sua apresentação inicial (Nordstro *et al.* cit. por Bertolote, 2009). Estes estudos sugerem que a gravidade da tentativa de suicídio

que conduziu a pessoa à urgência foi muitas vezes subestimada, onde a avaliação do risco de suicídio foi descurada, não tendo havido recomendações para uma avaliação psiquiátrica posterior à ocorrência.

Avaliando os fatores mencionados na literatura como podendo ser influentes na reincidência dos comportamentos suicidários, pretendemos como profissionais de saúde, identificar sobre os quais poderíamos intervir no SUG X, uma vez que este recebe uma quantidade significativa de pessoas com comportamento suicidário, e nesse sentido começamos por avaliar de que forma eram efetuados os registos sobre estas pessoas; Quais as atitudes dos enfermeiros no atendimento a estas pessoas, e que acompanhamento lhes era proporcionado após a sua alta.

CAPITULO II - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1– SUICÍDIO

1.1 – HISTÓRIA

Numa brevíssima análise histórica, o suicídio foi sempre acompanhado por sentimentos de ignomínia, associado a ideias de loucura, crime, sacrifício, culpa, vergonha ou pecado. Albert Camus ensaiou em “O Mito de Sísifo” a síntese das sínteses ao dizer que só há um verdadeiro problema filosófico: a questão do suicídio. Decidir se a vida merece ou não ser vivida é responder a uma pergunta fundamental da filosofia (Saraiva, 2010).

A palavra suicídio (etimologicamente *sui*= de si mesmo; *caedere*= ação de matar) foi utilizada pela primeira vez por Desfontaines em 1737, e significa morte intencional auto – infligida, isto é quando a pessoa, por desejo de escapar de uma situação de sofrimento intenso, decide tirar a sua própria vida (Costa, 2010)². Ainda segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS] (2000), “O suicídio hoje é compreendido como um transtorno multidimensional, que resulta de uma interação complexa entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos”.

É difícil precisar quando o primeiro suicídio ocorreu, mas ele parece estar sempre presente na história da humanidade. Ao longo da história várias civilizações fizeram as suas próprias interpretações do suicídio e estabeleceram as regras que consideraram adequadas para dissuadir tal comportamento.

Segundo Frazão (2007), na Antiga Grécia, um indivíduo não se podia matar sem prévio consenso da comunidade, porque o suicídio constituía um atentado contra a estrutura comunitária. O suicídio era condenado politicamente ou juridicamente. Eram recusadas as honras de sepultura regular ao suicidado clandestino, e a mão do cadáver era amputada e enterrada à parte. Por sua vez, o Estado tinha poder para vetar ou autorizar um suicídio bem como induzi-lo. Por exemplo, em 399 a.C., Sócrates foi obrigado a se envenenar.

No Egito, se o dono dos escravos ou o Faraó morriam, eram enterrados com seus bens e seus servos, os quais se deixavam morrer junto ao cadáver do seu amo.

² Costa, J. (2010). *Tentativa de Suicídio* – Revisão bibliográfica. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Faculdade de ciências da Saúde, Covilhã, Portugal.

Se quatro séculos antes e quatro séculos depois de Cristo o suicídio fora ora tolerado ora reprimido, a sua reprovação vai-se reforçando durante os primeiros séculos da era cristã até que seja totalmente condenado no século V por Santo Agostinho e pelo Concílio de Arles (452 d.C.), seguido depois pelos de Orleans, Braga, Toledo, Auxerre, Troyes, Nimes, e culminando com a condenação expressa de todas as formas de suicídio no "Decret de Gratien"³.

A Europa cristã acaba com as diferenças entre o suicídio legal e ilegal: “matar-se” era atentar contra a propriedade do outro e o outro era Deus, o único que criou o homem e quem, portanto, deveria matá-lo. A vida do indivíduo deixa de ser um património da comunidade para ser um dom divino e “matar-se” equivale a um sacrilégio. O suicida não teria direito aos rituais religiosos, os seus herdeiros não recebiam os bens materiais, e o seu cadáver seria castigado publicamente, podendo ser exposto nu ou queimado. Os suicidas são assim iguados aos ladrões e assassinos, e o Estado e a Igreja fizeram tudo para combater os suicídios.

A partir da Renascença, período de maior liberdade religiosa, o suicídio recrudescceu e continua até aos dias atuais, sendo atribuído o seu aumento, principalmente aos problemas causados pela Revolução Industrial e pelo Capitalismo nascente, os quais diminuíram o apelo à Religião.

No século XVIII, Montesquieu e Rousseau procuraram razões mais sociológicas, expurgando o suicídio de considerações teológicas. A Revolução Francesa refletiria esta nova orientação ao despenalizar na lei “os crimes cometidos pelo próprio sobre si mesmo”, afinal o suicídio. Todavia, noutros países o suicídio seria crime até ao século XX, como por exemplo aconteceu em Inglaterra até 1961, antes da publicação do “*Mental Health Act*”⁴ (Saraiva, 2010).

O nosso país que foi um dos pioneiros a acabar com a escravatura, e também o foi a não condenar o suicida frustrado. Desde 1886 que apenas o incitamento ou ajuda são passíveis de punição, com o pormenor de no último Código Penal (1995)⁵ surgir um novo tipo de crime, a propaganda do suicídio.

³ Le *Décret de Gratien* (en latin *Concordia discordantium canonum*) - O Decreto de Graciano é uma coleção de cerca de 3.800 textos que recolhem e sistematizam o direito canónico. A obra encontra-se estruturada em três partes: A primeira consiste nas *distinctiones*, que trata das fontes do direito, da hierarquia eclesiástica e das disciplinas do clero; a segunda parte consiste em trinta e seis *causae*, cada uma dividida em *questiones* que tratam, entre outras coisas, do processo judicial, ordens religiosas, heresias, casamento e penitência; a terceira parte, *de consecratione*, diz respeito aos demais sacramentos.

⁴ *Mental Health Act* (1962) – Lei elaborada com o propósito de apresentar algumas disposições de controle e tratamento das pessoas que sofriam de perturbações mentais.

⁵ **Código Penal, de 14 de novembro de 1995, Artigo 133°. Incitamento, ajuda ou propaganda ao suicídio.** Portugal. Disponível em 12 de janeiro de 2012 : <http://bo.io.gov.mo/bo/i/95/46/codpenpt/codpen0101.asp>.

1.2 – EPIDEMIOLOGIA

Em Portugal ocorrem aproximadamente mil suicídios por ano, principalmente na Grande Lisboa, Alentejo e Algarve. Perante esta peculiar assimetria, a Sociologia e a Psiquiatria há muito que revelaram o retrato do que se vê ao sul do Tejo: desertificação, envelhecimento populacional, desemprego, migração, desesperança, ausência de práticas religiosas, tendência à depressão, falta de apoios medico-sociais, etc.

O suicídio representa anualmente cerca de um milhão de mortes, prevendo-se que este número aumente para 1,5 milhões em 2020. Cerca de um quarto das mortes afetam jovens até aos 25 anos, representando aproximadamente 20 milhões de anos de vida potencialmente perdidos. Atualmente o número de suicídios representa mais que o somatório das mortes em guerras e homicídios (OMS, 2000).

O impacto psicológico e social do suicídio na família e sociedade é imensurável. Em média, um único suicídio afeta pelo menos outras seis pessoas. Se um suicídio ocorre numa escola ou num local de trabalho, tem impacto em centenas de pessoas. O custo do suicídio pode ser estimado em termos de *DALYs* (*disability-adjusted life years*, ou anos de vida ajustados às limitações). De acordo com este indicador, em 1998 o suicídio foi responsável por 1,8% do custo total de doenças em todo o mundo (OMS, 2000).

Por cada suicídio consumado estima-se que haja cerca de 20 a 30 comportamentos suicidários, em que só um quarto tem contacto com os serviços de saúde (Santos & Saraiva, 2009).

Na Europa as taxas de suicídio mais elevadas têm origem nos países de leste, nomeadamente Lituânia, Estónia, Bielorrússia e a Federação Russa, variando as taxas entre 45 e 75 por 100.000 habitantes por ano. As taxas mais baixas registam-se em países da Europa Mediterrânica e em países Islâmicos, onde a taxa é inferior a 6 por 100.000 habitantes. Na maioria dos países da América do Norte, Europa e Australásia as taxas oscilam entre 10 e 35 suicídios por 100.000 habitantes.

No quadro N° 1 pode identificar-se as taxas de suicídio por 100.000 habitantes dos anos de 2003 a 2008 em Portugal, e nos quadros N° 2 e N° 3 a sua distribuição por género nos anos de 2003 e 2006.

ANO	Global	Masculino	Feminino
2003	10.5	16.6	4.8
2004	11.5	18	5.5
2005	8.8	13.8	4.1
2006	8.4	13.6	3.6
2007	9.6	14.5	4.9
2008	9.8	15.4	4.5

Quadro n° 1 - Taxas de suicídio por 100.000 habitantes -PORTUGAL

Fonte: Sociedade Portuguesa de Suicidologia. Disponível 12 de novembro de 2011 em:
http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=30

	IDADE						
ANO	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
2003	6.2	12.4	16.6	18.7	23.6	33.2	61.0
2006	4.3	7.3	12.1	13.6	16.9	27.8	48.0

Quadro n° 2 – Taxas específicas de suicídio por 100.000 habitantes – Sexo Masculino

Fonte: Sociedade Portuguesa de Suicidologia. Disponível 12 de novembro de 2011 em:
http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=30

	IDADE						
ANO	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
2003	1.8	3.8	4.0	4.6	8.9	7.7	11.1
2006	0.5	1.0	3.6	4.4	4.9	8.1	7.8

Quadro nº 3 – Taxas específicas de suicídio por 100.000 habitantes – Sexo Feminino

Fonte: Sociedade Portuguesa de Suicidologia. Disponível 12 de novembro de 2011 em : http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=30

A análise dos quadros pode levar-nos a refletir sobre a assimetria existente entre o número de suicídios verificados entre os homens e mulheres. Efetivamente as mulheres tentam mais o suicídio, mas são os homens que mais morrem na sua sequência. O facto de os homens utilizarem métodos mais agressivos pode ser uma das explicações para esse fenómeno.

O perfil do suicida em Portugal tem-se mantido ao longo dos anos: homem, com mais de 50 anos, a viver na Grande Lisboa, Alentejo ou Algarve, separado, divorciado ou viúvo, desempregado ou reformado, com escassos rendimentos, com baixo nível de instrução, socialmente isolado, sem práticas religiosas, deprimido e alcoólico (com história de passado psiquiátrico), em comorbilidade com perturbação da personalidade, psicopatologia por vezes associada a doença crónica dolorosa ou incapacitante, com múltiplos problemas afetivos, com ideação de morte ou suicida prévias, incluindo tentativas de suicídio, que põe termo à vida por método violento como o enforcamento, arma de fogo, pesticidas, precipitação, afogamento, trucidado por comboio, na primavera ou no verão (Saraiva, 2010).

O padrão etário do suicídio em “curva ascendente”, em que as taxas aumentam com a idade, em contraste com outros três tipos de padrões europeus: “curva descendente” (taxas mais elevadas nos jovens; ex: Inglaterra), “curva convexa” (taxas com “pico” na meia-idade; ex: alguns países de Leste) e “curva uniforme” (taxas sensivelmente iguais ao longo do ciclo de vida; ex: países nórdicos), foi evidenciado por Alte da Veiga e Saraiva (2003).

A questão porque há mais suicídios na primavera e no verão, em Portugal, mais precisamente de maio a julho, permitiu uma especulação. Do empirismo clínico conhecem-se as depressões do “rebentar da flor” e as do “cair da folha”, independentemente da sua

gravidade. Enquanto no outono o humor depressivo está em sintonia com a Natureza (triste por dentro, triste por fora), na primavera o contraste é acentuado (triste por dentro, alegre por fora). E isso torna a dor psicológica mais intolerável (Saraiva, 2010).

1.3 – ETIOLOGIA

Várias teorias têm surgido procurando justificar o ato do suicídio. Cada teórico apresenta uma visão sobre os motivos que consideram estar na sua origem.

Durkheim (1897 cit. Por Saraiva, 2010) chamou a atenção sobre a significação social do suicídio pessoal, “*o suicídio é uma denúncia individual de uma crise coletiva*”. Partindo do pressuposto que o suicídio é um processo em si mesmo que não termina com a morte e, ainda, que o suicídio é um gesto de comunicação, entende-se que o indivíduo se mata para se relacionar com os outros e não para ficar só ou desaparecer. A morte é o único meio que o sujeito encontra para restabelecer o elo de comunicação com os outros.

Durkheim (1897 cit. por Saraiva, 2010) definiria suicídio como todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo (ex: enforcamento) ou negativo (ex: greve de fome) praticado pelo indivíduo, ato que a vítima sabia dever produzir este resultado. Valorizaria duas grandes dimensões para a tentativa de compreensão do fenómeno suicida: integração e regulação; a integração, como as relações sociais que ligam o indivíduo ao grupo, e a regulação, como os requisitos normativos ou morais exigidos para a pertença ao grupo. Consideraria ainda, que todo o comportamento humano, desde o sentir, o pensar, o agir, seria, enfim, determinado pela sociedade. Defenderia a ideia de que existia uma influência dos fatores macrossociais em detrimento dos fatores individuais, na etiologia do suicídio.

Durkheim (1897 cit. por Saraiva, 2010) conceptualizaria quatro tipos de suicídio:

- Suicídio egoísta – Baixa integração na sociedade
- Suicídio altruísta – Alta integração na sociedade
- Suicídio anómico – Baixa regulação da sociedade
- Suicídio fatalista – Alta regulação da sociedade

Um dos exemplos de suicídio egoísta residiria no indivíduo deprimido. O suicídio altruísta seria retratado, no século XX, nos pilotos kamikaze ou nos bombistas suicidas. O

suicídio anômico, corresponderia aos casos de desempregados e divorciados. O suicídio fatalista poderia ser representado no suicídio de escravos, prisioneiros, indivíduos cercados.

Shneidman (1987 cit.por Saraiva, 2010, p.191), consideraria o suicídio como o resultado final da confluência de um máximo de dor, um máximo de perturbação e um máximo de pressão. Trata-se de um engenhoso modelo cúbico, também conhecido pelo “cubo suicida de Shneidman”. Imagine-se um cubo grande composto de 125 pequenos cubos (5x5x5), onde um “cursor” pode aumentar ou diminuir a força das variáveis dor, perturbação e pressão. A dor é a designada dor psicológica: frustração pela falta das necessidades básicas psicológicas, o componente central do suicídio. A perturbação refere-se a um qualquer distúrbio: como distorções cognitivas, automutilações. A pressão está relacionada com “tudo o que está fora” e “tudo o que está dentro do indivíduo”: acontecimentos de vida, vivências.

Shneidman (1985 cit. por Saraiva, 2010), valorizaria a intencionalidade do suicida segundo três aspetos:

1. Morte intencional, onde o indivíduo teve um protagonismo consciente, exemplificada no enforcamento;
2. Morte não intencional, onde o indivíduo não foi protagonista para tal desfecho, exemplificada na morte ao limpar uma arma de fogo;
3. Morte subintencional, onde o indivíduo teve um protagonismo indireto ou inconsciente, exemplificada no acidente de automóvel a alta velocidade.

A ambivalência, como um dos aspetos mais intrigantes da mente do suicida, mereceria também a sua investigação. Refere, por exemplo, que o homem que corta o pescoço ao mesmo tempo que grita por socorro é o protótipo do suicida que é genuíno em ambos os comportamentos. A ambivalência fará, aliás, parte das suas conhecidas “*commonalities*”, as 10 características mais comuns aos suicidas (Shneidman, 1985):

1. Propósito – procura de solução
2. Objetivo – parar a consciência

3. Estímulo – dor psicológica intolerável
4. Stress – frustração pela falta das necessidades psicológicas
5. Emoção – desespero-desesperança
6. Estado cognitivo – ambivalência
7. Estado perceptivo – constrição
8. Ação – fuga
9. Ato interpessoal – comunicação de intenção
10. Consistência – de acordo com estratégias de “*coping*”⁶ mal adaptativas do passado

Num ensaio de um cenário suicida explicativo, Shneidman (1985) refere ser fundamental a combinação destes elementos para haver um suicídio:

1. Sentimento de dor intolerável - diretamente relacionada com a frustração pelas necessidades psicológicas básicas não terem sido satisfeitas.
2. Atitude de se autodesvalorizar (autodenegrir) - autoimagem que não consegue aguentar a dor psicológica intensa.
3. Constrição marcada da mente e um prejuízo das tarefas do dia a dia.
4. Sensação de isolamento - um sentimento de deserção e perda de suporte de pessoas significativas.
5. Intenso e desesperado sentimento de desesperança – a sensação de que já nada pode ser feito.
6. Decisão consciente de fuga – abandono, desaparecimento ou interrupção (cessação ou paragem) da vida – como a única (ou pelo menos a melhor possível) solução para resolver o problema da dor intolerável.

⁶ *Coping* - Lutar, competir com sucesso ou em igualdade de condições: esta é a tradução literal do verbo inglês “*to cope*”, cujo significado também pode ser descrito como a ação de “lidar adequadamente com uma situação”, superando as dificuldades ou limites que essa situação apresenta.

Maurice Halbwachs (1930, cit. por Saraiva, 2010), veio contestar as teorias que atribuíam a etiologia do suicídio apenas a influências sociais, referindo, “*As taxas de suicídio resultam não só das correntes coletivas mas também das circunstâncias individuais, existindo nitidamente um compromisso entre o macro social e o micro individual*”.

O reconhecimento das experiências traumáticas individuais permitiu a construção dos **modelos psicodinâmicos**. A análise intrapsíquica e o inconsciente forneceriam uma outra compreensão para o suicídio que as teorias sociais não alcançavam. Portanto, uma nova “visão micro” sobre o psiquismo do indivíduo. Sigmund Freud distinguiria duas espécies de instintos: os instintos sexuais (Eros), permanentemente renovadores da vida, e os instintos de morte (Thanatos), diferentes do desejo agressivo de matar outrem, porque corresponderiam a uma tendência inata do indivíduo para a autodestruição. Os sentimentos de culpa e de autorecriminação estariam intrinsecamente implicados no processo de luto. A culpa depressiva e a autorecriminação baseiam-se numa regressão anormal ao “narcisismo infantil”, Appignanesi & Zarate (1981, cit. por Saraiva, 2010).

Karl Menninger (1938, cit. por Saraiva, 2010) da segunda geração psicanalítica, aprofundará a teoria psicanalítica do suicídio, designando-o como o homicídio do próprio. Identifica os três desejos que encerraria todo o suicida:

- De matar;
- De ser morto;
- De morrer.

No primeiro, haveria uma agressão baseada no instinto de agressão ou destruição; no segundo, uma resposta do superego à necessidade de punição por sentimentos de culpa ou submissão masoquista; no terceiro, o desejo de regressar ao ventre materno, num impulso suicida transitório. Uma outra perspectiva de Menninger é o entendimento de que qualquer comportamento autolesivo é uma forma de suicídio. Distingue três tipos: suicídio crônico, exemplificado nos psicóticos, antissociais, etc.; suicídio focal, exemplificado nos automutiladores; e suicídio orgânico, exemplificado no indivíduo portador de doença somática causada por uma vontade inconsciente de morrer.

Melanie Klein (1935, cit. por Saraiva, 2010, p.187), ainda que concordando com a ideia inicial de Freud de que o suicídio é um ataque ao objeto internalizado, propõe, todavia, que esse ataque é seletivo e visa simultaneamente aniquilar a parte má do objeto e preservar a parte boa, que seria valiosa para o *self*.

Donald Winnicott (1971, cit por Saraiva, 2010) e Heinz Kohut (1977, cit por Saraiva, 2010), representam a terceira geração psicanalítica. O primeiro descreverá a importância da boa relação com a mãe como essencial à organização do ego. Também fala de um *self* verdadeiro e de um *self* falso, em que a falência deste pode levar ao suicídio. O segundo enfatiza a ausência de empatia dos pais, fruto da sociedade contemporânea, mas valoriza o espaço da criança a caminho da maturidade. Só que isso contém riscos. Como um “self trágico” ou “ansiedade de desintegração”, Saraiva (2010).

Em Portugal, Coimbra de Matos (1982 cit. por Saraiva 2010) enuncia quatro aspetos masoquistas e narcisistas explicativos do desejo de morrer:

- Obter o amor total e duradouro do objeto (desejo de fusão);
- Vulnerabilidade narcísica;
- Intolerância à dor da perda, com aumento do penar para obter perdão e amor;
- Impossibilidade de suportar o orgulho ferido e a derrocada da onipotência.

Os **cognitivistas** baseiam a sua interpretação da etiologia do suicídio, na importância e significado que o indivíduo atribui aos acontecimentos e ao ambiente. A teoria cognitiva clássica de Aaron Beck, assenta principalmente em três aspetos: tríade cognitiva, esquemas e distorções. No primeiro existe uma visão negativa do eu, do mundo e do futuro (ex: “eu não presto, sou um inútil, um fracassado; o mundo lá fora é feio, perigoso e hostil; já só espero coisas más na vida”). No segundo existem padrões de comportamento relativamente estáveis em relação ao próprio, aos outros e ao meio. No terceiro surgem erros de interpretação e avaliação (exs: inferência arbitrária, abstração seletiva, pensamento dicotómico, catastrofização, etc.) , Saraiva (2010).

Segundo o modelo inicial de diátese-stress-desesperança de Schotte & Clum (1982 cit. por Saraiva, 2010), é a rigidez cognitiva que leva o indivíduo a não ser capaz de utilizar mecanismos de “*coping*” adaptativos, ou seja, mais eficazes, perante acontecimentos de vida geradores de stress. Daí a desesperança e a possibilidade de ideação ou condutas suicidas.

Os **modelos sistêmicos**, valorizam a influência da família e relações existentes entre os seus membros, no comportamento suicidário. Saraiva (2010), refere que os comportamentos suicidários despertam quase sempre estranheza e perplexidade. Aqui se incluem familiares e amigos. Muitas perguntas, escassas respostas. Uma vez, dramatismo excessivo; outras, um pacto de silêncio. Há mesmo situações de suicídio que logo se transformam em “memórias proibidas”, que passam de pais para filhos. Estigmas e tabus alimentam tal secretismo. Pela culpa, vergonha, ou outros sentimentos emaranhados, às vezes difíceis de definir.

Não se pode separar o indivíduo do meio que o rodeia, familiar e social. Nessa perspectiva é fulcral a analisar a sua dinâmica familiar. Conhecer a forma como se relacionam entre si, pode nos dar um valioso contributo sobre alguns fatores que podem estar implicados no ato suicida. Na verdade, o empirismo clínico ensina que perante um suicida ou parassuicida é frequente a existência de uma família-problema ou disfuncional.

Ao longo dos anos, vários investigadores, questionaram se o suicídio teria uma causa orgânica subjacente. Decorrente das investigações realizadas, surgiram os **modelos biológicos**, que vêm atribuir uma causa orgânica à etiologia do suicídio.

Alguns estudos neurobiológicos vêm consistentemente indicando que uma redução na atividade serotoninérgica está associada ao comportamento suicida, particularmente em casos que apresentam altos níveis de traços impulsivos e impulsivo-agressivos.

Estudos mais recentes têm encontrado um aumento no córtex pré-frontal, da ligação de agonistas serotoninérgicos a recetores pós-sinápticos de serotonina. Lesões ao nível do cortex pré-frontal, zona envolvida na execução da função inibidora, resultam em desinibição do impulso e do comportamento agressivo. Portanto, é possível que sujeitos com uma redução serotoninérgica nesta região cerebral possam ter uma maior predisposição a atuar impulsivamente e autoagressivamente quando expostos a situações stressantes, tais como aquelas causadas pela presença de quadros psiquiátricos, e em algumas instâncias, isto poderia resultar na manifestação de comportamento suicida (Turecki, 1999). Nos quadros, N°4 e N°5, pode observar-se de que forma a elevação ou diminuição de determinados neuroquímicos podem influenciar comportamentos suicidas.

NEUROQUIMICOS	
Aumento	Efeitos
5-hidroxitriptamina (5HT)	Existe uma correlação positiva entre a elevação dos recetores de 5HT, e a gravidade das sequelas físicas nas tentativas de suicídio. ⁷
3-metoxi4hidroxifenilglicol (MHPG)	Existe uma correlação positiva entre, MHPG no líquor e a agressividade, assim como se verifica a sua elevação nas tentativas de suicídio violentas ⁸ .
Cortisol	A hiperatividade do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal (HPA) parece ser característica de pacientes com depressão major que cometem suicídio ⁹

Quadro nº 4 – Relação entre o aumento dos neuroquimicos e o suicídio.

NEUROQUIMICOS	
Diminuição	Efeitos
Ácido 5- Hidroxi-Indolácético (A5HIA)	Encontraram-se níveis baixos de A5HIA nos doentes que tentaram, ou concretizaram o suicídio. Além disso são preditivos de futuras tentativas. Quanto mais baixos forem os níveis, maior a violência do ato suicida e do comportamento impulsivo.
Colesterol	O colesterol é um precursor da síntese do cortisol. Foi encontrada uma relação entre hipocolesterolémia e um aumento do risco de condutas violentas ou agressivas
Ácido Homovanílico (HVA)	Doentes deprimidos e com tentativas de suicídio, apresentam diminuição do (HVA) na urina. Os níveis de HVA no líquido céfalo-Raquidiano (LCR) também se encontram diminuídos no comportamento suicidário recorrente
Enzima Triptofano Hidroxilase (TPH)	Existe uma associação positiva entre um polimorfismo da enzima triptofano hidroxilase (TPH), enzima cuja atividade controla a taxa de síntese da serotonina, e a presença de comportamento suicida (história de tentativa de suicídio).

Quadro nº 5 – Relação entre a diminuição dos neuroquimicos e o suicídio

⁷ Costa, J.(2010)- *Tentativa de Suicídio* – Revisão bibliográfica. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Faculdade de ciências da Saúde, Covilhã, Portugal.

⁸ Salkovskis, P. (2005). *Fronteiras da Terapia Cognitiva*. Casa do Psicólogo. Disponível em 12 de fevereiro de 2012: http://books.google.pt/books?id=o6V3w3iCXOcC&pg=PA120&lpg=PA120&dq=MHPG+e+suicidio&source=bl&ots=syMGpuJJ35&sig=QGdQ1SRint_QLKYx-Dn01EzOr8A&hl=pt

⁹ Saraiva, C. (2010)- *Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual*. Revista de Psiquiatria Clínica, 31, (3), 185-205

Nos últimos anos, diversos estudos genético-epidemiológicos têm consistentemente sugerido que o componente genético é significativo. Entretanto, o modo exato através do qual os genes aumentam a predisposição de certos indivíduos a cometer o suicídio é ainda desconhecido (Turecki, 1999).

Na atualidade, já existe uma visão mais abrangente acerca da influência da genética na predisposição para o suicídio, ao contrário de alguns anos atrás em que eram consideradas apenas algumas doenças psiquiátricas (depressão, esquizofrenia e o alcoolismo) como detentoras de uma componente hereditária importante. Efetivamente, a descoberta da quase totalidade da sequenciação do genoma humano em 2003 abriu novos horizontes. Entre eles a identificação de genes candidatos. Ou seja, aqueles que estarão mais implicados em determinadas perturbações, sendo estimada a existência de 10 a 15 o número de genes potencialmente envolvidos no ato suicida (Saraiva, 2010).

Na verdade, existe atualmente em todo o mundo uma onda de investigação na área da genética e do suicídio. Nem sempre os resultados correspondem às expectativas. Mas o caminho faz-se caminhando, como disse o poeta Fernando Pessoa (Saraiva 2010).

As teorias oferecem uma base lícita de compreensão do fenômeno suicida, têm surgido inúmeras, que devem ser avaliadas com imparcialidade. Como afirma Frazão (2007), *“Existem várias formulações e linhas teóricas para compreender o suicídio e nenhuma delas se pode arrogar de ter estabelecido explicações holísticas e definitivas”*.

1.4 - FATORES DE RISCO

Vários fatores de risco podem ser considerados quando se pretende estimar um nível geral de risco de suicídio. A literatura existente identifica os seguintes fatores de risco para o suicídio:

Psicopatológicos - Sofrer de depressão, esquizofrenia, alcoolismo, toxicod dependência ou distúrbios de personalidade; estar sujeito a modelos suicidários (familiares ou amigos;) ter tido comportamentos suicidários prévios; demonstrar intenção suicida ou ter distúrbios alimentares (ex: bulimia).

Demográficos – Ter entre 15 e 24 anos ou mais de 45; pertencer ao sexo masculino; raça branca; ter ocorrido a morte de pessoas significativas (ex: pais, conjugue, etc.); ter escolaridade elevada; apresentar doenças terminais (HIV, cancro, etc.); ter uma família desagregada (por separação, divórcio ou viuvez).

Psicológicos – Desesperança (sensação de nada valer a pena); culpabilidade por atos praticados; perda de pessoas significativas, ausência de projetos de vida e crenças religiosas.

Sociais – habitar em meio urbano ou meio rural principalmente, a sul do Tejo; mudar de residência; estar desempregado; ter emigrado; ter falta de apoio familiar e/ou social; ser reformado; ter acesso fácil a agentes letais como armas de fogo ou pesticidas e estar preso.

Importa, contudo, considerar que cada indivíduo lida com a tensão e o sofrimento de diferentes formas, e a presença de múltiplos fatores de risco não implica necessariamente que a pessoa cometa suicídio. Na maioria das vezes, é a junção de alguns dos fatores supra mencionados que despoletam uma sensação de desespero suficientemente intensa para colocar a ideia de suicídio.

Será ainda importante efetuar uma distinção entre os fatores predisponentes, ou seja, aqueles remotos, distais, que criam o terreno no qual eclodem os comportamentos suicidas, e os fatores precipitantes, proximais, que os desencadeiam. Os fatores precipitantes de comportamentos suicidas, estão associados a uma série de situações que implicam perdas, reais ou simbólicas, ou mudanças de status, no geral, para pior (Bertolote, Mello-Santos e Botega, 2010). Os fatores predisponentes e precipitantes estão descritos na Tabela nº 1.

Tabela N° 1 – Fatores predisponentes e precipitantes para o comportamento suicida

Fatores Predisponentes	Fatores Precipitantes
Sexo (masculino: suicídio; Feminino: Tentativas) Idade (mais jovem: tentativa; idoso: suicídio) História familiar de suicídio, alcoolismo, ou outros. Perturbações mentais Tentativa(s) prévia(s) Presença de doença física Presença de desesperança Estado civil: Divorciado, viúvo ou solteiro Abuso físico, emocional ou sexual na infância Estar desempregado ou reformado Isolamento social Pertencer a uma minoria étnica Pertencer a uma minoria sexual (homossexuais, transsexuais) Baixo nível de Inteligência	Separação Conjugal Rutura de relação amorosa Rejeição afetiva/social Alta recente de hospitalização psiquiátrica Graves perturbações familiares Perda de emprego Modificação da situação económica ou financeira Gravidez indesejada (principalmente para solteiras) Vergonha Medo de ser descoberto (por algo socialmente indesejável) Perda de familiar

Fonte: Bertolote, J. ; Mello-Santos, C. ; Botega, N. (2010, Out.). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica . Revista Brasileira de Psiquiatria vol 32. pp. 87-95 Disponível em 10 de fevereiro de 2012 : <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a05.pdf>.

1.5 – Fatores de proteção

Os fatores de proteção reduzem o risco de suicídio; são considerados isoladores contra o suicídio e incluem:

- Apoio da família, de amigos e de outros relacionamentos significativos;
- Crenças religiosas, culturais, e étnicas;
- Envolvimento na comunidade;
- Uma vida social satisfatória;
- Integração social como, por exemplo, através do trabalho e do uso construtivo do tempo de lazer;
- Acesso a serviços e cuidados de saúde mental.

Embora tais fatores de proteção não eliminem o risco de suicídio, podem contrabalançar o peso imposto por circunstâncias difíceis da vida.

1.6 - ALGUMAS DEFINIÇÕES IMPORTANTES

Do ponto de vista clássico, sempre num perigoso exercício de síntese, há uma tríade relevante em suicidologia quanto à eventualidade de um determinado ato levar à morte: letalidade, exequibilidade e intencionalidade. Se os dois primeiros constructos parecem mais evidentes, diríamos menos filosóficos, em função da escolha do método suicida e da facilidade de o levar a cabo, o terceiro âncora nas profundezas da mente. Da vontade. Da consciência. Da luta interna (Saraiva, 2010).

Consideramos pertinente apresentar algumas definições dos diversos comportamentos ou sentimentos que de alguma forma estão associadas aos comportamentos suicidários.

Risco para o suicídio

É a possibilidade de uma ideia suicida levar uma pessoa a cometer o suicídio. A idealização do suicídio deve ser avaliada, devendo o profissional estar atento quanto a presença de um plano (tipo de plano, comorbilidades, tentativas prévias) que este indivíduo apresenta para se suicidar (Botega, Werlang, Cais e Macedo, 2006).

Ideação Suicida

Alteração no pensamento, no qual existem ideias recorrentes ou permanentes de estar morto, perda da vontade viver e/ou vontade de não mais viver. Esta ideia suicida ganha evolução e acaba ocorrendo o plano suicida, no qual é elaborado o plano de execução do ato suicida (Botega, *et al.*, 2006).

Ato Suicida

Caracteriza-se pelo fato do indivíduo passar a ter alterações da sua conduta, o que o leva a agir voluntariamente, procurando formas de acabar com sua própria vida. A execução do ato pode ter dois resultados: o indivíduo provoca sua morte e esta ganha o nome de suicídio, ou este tenta sem sucesso e fica como tentativa de suicídio (Botega, *et al.*, 2006).

Tentativa de Suicídio

Tentativa de suicídio: define-se como uma ação auto dirigida que apresenta por finalidade dar fim à própria vida, sem o êxito final, a morte. O indivíduo tenta, porém não se consegue suicidar (Botega, *et al.*, 2006).

Parassuicídio

Da outra face da “moeda” do suicídio encontramos o parassuicídio. Ou seja, um comportamento que, incorretamente se tem designado tentativa de suicídio. O parassuicídio é um ato de consequências não fatais, no qual o indivíduo inicia deliberadamente um comportamento que lhe causará dano ou lesão, ou ingere uma substância em excesso face à dose prescrita, ou geralmente reconhecida como farmacologicamente ativa e que visa a obtenção de mudanças através das consequências físicas reais ou esperadas. Um comportamento que parece ser uma linguagem de desamparo ou revolta através do corpo. Uma forma inadequada de esbater a tensão emocional, na ausência de outras ferramentas psicológicas para lidar com conflitos, perdas, fracassos. Em que, supostamente, a intenção suicida é inexistente, persistindo uma margem “cinzenta”, mínima que seja, relacionada com um dos aspetos mais complexos da suicidologia: a ambivalência. Tal visão da ambivalência cognitiva decorre frequentemente das narrativas de suicidas frustrados que conseguem transmitir mais tarde o que sentiram imediatamente antes do seu gesto. Excluir-se-ão, provavelmente, os casos raros de não impulsividade no gesto, se é que tal existe, perante um método suicida dito violento, sem possibilidade de retorno e com um esquema mental de um não hibernar ou de um não desligar. E também aquelas situações em que não se deixou grande margem de manobra ao destino para ser o árbitro do que vai acontecer (Saraiva, 2010).

No quadro N° 6, podem ser avaliadas algumas características que diferenciam suicida do parassuicida, segundo Saraiva (2006).

Suicida	Parassuicida
Homem	Mulher
> 45 Anos	< 45 anos
Intenção suicida	Intenção manipulativa
Corda, tóxicos, arma, etc.	Psicofármacos, cortes.
Premeditado	Impulsivo
Problemas crónicos.	Problemas reagudizados
Isolamento	Estilo de vida caótico
Depressão >50% casos	Depressão < 50% casos
Alcoolismo crónico	Distúrbio da personalidade
Má saúde física	Razoável saúde Física
Todas as classes sociais	Classes sociais mais baixas
A sul de Santarém	Em todo o País
Do inverno ao verão	Todas as estações do ano
Taxa \pm 10/100 mil Hab./ano	Taxa \pm 300/100 mil Hab./ano

Quadro nº 6– Características que diferenciam o Suicida do Parassuicida

Fonte: Saraiva (?) Comportamentos suicidários – Aula de 60m. Disponível em 15 de fevereiro de 2012:
<https://woc.uc.pt/fmuc/getFile.do?tipo=2&id=2827>

1.7 - IDENTIFICAR E AVALIAR O RISCO

Reconhecer o risco de suicídio envolve conhecer os sinais de alarme. Conhecê-los e intervir de forma eficaz é uma tarefa importante que poderá salvar vidas.

Alguns sinais de alarme que frequentemente são exibidos pelas pessoas deprimidas com ideação suicida são: sofrimento psicológico (tristeza intensa); perda de autoestima; constrição (redução dos horizontes a um simples tudo-ou-nada); isolamento (sensação de vazio e de falta de amparo); desesperança; mudanças rápidas de humor; e egressão (fuga como única solução para acabar com a dor intolerável). Também a impulsividade é um dos fatores importantes, pois ela modela a rapidez com que se passa do pensamento ao ato. Sinais como comentários acerca da morte ou suicídio, podem expressar intenções suicidas e não devem ser desvalorizados. Os preparativos para a morte, como escrever cartas aos amigos/familiares ou dar objetos pessoais de valor sentimental são, por vezes, um dos sinais mais preocupantes. Se forem detetados alguns sinais de alerta é importante não

deixar a pessoa sozinha e procurar ajuda profissional.¹⁰

Os profissionais de saúde mental podem usar a estimativa de risco de suicídio, para ajudar a determinar as configurações individuais de tratamento. O objetivo da avaliação de risco do suicídio é identificar fatores que podem aumentar ou diminuir num indivíduo, o risco de suicídio, para estimar um nível geral de risco de suicídio, e desenvolver um plano de tratamento que contemple a segurança do indivíduo, concentrando-se nos riscos que possam ser modificados.

Os fatores de risco não modificáveis, incluem o histórico do indivíduo história familiar, características demográficas, problemas financeiros ou desemprego. O risco de suicídio associado às perturbações psiquiátricas, como as perturbações do humor, psicóticas, de personalidade e abuso de substâncias, são os que podem ser modificados mediante o emprego de medidas de tratamento adequadas, e por conseguinte sobre os quais se pode atuar. Ainda a apresentação de sintomas que indiquem alto risco para o suicídio como ansiedade, agitação, falta de esperança, e insónia, podem ser alvos específicos de tratamento. Pode ainda ser efetuado um reforço dos fatores de proteção.

Identificar, avaliar e acompanhar um indivíduo com ideação suicida é uma ação deveras importante, que tem um papel fundamental na prevenção do suicídio. Contudo, uma proporção substancial de pessoas que cometem o suicídio morrem sem nunca terem sido avaliados por um profissional de saúde mental.

A pesquisa na área tem sugerido que entre 40 e 60% das pessoas que cometeram suicídio, consultaram um médico no mês anterior ao suicídio; destes, a maioria foi a um clínico geral, e não a um psiquiatra (OMS, 2000)¹¹.

Um estudo efetuado por Goldberg e Huxley (1980), demonstrou como é que partindo de uma base alargada, a prevalência na população em geral, o número de pessoas com perturbação psiquiátrica vai diminuindo à medida que se aproxima do psiquiatra.

O estudo em questão referencia que em cada ano, por cada 1000 pessoas na comunidade, 250 têm perturbações psicológicas; apenas 230 contactam com o sistema de saúde, destas os médicos de família apenas identificam 140, das que são reconhecidas, somente 17 contactam com o psiquiatra e apenas 6 necessitam de internamento psiquiátrico.

¹⁰ Sociedade Portuguesa de suicidologia (2009). Disponível 12 de fevereiro de 2012 em: http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&catid=36&id=63&Itemid=59

¹¹ Organização Mundial de Saúde.(2000).**Prevenção do Suicídio**: Um Manual para Clínicos Gerais.Disponível 10 de janeiro 2012 em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.1_por.pdf

Embora este estudo tivesse sido realizado em Londres, facilmente poderíamos transpor estes dados para a nossa realidade.

Em 1999 a OMS lançou o SUPRE (*Suicide Prevention Program*)¹², uma das áreas de intervenção deste programa incidiu sobre os Médicos de Clínica Geral, sensibilizando para a importância da sua atuação nesta área.

Em Portugal já existem algumas entidades¹³ que se disponibilizaram a formar os Clínicos Gerais nesta área, alertando para a importância de identificar grupos de alto risco e síndromes pré-suicidas, uma vez que estes são considerados, “*Os Psiquiatras de Primeira Linha*”. Mas muito há ainda por fazer.

Embora várias escalas tenham sido propostas, nenhuma delas demonstrou eficiência para a deteção de risco de suicídio (Bertolote *et al.*, 2010). Efetivamente, não há como prever quem cometerá suicídio, mas é possível avaliar o risco individual que cada pessoa apresenta, tendo em vista a investigação detalhada e empática da entrevista clínica. Impedir que o indivíduo cometa o suicídio deve ser o objetivo maior da nossa intervenção.

1.8 – AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA PESSOA QUE TENTOU O SUICÍDIO

A avaliação e tratamento do indivíduo que tentou o suicídio comporta quatro fases:

- Tratamento das complicações médicas resultantes do Ato;
- Entrevista para avaliação do risco de suicídio;
- Decisão sobre a necessidade de Internamento;
- Planeamento do tratamento subsequente em regime de internamento ou em ambulatório.

A **primeira** abordagem a um indivíduo que tentou suicídio, deve ser centrada sobre o tratamento das complicações médicas decorrentes, tais como cortes, fraturas, intoxicações, etc.

¹² Em 1999 a OMS lançou o SUPRE, uma iniciativa mundial para a prevenção do suicídio. Uma das ações integrantes do SUPRE, foi a elaboração de Manuais direcionados a grupos sociais e profissionais específicos particularmente relevantes na prevenção ao suicídio. Nomeadamente, Clínicos Gerais; Professores; Conselheiros, Profissionais dos Média; Sobreviventes; Guardas Prisionais, etc.

¹³ Sociedade portuguesa de Suicidologia; Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa; Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da universidade do Algarve; Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: domínio de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Escola Superior de Saúde de Viseu, etc.

A **segunda fase** corresponde à avaliação do risco de uma nova tentativa. Nesta fase deve ocorrer a entrevista ao indivíduo, que visa à obtenção de um número considerável de informações. Deve também permitir formar uma ideia a respeito da personalidade do indivíduo, principalmente no que diz respeito a mecanismos de defesa e de adaptação (*coping*) adotados em situações de crise.

Desde o início, é preciso tentar o estabelecimento de um vínculo que garanta a confiança e a colaboração do indivíduo num momento em que ele possa se encontrar enfraquecido, hostil e nem sempre disposto a colaborar. A noção simplista de que o indivíduo menciona ou tentou o suicídio tão somente para “manipular” deve ser rejeitada. O profissional deve partir de perguntas mais abrangentes, não-diretivas, incentivando o indivíduo a falar livremente. Gradualmente, deve passar-se a investigar a ideação suicida. Perguntas objetivas devem, então, ser feitas com o intuito de contribuir na avaliação do risco de suicídio. A simples negativa do indivíduo quanto à intenção de nova tentativa de suicídio não deve, por si só, encerrar a avaliação clínica (Bertolote *et al.*, 2010).

A **terceira parte**, e mais delicada, é a decisão de internar o indivíduo ou não. O internamento pode trazer prejuízos para o mesmo, do mesmo modo que a decisão de não internar pode significar uma nova tentativa. É importante ressaltar, no entanto, que não internar representa um tratamento menos traumático para o indivíduo, perante os familiares e a sociedade, aumentando consideravelmente sua esperança de recuperação.

A Associação Psiquiatria Americana APA¹⁴, elaborou um documento onde constam orientações que os peritos consideraram relevantes, para auxiliar o Médico Psiquiatra no processo de avaliação e tratamento do indivíduo que tentou o suicídio (Jacobs, e Brewer, 2004). As orientações apresentadas, surgem como recomendações que o Médico deve contemplar na decisão de internamento do indivíduo que tentou o suicídio, mas que não devem excluir a avaliação objetiva e subjetiva dos dados obtidos durante a entrevista.

O Tratamento em regime ambulatorio pode ser mais benéfico do que a hospitalização se, o indivíduo tem ideação suicida crônica e/ou comportamentos autoagressivos, mas sem tentativas prévias graves. Se têm apoio familiar/social e se já se encontra a ser seguido em regime ambulatorio

¹⁴ Jacobs, D. ; Brewer, M. (2004, May) – *APA Practice Guideline – Provides Recommendations for assessing and Treating Patients With Suicidal Behaviors*. Psychiatric Annals. Pp. 373-380. Disponível 10 de dez. de 2011 em: http://med.umich.edu/depression/suicide_assessment/Psych%20Annals%20Summary%20and%20Review%20APA%20Suicide%20Guidelines%20Review%20PDF.pdf

Em geral, o tratamento deve ser efetuado num ambiente o menos restritivo possível, ainda que seja assegurada a segurança do indivíduo.

A escolha da forma como se deverá efetuar o tratamento será baseada na estimativa do risco de suicídio, determinado através da avaliação psiquiátrica e da avaliação da tentativa de suicídio.

Os **Contratos não suicidas**, embora amplamente utilizados, não devem excluir a necessidade de se efetuar uma avaliação criteriosa do risco de suicídio. Não foi demonstrado que os contratos possam permitir diminuir o nível de vigilância do indivíduo em risco de suicídio.

As diretrizes da APA, enfatizam que a alta do indivíduo que fez uma TS, não deve ser baseada na sua vontade ou relutância, mas sim numa avaliação dos riscos e fatores de proteção presentes em que o contrato atua apenas como uma forma de facilitar a comunicação, entre o indivíduo e profissionais estabelecendo um vínculo entre os intervenientes, que efetuam um compromisso de cumplicidade em que este promete não tentar o suicídio e procurar ajuda se esses pensamentos surgirem. O contrato de não agressão não é recomendado em situações de emergência, doentes psicóticos ou impulsivos (Bertolote *et al.*, 2010).

A **quarta fase** corresponde ao tratamento a efetuar após a tomada de decisão sobre a necessidade de internamento, ou não, é díspar, e vai de encontro à experiência, conhecimento e preferência de cada Médico que assiste o indivíduo com TS.

Os tratamentos somáticos são muitas vezes focados no alívio dos sintomas agudos, enquanto que as psicoterapias tendem a ter metas mais amplas e de longo prazo relacionados com o funcionamento psicossocial do indivíduo.

1.9 – PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

A prevenção do suicídio requer a conjugação de esforços de todos, que devem ter início desde a infância. A estabilidade familiar associada a uma educação adequada deve ser promovida. Medidas de controlo ambiental devem ser criadas, onde se limita o acesso a meios que potencialmente possam ser utilizados para cometer o suicídio (ex: armas, pesticidas, etc). O sistema nacional de saúde deve desenvolver estratégias de atuação que

contemplem o tratamento dos que padecem de doença mental, de forma efetiva. Nesta perspectiva seria expectável que a disseminação apropriada de informação junto dos vários intervenientes neste processo poderia contribuir para a prevenção do suicídio. Nesse sentido a OMS (2004; 2005) fez as seguintes recomendações para a prevenção do suicídio:

- Identificar e reduzir a disponibilidade e o acesso aos meios para se cometer suicídio (ex. armas de fogo, substâncias tóxicas);
- Melhorar os serviços de suporte à saúde, reforçar o apoio social e promover a reabilitação de pessoas com comportamento suicida;
- Melhorar os procedimentos diagnósticos e subsequente tratamento das perturbações mentais;
- Aumentar a atenção dirigida a profissionais de saúde em relação a suas atitudes e tabus em relação à prevenção do suicídio e às doenças mentais;
- Aumentar o conhecimento, por meio da educação pública, sobre doença mental e o seu reconhecimento precoce;
- Auxiliar os meios de comunicação social a noticiar apropriadamente os suicídios e tentativas de suicídio;
- Incentivar a pesquisa na área da prevenção do suicídio, encorajar a colheita de dados das causas de suicídio e evitar a duplicação dos registos estatísticos;
- Prover formação para indivíduos e profissionais que se encontram na linha de frente (*gatekeepers*) e que entram primeiro em contato com indivíduos sob risco de suicídio

Fonte: Cais, C. (2011) - **Prevenção do suicídio:** estratégias de abordagem aplicadas no município de Campinas. Dissertação Campinas, São Paulo, Brazil. Disponível em 10 de out. de 2011:
<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000786887>

Refletir sobre a importância das estratégias apresentadas, pode servir inicialmente para a consciencialização da existência de um problema, pouco falado e portanto um pouco esquecido, como se a omissão tivesse o dom de o fazer desaparecer. Algumas medidas que poderiam ser equacionadas, segundo Saraiva (2010) em Portugal, resultam da análise das estratégias apresentadas anteriormente:

- Existência de uma legislação mais rígida sobre aquisição e armazenamento de pesticidas, cujo cumprimento fosse assegurado por inspeções regulares. Com avultadas coimas para os infratores.
- A restrição ao uso e porte de arma de fogo deveria ser muito mais rigorosa. Através de um rastreio cuidadoso de testes médicos e psicológicos exigentes, por exemplo para descartar alcoolismo, bipolaridade, consumo de drogas, doenças da personalidade, debilidades mentais ou mesmo psicoses. Isto é válido também para a passagem da carta de caçador.
- A nível da comunidade seria determinante uma regulação sobre a comunicação social em relação ao “como dar as notícias de suicídio”, de modo a não potenciar o fenómeno da imitação.

A este nível a OMS elaborou um manual para os Média com indicações sobre a forma como deveriam noticiar os suicídios, reduzindo o impacto da informação. Alguns estudos evidenciam um aumento da ocorrência de suicídios, após se ter noticiado de forma sensacionalista um suicídio, principalmente se o suicidado se encontra entre os chamados “ídeos”. É clássico o estudo efetuado por David Phillips (1974), ao compilar notícias de primeira página de suicídios do jornal “New York Times”, entre 1946 e 1968, ao mesmo tempo que examinava os dados estatísticos do suicídio. Constatou um aumento de casos logo no mês seguinte, e a esse fenómeno chamou “efeito Werther”, nome do famoso livro do alemão Goethe, do século XVIII, que havia desencadeado uma onda de suicídios na Europa, principalmente em jovens românticos (Saraiva, 2010).

- Promover ações de sensibilização dos reclusos e profissionais das prisões, relativamente aos sinais preditivos de suicídio. Enfatizar junto dos profissionais de saúde que trabalham com os reclusos, a importância de disponibilizar tempo para os escutar.

- Deveria haver restrições ao acesso a sítios altos através de barreiras ou redes de modo a diminuir a probabilidade de suicídio por precipitação. Casos de pontes ou falésias sobre o mar. Nesses locais de “culto suicida”, como há vários em Portugal, poderiam ser colocados cartazes com “frases específicas” e “imagens adequadas” a quem está a sofrer de ambivalência suicida (por exemplo, uma mãe com uma criança ao colo; uma criança a passear o seu cachorro, etc.) e informação de contactos telefónicos SOS para que alguém pudesse entabular conversação no momento.

Embora a eficácia dos Centros SOS seja controversa em relação à diminuição das taxas de suicídio, parece inequívoca a sua ação positiva na luta contra a solidão, angústia e desespero (Saraiva, 2010).

- Recentemente surgiu outra área que carece de intervenção, que se tem vindo a revelar modeladora de comportamentos, a utilização da “internet”. Funciona como promotora de comportamentos pró-suicídio, através da incitação ao ato em inúmeros sites. A este nível serão precisas medidas globais, onde será necessário que a OMS os governos e os grandes servidores da “net ” se encontrem para equacionar soluções.

- Ao nível da saúde são reconhecidas algumas insuficiências dos médicos de família na deteção precoce dos quadros depressivos. Daí decorre o imperativo de uma melhor formação na área da saúde mental. Os aspetos familiares, psicossociais, como os da reabilitação psiquiátrica, também não podem ser descurados. Em relação ao mundo do álcool e das drogas exige-se um trabalho hercúleo, específico, uma guerra com muitas frentes de combate, cujas armas não poderão ser apenas as do arsenal da psiquiatria. Âncora em aspetos culturais e sociológicos que carecem de intervenções sociais robustas e consistentes ao longo do tempo (Saraiva, 2010).

- Ao nível da Escola convocam-se todos os protagonistas, todos os agentes escolares. Sabemos que a Escola fornece instrução e conhecimento. Mas também deverá ser local de educação cívica, de formação, de socialização, de divertimento, de prática desportiva. Onde se deve aprender a ganhar e a perder. Um espaço de conforto e de satisfação pelo sentimento de pertença, essencial ao espírito de corpo.

- Ao nível da política social, compete ao poder político minorar alguns dos fatores de risco do suicídio, principalmente os que se prendem com o desemprego, isolamento, exclusão social, pobreza, solidão, falta de apoios médico-sociais.

O suicídio ainda hoje se inscreve no lado dos assuntos ocultos, quer na família como na comunidade. O seu impacto pode condicionar todo o percurso dos que o assistem, mas esta necessidade de o manter em segredo muitas vezes condiciona a resolução efetiva dos problemas subsequentes e impede que se pensem medidas para o prevenir. Para quê prevenir algo cuja existência se procura ocultar.

1.10 – INTERVIR JUNTO DOS FAMILIARES

Considerando que o suicídio é um fenómeno complexo e abrangente, cabe também fazer menção, aquelas pessoas que circundam o tentador ou suicida, neste caso os sobreviventes. Para Campbell (2002), o sobrevivente é aquele indivíduo que é significativamente impactado pela morte de alguém por suicídio. A *postvention*¹⁵ é uma intervenção realizada após um suicídio, em grande parte sob a forma de apoio ao luto (família, amigos, profissionais e colegas).

Familiares e amigos da vítima de suicídio podem estar em risco aumentado de suicídio. O objetivo é apoiar as pessoas afetadas, e reduzir a possibilidade de contágio do suicídio.

Postvention inclui procedimentos para aliviar o sofrimento dos indivíduos enlutados, reduzir o risco de comportamento suicida por imitação, e promover a recuperação saudável da comunidade afetada. *Postvention* também pode assumir muitas formas, dependendo da situação em que o suicídio ocorre. Escolas e universidades podem incluir nos planos de estratégias, intervenções *postvention*. Aconselhamento individual e em grupo podem ser oferecidos para os sobreviventes (pessoas afetadas pelo suicídio de um indivíduo).

¹⁵ *Postvention*, não têm tradução para Português, embora alguns autores (Saraiva, 2010) se refiram ao termo como pósvenção.

2 – VISÃO SOBRE AS TEORIAS DE ENFERMAGEM

Teoria é definida como uma abstração sistemática da realidade, elaborada para um propósito específico. Na área da enfermagem, ela pode contribuir para uma base bem fundamentada sobre a prática, pois reúne proposições para pensar a assistência, evidenciando seus propósitos, limites e relações entre profissionais e indivíduos que cuidam e são cuidados (Pessoa, Pagliuca e Damasceno, 2006).

Também Hickman (2000) refere que a prática da enfermagem não abrange somente o fazer técnico mas também a origem e consequência desse fazer e, assim sendo, as teorias podem ser usadas pelos profissionais para orientar e melhorar a sua prática (Hickman, 2000).

Um projeto no âmbito da enfermagem exige uma conceptualização teórica subjacente, em que a definição explícita do modelo sobre o qual assenta o exercício da enfermagem numa situação específica, vai afetar diretamente a prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo, sendo por isso fundamental.

Pretende-se que as teorias não sejam apenas meras abstrações intelectuais, pelo que se deverá testar a sua aplicabilidade na prática. Assumindo essa missão, selecionamos dentro das teorias existentes as que faziam mais “sentido”, enquadrando os seus pressupostos com os do projeto a realizar. A escolha da teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau e teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, reuniram os critérios que consideramos ser os que melhor se adaptaram ao projeto

2.1 – TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

A Teoria das Relações Interpessoais foi desenvolvida por Hildegard E. Peplau, em 1952. A teórica visualizou o fenómeno de enfermagem como um processo interpessoal cujo foco principal está centralizado na enfermeira e no paciente, e em sua teoria, pretende identificar conceitos e princípios que deem suporte às relações interpessoais que se processam na prática da enfermagem de modo que as situações de cuidado possam ser transformadas em experiências de aprendizagem e crescimento pessoal (Hickman, cit por Almeida, Lopes e damasceno, 2005).

A enfermagem, na perceção da teórica, é uma relação humana entre uma pessoa que está enferma ou necessitada de serviços de saúde e uma enfermeira com uma formação

especializada para reconhecer e responder à necessidade de ajuda (Peplau,1990). Ao assim dizer, a autora entende que a natureza da enfermagem sistematizada é dirigida a uma meta exige certas fases, ações, operações e realizações que se produzem entre o indivíduo que pratica a enfermagem e a pessoa assistida (Peplau, cit. por Almeida, *et al.*, 2005).

Obviamente, os elementos fundamentais da prática da enfermagem são o paciente, a enfermeira e os acontecimentos que envolvem ambos durante uma situação de cuidado. Eis, portanto, a importância fundamental de Peplau ao tentar “profissionalizar” o que a enfermagem, de certa forma, já realiza quando interage com o paciente, embora o faça, na grande maioria das vezes, de forma intuitiva (O’Toole e Welt, 1996, cit. por Almeida, *et al.*, 2005).

A teoria das Relações Interpessoais de Peplau, apresenta como fundamentos o crescimento e desenvolvimento, e baseia-se nos estudos de Erick Fromm e, sobretudo, na teoria Interpessoal de Harry Stack Sullivan (George, 2000).

A teoria de Sullivan, particularmente, incide na crença de que o comportamento e a personalidade dos indivíduos se desenvolve a partir das relações com pessoas consideradas importantes para eles. Embora, as etapas do desenvolvimento possam ser de caráter universal, não existem limites definidos para cada uma delas, as quais recebem grande influência das diferenças culturais. Para Sullivan, em cada fase, a satisfação e a segurança derivam do atendimento das necessidades do indivíduo e dos julgamentos de valores feitos por pessoas que tenham importância para esse indivíduo (Leddy e Pepper, 1989).

Com base nessas proposições, Peplau traz em sua teoria a noção de “crescimento pessoal” que é compartilhado pela enfermeira e pelo paciente a partir do relacionamento interpessoal desenvolvido no processo de cuidar. A autora usou o termo “enfermagem psicodinâmica” para descrever o relacionamento dinâmico entre enfermeira e paciente. Em seu entendimento, a enfermagem psicodinâmica envolve reconhecer, esclarecer e construir uma compreensão acerca do que acontece quando a enfermeira se relaciona de forma útil com o paciente (O’Toole e Welt, 1996).

As etapas da enfermagem psicodinâmica desenvolvem-se tendo como base dois pressupostos fundamentais, a saber:

1. A postura adotada pela enfermeira interfere diretamente no que o paciente vai aprender durante o processo de cuidado ao longo de sua experiência como doente.

2. O auxílio ao desenvolvimento da personalidade e ao amadurecimento é uma função da enfermagem que exige o uso de princípios e métodos que facilitem e orientem o processo de solução dos problemas ou dificuldades interpessoais quotidianos (George, 2000).

Estas etapas poderiam considerar-se orientadoras da necessidade que se encontrou em se designar como a primeira competência necessária para um Enfermeiro se tornar Especialista em Saúde mental, “ Demonstrar tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas”. Peplau considera que na medida em que cada enfermeira compreenda sua própria função tanto mais ela compreenderá a situação do paciente e a forma como esse a concebe (O’Toole e Welt, 1996).

Uma teoria é composta por determinados componentes estruturais, que incluem: **contexto, conteúdo, processo e objetivo**. O contexto refere-se ao ambiente no qual a ação de enfermagem acontece. O conteúdo envolve os aspetos que constituem a teoria e, com frequência, é formado por categorias que explicam as ações de enfermagem. O processo é o método ou o conjunto de ações requeridas para implementar a teoria que podem ser executados pelo enfermeiro ou pelo paciente. O objetivo é a meta esperada pela aplicação da teoria (Almeida *et al.*, 2006).

Concentramos a atenção sobre a forma como deveria decorrer o processo, uma vez que este é o elemento da estrutura da teoria, que melhor permite avaliar a sua aplicabilidade na prática, e é nesse elemento que se encontra delineada a forma como o profissional deve conduzir suas ações em consonância com os pressupostos do teórico, não como um conjunto de regras, mas como um caminho para direcionar as ações de enfermagem com base numa análise crítica dos problemas identificados.

Em sua teoria, Peplau opta por descrever o processo de relação interpessoal da enfermagem em quatro fases: **orientação, identificação, exploração e resolução**.

Na fase de **orientação**, o paciente apresenta uma necessidade e solicita ajuda profissional. A enfermeira, inicialmente, identifica as necessidades do paciente, o qual, durante a interação, fornece muitas pistas a respeito de como visualiza a dificuldade que está a sentir e oferece à enfermeira a oportunidade de reconhecer suas carências de informação e compreensão acerca do problema. Diante das necessidades identificadas, a enfermeira, em colaboração com outros profissionais da equipa de saúde, orienta o

paciente acerca do problema, e suas implicações. A tensão e a ansiedade apresentadas por esse paciente em consequência das suas necessidades, devem ser levadas em consideração na fase de orientação, pois, caso contrário, não haverá êxito em tentar relacionar a sua experiência atual com as anteriores (Peplau, cit por Almeida, *et al.*, 2006). Para que esta fase seja bem sucedida é preciso tempo e disponibilidade. A teórica reconhece que a celeridade, qualidade tão valorizada nas enfermeiras, na verdade não estimula a atitude investigativa diante do paciente. Em sua opinião todas as enfermeiras deveriam, sempre que possível, “Ir buscar uma cadeira, sentar-se junto dos pacientes e dizer: ‘fale-me de si’”. O que ocorre muitas vezes, é que o contato entre o enfermeiro e o paciente se traduz em algo fugaz e simples demais, muitas vezes esse contacto reporta-se apenas aos momentos em que se realizam atos técnicos, e os acontecimentos interpessoais importantes passam despercebidos (O’Toole e Welt, 1996).

À medida que a relação avança, passa-se à fase de **identificação**, na qual o paciente começa a responder seletivamente às pessoas que lhe oferecem a ajuda de que necessita (Peplau, cit por Almeida, *et al.*, 2006). Nesta fase, a enfermeira, no desempenho das ações de cuidado, pode levar o paciente a identificá-la como uma figura familiar ou culturalmente importante em suas lembranças. O paciente poderá responder de três formas: desenvolvendo ações de caráter participativo e interdependente com a enfermeira; isolando-se e assumindo uma atitude de independência em relação à enfermeira ou adotando uma postura de desamparo e dependência em relação a essa profissional (O’Toole e Welt, 1996).

Na etapa de identificação os esforços da enfermeira devem direcionar-se para o auxílio do paciente na consecução de uma aprendizagem construtiva, a qual ocorre quando ele pode centrar-se nos elementos essenciais da situação, mediante seus próprios esforços, e quando pode desenvolver respostas independentemente da enfermeira (Peplau, cit por Almeida, *et al.*, 2006).

A terceira fase do processo refere-se à **exploração** ao máximo da relação para a obtenção dos melhores benefícios possíveis. O paciente faz pleno uso dos serviços que lhe são oferecidos, entretanto, quando se inicia a recuperação, pode experimentar conflitos entre o seu estado de dependência e independência, ao mesmo tempo. A atuação da enfermeira é continuar a promover a satisfação do paciente em relação às suas demandas à medida que elas surgem e, conforme avança a convalescência, deverão ser estabelecidas

novas metas - como voltar para casa e ao trabalho – no intuito de diminuir a identificação do paciente com a pessoa que lhe prestou ajuda (Peplau, cit por Almeida, *et al.*, 2006).

A última fase denominada de “**resolução**” é caracterizada mais como um fenômeno psicológico em que o paciente abandona os laços adquiridos e se prepara para retornar para casa. O ideal seria que essa fase coincidissem com a resolução de seu problema clínico, o que em muitos casos não acontece, pois o paciente mesmo recuperado não apresenta o desejo real de concluir a enfermidade (Peplau, cit por Almeida, *et al.*, 2006).

Durante todas as fases do processo interpessoal, a teórica indica que a enfermeira pode assumir diferentes papéis. Como “**pessoa estranha**” em que a enfermeira estabelece com o paciente uma interação baseada no respeito e no interesse, na qual o visualiza como uma pessoa emocionalmente capaz e busca utilizar expressões que promovam maior conforto psicológico. Outro papel é o de “**pessoa recurso**”, o qual implica que a enfermeira deve fornecer resposta às perguntas dos pacientes, sobretudo às questões que envolvem sentimentos e que estão associadas aos maiores problemas enfrentados por eles. Também pode atuar como “**educadora**” e “**líder**”, auxiliando o processo de aprendizagem do paciente à medida que promove a participação ativa do mesmo nas suas experiências.

Outros papéis que as enfermeiras podem desempenhar, denominados como “**substitutos**” (*surrogate mother*)¹⁶, desenvolvem a personalidade do paciente a partir da reativação de suas experiências anteriores, papéis esses que encontram resistência por parte de algumas delas.

Nesse sentido, é importante compreender que, para um relacionamento interpessoal satisfatório, faz-se necessário que os enfermeiros estejam atentos às suas próprias necessidades e desenvolvam um processo de autoconhecimento, pois é difícil interagir com o outro sem sermos capazes de nos compreendermos a nós mesmos.

Pudemos nesta fase estabelecer um elo de ligação entre a teoria de Peplau com a teoria de Watson, onde se dá clara primazia à forma como se processa o cuidado.

2.2 – TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL

A Teoria do Cuidado Transpessoal, de Jean Watson, está centrada no conceito de cuidado e em pressupostos fenomenológicos existenciais, que trazem o olhar para além do corpo físico. É a abertura e atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da

¹⁶ *Surrogate mother*- Traduzido para português como mãe de aluguer.

vida e da morte; cuidado da sua própria alma e do ser que está sendo cuidado (Moreira, Barreto, Cruz e Sales, 2001).

A teoria do cuidado transpessoal apresenta dez fatores de cuidado, os quais são a base para o cuidado transpessoal em sua visão holística. Abordam o ser humano como um todo biológico, social e espiritual unido, que não pode ser fragmentado, e leva em consideração o profissional de enfermagem como ser humano. Nessa interação paciente/profissional, é que se dá o processo de cuidado, cerne fundamental da enfermagem (Silva, Valente, Bitencourt e Brito, 2010).

Esses fatores são: 1) formação de um sistema de valores humanístico altruísta; 2) estimulação da fé e esperança; 3) Cultivar a sensibilidade para si e para os outros; 4) desenvolvimento do relacionamento de ajuda e confiança; 5) promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos; 6) uso sistemático de método científico de solução de problemas para tomar decisões; 7) promoção do ensino-aprendizagem interpessoal; 8) provisão de um ambiente mental, físico, sócio-cultural, espiritual sustentador, protetor e/ou corretivo; 9) auxílio com a gratificação das necessidades humanas; 10) aceitação das forças existenciais e fenomenológicas. Além disso, a teoria abrange sete pressupostos sobre o cuidado, os quais o postulam como o atributo mais valioso que a Enfermagem tem para a sociedade humana, embora ameaçado pelo contínuo crescimento tecnológico na área médica (Moreira, Barreto, Cruz e Sales, 2001).

Os sete pressupostos são: o cuidado humano somente pode ser demonstrado e praticado através de relações interpessoais; o cuidado humano consiste nos fatores cuidativos que resultam na satisfação de certas necessidades humanas; o cuidado efetivo promove a saúde e o crescimento do indivíduo e de sua família; para cuidar é necessário aceitar a pessoa não somente como ela é, mas também como ela poderá vir a ser; um ambiente de cuidado é aquele que oferece o desenvolvimento do potencial humano (autorrealização) e permite a liberdade de escolha; o cuidado possui maior capacidade de autogenia, quando comparado com a cura, ou seja, por ser autógeno, o cuidado gera cuidado; a prática do cuidado integra conhecimento biofísico com conhecimento do comportamento humano para gerar e promover saúde para quem está doente; a prática do cuidado é o centro ou a essência da enfermagem (Watson, 1985).

Estes pressupostos filosóficos permeiam o processo de cuidado humano em Enfermagem, bem como, permitem o enfoque da Enfermagem no conceito de pessoa como ser integral (Silva *et al.*, 2010).

Refletindo sobre os propósitos teóricos para quem recebe o cuidado, compreende-se que a força e relevância do estudo desenvolvido por Watson está em que ele não só auxilia no provimento da qualidade do cuidado que os pacientes devem receber, mas também oferece o cuidado que satisfaz a alma, pelo qual muitas enfermeiras ingressam na profissão. Como a ciência do cuidado tem um alcance que vai do conhecimento biofísico, passando pelo intrapessoal, a enfermeira pode evoluir na relação transpessoal, enfocando as necessidades psicossociais da pessoa, coparticipando ativamente na luta do paciente que busca a autorrealização, transcendendo o cuidado no contexto da família e da comunidade, colocando em foco o que é de fato imprescindível para a teoria: o paciente e não a tecnologia.

O cuidado humano transpessoal ocorre numa relação eu-tu, e este contato é um processo que transforma, gera e potencializa o processo de *healing*¹⁷.

A teoria em questão, valoriza o trinômio mente/corpo/espírito, centraliza-se numa perspectiva humanista, favorecendo o cuidado transpessoal e colocando a enfermagem como provedora do cuidado holístico necessário ao crescimento e desenvolvimento do homem. Nessa perspectiva consideramos, que os seus pressupostos habilitavam ao seu enquadramento neste projeto de intervenção. A teoria prioriza um cuidado com base no estabelecimento de uma relação que vai para além do cuidar físico. Sugere-nos que uma relação transpessoal deve proporcionar ao outro o desenvolvimento da sua autonomia, a compreensão dos fenômenos que o rodeiam, respeitando os seus valores e crenças, estando sempre presente um cuidar com amor e bondade. O contexto onde decorre a implementação deste projeto de intervenção, prima na generalidade pela ausência desta sensibilidade durante o cuidar. O cuidar físico assume um papel fulcral no contexto do serviço de urgência, e o cuidar holístico, surge apenas esporadicamente em algumas prestações de cuidados singulares. Perante esta realidade a sensibilização dos enfermeiros do serviço tornou-se um dos grandes objetivos deste projeto, uma vez que não estando sensibilizados para esse nível de envolvimento, não poderiam modificar a sua forma de cuidar. Assumindo os pressupostos da teoria de Watson (1985), consideramos prioritária a sensibilização da equipa de enfermagem, onde se procuraria alertar para a necessidade de não se poder mais olhar para o indivíduo de modo fragmentado, onde o físico se encontra separado do psíquico.

¹⁷ *Healing* = Cura

CAPITULO III - ENQUADRAMENTO NO SERVIÇO URGÊNCIA GERAL X

1 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL ESTÁGIO

O estágio decorreu no SUG X, pertencente a um Centro Hospitalar da Margem Sul.

O SUG X, tem vindo a sofrer, ao longo dos últimos anos, alterações na sua estrutura física, visando uma otimização da qualidade dos cuidados prestados à população, e ainda, melhorar as condições de trabalho dos profissionais. Atualmente, é constituído por quatro grandes áreas: Balcão de atendimento geral, zona de diretos, SO (Sala de Observação) e UIPA (Unidade Internamento Polivalente Agudos).

A área de internamento do SUG X, é constituída por duas salas distintas: a Sala de Observação (SO), destinada idealmente, à observação/permanência por um período de 24h de doentes médico-cirúrgicos. Possui uma capacidade estrutural para alocar 7 unidades-paciente munidas de monitorização não invasiva de parâmetros vitais. Na atualidade, este setor face à crescente afluência de doentes ao SU com necessidade de internamento hospitalar, associado à falta de vagas noutros serviços para alocar estes doentes, leva a que os mesmos prolonguem a sua permanência neste por um período superior a 24h, levando à extensão do SO para o corredor anexo onde os doentes permanecem em macas, com a consequente redução do nível de monitorização clínica, face ao diminuído ratio profissional de saúde/utente.

A UIPA, a funcionar desde junho de 2004, pretende dar resposta ao internamento e vigilância de doentes instáveis, com necessidade de cuidados diferenciados. Tem uma lotação de oito unidades-paciente, com capacidade de monitorização não invasiva, sendo que em duas delas existe possibilidade de ventilação mecânica.

O SUG X, desde novembro de 2006, que tem implementada a Triage de Manchester. Esta permite definir prioridades no atendimento aos doentes, passando os utentes a serem atendidos de acordo com a sua situação clínica e não por ordem de chegada. Em média, este serviço de urgência admite cerca de 236 utentes por dia. Em 2011 o serviço registou 86.346 episódios de urgência.

A equipa de enfermagem é constituída por sessenta e um enfermeiros (trinta e cinco enfermeiros graduados e vinte e dois enfermeiros) e quatro enfermeiros especialistas. Os assistentes operacionais constituem também um grupo fundamental neste serviço. São

cerca de 50 e encontram-se inseridos nas várias equipas de enfermagem, acompanhando o respetivo horário.

O modelo de organização dos cuidados existente no serviço de urgência é o modelo de trabalho em equipa, existindo um enfermeiro chefe de equipa, que planifica a distribuição dos enfermeiros por setores de trabalho e coordena a equipa de enfermagem, durante o seu turno.

Neste serviço o espírito de equipa é fundamental, dada a sua dinâmica, uma vez que muitos dos cuidados prestados requerem atuação simultânea de mais do que um enfermeiro, de vários médicos e assistentes operacionais, de uma forma rápida, eficaz e eficiente. Desta atuação depende, muitas vezes, a vida dos doentes.

2 – O DOENTE MENTAL E A PESSOA COM COMPORTAMENTO SUICIDÁRIO NO SUG X

Analisando cronologicamente a legislação que tem regido a saúde mental até à atualidade, podemos inferir que a desinstitucionalização do doente com distúrbio psiquiátrico foi considerada a melhor estratégia para promover a integração destes doentes na comunidade. No entanto, o que se veio a verificar é que a suposta rede de apoio a estes doentes não foi criada segundo os moldes pré definidos, e atualmente existe uma fraca rede de suporte na comunidade, limitada ao apoio de algumas instituições privadas cofinanciadas pelo estado, e em última instância são as famílias que na maioria das vezes suportam estes doentes. Além disso, não existe atualmente ao nível da medicina geral e familiar uma formação, e sensibilização adequada para o atendimento destes doentes, revelando os médicos, uma dificuldade na deteção precoce de sintomas que indiciem a predisposição para a ocorrência de um distúrbio psiquiátrico, onde uma atuação precoce poderia limitar a sua efetivação.

Muitos dos doentes com perturbação psicológica não chegam a receber cuidados especializados, o que agrava a perturbação existente levando-os à procura de apoio nos SUG. Verifica-se ainda, que muitos doentes seguidos na consulta da psiquiatria, permanecem na comunidade em auto gestão, em que os fármacos constituem a sua única forma de controlo da doença, e em última instância recorrem ao SU, procurando auxílio nas fases de descompensação, uma vez que a redução do número de psiquiatras nas

instituições dificulta o acompanhamento adequado destes doentes em regime ambulatorio, pela sobrelotação das consultas desta especialidade.

Associado à escassa rede de suporte na comunidade, surgiu recentemente outro fator preponderante que servirá de impulsionador para o “boom” que se irá verificar na afluência destes doentes ao serviço de urgência, a crise económica que assola o país.

Esta visão do panorama económico/social reflete-se na dinâmica do Serviço de Urgência, uma vez que uma previsão do aumento da afluência destes doentes ao mesmo, leva-nos a indagar se este terá os recursos humanos e físicos necessários para permitir a continuidade da qualidade dos cuidados prestados.

Neste cenário onde se dá evidente primazia ao tratamento da doença física, questionamos qual a importância atribuída pelos profissionais de saúde ao doente portador de doença mental, e que atitudes demonstram durante a prestação de cuidados aos mesmos.

Efetivamente perante a sobrelotação do SU, o doente mental só se torna alvo de atenção se o seu comportamento se tornar incómodo, caso contrário é vetado ao esquecimento.

Após consulta da atividade assistencial destes doentes no SUG X, verificamos que em 2011 foram observados pela psiquiatria 3205 doentes¹⁸, embora estes números não sejam exatos, uma vez que estes dados se reportam às triagens efetuadas para esta especialidade, não incluindo os doentes que, tendo sido triados para outras especialidades, foram também observados pela psiquiatria, não sendo contabilizados.

Na análise dos fluxogramas que determinaram o encaminhamento dos doentes para a especialidade de psiquiatria, encontraram-se cerca de 2442 doentes portadores de doença mental, 257 doentes que efetuaram uma intoxicação medicamentosa, 151 doentes que apresentaram embriaguez aparente, 11 por autoagressão e dos 439 identificados com comportamento estranho, alguns foram referenciados para a psiquiatria, mas a maioria foram para a especialidade de Medicina, por apresentarem doença física associada. Os indivíduos que efetuaram tentativas de suicídio com recurso a métodos mais agressivos, como sejam tentativas de enforcamento, utilização de arma branca, arma de fogo ou precipitação de locais de significativa altitude, não são normalmente identificados como autoagressão por terem associadas outras lesões de superior gravidade, e por isso os

¹⁸ Dados de 2011, obtidos na consulta da estatística da triagem de Manchester efetuada no SUG X, pertencente a um Centro hospitalar da margem sul.

triadores habitualmente utilizaram outros fluxogramas mais associados aos traumatismos apresentados, o que de alguma forma condiciona a obtenção de dados fidedignos.

Optámos por focar a atenção numa área da saúde mental que consideramos necessitar de intervenção prioritária, face à tendência em recrudescer em situações de crise económica, os comportamentos suicidários. O facto do serviço de urgência ser o local onde estas pessoas são atendidas no imediato, e sendo referenciada pela literatura existente a importância do seu atendimento e acompanhamento, para a sua recuperação e diminuição na reincidência do ato, levou-nos a questionar de que forma estaria a ser efetuado esse atendimento e acompanhamento.

3 - QUESTÕES DE PARTIDA

No confronto entre a realidade observada em contexto do estágio com o referido pela literatura, identificámos algumas situações que careciam de investigação, por forma a serem constituídas ou não como problemas. Nesse sentido procedemos à investigação das seguintes questões:

- a) *Como são efetuados os registos referentes à pessoa com comportamento suicidário no SUG X?*
- b) *Quais são as atitudes dos Enfermeiros do SUG X perante a pessoa com comportamento suicidário?*
- c) *Qual é o acompanhamento proporcionado à pessoa com comportamento suicidário, que tem alta a partir do SUG X?*

4 – OBJETIVOS

De acordo com as questões de partida equacionadas anteriormente, definimos os seguintes objetivos:

- a) Conhecer a forma como são efetuados os registos referentes à pessoa com comportamento suicidário, no SUG X.
- b) Identificar quais são as atitudes dos Enfermeiros do SUG X, perante a pessoa com comportamento suicidário.
- c) Saber qual é o acompanhamento proporcionado à pessoa com comportamento suicidário, que tem alta a partir do SUG X.

CAPITULO IV - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A metodologia de projeto é definida como um “conjunto” de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real (Guerra, 1994). É uma metodologia ligada à investigação, centrada na resolução de problemas. Através dela adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização do(s) projeto(s) numa situação real¹⁹.

O diagnóstico da situação, visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar (Brissos, 2004).

Uma das etapas do diagnóstico de situação é a identificação dos problemas, para que posteriormente se possam determinar as necessidades, sendo para isso importante identificar os percussores dos problemas e consequências dos mesmos (Tavares, 1990).

1 – AVALIAÇÃO DOS REGISTOS

Em relação ao primeiro objetivo, “*Conhecer a forma como são efetuados os registos referentes à pessoa com comportamento suicidário no SUG X?*”, efetuou-se uma revisão dos registos do arquivo do hospital X, referentes ao ano de 2011, onde foram identificadas 268 pessoas, com comportamento suicidário, através dos fluxogramas da triagem de Manchester, “intoxicação medicamentosa (257)” e “autoagressão (11)”.

Nesta pesquisa, um dos problemas identificados foi a ausência de sistematização dos registos, algo que consideramos prioritário para se caracterizar a população alvo do projeto, e conhecer as causas evocadas para os comportamento suicidários, sendo estes dados importantes para o equacionar das medidas preventivas a implementar. Os registos informáticos existentes reportavam-se aos números da triagem de Manchester e os restantes registos eram em suporte de papel. Os registos médicos reportavam-se muitas vezes apenas ao método utilizado para a TS e à prescrição do tratamento a efetuar. Os registos de Enfermagem encontrados apenas fazem menção ao tratamento efetuado. De salientar que a grande maioria destas pessoas ficou em observação no setor de diretos, logo

¹⁹ Ferrito, C. ; Nunes, L. ; Ruivo, M^a- (2010). *Metodologia de Projeto* - Colectânea descritiva de etapas – Revista Percursos nº 15, Jan- Mar.

não foi efetuado um processo de internamento, o que obrigaria ao registo de uma história clínica e registos de Enfermagem mais completos.

A consulta desses registos levou-nos a concluir que além de escassos, os dados obtidos eram insuficientes para se avaliarem as causas dos comportamentos evidenciados, o que determinaria a necessidade de implementação de uma forma de sistematização dos registos.

2 – AVALIAÇÃO DAS ATITUDES DOS ENFERMEIROS DO SUG X PERANTE A PESSOA COM COMPORTAMENTO SUICIDÁRIO (CS)

Outra das questões suscitadas, após termos determinado como alvo de atenção a pessoa com CS, incidiu sobre a avaliação das atitudes do Enfermeiros do SU no seu atendimento.

De acordo com Brady (cit por Rameela, 2004), as atitudes evidenciadas pelos Enfermeiros, no atendimento da pessoa que tentou o suicídio, são em grande medida, o resultado da exposição a ambientes e experiências prévias, são ainda percebidas como respostas, que localizam objetos de pensamento sobre as dimensões do julgamento. Objetos de pensamento são as questões ou as pessoas sobre quem as opiniões se baseiam e as dimensões do julgamento descrevem o intervalo em que as avaliações se estendem de bom para mau ou de positivo para negativo (Mc Guire, Hogg e Vaughan, *cit.* por Rameela 1998).

A atitude está sempre relacionada com gostar ou não gostar de um objeto, e esta, por sua vez, é sempre um resultado do que se sabe sobre esse objeto. Além disso, as atitudes, positivas ou negativas, preveem como uma pessoa se vai comportar ou reagir a esse objeto no futuro. As atitudes não são inatas, pertencem ao domínio da motivação humana; não se autogeneram psicologicamente, mas formam-se fruto da relação com outras pessoas, grupos, instituições, objetos, valores e ideologias (Canut *et al*, 2000).

Segundo o mesmo autor, a capacidade que a pessoa tem de fazer uma autoanálise, de avaliar as suas atitudes e a congruência das suas componentes (cognitiva, afetiva e comportamental) possibilita uma relação saudável com os outros.

A componente cognitiva da atitude refere-se à opinião ou crença que o indivíduo tem acerca de determinado assunto. Com base na informação disponível, o indivíduo forma uma opinião ou julgamento sobre o mesmo.

A componente afetiva da atitude está relacionada com o aspeto emocional. Esta é a componente mais frequentemente referida da atitude, já que está relacionada com o gostar ou não gostar de determinado assunto ou objeto.

A componente comportamental da atitude, traduz a forma como nos comportamos em relação a determinado assunto ou objeto tendo em conta a nossa opinião acerca do mesmo.

Tendo em conta a revisão bibliográfica efetuada definiu-se como domínio para o estudo: a atitude do enfermeiro face à pessoa com CS.

O problema de investigação identificado foi: “*Quais as atitudes dos enfermeiros do SUG X, perante o indivíduo com comportamento suicidário?*”

2.1 – COLHEITA DE DADOS

2.1.1 – Instrumento de colheita de dados

Após pesquisa, e contacto com a Sociedade Portuguesa de Suicidologia, para identificar um instrumento que estivesse validado para Portugal, que possibilitasse obter as respostas pretendidas, tomamos conhecimento que ainda não existia nenhum instrumento validado que pudesse ser utilizado para esse fim. Por esse motivo e não perdendo de vista o fio condutor que conduzia o nosso pensamento, optamos por seleccionar o *Attitudes Towards Attempted Suicide Questionnaire* (ATAS-Q)²⁰, e efetuar a sua tradução e adaptação, segundo os critérios descritos por Guillemin *et al.* (1993) (**Apêndice B**). Este questionário foi desenvolvido em 2009, em inglês por Christina Ouzouni²¹ e Konstantinos Nakakis²², pode ser observado o artigo original no **anexo A**, e a autorização concedida pelos autores para a tradução e adaptação, no **anexo B**.

Segundo o artigo original este questionário inicialmente comportava 102 itens, que foram introduzidos de acordo com a revisão da literatura efetuada. Foi realizado um estudo piloto com uma amostra de 40 (n = 40) médicos e enfermeiros, para avaliar a viabilidade e aceitação do instrumento desenvolvido. Os questionários foram então distribuídos a uma

²⁰ Ouzouni, C.; Nakakis, K. (2009) - *Attitudes towards attempted suicide: the development of a measurement tool* 225 pp:222-231 E-ISSN:1791-809X www.hsj.gr Health Science Journal.

²¹ Professor de enfermagem. Departamento de enfermagem, Instituto Tecnológico de Lamia

²² Idem.

amostra de 186 (n = 186) médicos e enfermeiros, que trabalhavam em dois hospitais gerais em Atenas, com o fim de estabelecer a validade da escala da análise fatorial.

A análise preliminar dos questionários preenchidos permitiu reduzir dos 102 itens do questionário para 80. O ATAS-Q revelou uma alta consistência interna, com alfa de Cronbach de 0,96 ($\alpha = 0,96$), pelo que foi considerado como uma ferramenta de medição útil.

Foram assumidos os critérios de tradução e adaptação descritos por Guillemín *et al.* (1993), tendo-se solicitado a tradução do ATAS-Q, a duas tradutoras Bilingues, que trabalharam separadamente, e efetuaram a tradução do questionário do inglês para português.

Posteriormente, foi efetuada uma reunião com as tradutoras, onde após análise das duas traduções, foram selecionadas as afirmações que conferiam melhor equivalência linguística e de conteúdo. Optou-se por modificar algumas declarações, por a tradução não garantir as características referidas anteriormente, ou por não se enquadrarem no contexto onde se propunha aplicar o questionário.

Após introdução das alterações propostas pelos intervenientes nessa reunião, foi elaborada a versão provisória do ATAS-Q, que foi denominada de S12, sendo esta apresentada ao painel de peritos. A seleção do painel de peritos foi efetuada com base na sua experiência profissional, e no conhecimento que detinham do contexto onde seria aplicado o ATAS-Q.

O painel de peritos teve como objetivo avaliar o S12, quanto às equivalências semântica e idiomática, que correspondem ao significado das palavras e ao uso de expressões nos respetivos idiomas; equivalência conceitual, analisando a coerência dos itens aos seus respetivos grupos e equivalência cultural, onde as situações apresentadas no instrumento deveriam corresponder às vivenciadas no contexto da nossa cultura. Este processo visou a obtenção da equivalência linguística do S12, antes de se efetuar a retroversão para a língua original.

A retroversão da versão pré final da tradução e adaptação do ATAS-Q, foi efetuada por 2 tradutores bilingues, que trabalharam independentemente e cuja língua nativa era o Inglês.

Não se encontraram diferenças significativas entre a versão original do ATAS-Q e as duas retroversões efetuadas, além das que foram introduzidas com o objetivo de se enquadrar algumas declarações com o contexto onde se pretendia aplicar o questionário,

logo considerou-se que a versão pré-final da tradução do ATAS-Q, denominada de S13, mantinha a validade de conteúdo requerida.

O S13 (apêndice C) inclui a avaliação de determinados fatores, que foram considerados relevantes para a análise das atitudes nas suas três dimensões (cognitiva, afetiva e comportamental), não se confinando apenas a sua avaliação em positiva ou negativa. A dimensão cognitiva avalia os conhecimentos que os enfermeiros têm, ou pensam ter, em relação aos indivíduos que tentaram o suicídio, e que se manifesta por uma determinada atitude face aos mesmos, sendo ilustrada nos fatores, "positivismo", "traços de personalidade", "doença mental" e "religiosidade". A dimensão afetiva avalia os sentimentos de repulsa ou atração sentidos pelos enfermeiros relativamente a esses indivíduos, revelando atitudes de compreensão ou incompreensão pelos atos que praticaram, e encontra-se representada no fator "aceitabilidade". A dimensão comportamental identifica o comportamento ou maneira de agir dos enfermeiros relativamente à prestação de cuidados a estes indivíduos, encontrando-se representada nos fatores, "Papel dos profissionais", "manipulação" e "discriminação".

Mediante a análise do objetivo proposto para esta avaliação, foram consideradas as seguintes variáveis do estudo, a atitude do enfermeiro perante o indivíduo com comportamento suicidário, avaliada mediante aplicação do S13, tempo de exercício profissional e tempo de exercício no SUG X, operacionalizados segundo os níveis de desenvolvimento profissional propostos por Benner (2001).

2.2 – AMOSTRA

Após autorização do Diretor e Enfermeira responsável do SUG X, o questionário foi aplicado, a 45 Enfermeiros deste serviço, o que corresponde a 74% da equipa de Enfermagem, que deram o seu consentimento para participarem no estudo, tendo sido dada garantia do anonimato, confidencialidade e apropriabilidade do estudo.

Os questionários foram entregues aos enfermeiros em mão, e as razões da sua aplicação bem explicitadas, por forma a criar alguma motivação nas pessoas envolvidas, para o seu preenchimento.

O tempo médio de preenchimento dos questionários foi de quinze minutos, tendo sido efetuada a sua recolha, sempre que possível, no final do preenchimento.

2.3 – TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados obtidos foram tratados informaticamente através do programa estatístico, *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* na sua versão 20.

2.4 – RESULTADOS OBTIDOS

Mediante avaliação dos dados obtidos na aplicação do S13, identificamos que:

- A amostra constituída por 45 enfermeiros a exercer funções no SUG X, é maioritariamente feminina com 75,6%. Tais dados são congruentes com os valores da população, tal como referido por Benner (2001), a profissão de enfermagem é sobretudo exercida por mulheres.

- A idade dos enfermeiros da amostra varia entre 24 e 57 anos (*média = 37 anos; desvio padrão = 9.523 anos*).

- Os anos de profissão dos inquiridos, variam entre 2 e 37 anos (*média = 14.16 anos; desvio padrão = 9.242 anos*), sendo a maior frequência no intervalo dos 0-10 anos (46.7%).

- Relativamente aos anos de exercício profissional, operacionalizados de acordo com os níveis de desenvolvimento profissional propostos por Benner (2001), verifica-se um predomínio no nível proeficiente (40%) e perito (40%). Esta informação foi importante para se compreender o nível de desenvolvimento profissional em que a maioria dos enfermeiros se encontra, e qual a sua repercussão nas atitudes adotadas em relação a estes indivíduos.

Segundo a mesma autora, a condição prévia para a percepção de uma situação é um conhecimento prévio ou a existência de um comportamento tipo. Na prática, este conhecimento anterior, ou pré-conhecimento, é muitas vezes formado a partir da teoria, pelos princípios e pelas experiências anteriores. No nível de desenvolvimento profissional em que se encontra a equipa, as atitudes já se formaram com base nas experiências anteriores, sendo necessário “*desconstruir*” essa percepção para que ocorra mudança.

- Relativamente aos anos de exercício profissional no SUG X podemos verificar que estes variam entre 0.6 e 28 anos (*média = 10.59 anos; desvio padrão = 7.84 anos*), sendo a maior frequência no intervalo dos 0 - 10 anos (57.8%).

- Relativamente à variável, atitude do enfermeiro perante o indivíduo com comportamento suicidário, foram analisadas as respostas dadas a 80 afirmações obtidas mediante aplicação do S13.

De acordo com as dimensões sugeridas pelo artigo, apresentamos de seguida as respostas às questões que incluíram cada fator.

A dimensão cognitiva da atitude inclui os seguintes fatores:

- Fator “ Positivismo”

Neste fator pretendeu-se avaliar se as atitudes dos enfermeiros perante o indivíduo com comportamento suicidário, são positivas ou negativas, e de que forma influenciam na prestação de cuidados.

Em relação á escala de avaliação proposta neste questionário ela distribui-se da seguinte forma, o número 1 corresponde á afirmação - *discordo totalmente*, o número 2- *discordo* , 3- *indeciso*, 4- *concordo* e 5- *concordo totalmente*.

No quadro nº 7, encontram-se as respostas obtidas em relação a este fator, encontrando-se identificadas a azul as que obtiveram a maior frequência relativa.

Fator Positivismo	1	2	3	4	5
Q1- As pessoas que tentam cometer o suicídio são irresponsáveis.	22.2%	71.1%	4.4%	2.2%	
Q2 - A tentativa de suicídio é essencialmente um pedido de ajuda.		11.1%	22.2%	62.2%	4.4%
Q3 - Gosto de ajudar pacientes que tentaram o suicídio.	4.4%	6.7%	35.6%	51.1%	2.2%
Q4 - Pacientes que tentaram o suicídio e se encontram hospitalizados, tentarão novamente o suicídio independentemente do apoio que receberam por parte dos profissionais de saúde.	8.9%	48.9%	17.8%	22.2%	2.2%
Q13 - Sentir-me-ia envergonhado se um membro da minha família tentasse cometer o suicídio.	31.1%	48.9%	13.3%	6.7%	
Q15 - É difícil e desagradável tratar do paciente que tentou cometer o suicídio.	13.3%	64.4%	11.1%	11.1%	
Q16 - Se tentarmos o suicídio uma vez, teremos tendências suicidas para sempre.	11.1%	55.6%	20.0%	11.1%	2.2%
Q17 -É frustrante cuidar de pacientes que tentaram suicídio.	13.3%	68.9%	13.3%	2.2%	2.2%
Q18 - Os pacientes que tentaram o suicídio devem ser tratados com métodos rigorosos.	11.1%	26.7%	31.1%	26.7%	4.4%
Q21 - Sinto-me desconfortável, sempre que trato de pacientes que tentaram cometer suicídio.	15.6%	68.9%	4.4%	11.1%	
Q25 - Os pacientes que tentaram cometer suicídio só pensam neles próprios.	13.3%	60.0%	13.3%	11.1%	2.2%
Q26 - Se forem utilizados métodos desagradáveis (ex: lavagem gástrica) no tratamento de pacientes que tentaram cometer o suicídio, estes podem prevenir uma nova tentativa.	6.7%	48.9%	26.7%	17.8%	
Q27 - Uma pessoa que já tenha efetuado várias tentativas de suicídio, corre maior risco de conseguir o seu objetivo no futuro, e por isso necessita de ajuda e compreensão.		4.4%	11.1%	73.3%	11.1%
Q35 - A empatia demonstrada pelos profissionais de saúde, poderá influenciar de modo positivo um paciente que tentou o suicídio, levando-o a reconsiderar uma futura tentativa.		8.9%	8.9%	77.8%	4.4%
Q36 - Sinto satisfação em cuidar de pacientes que tentaram cometer o suicídio, tendo por eles a mesma compreensão do que pelos outros pacientes.		8,9%	15.6%	66.7%	8.9%
Q37 - Eu acredito que pacientes hospitalizados após uma tentativa de suicídio, serão incapazes de ter uma vida normal após a sua alta.	8.9%	66.7%	17.8%	4.4%	2.2%
Q38 -Aqueles que tentam o suicídio, são cobardes que não conseguem enfrentar os desafios da vida.	22.2%	57.8%	11.1%	8.9%	
Q40 - Tento estabelecer uma relação empática com o paciente que tentou o suicídio, para que este possa exprimir os seus problemas.			2.2%	88.9%	8.9%
Q42 - Tenho dificuldade em compreender uma pessoa que tentou o suicídio.	4.4%	51.1%	24.4%	20.0%	
Q44 - Frequentemente sinto compaixão e compreensão em relação aos pacientes que tentaram suicídio		15.6%	20.0%	64.4%	
Q65 -As pessoas que tentam o suicídio, têm fragilidades não detetáveis por aqueles que os rodeiam.	2.2%	15.6%	13.3%	64.4%	4.4%
Q69 - A maioria das pessoas que tentam o suicídio, fazem um uso indevido dos Serviços de Saúde	6.7%	62.2%	26.7%	4.4%	
Q70 - Uma intoxicação medicamentosa como tentativa de suicídio, é mais aceitável do que um suicídio violento provocado por arma de fogo.	33.3%	51.1%	8.9%	2.2%	4.4%
Q71 - Os pacientes que tentam cometer suicídio, não são responsáveis pelas suas ações, mas sim vítimas do meio envolvente e necessitam de compreensão.	4.4%	62.2%	13.3%	20.0%	

Q73 - As pessoas que tentam o suicídio ocupam muito tempo aos profissionais, tornando-os indisponíveis para atender outros pacientes que necessitam de maior ajuda.	11.1%	62.2%	13.3%	11.1%	2.2%
Q76 - Por vezes, sinto-me nervoso, quando tenho de cuidar no Hospital, de um paciente que fez uma tentativa de suicídio.	17.8%	71.1%	2.2%	8.9%	
Q80 - O facto de uma pessoa ter tentado o suicídio, não significa que não consiga retomar o curso normal da sua vida.			8.9%	60.0%	31.1%

Quadro nº 7 – Fator Positivismo - Distribuição frequências relativas

Na análise das respostas obtidas ao fator “positivismo”, identificámos que relativamente a afirmação de que, *“as pessoas que tentam cometer o suicídio são irresponsáveis”*, a maioria (93,3%) discordou, demonstrando uma atitude compreensiva e positiva para com estes indivíduos. Concordaram também 66,6%, que *“a tentativa de suicídio é essencialmente um pedido de ajuda”*, necessitando por isso que os enfermeiros se disponibilizem para ajudar, revelando a maioria (53,3%) de que gosta de ajudar estes indivíduos e consideram que o apoio dado pode diminuir a reincidência no ato, ao assinalarem a opção discordo, de que *“os pacientes que se encontram hospitalizados, independentemente do apoio recebido, tentarão novamente o suicídio”*. Ainda assim uma considerável percentagem (24,4%) dos enfermeiros concordou com a afirmação, o que pode estar associado à crença de que estes indivíduos possuem perturbações mentais e problemas de difícil resolução, que não são passíveis de ser solucionados no contexto da urgência e por isso existe uma probabilidade elevada de reincidência no ato.

Outra das afirmações, avalia se existe estigma para com estes indivíduos, por parte dos enfermeiros, ao avaliar o sentimento de vergonha que vivenciarão perante a possibilidade de um familiar efetuar uma tentativa de suicídio. As respostas obtidas são maioritariamente discordantes (57,8%) da afirmação. É também discordante (75,6%) a sua opinião relativamente a afirmação, de que estes indivíduos serão incapazes de ter uma vida normal após a alta.

Na avaliação da opinião dos enfermeiros quanto á prestação de cuidados aos indivíduos com comportamento suicidário, podemos concluir que a maioria (77,7%) não considera ser difícil e desagradável tratar do indivíduo que tentou cometer o suicídio, e não ser frustrante cuidar dos mesmos (82,2%). No entanto verificou-se algumas atitudes negativas para com estes indivíduos, que embora não constituam a maioria das respostas, carecem de avaliação crítica. Dessa forma, 31,1% dos enfermeiros considera que os indivíduos que tentaram o suicídio devem ser tratados com métodos rigorosos, assim como 17,8% considera que se forem utilizados métodos desagradáveis no tratamento destes

indivíduos, estes podem prevenir novas tentativas. A punição, continua desta forma a ser considerada como uma forma de condicionamento comportamental, à semelhança do pensamento ancestral.

Na perspetiva de se avaliar a existência de uma atitude negativa para com o doente recidente, foram enunciadas algumas afirmações, que reuniram maioritariamente respostas discordantes por parte dos enfermeiros, dessa forma 66,7% considera que apesar de o indivíduo ter tentado o suicídio, tal não significará que essas tendências suicidas perdurem, no entanto concordaram 74,4%, que uma pessoa que já tenha efetuado várias tentativas de suicídio corre maior risco de conseguir o seu objetivo no futuro, pelo que se torna aqui evidente a importância que o acompanhamento durante a fase de recuperação pode ter, sendo importante a empatia demonstrada pelos profissionais de saúde no atendimento destes indivíduos concordando 82,2%, dos enfermeiros, que este pode mesmo ser determinante para o reconsiderar de uma futura tentativa.

- Fator “ Traços de Personalidade”

Neste fator pretendeu-se avaliar se existia uma atitude compreensiva por parte dos enfermeiros em relação ao indivíduo que tentou o suicídio, tendo em conta os seus traços de personalidade mais frequentes. No quadro nº 8, encontram-se as respostas obtidas em relação a este fator, encontrando-se identificadas a azul as que obtiveram uma maior frequência relativa.

	1	2	3	4	5
Q11 -A maior parte das pessoas que tentam o suicídio, não querem realmente morrer.		24.4%	20%	46.7 %	8.9%
Q55 - Pessoas sem raízes ou ligações familiares, apresentam maior risco de cometer suicídio.	6.7%	22.2%	17.8%	51.1 %	2.2%
Q58 - As pessoas que ameaçam cometer suicídio, raramente o fazem.	2.2%	60.0 %	22.2%	15.6%	
Q78 - A maioria das pessoas que tenta o suicídio são solitárias e deprimidas.		26.7%	33.3%	35.6 %	4.4%

Quadro nº 8 – Fator traços de personalidade - Distribuição frequências relativas

Das respostas obtidas podemos concluir que:

- A maioria (46,7%) dos enfermeiros concorda que a maior parte das pessoas que tentam o suicídio não querem realmente morrer.
- Cerca de 60% dos enfermeiros discordaram da afirmação que sugere que as pessoas que ameaçam cometer o suicídio raramente o fazem.

Mediante análise das respostas anteriormente obtidas, podemos concluir que embora os enfermeiros reconheçam que estes indivíduos muitas vezes efetuam a tentativa de suicídio não com a intenção de morrer, mas como um pedido de ajuda ou de obtenção de algo, não consideram porém que este comportamento deva ser desvalorizado, porque muitas vezes precede outras tentativas mais graves ou mesmo fatais. Foi evidente a identificação dos fatores de risco para o suicídio, presentes nas afirmações, tendo a maioria dos enfermeiros (51,1%) concordado que as pessoas sem raízes ou ligações familiares apresentam maior risco de cometer suicídio, assim como as pessoas que são solitárias e deprimidas (35,6%).

- Fator “ Doença Mental”

No fator doença mental pretendeu-se avaliar a opinião dos enfermeiros relativamente aos cuidados a prestar ao indivíduo que tentou o suicídio. No quadro nº 9 encontram-se as respostas obtidas em relação a este fator, encontrando-se identificadas a azul as que obtiveram uma maior frequência relativa.

	1	2	3	4	5
Q12 - As pessoas que tentam o suicídio, e sobrevivem, deviam fazer terapia de modo a perceberem as razões que levaram ao ato.			2.2%	60.0%	37.8%
Q22 - As pessoas que tentam cometer o suicídio estão normalmente perturbadas mentalmente.	2.2%	8.9%	6.7%	73.3%	8.9%
Q24 -As pessoas que tentam o suicídio devem ser tratadas em regime de Ambulatório.		28.9%	42.2%	26.7%	2.2%
Q56 -É raro que alguém que esteja a pensar cometer suicídio, seja dissuadido por um “ombro amigo”.	8.9%	51.1%	24.4%	15.6%	
Q59- Muitas das tentativas de suicídio, são o resultado do desejo das vítimas de se “vingarem” de alguém.	11.1%	46.7%	33.3%	6.7%	2.2%
Q75 - As pessoas que tentam suicídio estão tão doentes mentalmente, que deviam ser tratadas num hospital psiquiátrico desde o início.	2.2%	44.4%	17.8%	31.1%	4.4%
Q77 - Acho que necessito de formação adicional em Psiquiatria para tratar doentes que tentaram o suicídio, e se encontram hospitalizados.	2.2%	6.7%	13.3%	71.1%	6.7%
Q79 - Pacientes que efetuaram uma tentativa de suicídio, devem no dia da sua admissão, ser tratadas numa área de atendimento psiquiátrico, do Hospital Geral.		11.1%	17.8%	62.2%	8.9%

Quadro nº 9 – Fator Doença Mental - Distribuição frequências relativas

Na análise dos resultados do quadro nº 9, identificamos que a maioria dos enfermeiros (73,3%) concordou que as pessoas que tentam cometer o suicídio estão normalmente perturbadas mentalmente. Foi ainda da sua opinião (60%) que estes deveriam fazer terapia de modo a perceberem as razões que levaram ao ato, no entanto a maioria (42,2%) mostrou-se indecisa quanto á possibilidade do tratamento puder ser realizado em regime ambulatorio, resposta ambígua já que perante a afirmação que as pessoas que tentam o suicídio estão tão perturbadas mentalmente, que deveriam ser tratadas no hospital desde o inicio, a maioria (44,4%) discordou, deixando-nos em duvida sobre qual é afinal o regime de tratamento que consideram mais adequado. A maioria (62,2%) defendeu que estes indivíduos deveriam ser tratados numa área de atendimento psiquiátrico, do hospital geral. Uma percentagem elevada de enfermeiros (51,1%) discordou de que a presença de um “ombro amigo” não seja importante para dissuadir um comportamento suicidário, no entanto revelam dificuldade em desempenhar esse papel ao afirmarem que necessitam de formação adicional em psiquiatria (71,1%) para tratar estes indivíduos. Ainda inserida neste fator encontramos uma afirmação, questão Q59, que nos pareceu estar mal enquadrada neste fator, podendo ser integrada no fator manipulação, mas que pensamos que a intenção de ser incluída aqui poderá estar relacionada com o demonstrar como a doença mental pode induzir comportamentos disruptivos, que podem levar o indivíduo a utilizar o comportamento suicidário como método de punição para outrem, mas a maioria dos enfermeiros (46,7%), discordou desta afirmação.

- Fator “ Religiosidade”

Alguns autores²³ defendem que a existência de práticas religiosas pode ser um fator de proteção para o suicídio e comportamentos suicidários. Esta crença pode estar associada ao facto de a religião desempenhar um papel de suporte importante, ao mesmo tempo que condena veemente os comportamentos suicidários, dissuadindo os crentes da prática de tais atos, sob a pena de puderem ser condenados. No presente estudo pretendeu-se avaliar se existia uma influência do pensamento religioso nas atitudes dos enfermeiros para com o indivíduo que tentou o suicídio, e se consideravam ser este um fator de proteção contra os

²³ Bertolote, J. ; Mello-Santos, C. ; Botega, N. (2010, Out.). **Detecção do risco de suicidio nos serviços de emergência psiquiátrica** Revista Brasileira de Psiquiatria vol 32. pp. 87-95 Disponível em 10 de fevereiro de 2012 : <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a05.pdf>.

comportamento suicidários. No quadro nº 10 encontram-se as respostas obtidas em relação a este fator, encontrando-se identificadas a azul as que obtiveram a maior frequência relativa.

	1	2	3	4	5
Q6 -O suicídio vai contra as leis de Deus.	13.3%	28.9%	28.9%	24.4%	4.4%
Q8 - As pessoas que tentam o suicídio são, enquanto Grupo, menos religiosas.	20.0%	51.1%	22.2%	6.7%	
Q46 - O suicídio é uma transgressão moral muito séria	17.8%	37.8%	17.8%	22.2%	4.4%
Q48 - A maioria das pessoas que tenta cometer o suicídio não acredita em Deus.	24.4%	53.3%	15.6%	6.7%	
Q51 - As pessoas que cometem o suicídio não têm convicções religiosas.	22.2%	62.2%	13.3%	2.2%	
Q54 - Em geral, o suicídio é um pecado que não deve ser perdoado.	46.7%	44.4%	6.7%	2.2%	
Q60 – A uma maior incidência de suicídio, corresponde uma menor influência da religião.	8.9%	53.3%	26.7%	11.1%	

Quadro nº 10– Fator Religiosidade - Distribuição frequências relativas

Após análise dos resultados apresentados no quadro nº 10, identificamos que o número de respostas discordantes obtidas na maioria das afirmações que identificavam o suicídio como pecado ou transgressão moral, leva-nos a concluir que os enfermeiros não atribuem um valor significativo a este fator como influente, quer na sua atitude, como no comportamento do indivíduo que tentou o suicídio. Na avaliação desta dimensão, os inquiridos não se dispersaram tanto nas respostas dadas, o que pode ser justificado pela diminuição da influência da religião no quotidiano atual.

Avaliação da influência da dimensão cognitiva na Atitude

No quadro nº 11 podemos observar os *scores* médios obtidos nos fatores que avaliaram a dimensão cognitiva da atitude.

DIMENSÃO COGNITIVA		
FATOR	SCORE MÉDIO	Desvio Padrão
POSITIVISMO	2,7646	0,25405
TRAÇOS DE PERSONALIDADE	3,0722	0,57312
DOENÇA MENTAL	3,2972	0,39284
RELIGIOSIDADE	2,2222	0,56206
TOTAL	2,83905	

Quadro nº 11 – Scores médios dos fatores que avaliam a dimensão cognitiva da atitude

Efetuada uma análise das respostas mais relevantes aos fatores que avaliam a dimensão cognitiva da atitude, podemos concluir que, existe uma atitude maioritariamente positiva por parte dos enfermeiros em relação aos indivíduos com comportamento suicidário, embora as respostas obtidas careçam de alguma apreciação crítica, porque muitas vezes as respostas são dadas com o que seria expectável, não sendo congruentes com o comportamento evidenciado na prática diária por estes profissionais. Na realidade os enfermeiros deste serviço concentram a sua atenção numa prestação de cuidados mais técnica, incidindo a sua prestação de cuidados apenas no tratamento das lesões físicas resultantes do comportamento suicidário, e evitam o diálogo como forma de se protegerem contra a angústia que estas situações acarretam, adotando estratégias de atuação, que muitas vezes se limitam ao manter de conversas superficiais, indo até a atitudes de indiferença, numa tentativa de tentar ignorar a presença destes indivíduos, o que foi evidente na resposta á Q3 onde a maioria (51,5%) mencionou que gosta de ajudar pacientes que tentaram o suicidio, não sendo na realidade essa a opinião proferida pela maioria na prática diária.

No entanto, pelas respostas obtidas podemos considerar que na generalidade os enfermeiros deste serviço demonstram alguma compreensão pelos indivíduos com comportamento suicidário, sendo elevado o numero (93,3%) que considera que estes não são irresponsáveis por terem este tipo de comportamento, e que muitas vezes este ocorre como um pedido de ajuda (66,6%). Ainda assim alguns (17,8%) continuam a considerar que a punição pode ser utilizada como forma de dissuasão de futuras reincidências de comportamentos suicidários.

Ainda na avaliação da dimensão cognitiva da atitude podemos observar que existe alguma compreensão pela adoção destes comportamentos, se existirem alguns fatores de risco presentes nestes indivíduos, ainda que muitos enfermeiros tivessem considerado que estes na realidade não pretendem morrer, mas apenas utilizar este tipo de comportamento com uma intenção manipulativa.

A maioria (73,3%) dos enfermeiros deste serviço, considera que a presença de um distúrbio mental é frequente nestes indivíduos, e sentem-se muitas vezes impotentes na relação com os mesmos, face á crença, de que a sua intervenção não será relevante na sua recuperação, pelo facto de não possuírem formação específica nesta área, não se sentindo aptos para os ajudar.

Não foi evidente uma influência das crenças religiosas na atitude dos enfermeiros, nem estes associaram a sua prática com uma diminuição de comportamentos suicidários. Ainda assim, existe uma percentagem de enfermeiros que considera o suicídio um pecado (2,2%) e uma transgressão moral muito séria (26,6%).

A dimensão Afetiva da atitude inclui o seguinte fator:

- Fator “Aceitabilidade”

Neste fator pretendeu-se avaliar a dimensão afetiva da atitude dos enfermeiros, mediante a sua aceitabilidade do indivíduo que tentou o suicídio. No quadro nº 12 pode observar-se a distribuição das frequências relativas, das respostas obtidas no S13

	1	2	3	4	5
Q5 - Potencialmente cada um de nós pode tentar o suicídio.		17.8%	17.8%	57.8%	6.7%
Q19 - Fatores externos, como a falta de dinheiro, são um dos motivos para o suicídio.		4.4%	6.7%	71.1%	17.8%
Q28 – As pessoas que se suicidam, não deviam ser enterradas no mesmo cemitério onde são enterradas as pessoas que morrem de causas naturais.	80.0%	17.8%	2.2%		
Q31 - Uma tentativa de suicídio é um ato aceitável em casos específicos.	13.3%	53.3%	17.8%	13.3%	2.2%
Q39 - As pessoas não têm o direito de acabar com a sua própria vida.	17.8%	28.9%	33.3%	20.0%	
Q41 - Pessoas que tentam suicidar-se, têm um elevado nível de responsabilidade.	8.9%	33.3%	46.7%	11.1%	
Q43 - Pode haver situações, em que a única solução razoável, é o suicídio.	17.8%	44.4%	28.9%	8.9%	
Q47 - Por vezes o suicídio é a única forma de fugir aos problemas da vida.	15.9%	40.9%	20.5%	22.7%	
Q50 - As pessoas com doenças incuráveis, deviam ser autorizadas a cometer suicídio de uma forma digna.	6.7%	22.2%	44.4%	22.2%	4.4%
Q64 - A tentativa de suicídio é aceitável em pessoas idosas ou doentes.	13.3%	48.9%	28.9%	6.7%	2.2%
Q66 - Se alguém quer cometer o suicídio, isso é da sua conta e não devemos interferir.	20.0%	64.4%	6.7%	8.9%	
Q67 - Uma tentativa de suicídio é um ato de coragem.	17.8%	24.4%	17.8%	26.7%	13.3%
Q74 - O suicídio é um meio aceitável para por fim a uma doença incurável.	8.9%	46.7%	20.0%	22.2%	2.2%

Quadro nº12– Fator Aceitabilidade - Distribuição frequências relativas

Em relação á análise do quadro nº12, identificamos que na afirmação, “potencialmente cada um de nós pode tentar o suicídio”, a maioria dos enfermeiros (57,8%) mostrou-se concordante, o que revela alguma aceitabilidade do ato, mas perante a

possibilidade de poder ser utilizado como meio de resolução em situações de vida adversas, a maioria discordou.

Foi evidente a não aceitabilidade do ato, nas afirmações que sugeriam que o suicídio é um ato de coragem, discordado por (42%) dos enfermeiros, e de que não deveríamos interferir se alguém tiver intenção de cometer suicídio, discordado por 64,4%. No entanto na afirmação que sustenta que as pessoas não têm direito de acabar com a sua própria vida, não houve um consenso das opiniões, incidindo a maior parte das respostas na opção indeciso (33,3%).

Avaliação da influência da dimensão afetiva na Atitude

No quadro nº 13 podemos observar o *score* médio obtido no fator que avaliou a dimensão afetiva da atitude.

DIMENSÃO AFETIVA		
FATOR	SCORE MÉDIO	Desvio Padrão
ACEITABILIDADE	2,6136	0,42148

Quadro nº 13 – *Score* médio do fator que avalia a dimensão afetiva da atitude.

Na análise das respostas obtidas ao fator que avaliou esta dimensão, foi evidente a compreensão que os enfermeiros fazem das tentativas de suicídio como forma de terminar uma situação de sofrimento, não considerando no entanto a maioria que este ato deva ser utilizado como forma de resolução das situações adversas da vida. Provavelmente por consideram que a sua aceitação nestes casos poderia trazer problemas éticos difíceis de solucionar.

A maioria dos enfermeiros considerou que potencialmente cada um de nós pode tentar o suicídio.

A dimensão Comportamental da atitude inclui os seguintes fatores:

- Fator “Papel dos profissionais”

Alguns estudos^{24 25}, revelam que muitos dos profissionais de saúde, limitam-se ao tratamento das sequelas resultantes do comportamento suicidário, não disponibilizando tempo para o estabelecimento de uma relação mais profícua, por considerarem que estes indivíduos são carrascos da sua situação, e portanto não merecem que se dispense tempo com eles. Neste fator pretendeu-se avaliar se os profissionais apresentavam uma atitude positiva para com estes indivíduos, e se consideravam que a sua atuação era adequada na sua presença.

No quadro nº 14, pode observar-se a distribuição das frequências relativas, das respostas obtidas no S13.

	1	2	3	4	5
Q7 - No meu local de trabalho existe um número considerável de funcionários que demonstram uma atitude indiferente em relação ao seu trabalho.	2.2%	28.9%	15.6%	42.2%	11.1%
Q9 - Alguns pacientes que tentaram cometer o suicídio são agressivos, como tal é necessária a presença de uma equipa de segurança no serviço onde são admitidos.	11.1%	53.3%	11.1%	22.2%	2.2%
Q20 - Penso que existe espírito de grupo no Serviço onde trabalho	2.2%	8.9%	37.8%	48.9%	2.2%
Q29 - Os pacientes recebem bons cuidados no Serviço onde trabalho.	2.2%	15.6%	31.1%	48.9%	2.2%
Q34 - Acredito, que a formação que fiz até à data, me forneceu as competências adequadas, para cuidar de pacientes que tentaram o suicídio.	2.2%	46.7%	20.0%	31.1%	
Q49 - Os pacientes que tentaram cometer suicídio recebem bons cuidados no Serviço onde trabalho.	2.2%	15.6%	31.1%	51.1%	
Q52 - Quando cuido de pacientes que tentaram cometer o suicídio, sinto-me deprimido.	13.3%	66.7%	8.9%	11.1%	
Q57 - Um paciente que tenha tentado cometer suicídio, beneficia psicologicamente de hospitalização num hospital geral.	8.9%	33.3%	35.6%	22.2%	
Q61 - Os pacientes que tentaram cometer o suicídio, são tratados com compreensão no Serviço onde trabalho.		15.6%	31.1%	53.3%	
Q72 - O suicídio é uma forma natural de suprimir pessoas com distúrbios psiquiátricos.	35.6%	37.8%	17.8%	6.7%	2.2%

Quadro nº 14 – Fator Papel dos profissionais - Distribuição frequências relativa

Pelos resultados obtidos, podemos verificar, que uma elevada percentagem (42,2%) considerou que existe por parte de um número considerável de enfermeiros uma atitude de

²⁴Hawton K. and Catalan J. (1982) - *Attempted Suicide - A Practical Guide to its Nature and management*. Oxford University Press.

²⁵ Sethi S. and Uppal S. (2006) - *Attitudes of clinicians in emergency room towards suicide*. International Journal of Psychiatry in Clinician practice. 10 (3): 182-185.

indiferença em relação ao seu trabalho, o que se repercute inequivocamente nos cuidados prestados. No entanto, uma percentagem elevada (48,9%), considerou que os pacientes de um modo geral recebem bons cuidados no serviço, e que são tratados com compreensão (53,3%), ainda que se tenha verificado uma percentagem elevada na opção indeciso e discordo na mesma afirmação. Muitas vezes a indiferença e incompreensão demonstrada pelos profissionais de saúde, também pode estar relacionada com falta de formação nesta área de atuação, o que foi reiterado pelo número elevado de respostas discordantes (46,7%) na afirmação de que a formação que efetuaram lhes teria fornecido as competências adequadas para cuidar destes indivíduos. Essa falta de formação pode também estar implicitamente ligada à dificuldade que os enfermeiros têm na relação com estes indivíduos, pela angústia que estes indivíduos transmitem, que é difícil de suportar.

Embora a maioria (66,7%) dos enfermeiros tenha referenciado que não se sente deprimido ao cuidar destes indivíduos, podemos pela observação efetuada em contexto de trabalho, concluir que tal se deve ao facto da relação que estabelecem com estes indivíduos ser demasiado fugaz, constituindo dessa forma um mecanismo de defesa importante, para não se deixarem envolver na relação com o outro.

- Fator “Manipulação”

Os indivíduos que apresentam comportamentos suicidários suscitam frequentemente reações negativas por parte dos seus familiares, e também dos profissionais de saúde, principalmente quando esse comportamento parece ter sido perpetuado com uma intenção manipulativa. Ao contrario, quando existe uma forte ideação suicida, existe uma maior compreensão por parte destes (Hawton e Catalan, 1982).

No quadro nº 15 podemos observar as percentagens de resposta obtidas às afirmações que incluíam este fator do S13.

	1	2	3	4	5
Q10- As pessoas que falham na tentativa de suicídio, não tinham qualquer intenção de morrer.	8.9%	64.4%	13.3%	13.3%	
Q14 - Algumas vezes as pessoas que tentam o suicídio esperam alcançar algo, mais do que a morte.		20.0%	22.2%	53.3%	4.4%
Q30 - Os pacientes que tentam o suicídio, procuram principalmente manipular a situação para seu próprio benefício.	2.2%	28.9%	35.6%	33.3%	
Q32 - As pessoas que tentam o suicídio estão na verdade a tentar magoar alguém com as suas ações.	6.7%	44.4%	33.3%	13.3%	2.2%
Q53 - Quem tenta cometer suicídio está normalmente a tentar ganhar compaixão das outras pessoas.	4.4%	51.1%	31.1%	13.3%	
Q62 - As pessoas que tentam cometer suicídio em sítios públicos (como pontes ou edifícios altos) estão mais interessadas em chamar a atenção.	11.1%	57.8%	15.6%	15.6%	

Quadro nº 15 – Fator Manipulação - Distribuição frequências relativas

Pelos resultados obtidos no presente estudo, identificamos que as afirmações que pretendiam avaliar se a opinião dos enfermeiros, relativamente a esta intencionalidade manipulativa, se repercutia na sua atitude, suscitaram percentagens mais elevadas nas respostas discordantes, á exceção da Q14 em que a maioria (53,3%) dos enfermeiros referenciou que as pessoas que tentam o suicídio esperam alcançar algo mais do que a morte, e Q30 que apresenta a maior frequência relativa no “*Indeciso*” (35,6%), embora seja evidente uma grande dispersão de respostas na escala de medida, o que pode ser justificado pelas opiniões dispares existentes na equipa. Podemos dessa forma considerar que embora possam identificar essa intencionalidade, parece existir alguma compreensão para com estes indivíduos, e o seu sofrimento. No entanto estas respostas carecem de apreciação crítica uma vez que as atitudes não podem ser avaliadas estritamente pelas respostas dadas, mas também mediante observação das atitudes dos enfermeiros evidenciadas em contexto real, que nos parecem incongruentes com as respostas obtidas. Frequentemente se assistiu a comentários sarcásticos, em relação a estes indivíduos, e a compreensão pelo seu sofrimento raramente se verificou.

- Fator “Discriminação”

Este fator pretende avaliar se existe uma intencionalidade discriminatória, por parte dos enfermeiros na prestação de cuidados ao indivíduo que tentou o suicídio. No quadro nº 16, pode observar as percentagens de resposta obtidas às afirmações que incluíam este fator do S13.

	1	2	3	4	5
Q23 - Apenas os profissionais de saúde com formação na área da Psiquiatria, deveriam tratar de pacientes que tentaram o suicídio.	6.7%	55.6%	15.6%	17.8%	4.4%
Q33 - Deveria existir um espaço físico próprio, no Serviço de Urgência, para atender os doentes que tentaram cometer o suicídio.	6.7%	8.9%	22.2%	44.4%	17.8%
Q45 - Quase toda a gente em alguma altura já pensou em suicídio.	20.0%	26.7%	17.8%	35.6%	
Q63 - Sinto mais compreensão em relação a uma pessoa que tentou o suicídio pela primeira vez, do que por aquelas que fazem repetidas tentativas.	6.7%	46.7%	20.0%	22.2%	4.4%
Q68 - Nós tratamos os pacientes que tentaram o suicídio, no mesmo espaço físico onde se encontram doentes de outras especialidades.	2.2%	11.1%	11.1%	55.6%	20.0%

Quadro nº 16 – Fator Discriminação - Distribuição frequências relativas

Na análise do quadro nº 16, concluímos que a maioria dos enfermeiros (44,4%) concordou que deveria existir um espaço próprio no SU para atender o indivíduo com comportamento suicidário, uma vez que estes permanecem no mesmo espaço físico que os doentes de outras especialidades, dificultando uma intervenção mais dirigida, e com alguma privacidade. Consideramos, que a necessidade identificada, não teria o objetivo de isolar o doente, numa atitude discriminatória, mas sim, de proporcionar melhores condições para a sua recuperação.

Foi ainda evidente a inexistência de uma atitude discriminatória por parte dos enfermeiros, tendo a maioria (53,4%), discordado que sentiam mais compreensão em relação a uma pessoa que tentou o suicídio pela primeira vez, do que por aqueles que fazem repetidas vezes. No entanto, esta resposta não é coerente com as atitudes observáveis em contexto de trabalho, onde se proferem opiniões hostis relativamente à reincidência no ato. Discordou ainda a maioria (62,3%), em que apenas os enfermeiros com formação na área da psiquiatria, deveriam tratar de pacientes que tentaram o suicídio.

Em relação á afirmação, “*Quase toda a gente em alguma altura já pensou em suicídio*”, os enfermeiros concordaram maioritariamente com a afirmação, demonstrando uma atitude compreensiva para os que já praticaram, ou pensaram um dia em o fazer.

No quadro nº 17, podemos avaliar os scores médios, e percentagens obtidas nos fatores que incluíam a avaliação da dimensão comportamental.

DIMENSÃO COMPORTAMENTAL		
FATOR	SCORE MÉDIO	Desvio Padrão
PAPEL DOS PROFISSIONAIS	2,8956	0,33572
MANIPULAÇÃO	2,7037	0,48836
DISCRIMINAÇÃO	3,0711	0,41155
TOTAL	2,890133	

Quadro nº 17 – Scores médios dos fatores que avaliam a dimensão comportamental da atitude.

No quadro nº 18, pode observar-se os scores médios obtidos nas três dimensões da atitude.

DIMENSÃO	SCORE MÉDIO
COGNITIVA	2,83905
AFETIVA	2,6136
COMPORTAMENTAL	2,890133

Quadro nº 18 – Scores médios das dimensões da atitude

Em relação à resposta à questão de investigação que motivou este estudo, concluímos, de acordo com os resultados obtidos, que os enfermeiros desta amostra revelaram, de uma maneira geral uma atitude positiva, ou favorável relativamente ao indivíduo com comportamento suicidário. Porém, face as incongruências verificadas entre as respostas obtidas, com as atitudes evidenciadas na prática, determinou a necessidade de se sensibilizar os enfermeiros para a necessidade de reverem as suas atitudes, por forma a melhorarem o seu desempenho, pessoal e profissional aquando da prestação de cuidados as estes indivíduos.

O estudo em questão possibilitou identificar uma das razões, que consideramos puder estar associada a essa incongruência de comportamentos, a falta de conhecimentos nesta área de prestação de cuidados. Não se sentir seguro na prestação de cuidados, pode levar à adoção de determinados mecanismos de defesa, que incluem não só a utilização do humor sarcástico como a fuga perante estes indivíduos. Esta evidência, foi determinante para a seleção de estratégias que consideramos adequadas para promover essa mudança de atitudes.

Consideramos dessa forma que a formação poderia constituir uma mais valia para contribuir para essa mudança de atitude, servindo não só como momento oportuno para transmissão de conhecimentos sobre esta temática, como sensibilizando para a importância de se reverem formas de atuação. Segundo Watson (1985), *“É de extrema importância a sensibilização da equipa de enfermagem para um envolvimento mais profícuo na relação com o outro, devendo ainda ser enfatizada a importância de não se poder olhar para o indivíduo de modo fragmentado, onde o físico se encontre separado do psíquico”*.

2.5 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Os resultados deste estudo devem ser analisados tomando em consideração as limitações do mesmo. Salientamos que o estudo de fiabilidade efetuado ao questionário aplicado, revelou que dimensão da amostra é pequena, tendo em conta o número de variáveis, o que levou a que, à exceção do *fator religiosidade*, nenhum outro fator apresente valores de consistência interna aceitáveis. Também o facto de se ter verificado que as respostas obtidas no questionário, não são congruentes com as atitudes adotadas na realidade, nos levou a considerar que não houve sinceridade nas respostas obtidas junto dos inquiridos. Fortin (1999), integra este tipo de reação, nos fatores de invalidade externa, sendo identificado como o efeito da reatividade, em que o comportamento ou as respostas do sujeito são modificadas quando estes estão conscientes da sua participação no estudo, o qual é designado por efeito de *Hawthorne*.

O limite do tempo proposto para este estudo também não permitiu que fosse efetuada a validação do questionário para a população portuguesa, o que implicaria a aplicação do questionário a uma amostra maior.

Não obstante, os dados obtidos foram importantes para se conhecer a opinião dos enfermeiros relativamente a esta área temática.

3 – AVALIAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO EFETUADO À PESSOA COM COMPORTAMENTO SUICIDÁRIO, QUE TEM ALTA A PARTIR DO SUG X

Com o objetivo de identificar qual seria o acompanhamento proporcionado à pessoa com comportamento suicidário, que tem alta a partir do SUG X, procedemos à entrevista dos indivíduos que já anteriormente tinham efetuado uma TS, e se encontravam em observação no SUG X, e à entrevista dos psiquiatras.

3.1 – COLHEITA DE DADOS EFETUADA À PESSOA REINCIDENTE NO CS

Após consentimento do Diretor, e da Enfermeira responsável do SUG X, para a realização da entrevista, foram efetuadas quatro perguntas às pessoas, que sendo reincidentes no comportamento suicidário, se encontravam em observação no SUG X, no período decorrente entre dezembro de 2011 e janeiro de 2012. As perguntas efetuadas encontram-se no quadro nº 19.

- **1ª - Se tivesse de identificar numa escala (Likert et. al 1993) de 1 a 5 o grau de satisfação perante o atendimento de Enfermagem neste serviço, em que 1 representa Muito satisfeito; 2- Satisfeito; 3- Sem opinião; 4 – Insatisfeito e 5- muito insatisfeito, como o classificaria?**
- **2ª - Após a alta, da sua última tentativa de suicídio, quanto tempo decorreu até à sua reavaliação?**
- **3ª - Consideraria importante que se implementa-se um programa de acompanhamento após a alta?**
- **4ª - Que apoio consideraria importante ter após a alta?**
Serviço Social; Familiar; Amigos; Psiquiátrico; Económico; Enfermagem; Nenhum.

Quadro nº 19- Guião da entrevista realizada à pessoa reincidente na TS.

Foi solicitado o consentimento para a realização destas perguntas, a 10 pessoas que se encontravam conscientes e orientadas, e acederam a que as suas respostas fossem divulgadas, no âmbito do estudo efetuado, no contexto do Mestrado. Foi no entanto garantido o seu anonimato, uma vez que se pretendia apenas obter a sua opinião em relação à forma como foram atendidos no serviço de urgência e como tinha decorrido anteriormente perante a mesma situação, o seu acompanhamento após a alta do Serviço de Urgência, não sendo relevante a divulgação dos seus dados de identificação.

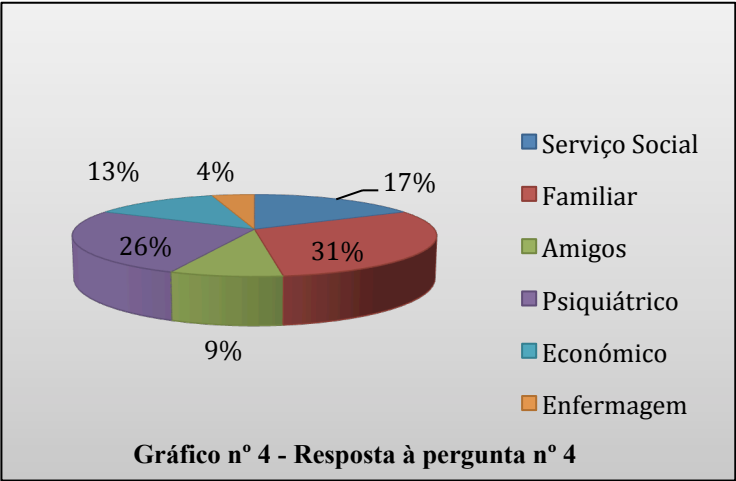
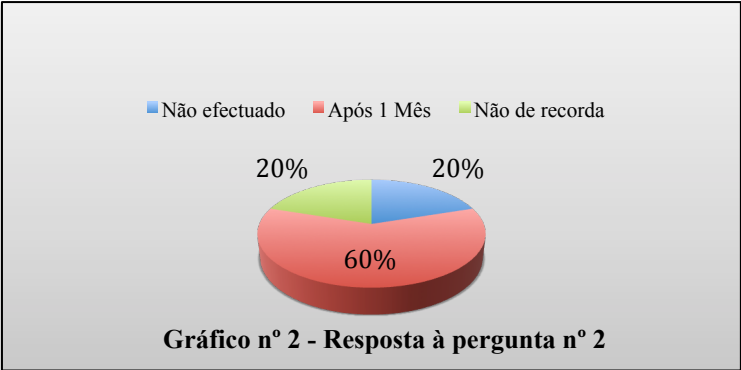
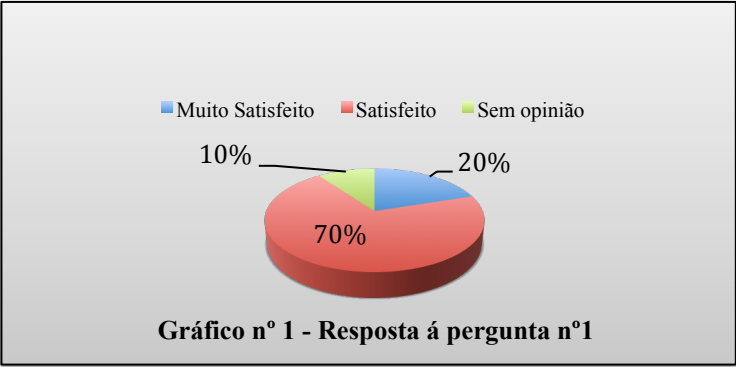
3.1.1 – Resultados Obtidos

Na tabela nº 2, encontram-se as respostas obtidas durante a entrevista.

Tabela nº 2 – Respostas obtidas na entrevista realizada às pessoas reincidentes na TS

Doente	Respostas Obtidas			
	Pergunta nº 1	Pergunta nº 2	Pergunta nº 3	Pergunta nº 4
A	2	2 meses	Sim	Todos
B	2	Não foi efetuada	Sim	Familiar; Psiquiátrico; Amigos; Enfermagem.
C	2	Na consulta psiquiatria, não sabe precisar quanto tempo depois do ato	Sim	Familiar; psiquiátrico; serviço social; económico
D	1	1 mês	Sim	Familiar; Amigos; Psiquiátrico.
E	2	Consulta Psiq. Após 1 Mês	Sim	Psiquiátrico
F	2	Não foi efetuada	Sim	Psiquiátrico; Familiar.
G	3	Consulta Psiquiatria Após 1 Mês	Sim	Serviço Social
H	2	Após 3 meses	Sim	Familiar
I	1	Não se recorda	Sim	Económico, serviço social; familiar; psiquiátrico.
J	2	Foi pelo médico de família, após 2 meses	Sim	Serviço social; Económico; Familiar.

Os resultados obtidos podem ser observados no gráfico nº 1, nº 2 ,nº 3 e nº 4.



Após análise dos dados obtidos podemos concluir:

- Que cerca de 70 % das pessoas inquiridas, referenciaram estar satisfeitas, e 20% muito satisfeitas com o atendimento de Enfermagem, embora estes dados careçam de uma avaliação crítica, uma vez que estas pessoas se sentem coagidas a considerar o atendimento adequado por permanecerem no serviço, onde consideram que uma resposta negativa poderia interferir com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de Enfermagem. Como referido por Fortin (1999), *“certos sujeitos hospitalizados podem sentir-se obrigados a participar nos projetos de investigação, quer seja para colaborar com os profissionais de saúde investigadores que solicitam a sua participação, quer seja pelo receio de que os seus cuidados sejam afetados se eles recusarem”*. Um dos utentes (10%) preferiu não responder.
- Não existe uniformidade no acompanhamento que é dado a estes doentes após a alta, 60% referenciou que a reavaliação foi efetuada após um mês, 20% não se recordou da data de reavaliação e 20% não foi alvo de qualquer reavaliação.
- Todos os doentes (100%) consideraram importante a implementação de um programa de acompanhamento após a alta do serviço de urgência.
- Em relação à quarta pergunta obtiveram-se alguns dados curiosos. A família aparece como o apoio mais necessário (31%), revelando a importância de se envolver os familiares no processo de recuperação destes indivíduos, seguido do apoio psiquiátrico (26%), dados que parecem coerentes com o facto de existir uma alta prevalência de doentes mentais entre os que tentam ou cometem o suicídio. O apoio económico (13%) e social (17%) também parecem ter um papel relevante no apoio requerido, muitos destes doentes apresentam problemas sociais e económicos graves, e procuram no suicídio uma solução para os mesmos. Os amigos (9%) parecem não ter um papel relevante, possivelmente pela sua escassez na atualidade. Apenas 1 doente referiu que beneficiaria com o apoio de Enfermagem após a alta. Esta falta de reconhecimento da importância do Enfermeiro no seu acompanhamento após a alta, pode dever-se à dificuldade em separar o Enfermeiro do cuidar técnico, não lhe reconhecendo ou desconhecendo a sua capacidade de cuidar para além do físico.

3.2 – COLHEITA DE DADOS EFETUADA AOS PSQUIATRAS

Após análise dos dados obtidos junto das pessoas reincidentes no comportamento suicidário, tornou-se imperativo proceder à entrevista de todos os psiquiatras que efetuam urgência por forma a se determinar quais os critérios utilizados para decidir a necessidade de internamento destas pessoas, e que encaminhamento lhes estão a dar após a alta do serviço de urgência.

Procedeu-se a realização de um estudo descritivo simples, o qual segundo Fortin (1999), “*é o tipo de estudo que se limita a caracterizar o fenómeno pelo qual alguém se interessa*”, neste caso responder á questão, “*Que tipo de acompanhamento esta a ser efetuado às pessoas que têm alta do SUG X, após uma tentativa de suicídio?*”. O instrumento selecionado para recolher informação que desse resposta a essa questão, foi a entrevista não estruturada. Segundo Fortin (1999), “*Para realizar uma entrevista não estruturada utiliza-se um guião com grandes linhas dos temas a explorar, sem indicar a ordem ou maneira de colocar as questões. A grelha da entrevista fornece um inventário dos temas a cobrir. As entrevistas menos estruturadas desenrolam-se como uma conversa informal*”.

Neste relatório são apresentadas as conclusões resultantes da análise das respostas obtidas.

Após o seu consentimento, procedeu-se à entrevista dos 6 psiquiatras (no total são 7, mas um não faz urgência), que fazem parte do serviço de Psiquiatria.

3.2.1 – RESULTADOS OBTIDOS

1ª Questão : Perante uma pessoa que efetuou uma tentativa de suicídio, que critérios utiliza para decidir, ou não o seu internamento?

Das respostas obtidas à primeira pergunta podemos identificar no quadro nº 20, os principais critérios que os psiquiatras utilizam para decidir o internamento das pessoas que tentaram o suicídio.

	Respostas Psiquiatras					
Critérios identificados na pergunta nº 1	A	B	C	D	E	F
Manter ideação suicida		■	■	■	■	■
Doença mental associada	■		■	■		
Fatores de risco presentes	■	■			■	■
Gravidade do Ato			■			

Quadro Nº 20– Critérios de internamento utilizados perante a pessoa com TS.

O principal critério de internamento é a pessoa manter a ideação suicida, identificado por 5 dos psiquiatras, seguido da presença de fatores de risco, identificado por 4 dos Psiquiatras e da presença de doença mental, identificada por 3. Apenas 1 psiquiatra referenciou que mediante a gravidade dos danos causados pela tentativa opta ou não pelo internamento.

2ª Questão: Encaminha sempre a pessoa que efetuou uma tentativa de suicídio para uma consulta de psiquiatria?

Da análise das respostas obtidas concluímos que a maioria dos psiquiatras (62%) encaminha a pessoa que fez uma TS, para a consulta de psiquiatria. Um psiquiatra (19%) referencia para Médico de família, ou psiquiatra assistente, e outro nem sempre encaminha por alguns destas pessoas já serem seguidos na consulta de psiquiatria e portanto já terem agendada consulta.

3ª Questão: Têm conhecimento do tempo de espera, para essa consulta?

Na generalidade os psiquiatras não conhecem o tempo de espera para a consulta de referência após a alta. Dos 6 apenas 1 referenciou que normalmente encaminha a pessoa para a sua consulta, a realizar o mais brevemente possível.

4ª Questão: Considera que o acompanhamento destas pessoas esta a ser efetuado de forma adequada? Justifique.

A totalidade dos psiquiatras considerou que o acompanhamento destas pessoas não estaria a ser efetuado de forma adequada, tendo identificado como principal motivo o numero insuficiente de psiquiatras para atender às suas necessidades.

5ª Questão: Considera importante existir no serviço de Urgência um Enfermeiro Especialista em Saúde Mental?

Foram unânimes em considerar que seria importante a presença de um Enfermeiro especialista em saúde mental no serviço de urgência.

6ª Questão: Qual a sua opinião, perante a possibilidade de se implementar no serviço de urgência, um plano de acompanhamento para estas pessoas após a alta?

Três dos psiquiatras consideraram que seria bom a existência de um plano de acompanhamento para estas pessoas após a alta. Alguns (2) consideraram que seria uma mais valia para se obterem dados sobre esta área de atuação embora considerassem ser difícil estabelecer protocolos de atuação, face à singularidade/diversidade de comportamentos destas pessoas. Um dos Psiquiatras mostrou-se relutante.

3.3 . SINTESE DOS RESULTADOS OBTIDOS

Da análise conjunta dos dado obtidos junto das pessoas reincidentes na TS, e psiquiatras, podemos concluir que:

- Na generalidade estas pessoas encontram-se satisfeitas com o atendimento de enfermagem de que foram alvo no serviço de urgência;

- Consideram que o apoio que mais precisam após a alta, é dos seus familiares (31%), seguido do acompanhamento psiquiátrico (26%). As necessidades de apoio económico e serviço social também se encontram entre os mais referenciados. O apoio por parte dos amigos foi pouco valorizado assim como o papel que o Enfermeiro possa ter para o seu auxílio na recuperação.

- Os critérios de internamento destas pessoas estão associados ao facto de manterem ideação suicida, se estão presentes fatores de risco, ou doença mental associada, e de acordo com a gravidade do ato efetuado.

- Embora a maioria dos Psiquiatras tenha referenciado que encaminha sempre a pessoa que fez uma TS, para a consulta de psiquiatria, face às respostas obtidas junto dos mesmos pudemos inferir que essas consultas não são agendadas em tempo útil e por isso não existe uma uniformidade no seu acompanhamento.

- Todos foram unânimes em considerar que seria importante a presença de um Enfermeiro especialista em saúde mental no serviço de urgência

- Todos as pessoas reincidentes na TS, e a maioria dos Psiquiatras consideraram importante a implementação de um programa de acompanhamento após a alta do serviço de urgência.

Da congruência desta análise pudemos concluir que o acompanhamento da pessoa que tem alta do SUG X, após ter sido admitida por um comportamento suicidário, não esta a ser efetuado de forma adequada.

4 – SÍNTESE DO DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES

Após análise, dos diferentes resultados obtidos na resposta às questões que conduziram aos estudos apresentados anteriormente, podemos concluir que:

- Não existe uma sistematização dos registos, que permita uma caracterização das pessoas com comportamentos suicidários, e fatores de risco presentes.

- As atitudes dos Enfermeiros, para com a pessoa com comportamento suicidário, são maioritariamente positivas, embora careçam de apreciação crítica face á incongruência entre as respostas obtidas na aplicação do S13, com as atitudes assumidas na prática.

- O acompanhamento da pessoa que tem alta do SUG X, após ter sido admitida por um comportamento suicidário, não esta a ser efetuado de forma adequada.

Assim, de acordo com os resultados obtidos foram selecionadas as estratégias de intervenção a implementar, que contribuíssem para minimizar, ou solucionar os problemas identificados. Esta seleção, obedeceu a critérios que estiveram radicados nos conhecimentos teóricos adquiridos durante a frequência das aulas do Mestrado, na pesquisa bibliográfica e partilha de saberes em contexto de estágio.

CAPITULO V - PLANEAMENTO

1 – SISTEMATIZAÇÃO DOS REGISTOS

A maioria das mortes provocadas por suicídio não são corretamente documentadas, o que dificulta a obtenção de dados exatos acerca da sua prevalência na população Portuguesa.

Após análise documental dos registos existentes na unidade hospitalar referenciada neste projeto, facilmente podemos inferir que logo na admissão se pode comprometer uma avaliação a ser efetuada à posteriori, ao não se selecionar corretamente o fluxograma que permita identificar uma provável tentativa de suicídio ou suicídio.

Nesse sentido, foi pensado que a sistematização dos registos constituiria um dos objetivos deste projeto, por forma a se efetuar uma análise mais cuidada do número de comportamentos suicidários existentes nesta área de abrangência assim como identificar os fatores de risco prevalentes, propusemos como objetivo para este item, “ *implementar uma forma de sistematização dos registos referentes às pessoas com comportamento suicidário admitidas no SUG X*”.

2 – SENSIBILIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS

O primeiro contato entre a pessoa com CS, e o profissional de saúde é extremamente importante, podendo condicionar todo o seu processo de recuperação. Existe alguma evidência de que a incapacidade dos profissionais de saúde para reconhecer e responder às necessidades de uma pessoa que tentou o suicídio, pode ser um fator influente na reincidência do ato. Além disso, algumas pesquisas tem indicado que existem atitudes desfavoráveis entre os médicos e enfermeiros, em relação aos indivíduos que tentaram o suicídio, o que se repercute de forma negativa nos cuidados que lhes são prestados (Ouzouni e Nakakis , 2009).

Reagir ao indivíduo que tentou o suicídio, de um modo moralista, crítico, ter reações fortes e negativas sobre a ideia de alguém tirar sua própria vida, aumenta o risco na mesma proporção das reações negativas. O profissional de saúde deve ter em mente que o estado suicida é frequentemente passageiro, resulta de uma doença, que tem causas tanto orgânicas quanto psicológicas, e que se o suicídio puder ser evitado, a doença subjacente será tratada e futuros estados suicidas serão evitados (Baltieri e Andrade , 2001).

Alguns destes indivíduos apresentam comportamentos autoagressivos repetitivos, tendo por isso contatos frequentes com os serviços de saúde. A banalização de tais atos pelos profissionais de saúde em que exibem uma clara atitude de desvalorização associando a sua efetivação como uma forma que o doente utiliza para obter determinado objetivo, como obter atenção ou atingir alguém podem levar ao erro de não se detetar uma verdadeira ideação suicida e em última instancia esta pessoa pode ser mais uma vitima do mito de que as pessoas que tentam suicidar-se estão apenas a chamar a atenção (Baltieri e Andrade , 2001).

Um atendimento, inicial, de qualidade no Serviço de Urgência que recebe o indivíduo que tentou o suicídio, pode ser entendido como uma intervenção terapêutica, permitindo estabelecer com ele um vínculo, aumentando as chances de continuidade de e no tratamento.

Após análise dos resultados obtidos mediante aplicação do questionário de avaliação de atitudes aplicado aos Enfermeiros (S13), podemos constatar que cerca de 71,1% dos enfermeiros, referiu necessitar de formação adicional em psiquiatria para prestar cuidados aos indivíduos que fizeram uma TS, podendo ser esta lacuna em termos formativos, suficiente para justificar algumas das atitudes menos positivas, evidenciadas na sua prestação de cuidados, validando os resultados obtidos em alguns estudos anteriormente efetuados²⁶. Neste sentido surgiu a necessidade de se estruturar uma ação de sensibilização para estes profissionais, por forma a atingir o objetivo que propusemos para este item, “*Sensibilizar a equipa de Enfermagem para a importância de melhorar a qualidade do atendimento à pessoa/família com comportamento suicidário*”.

²⁶ Samuelsson, M.; Asberg, M.; Gustavsson, JF. (1997). *Attitudes of psychiatric nursing personnel towards patients who have attempted suicide*. Ata Psychiatr Scand 1997; 95: 222-230. Munksgaard.

3 – IMPLEMENTAÇÃO DE UM PLANO DE ACOMPANHAMENTO À PESSOA/FAMÍLIA COM CS

O correto encaminhamento da pessoa que apresentou um CS, pode ser o primeiro “ponto” de partida para se organizar o caos emocional que o habita. No momento da alta deve ser agendada o mais precocemente possível a sua reavaliação psicológica. Efetivamente um acompanhamento adequado favorece a adesão ao tratamento, promove a sua recuperação e diminui o risco de suicídio.

Analisando a síntese das necessidades efetuada no local de estágio, referentes a esta área de investigação, concluímos que embora a maioria dos Psiquiatras tenha referenciado que encaminha sempre a pessoa com CS, para a consulta de psiquiatria, face às respostas obtidas junto dos mesmos pudemos inferir que essas consultas não são agendadas em tempo útil, e por isso não existe uma uniformidade no seu acompanhamento. Nesse sentido estabelecemos como objetivo, “Melhorar o acompanhamento da pessoa/família que apresentou um CS, e tem alta a partir do SUG X”, o que consideramos poder ser atingido mediante a implementação de um plano de acompanhamento que denominamos de Projeto “Viva a Vida”.

Após revisão da literatura, selecionamos o *Multi-Site Intervention Study on Suicidal Behaviours* (SUPRE-MISS), como orientador da forma como deveríamos estruturar o plano de acompanhamento a implementar.

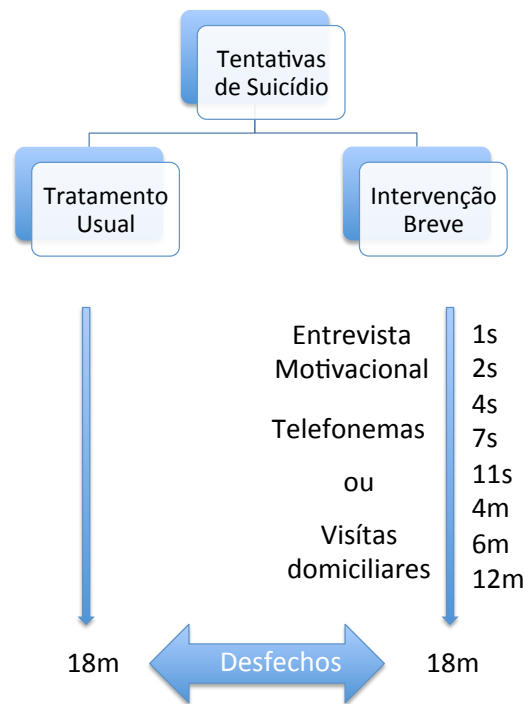
No ano 2000, a OMS lançou um estudo internacional multicêntrico, o *Multi-Site Intervention Study on Suicidal Behaviours* (SUPRE-MISS), em oito países (África do Sul; Brasil; China; Estônia; Índia; Irão; Ceilão e Vietname), em cinco dos quais, foi possível efetuar um ensaio clínico controlado para avaliar uma estratégia inovadora de incentivo à procura e à manutenção de tratamento de pessoas que compareceram ao serviço de urgência, após uma tentativa de suicídio (Bertolote *et al.*, 2010).

Foram comparados dois grupos:

- 1) Um dos grupos beneficiou de uma intervenção psicossocial, incluindo entrevista motivacional e seguimento telefónico, regular, segundo o fluxograma apresentado na Figura nº 1 (no momento da alta hospitalar, os indivíduos eram encaminhados para um serviço da rede de saúde);

- 2) O outro grupo beneficiou do tratamento usual (apenas um encaminhamento, por ocasião da alta, para um serviço da rede de saúde)

Figura nº1 – Fluxograma do SUPRE-MISS : Programa de acompanhamento para indivíduos que tentaram o suicídio.



Ao final de 18 meses, verificou-se o que aconteceu nos dois grupos:

- Os resultados deste estudo complexo e extenso indicaram uma clara redução da mortalidade tanto geral, quanto específica por suicídio em todos os locais do estudo.
- Quanto à repetição de tentativas de suicídio sem óbito, os resultados variaram com o lugar: redução na China, na Índia e no Sri Lanka, e aumento no Irão e no Brasil (embora as repetições tenham sido de muito menor gravidade).

Reverendo as diversas estratégias preventivas de suicídio, Morgan e Owen (1990 cit. por Bertole *et al.*, 2010), defendem que a melhor estratégia para populações de alto risco, como no caso das tentativas prévias de suicídio, é melhorar os serviços de saúde e desenvolver intervenções efetivas para o grupo de indivíduos que tentaram o suicídio, recebendo um acompanhamento adequado.

Segundo Bertolote (2009), nem todos os casos de suicídio poderão ser prevenidos, entretanto, a habilidade em lidar com suicídio faz a diferença, pois milhares de vidas poderão ser salvas todos os anos se todas as pessoas que tentaram o suicídio forem adequadamente abordadas e tratadas. Uma das intervenções que pode fazer sentido é mudar a forma de acompanhamento usual destes indivíduos, após a alta, para uma intervenção breve de acompanhamento social, Por exemplo, que se estruture a equipe de forma a que por telefone ou pessoalmente (indo à casa da pessoa que tentou suicídio), se acompanhe a recuperação do indivíduo, efetuando duas perguntas básicas: “*COMO ESTÁ?*” e “*PRECISA DE ALGUMA COISA?*”. Às vezes as pequenas ações traduzem-se em grandes feitos.

Através da observação do contexto onde decorre a ação pudemos também verificar que a comunicação existente entre os enfermeiros deste serviço e os familiares da pessoa com CS é fugaz, e incide habitualmente na necessidade de informar que terão de aguardar pelos seus pertences; se este irá, ou não, ficar internado, ou no contacto para informar da alta do mesmo. Não existe uma preocupação em avaliar a forma como estes sentem esta decisão do seu familiar em atentar contra a sua própria vida, se têm dúvidas quanto á forma como se deverão relacionar com o ele, e se têm capacidade para ajudar a pessoa a ultrapassar esta situação. Detetando essa necessidade optamos por incluir também neste plano de acompanhamento o apoio aos familiares. Como referido anteriormente, a *postvention* surge como uma forma de apoio à família da pessoa que tentou o suicídio. Informar sobre a forma como se deverá relacionar com esta, as estratégias a utilizar para promover a sua recuperação, e disponibilizar tempo para esclarecer as dúvidas e apoiar nos dias mais difíceis, são algumas das medidas permitidas por esta intervenção.

Considerando as recomendações apresentadas pela literatura e o contexto onde decorre a ação, estruturamos o plano a implementar.

CAPITULO VI - IMPLEMENTAÇÃO/AVALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

1 - SISTEMATIZAÇÃO DOS REGISTOS

No dia 21 de maio de 2012 foi implementada, de forma experimental, uma folha de colheita de dados (**Apêndice D**), que permitisse obter os dados necessários para se caracterizar a população com comportamentos suicidários. Após o período experimental (1 mês) foram auscultadas as opiniões e sugestões dados pelos Enfermeiros do serviço relativamente às dificuldades encontradas no seu preenchimento, e foi determinado que passariam a ser registadas as informações necessárias em suporte informático na aplicação SIRIU (Sistema Integrado Registo Informação para Urgências), o que facilitaria a obtenção dos dados para consulta posterior e permitindo ainda o acesso a outros profissionais. Foram objeto de análise para este trabalho os dados obtidos entre o período decorrente entre 21 de maio a 13 de julho.

Na análise dos dados obtidos apresentamos a seguir os que consideramos mais significativos:

- Foram admitidos 63 pessoas com comportamento suicidário no período anteriormente identificado.
- O género feminino representa 70% do número total de pessoas admitidos no SU, com CS. Como mencionado por Santos e Saraiva (2009) efetivamente as mulheres tentam mais o suicídio, embora as taxas de suicídio consumado sejam mais elevadas no género masculino, o que pode ser explicado pela utilização de métodos mais agressivos pelos mesmos.
- A população da nossa área de abrangência, com comportamento suicidário, situa-se na meia-idade contrariando a tendência verificada por Alte da Veiga e Saraiva (2003), em que foi descrito que o padrão etário do suicídio em Portugal seria o de “*curva ascendente*”, em que as taxas aumentam com a idade. Esta realidade poderá estar associada à crise económica, e ao aumento das taxas de desemprego, que desta forma se começa a refletir na saúde mental da população em idade produtiva. Efetivamente o

número de pessoas com comportamento suicidário, desempregadas, representa 48% do número total desta amostra, e 56% referiu ter dificuldades económicas, o que são valores significativos, e poderão estar relacionados com o aumento do número de comportamentos suicidários na meia- idade, anteriormente identificados.

- Podemos concluir que na nossa população alvo os indivíduos casados detêm a maior percentagem de comportamentos suicidários, 35%. Considerando que o casamento é considerado um fator de proteção para os comportamentos suicidários, como identificado por Saraiva (2010), os números obtidos fazem-nos refletir sobre os valores em que esta união assenta, que são hoje muito diferentes dos existentes no passado. Atualmente, conforme identificado por Osório (2002), *“os papéis dos homens e mulheres já não se vinculam á identidade sexual e sim à condição humana e suas circunstâncias. Ser homem e ser mulher, já não define por si só a prontidão para o exercício de papéis conjugais. Atribuir à mulher o papel de cuidar do lar e ao homem o de prover o sustento da família não só é um modelo arcaico, que remonta ás origens do processo de civilização como soa hoje a um estereótipo tangenciando o ridículo”*. Ainda assim estas mudanças na dinâmica familiar influenciam as relações entre os pares, despoletando muitas vezes conflitos associados à frustração pela dificuldade em desempenhar um papel para o qual culturalmente lhes foi sendo inculcado. Associado a esta mudança de papéis associa-se a crise económica, que trouxe um aumento da taxa de desemprego, que se veio a repercutir nas relações familiares. A incapacidade de prover o sustento da família provoca sentimentos de frustração que muitas vezes levam ao desespero e consecutivamente a comportamentos suicidário numa tentativa fantasiosa de poder solucionar os problemas.

- Podemos ainda concluir que existe uma percentagem considerável (24%) de pessoas com escolaridade média, e uma baixa percentagem com curso superior(6%), embora não se possa tirar grandes ilações uma vez que a percentagem de pessoas com curso superior também é menor na sociedade em geral. Como esta não é usualmente uma pergunta frequente na realização da entrevista, muitos dos registos não tinham informação acerca deste item o que justifica a percentagem elevada de registos sem esta informação (27%).

- Verificou-se uma maior taxa de prevalência (55%) de indivíduos com um a dois filhos, seguida dos indivíduos sem filhos (40%). Os indivíduos com mais de dois filhos

apresentam-se em menor número (5%) o que se torna curioso, uma vez que estes deveriam ser os que detêm mais dificuldades económicas na atualidade, e logo maior probabilidade de incorrer em comportamentos suicidários.

- A maior percentagem de indivíduos com TS vive com o conjugue e filhos (29%). Mais uma vez se torna claro que viver em família, por si só, não constitui um fator de proteção inequívoco, face á disfuncionalidade muitas vezes presente no ambiente familiar.

- Cerca de 76% dos indivíduos com TS têm associada uma doença mental. Estes valores vêm confirmar os dados já identificados na literatura existente em que a doença mental aparece identificada como um dos fatores predisponentes para os comportamentos suicidários²⁷

- A depressão (51%) aparece como a doença mental mais frequente nos indivíduos que efetuaram uma TS . Dados da OMS (2000), indicam que o suicídio em geral aparece associado as doenças mentais, sendo a mais comum a depressão, sendo responsável por 30% dos casos relatados em todo o mundo. Outros transtornos como a doença bipolar (9%), a esquizofrenia (3%) e transtornos da personalidade (9%) também foram identificados nestes doentes, sendo também citados pela OMS como fatores predisponentes para o suicídio.

- Sendo identificado como um dos fatores de risco para o suicídio, o facto de existirem familiares que o tenham cometido, nesta amostra apenas 21% dos indivíduos referiu a existência prévia de comportamentos suicidários na sua família.

- A situação de luto pode ser um dos fatores precipitantes para o suicídio segundo Bertolote et al. (2010). Nesta amostra apenas 9% referiu ter perdido recentemente um familiar ou amigo.

- As doenças incapacitantes ou terminais são também responsáveis por muitas TS. Nesta amostra não foi evidente a responsabilização de uma comorbilidade para a realização do

²⁷ Bertolote, J. ; Mello-Santos, C. ; Botega, N. (2010, Out.). Revista Brasileira de Psiquiatria vol 32, pp. 87-95 Disponível em 10 de fevereiro de 2012 : <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a05.pdf>.

ato, uma vez que a percentagem de indivíduos com este tipo de doença foi pequena (15,8%).

- A sobredosagem foi o método mais utilizado para as TS (90%), o que pode ser justificado pelo fácil acesso aos fármacos.

- Uma percentagem elevada dos indivíduos efetuou um pedido de ajuda (73%). O que de alguma forma é justificado pela ambivalência que envolve o ato suicida, querer morrer e ao mesmo tempo querer viver, 71% referiu arrependimento para o ato. Muitas das tentativas são efetuadas num momento de crise, em que o desespero absorve todo o pensamento lógico, e quando a pessoa se acalma e reflete sobre o ato, mostra-se arrependida o que em alguns casos pode ser dramático face á irreversibilidade das complicações resultantes do mesmo.

- Os conflitos na relação afetiva, foram evocados como os maiores responsáveis pelas TS, por 36% dos indivíduos, seguido pela desesperança 27%, e das dificuldades económicas 14%. Cerca de 16% não identificou o motivo para o ato.

- Dos indivíduos da amostra apenas 29% manteve a ideação suicida.

- Do total da amostra 52% referiram ser a sua primeira TS, 29% já tinha efetuado anteriormente uma TS e 19% já tinha efetuado mais de duas TS.

- Da totalidade da amostra, 29% saiu sem qualquer referência médica.

Podemos concluir, que as informações obtidas pela colheita de dados, nos permitiram caracterizar a nossa população alvo, assim como identificar as principais causas evocadas para os comportamentos suicidários, indo desta forma ao encontro do nosso objetivo inicial.

A colheita de dados será continuada através de registo informático (SIRIU), embora ainda não permita no imediato ser efetuada a contabilização dos dados que vão sendo

obtidos, o que está a ser efetuado separadamente, situação que se pretende alterar brevemente.

No futuro pensamos que seria importante criar uma base de dados para esta área, permitindo dessa forma a sua partilha a nível nacional.

2 – SENSIBILIZAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM

Foi estruturada uma ação de sensibilização para os Enfermeiros do SUG X, com o tema, “*Serviço de Urgência – Atendimento à pessoa com Comportamento Suicidário*”, cujos objetivos foram:

- Apresentar informações gerais acerca dos comportamentos suicidários.
- Sensibilizar Enfermeiros para a importância da qualidade do atendimento da pessoa com comportamento suicidário.
- Apresentar o Projeto “ VIVA a VIDA” (Projeto de acompanhamento após a alta do SU, da pessoa com comportamento suicidário.

A avaliação destas sessões foi efetuada mediante a aplicação do instrumento de avaliação selecionado para a instituição em questão (MOD 6/08, do Núcleo de Investigação e Formação em Enfermagem).

Esta ação de sensibilização tinha como objetivo falar sobre um tema pouco falado, e por isso ainda menos pensado. Efetivamente no contexto da urgência fala-se muito sobre procedimentos técnicos e pouco sobre relação com o outro, e as dificuldades individuais existentes no estabelecimento dessas relações. Esta ação foi primordial ao abrir espaço para se falar mais sobre algo que a todos perturba, a morte. Saber que alguém atentou contra a própria vida fomenta um sentimento de revolta, perante tantos que gostariam de viver, e não têm essa oportunidade. Aos olhos dos que foram educados com um sentimento de proteção da vida, parece ser um ato de egoísmo essa pretensão da pessoa que apresenta um comportamento suicidário, se julgar onipotente ao ponto de acreditar que pode ser dona de si própria. Muitas vezes reage-se negativamente perante estas pessoas assumindo uma atitude crítica ou vetando a pessoa ao desprezo, ignorando a sua presença.

A ação pretendeu transmitir alguns dados relevantes em relação aos comportamentos suicidários, mas no fim abriu espaço à reflexão sobre os atitudes adotadas perante estas pessoas e como pudemos modificá-las. No final muitos referiram ter dificuldade no relacionamento com estas pessoas, o que condiciona de alguma forma a qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido foi proposta a realização de outra ação de sensibilização, que incida sobre formas de melhorar a relação com o outro.

Da análise dos resultados obtidos nos questionários de avaliação das sessões de sensibilização, pode verificar-se que de uma forma geral os conteúdos da formação foram considerados adequados às expectativas dos formandos, com potencial de aplicabilidade em contexto de trabalho, e que o formador demonstrou competência na transmissão de conhecimentos, utilizando de forma adequada os recursos didáticos selecionados.

Foi notória a mudança de comportamentos que pudemos observar nos Enfermeiros a seguir a ação de sensibilização. Demonstraram maior compreensão, e disponibilidade para acolher e atender estas pessoas, e diminuíram os comentários depreciativos em relação aos mesmos, embora seja ainda difícil para alguns conterem expressões faciais negativas, o que nos leva a concluir que a mudança de atitudes é um processo difícil e demorado.

3 – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO “ VIVA A VIDA”

Pretendeu-se com este projeto, melhorar o acompanhamento da pessoa que tem alta do SUG X, após um comportamento suicidário. Uma das recomendações da OMS para a prevenção do suicídio, foi a de que, “ *se deveria melhorar os serviços de suporte à saúde, reforçar o apoio social e promover a reabilitação de pessoas com comportamento suicida*”²⁸, nesta linha de pensamento optamos por considerar que a implementação de um plano de acompanhamento para estas pessoas seria uma forma de contribuir para a sua reabilitação, validando dessa forma a recomendação proposta.

O projeto “Viva a Vida”, foi submetido à apreciação da Diretora de Enfermagem do Centro hospitalar do qual faz parte o SUG X, sendo o seu parecer positivo, mas referenciando que a operacionalização do projeto necessitaria de recursos económicos, que na atualidade não poderiam ser disponibilizados pela instituição, logo teriam de ser suportados pelos dinamizadores do projeto, o que foi aceite. Foi ainda da sua opinião, que este projeto deveria englobar o departamento de psiquiatria, criando dessa forma um grupo de trabalho que permita oferecer uma melhor articulação entre os vários profissionais de saúde da área.

3.1 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/ EXCLUSÃO NO PROJETO “ VIVA A VIDA”

Critérios de inclusão

- Todos as pessoas que tenham sido admitidos no SUG X por comportamento suicidário, tenham alta a partir do mesmo, e consintam em integrar o plano de acompanhamento.
- Familiares das pessoas com comportamento suicidário que têm alta do SUG X e que consintam em integrar o plano de acompanhamento.

²⁸ Cais, C. (2011) - *Prevenção do suicídio*: estratégias de abordagem aplicadas no município de Campinas. Dissertação Campinas, São Paulo, Brazil. Disponível em 10 de out. de 2011: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000786887>

Critérios de exclusão

- Pessoas com comportamento disruptivo.
- Pessoas que não consentam em participar no plano de acompanhamento.
- Pessoas às quais não se consegue assegurar os contatos (ex. Sem abrigo)

3.2- OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO

A implementação do projeto foi precedida da realização de um conjunto de ações, sem as quais seria difícil garantir a sua exequibilidade. A implementação da folha de colheita de dados, foi determinante para se conseguir identificar as pessoas que reuniam os requisitos necessários para integrar o plano de acompanhamento, e veio ainda possibilitar a caracterização da população com comportamento suicidários da nossa área de abrangência, sendo um contributo importante para o equacionar das estratégias a utilizar na prevenção do suicídio, tal como proposto pelas recomendações para a prevenção do suicídio da OMS, *“Incentivar a pesquisa na área da prevenção do suicídio, encorajar a colheita de dados das causas de suicídio e evitar a duplicação dos registos estatísticos”* (OMS, cit. por Cais, 2011)²⁹.

Também a ação de sensibilização realizada à equipa de Enfermagem, contribuiu para se melhorarem atitudes, levando a equipa a refletir sobre esta área de atuação, e a rever o seu comportamento, tendo-se verificado uma melhoria significativa no seu modo de agir. Esta ação permitiu também dar a conhecer o PVV, e solicitar a colaboração e envolvimento de todos para garantir que os objetivos do projeto fossem alcançados.

Em relação ao acompanhamento da pessoa/família com CS, foi proposto um plano de acompanhamento, com base na experiência internacional executada pela OMS (2000), o estudo internacional multicêntrico, o *Multi-Site Intervention Study on Suicidal Behaviours* (SUPRE-MISS).

Este projeto tem início no hospital, onde se dá o primeiro contato entre o Enfermeiro e a pessoa com comportamento suicidário. No imediato deve o enfermeiro garantir o tratamento das lesões físicas, resultantes do comportamento suicidário, podendo fazer nesta abordagem inicial uma recolha de dados que lhe permita estruturar a sua forma de

²⁹ Cais, C. (2011) - *Prevenção do suicídio*: estratégias de abordagem aplicadas no município de Campinas. Dissertação Campinas, São Paulo, Brazil. Disponível em 10 de out. de 2011: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000786887>

interação com a pessoa/família. Preferencialmente será este enfermeiro a dar continuidade à prestação de cuidados à pessoa, mostrando disponibilidade para escutar e atender às suas necessidades, permitindo estabelecer um vínculo com a mesma. Após ser decidido o seu encaminhamento, deve o enfermeiro atuar de acordo com o proposto no algoritmo do Projeto “Viva a Vida”, que se encontra no **apêndice E**.

3.3 – PLANO DE ACOMPANHAMENTO

O plano de acompanhamento foi proposto às pessoas que reuniam os critérios de inclusão, tendo sido fornecida informação adicional mediante a entrega de um folheto de consulta (**Apêndice F e G**). Sendo necessário que a pessoa/família acessem em participar no projeto, tendo sido solicitado o seu consentimento, mediante preenchimento do **apêndice H**, e sendo garantido o sigilo sobre toda a informação partilhada. Este plano pressupunha uma entrevista inicial, seguida de contactos posteriores via telefone que seriam programados de acordo com o seguinte cronograma:

Telefonemas	1ª semana	2ª Semana	4ª semana	2 meses
Efetivar	X	X	X	X

A entrevista inicial, permitia dar início à relação com o outro, e a forma como esta decorria poderia ditar o seu sucesso, pelo que foi enfatizado junto dos enfermeiros, a importância do acolhimento a ser efetuada à pessoa, onde projeções e juízos de valor não deveriam ter lugar. Como mencionado por Peplau (1990), *“A postura adotada pela enfermeira interfere diretamente no que o paciente vai aprender durante o processo de cuidado ao longo de sua experiência como doente”*, logo a relevância do comportamento adotado pelo enfermeiro desde o início da relação.

A entrevista contemplava dois objetivos, o de apoio emocional e de estabelecimento de vínculo, e o de obtenção de informações. Existe um número considerável de informações que deveriam ser obtidas durante a entrevista: fatores de risco (predisponentes e precipitantes) e proteção, dados epidemiológicos, caracterização do ato, antecedentes pessoais e familiares, modelos de identificação, dados sobre saúde física e rede de apoio familiar e social.

3.3.1 – OBJETIVOS

Os planos de acompanhamento efetuados tiveram como objetivo o estabelecimento de vínculo com a pessoa/família, usando predominantemente a escuta ativa, encorajar a expressão de sentimentos e a identificação dos obstáculos que pudessem influenciar a sua recuperação da crise.

Com base na teoria do relacionamento interpessoal de Peplau e na teoria do cuidado transpessoal de Watson, estruturamos a relação de ajuda a estabelecer com as pessoas que integraram o plano de acompanhamento, validando a aplicabilidade das duas em contexto real.

Objetivando o que Peplau designou como “*Enfermagem Psicodinâmica*”, poderá dizer-se que ela resulta do relacionamento interpessoal desenvolvido no processo de cuidar, entre a Enfermeira e a pessoa. Consideramos, neste contexto, que esse relacionamento teve início quando o Enfermeiro no seu papel de “**pessoa estranha**” se aproximou da pessoa, demonstrando interesse, disponibilidade e respeito para com a mesma. Na fase, que a autora designou de **orientação**, procurou-se obter informações objetivas sobre os motivos que estiveram na origem do ato, avaliar fatores de risco e de proteção presentes, e ao mesmo tempo prestamos especial atenção ao seu comportamento subjetivo. Muitas vezes a desvalorização do ato pela pessoa, pode ser uma forma dissimulada de tentar enganar o outro, se a sua intenção for parar com o diálogo ou impedir o prolongamento do período de observação no serviço de urgência, tendo sido este um comportamento frequente, durante os contactos efetuados em contexto real.

De acordo com a teoria do cuidado transpessoal de Watson, a relação interpessoal que se inicia entre a pessoa e o enfermeiro deve ser desenvolvida através de um processo de cuidado, determinado por uma atitude de respeito pelo sagrado, que é o outro, estando este ser conectado ao universo e ao outro, sem divisões de espaço, tempo ou nacionalidades, o que Watson chama em sua teoria de *caritas* e *Communitas* (Moreira *et al.*, 2001).

Deste início de relação nasceu a oportunidade de se conhecerem as necessidades da pessoa, e efetuaram-se as diligências necessárias junto de outros profissionais/familiares para em conjunto se encontrarem, se possível, as estratégias mais benéficas para as satisfazer. Muitas das necessidade identificadas durante esta fase, não tiveram uma satisfação imediata, face à dificuldade em poderem ser satisfeitas no *setting* do serviço de

urgência, o que comprometeu muitas vezes o evoluir da relação entre a pessoa e o enfermeiro cuidador.

Na fase de **identificação**, segundo Peplau, a pessoa seleciona entre os profissionais que o assistem, aquele que melhor interação estabeleceu com ele, e dá-se início a outro nível do relacionamento. A pessoa pode sentir que já pode voltar para casa, demonstrando arrependimento pelo ato, tentando obter algumas informações sobre como irá decorrer o seu acompanhamento, assegurando-se que esse enfermeiro o irá ajudar na sua recuperação. Pode ignorar a presença do enfermeiro, isolando-se e demonstrando-se indisponível para o mesmo, ou pode adotar uma postura de desamparo ou dependência em relação a esse profissional, solicitando a sua presença continuamente e demonstrando relutância em ter alta para o domicílio.

Este comportamento, foi o mais evidente e consideramos poder estar associado ao facto de a maioria destas pessoas terem associada uma doença mental, em que atenção recebida permite colmatar alguma carência afetiva, além de que estes se sentem mais seguros em ambiente hospitalar, pelo que muitas vezes tentaram prolongar o internamento.

Nesta fase o enfermeiro adquiriu muitas vezes o papel de “**pessoa recurso**”, respondendo às várias solicitações da pessoa, e frequentemente surgiram muitas dúvidas relativamente ao tratamento que iriam de efetuar, se haveria necessidade de ficar em observação mais tempo, quem os poderia ajudar se precisassem de falar ou de algo, quem ia estar lá para eles?.

O papel de “**educador**” também esteve presente, na fase em que se começou a preparar a pessoa para o processo de recuperação, que poderia ser feito em regime ambulatorio ou poderia passar pela necessidade de internamento. Nesta fase foi importante levar a pessoa a reconhecer a sua capacidade de recuperação, tendo sido valorizados os aspetos positivos da vida, e reforçados e promovidos os laços familiares, sempre que possível.

O aconselhamento teve aqui também um papel importante, estimulando a pessoa a ser autónoma e ao mesmo tempo responsabilizando-a pelo seu processo de recuperação, em que um pacto de não suicídio foi acordado, em algumas situações entre o pessoa e o enfermeiro que o o assistiu, fazendo-a sentir dessa forma valorizada pela missão que lhe foi atribuída.

Efetuar a recuperação em ambulatorio foi muitas vezes uma decisão conjunta, decidida entre a própria pessoa, profissionais e familiares, mas a decisão final nem sempre

reuniu o consenso de todos. Algumas vezes, os familiares consideraram que seria melhor o internamento, contrariando a vontade da pessoa, outras as mesmas recusaram a proposta de internamento efetuada pelos psiquiatras, e outras consideraram que deveriam ser internadas mesmo contra parecer médico, recusando-se a abandonar o serviço, ou voltando repetidas vezes. Nesta fase o envolvimento da família, ou amigos tornou-se essencial, para que a pessoa se senti-se apoiada e pronta para dar início a sua recuperação. Importante foi reiterar que o vínculo estabelecido com o enfermeiro se prolongaria, durante o seu processo de recuperação, portanto nunca iria estar só.

Consideramos que a fase de **exploração** decorreu durante o plano de acompanhamento proporcionado à pessoa, após a alta, por o tempo de contacto entre o enfermeiro e a pessoa, no serviço de urgência, ser de curta duração, não permitindo o evoluir de uma relação mais profícua. Através dos contactos telefónicos programados foi permitido à pessoa falar sobre a forma como estava a decorrer a sua recuperação, como se sentia, quais as suas necessidades, avaliar o risco de suicídio, e se solicitado, ou se o enfermeiro considerou importante, promover o encontro pessoal no período de atendimento, no serviço de urgência ou solicitar apoio junto de outros profissionais. Na continuidade destes contactos, avaliaram-se os progressos efetuados pela pessoa, e estabeleceram-se novas metas, no intuito de se promover a ultima fase desta relação, a resolução. A **resolução** deveria coincidir com o termino do período de acompanhamento, em que se foi promovendo a autoestima e autonomia da pessoa, de forma a que a sua recuperação deste processo se pudesse considerar concluída. Mas nem sempre isto foi possível, estas pessoas têm muitas fatores de risco que não são modificáveis, que condicionam a sua recuperação efetiva, levando á necessidade de vigilância em consulta de Psiquiatria, face ao risco de reincidência no ato.

Como pudemos verificar facilmente estas duas teorias podem ser aplicadas á prática. Embora todos os dias intuitivamente os Enfermeiros utilizem estas ferramentas mentais, que englobam a sistematização do ato de cuidar, muitas vezes não se valoriza a importância que cada fase poderá ter na recuperação da pessoa. Como se pode avaliar o primeiro contacto com a pessoa é determinante para o sucesso da relação. A continuidade da relação promove o crescimento e desenvolvimento de ambos os intervenientes, através da relação interpessoal que se ergue a partir do processo de cuidar pensado e refletido.

Não nos devemos ainda esquecer, que a aplicabilidade das teorias promove a identidade da profissão, tornando o profissional autónomo e independente.

3.3.2 – AVALIAÇÃO DOS PLANOS EFETUADOS

O plano de acompanhamento, do PVV foi proposto a oito pessoas, com comportamento suicidário, das 63 que recorreram no período de 21 de maio a 11 de julho de 2012. Não foram incluídos mais pessoas por falta de recursos humanos, uma vez que estes acompanhamentos foram unicamente efetuados por uma pessoa, assim como face à indisponibilidade económica da administração do hospital para disponibilizar verbas para o projeto, tendo os recursos necessários para a sua efetivação sido assegurados pelos dinamizadores do projeto. Nestes contatos, foi enfatizada junto das pessoas, a necessidade de se tornarem autónomas, aparecendo como condição necessária para a melhoria da auto estima, e os aspetos positivos da vida foram relembrados instilando esperança de que tudo poderá melhorar. Os familiares foram implicados no processo de recuperação da pessoa, escutados quando necessário, e alertados para os comportamentos a evitar, como a recriminação ou proteção excessiva.

Os contatos com o outro obrigaram à um trabalho interior intenso, em que a absorção da informação objetiva e subjetiva, foi analisada de forma a se clarificar a mensagem que transmitiam para se devolver posteriormente ao outro de uma forma diferente da que foi apresentada, levando-o a pensar sobre o que acabou de transmitir.

As necessidades identificadas pelas pessoas nem sempre conseguiram ser satisfeitas, uma vez que requeriam a intervenção de outros técnicos de saúde. Ainda assim houve disponibilidade para servir como elo entre estas e outros profissionais de saúde, que nem sempre se mostraram solícitos para ajudar.

Questionados acerca da satisfação por terem feito parte deste plano de acompanhamento, todas as pessoas referenciaram estar satisfeitas, e que foi muito importante na sua recuperação, no entanto sugeriram que deveria ser promovida a continuidade do acompanhamento, e quatro mencionaram que seria importante a inclusão de outros técnicos de saúde, porque muitos dos problemas que levaram ao comportamento suicidário, ficaram por resolver.

Foi proposto pela administração que este acompanhamento seja efetuado pelos enfermeiros especialistas em SMP em consulta a implementar no departamento de Psiquiatria.

CAPITULO VII - DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

Os resultados preliminares deste projeto foram apresentados no Ciclo de Debates IPS/ ESS no dia 26 de junho de 2012.

A **avaliação** da implementação do projeto permitiu concluir que este projeto carece do envolvimento de mais profissionais da área da saúde mental, para que se consiga:

- Criar sistematização dos registos a nível nacional;
- Responder às necessidades da população alvo de forma mais célere;
- Assegurar a supervisão que estas intervenções exigem;
- Criar evidência de que as medidas de prevenção podem ter vários focos de atenção, algumas das quais devem ser promovidas pelos profissionais de saúde.

Em relação ao local onde decorreu a implementação deste projeto, consideramos que o SUG X, não detém a dinâmica nem condições físicas, que permitam efetuar este acompanhamento, pelo que deve ser efetuada a referenciação destas pessoas para acompanhamento em consulta de Enfermagem, a implementar no departamento de Psiquiatria. Deverá ainda ser reunido um grupo de trabalho pluridisciplinar para esta área, que promova uma melhor articulação entre o serviço de urgência, serviço de psiquiatria e Cuidados de Saúde Primários, construindo desta forma uma rede de referenciação e acompanhamento mais eficaz, e que dê resposta às necessidades dos utentes.

PARTE II – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

1 – ANÁLISE DA AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE EESM E DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

*“O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente, assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais”*³⁰. Assim para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico, que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Esta prática clínica permite estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o *insight* sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução.

Para que todos estes conhecimentos sejam utilizados em prol de uma atuação fundamentada e precisa, é necessário que durante o percurso formativo deste enfermeiro se adquiram determinadas competências que foram identificadas no regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde Mental³¹.

Analisando as várias competências, que se pressupõem adquirir durante o processo formativo do Mestrado, optamos por refletir individualmente sobre cada uma mencionando os aspetos que consideramos contributivos para a sua aquisição.

Em relação à primeira competência, **“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”**. Detemos a ideia que esta capacidade de se abstrair de si próprio das suas vivências, e experiências anteriores durante a relação com o outro, embora possa ser treinada é extremamente difícil de se efetivar plenamente, levando-nos a pensar que quem o consegue fazer na sua plenitude não conseguirá ser Enfermeiro, porquê nasce da necessidade de cuidar do outro, o nos envolvemos também com ele, e nessa altura é difícil nos abstrairmos do que somos, fomos ou poderemos vir a ser. Ainda que seja pretendido que prestação de cuidados seja

³⁰DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2ª série, nº 35 de 18 de fevereiro de 20011. Regulamento nº 129/2011, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, p. 8669.

³¹ Idem.

isenta de juízos de valores ou se consigam conter emoções durante a mesma, sabemos que nem sempre se consegue manter tal rigidez de comportamento.

O Mestrado possibilitou a aquisição de novas formas de agir e de partilha com o outro, até aqui pouco usuais na nossa forma de atuar em contexto profissional. Aprender a gerir o silêncio de uma forma mais serena, levou-nos a obter respostas que as palavras nem sempre concediam. Nas intervenções com o outro, inicialmente foi evidente a dificuldade em gerir as nossas próprias angústias, que teimaram em subsistir em situações emocionalmente tensas, pondo em questão a nossa capacidade para estar com o outro, numa relação de proximidade.

Muitas vezes a incapacidade de resposta ou de resolução para o problema apresentado pelo outro, desencadeou sentimentos de frustração e impotência, que a muito custo foram sendo ultrapassados.

A aquisição de conhecimentos nesta área de prestação de cuidados, foi sendo feita pelos contributos adquiridos em sala de aula, onde vários interlocutores fizeram a diferença ao partilharem o seu saber acerca de uma área de intervenção tão complexa como é a da mente humana. Estes contributos requeriam porém, uma complementaridade prática que só poderia ser adquirida em contexto real. Neste sentido o local de estágio ofereceu o cenário para essa aprendizagem, mas excluía uma abordagem mais psicoterapêutica, pelo que foi necessário equacionar outros locais de estágio que possibilitassem a aquisição de competências nessa área. Com o objetivo de adquirir esse conhecimento foram selecionados dois locais para realização dos estágios complementares, uma unidade de Adolescência (60h) e um Serviço de Psiquiatria (60h).

O estágio na unidade da adolescência, conferiu um contributo muito importante na sedimentação desta competência, ao permitir o contacto com um grupo terapêutico de adolescentes que se encontrava a frequentar esta unidade em regime de hospital de dia, onde frequentemente surgiram fenómenos de transferência e contra- transferência difíceis de gerir, fazendo com que se saísse do grupo em completa exaustão. No entanto a abordagem terapêutica utilizada no grupo, e o contacto com formas de analisar e pensar os comportamentos observados, distintos dos que até então conhecíamos, concederam-nos uma clareza de pensamento e a obtenção de conhecimentos que se revelaram muito úteis na relação com o outro. A supervisão efetuada pelo enfermeiro orientador do local de estágio, também foi determinante para se perceber o quanto nós projetamos no outro as nossas angústias e valores. Este Enfermeiro também demonstrou um conhecimento e

habilidade inata para trabalhar com o grupo na relação terapêutica, ao mesmo tempo que orientou a aprendizagem no sentido de se obter o máximo proveito deste estágio, fomentando um pensamento mais estruturado sobre a forma de intervir, e analisar comportamentos verbais e não verbais. A partilha de informação durante a reunião da equipa multidisciplinar, permitiu a discussão da forma de abordagem a efetuar a cada elemento do grupo, e ao mesmo tempo confrontar diversas análises, de um mesmo problema, enriquecendo este momento de partilha que consideramos ser de um valor inestimável em termos do conhecimento.

O estágio realizado no Serviço de psiquiatria, foi uma mais valia na implementação do projeto, uma vez que alguns dos indivíduos internados por ideação suicida ou tentativa, eram provenientes do SUG X, sendo possível dar continuidade á relação estabelecida no acolhimento. Neste serviço a rotina impõe algumas regras, que impedem que exista uma dinâmica mais psicoterapêutica na abordagem dos indivíduos internados. Também o facto de contactarmos com outros enfermeiros com prespetivas diferentes sobre o que é ser doente mental, contribuíram para o sedimentar da necessidade de reorganização das prioridades em termos do percurso profissional. Ao longo do estágio foi sendo incrementando um espírito de grupo, entre os que também partilhavam da opinião de que seria importante que enquanto enfermeiros pudéssemos contribuir para a implementação das medidas de prevenção do suicídio, para as quais o ponto de partida poderia ser o projeto “Viva a Vida”, a partir do qual se começou a constituir um grupo de profissionais para dar continuidade a este projeto, respeitando no entanto as recomendações propostas pela administração.

Consideramos que esta competência foi sendo adquirida ao longo de toda a vida, onde os valores transmitidos pela família, modelaram um agir refletido, e a experiência ditou a serenidade a utilizar no relacionamento com o outro, onde juízos de valor e projeções foram á muito eliminados, como referido por Nunes (2011), *“Cada um de nós escolhe e reconhece os valores que considera inerentes à sua realização como pessoa. São os valores que, enquanto critérios da nossa ação, se tornam, ao mesmo tempo, horizontes da nossa ação e quadros das nossas referências, ajustando-se à mudança, ou melhor, mudando-os, nós em nós, conforme vamos traçando o nosso agir”*.

Em relação a segunda competência, **“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização de saúde Mental”**, e terceira competência, **“Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”**, consideramos que o contexto onde decorreu o estágio permitiu efetuar uma avaliação abrangente da saúde mental da população em geral, tendo-se conseguido estabelecer um paralelismo importante entre as políticas de saúde, economia e o apoio dado às famílias dos doentes mentais, com a deterioração progressiva da saúde mental da nossa população em que urge intervir de forma a se limitarem os danos daí decorrentes. Na impossibilidade de atuar sobre alguns problemas difíceis de solucionar, que envolvem organizações que transcendem as nossas capacidades, optamos por focar a atenção sobre um grupo de pessoas que nos pareceu ser o mais necessitado em termos de intervenção, a pessoa que é admitida no serviço de urgência após um comportamento suicidário. Assim durante a fase de diagnóstico pudemos avaliar de forma global quais os fatores predisponentes e precipitantes que levaram a pessoa ao ato, e qual o suporte familiar e social existente, ou que viria a necessitar.

Na análise de toda esta problemática concluímos que existia um acompanhamento inadequado destas pessoas. Nesse sentido foi estruturado este projeto de intervenção, cujo objetivo foi o de diminuir a reincidência do comportamento suicidário, implementando algumas das estratégias de prevenção do suicídio propostas pela OMS.

Reverendo as diversas estratégias preventivas de suicídio, Morgan e Owen (1990 cit. por Bertole *et al.*, 2010), defendem que a melhor estratégia para populações de alto risco, como no caso das tentativas prévias de suicídio, é melhorar os serviços de saúde e desenvolver intervenções efetivas para o grupo de indivíduos que tentaram suicídio, recebendo um acompanhamento adequado. Procurou-se através do plano de acompanhamento efetuado contribuir para a otimização da saúde mental de uma população que se encontra a vivenciar um momento de crise, demonstrando uma disponibilidade e ajuda que revelaram ser deveras importante na sua recuperação. Neste contato com o outro pretendeu-se desenvolver uma relação interpessoal que contribuisse de forma efetiva para uma relação de ajuda, promotora do crescimento pessoal de ambos os intervenientes. Foi definido um plano de cuidados individualizados para cada uma das pessoas propostas para o acompanhamento. O contato com o outro obrigou à um trabalho intenso interior em que a absorção da informação objetiva e subjetiva, foi analisada de forma a se clarificar a

mensagem que transmitia para se devolver posteriormente de uma forma diferente da que foi apresentada levando o outro a pensar sobre o que acabou de transmitir.

Consideramos estas competências adquiridas uma vez que este projeto permitiu efetuar uma avaliação dos fatores de risco presentes nestas pessoas, através da implementação da folha de colheita de dados, por forma a se estruturarem medidas preventivas a implementar na comunidade e junto da própria família. Os acompanhamentos efetuados permitiram identificar as capacidades de resolução da própria pessoa e suporte familiar, favorecendo a interligação entre a pessoa, família e profissional de saúde promovendo a sua recuperação, sendo estes alguns dos critérios requeridos para a aquisição destas competências.

A quarta competência, **“Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico e psicoeducacional, á pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar ou recuperar a saúde”**, consideramos que foi sendo adquirida ao longo das aulas frequentadas no contexto do mestrado e também pela aquisição de saberes obtidos nos diferentes locais de estágio.

O estágio efetuado na unidade de adolescência permitiu-nos participar primeiro como observadores e depois como intervenientes no grupo terapêutico, onde tivemos a oportunidade de desenvolver algumas atividades com o grupo, nomeadamente a arte-terapia, musicoterapia, terapia de relaxamento e sessões de terapia de grupo e familiares. A utilização dos mediadores permite aos adolescentes expressar os seus sentimentos, e estimulam o pensamento e a criatividade além de fomentarem a união do grupo. Neste estágio conseguimos adquirir conhecimentos na área da psicoterapia, e psicoeducação que foram contributos imprescindíveis para as intervenções posteriores. Aprendemos também a ser mais tolerantes e a respeitar o silêncio do outro.

No que concerne a esta competência, consideramos ainda, que no plano de acompanhamento à pessoa com comportamento suicidário, efetuado segundo o projeto “Viva a Vida”, a utilização da psicoeducação teve um papel fundamental, incidindo sobre o que fazer se a ideação suicida surgir novamente, de que forma poderia planear as suas atividades diárias de forma a promover a sua recuperação. Pretendeu-se ainda enfatizar a necessidade de cumprir o regime terapêutico de modo a evitar descompensação da doença mental, caso o doente fosse portador de doença mental. Em relação aos

familiares foram transmitidas informações sobre o comportamento a adotar perante o familiar com tentativa de suicídio, como poderiam ajudar na sua recuperação e precauções a ter no período imediato à alta. Foram disponibilizados à pessoa e familiares folhetos informativos acerca desta temática, que contém contatos das linhas a utilizar em caso de crise.

Consideramos esta competência adquirida uma vez que as ações desenvolvidas nos locais de estágio, e ao longo do projeto “Viva a Vida”, permitiram aplicar e desenvolver estas técnicas de intervenção, com a noção porém que muito há a aprender.

Ao longo do mestrado foram sendo adquiridas as competências de Mestre requeridas para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Defendendo a afirmação anteriormente proferida, passamos a analisar individualmente cada uma, explicitando o que nos fez concluir estarem reunidas as condições para as designar como adquiridas.

Em relação à competência, **“Demonstra competências clínicas específicas na conceção, gestão e supervisão clínica dos cuidados de Enfermagem”**, consideramos que esta decreve toda a praxis do enfermeiro no ato de cuidar. Mediante uma avaliação das necessidades do outro, planificam-se e promovem-se os cuidados, sempre de forma a potencializar os recursos do outro, pautando esta atuação por um cuidar de qualidade e assegurando os princípios éticos e de equidade, que cada situação exige. Esta competência foi adquirida ao longo de todo o percurso profissional, e claramente revalidada neste mestrado onde a elaboração do projeto de intervenção permitiu aplicar de forma concertada todo o saber que vem sendo adquirido ao longo do percurso profissional, pessoal e formativo.

Em relação à competência, **“Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas”**, consideramos que os aportes teóricos e as horas de reflexão proporcionadas ao longo do mestrado, levaram à reflexão sobre quem somos?, O que fazemos? , E o que queremos. Imbuídos de certezas, lentamente fomos duvidando das certezas que transportávamos. Aceitar porém essas dúvidas não foi fácil. Desenvolvemos um trabalho interior individual, e em grupo que nos fez acreditar que a mudança na forma de estar e pensar poderia fazer

sentido, e passamos a olhar para nós e para os outros de forma diferente. Abrir as portas para saber mais foi uma constante, que perdurará.

O projeto “Viva a Vida”, permitiu desenvolver as restantes competências, em relação à competência, **“Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva”**, consideramos que ao nos imiscuirmos numa área de intervenção que necessariamente implicaria a colaboração de outros profissionais, habilitamo-nos a ser confrontados com formas de pensar e agir diferentes, o que motivou a pesquisa para saber mais sobre a suicidologia, por forma a se fundamentar as decisões e ações praticadas. O facto deste projeto ter sido delineado com base nas recomendações propostas pela OMS para a prevenção do suicídio, confere-lhe uma importância acrescida, porque promove ações que pretendem levar à diminuição de um problema que tendencialmente irá aumentar no futuro. Com base na literatura, experiência adquirida no contexto de estágio e diagnóstico da situação, foram selecionadas as estratégias de atuação que consideramos mais pertinentes para levar ao atingir do objetivo pretendido para o projeto, diminuir a reincidência de comportamento suicidários. A metodologia do projeto utilizada na execução do projeto “viva a Vida”, permitiu assim considerar adquiridas as competências, **“Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos”**; **“Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de Enfermagem baseada na evidência”**; **“Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em saúde em geral e em Enfermagem em particular”**.

Consideramos adquiridas as competências de Mestre em Enfermagem de Saúde mental e Psiquiatria, não nos esquecendo porém que, *“Nenhuma pessoa consegue ser o mestre de mais que um pequeno canto do conhecimento humano”* (Stephen Hawking).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os comportamentos suicidários recrudescem diariamente, na sequência dos estilos de vida adotados, políticas de saúde e económicas vigentes, associados à falta de valores e perspectivas para o futuro. O serviço de urgência recebe uma quantidade significativa de pessoas que tentaram o suicídio, uns com maior intencionalidade que outros. Muitas dessas pessoas enquadram-se no perfil do parassuicida, e a sua alta é concedida a partir do SUG sem que seja planeado um acompanhamento adequado. Sabendo que, o suicídio surge como ato final de um continuum de comportamentos que indiciam a sua predisposição, em que se incluem as tentativas de suicídio, e tendo em conta que as taxas de suicídio tem vindo a aumentar nos últimos anos, desenvolvemos um projeto de intervenção, cujo objetivo foi diminuir a taxa de reincidência dos comportamentos suicidários, seguindo algumas das recomendações propostas pela OMS para a prevenção do suicídio. O projeto contemplou três estratégias:

- A sistematização de registos, essencial para se desenvolverem programas de prevenção com base na caracterização das pessoas com/e comportamentos suicidários.
- A sensibilização da equipa de enfermagem para melhorarem o atendimento destas pessoas. Apesar dos resultados obtidos na aplicação do questionário de avaliação de atitudes, demonstrar que estes apresentam uma atitude positiva para com a pessoa com CS, estes resultados foram incongruentes com a realidade observada, o que nos fez questionar os valores que guiam a sua *praxis* profissional. Ainda assim, acreditamos que estas atitudes evidenciadas no relacionamento com o outro poderiam ser consequência do défice de conhecimentos nesta área de atuação, pelo que foram realizadas duas sessões de sensibilização cujo objetivo foi o de transmitir conhecimentos sobre a mesma, e ao mesmo tempo possibilitar uma reflexão conjunta sobre o tema. Segundo Hannah Arendt (*cit. por Nunes, 20011*), “ *O mundo não é humano só por ser feito por seres humanos, e não se torna humano só por nele se fazer ouvir a voz humana, mas sim, e só, quando se torna objeto de diálogo. Por muito que as coisas do mundo nos afetem e nos estimulem, só se tornam humanas para nós quando podemos discuti-las com os nossos semelhantes. Só*

*falando daquilo que se passa no mundo e em nós próprios é que o humanizamos, e ao falarmos disso aprendemos a ser humanos”.*³²

A reflexão conjunta contribuiu para identificar as dificuldades, sentimentos de angústia e frustração, vivenciados pelos enfermeiros na relação com estas pessoas, e que de alguma forma os levava a adotar como mecanismo de defesa uma atitude de indiferença e indisponibilidade para com estas. Foi notória a mudança de comportamento dos enfermeiros para com estas pessoas, ainda que progressivamente se tenham voltado a ouvir comentários sarcásticos acerca dos mesmas, o que no faz pensar que mudar atitudes é um processo demorado e requer muita motivação.

- Implementação de um plano de acompanhamento após a alta do SUG X, para a pessoa com CS. Apesar das pessoas que integraram este plano de acompanhamento terem mencionado estar satisfeitas com o mesmo, as suas necessidades nem sempre conseguiram ser satisfeitas, uma vez que requeriam a intervenção de outros técnicos de saúde. Ainda assim houve disponibilidade para servir como elo entre estes e outros profissionais de saúde, que nem sempre se mostraram solícitos para ajudar.

Foi ainda proposto pela administração, que este acompanhamento seja efetuado pelos EESM, em consulta a implementar no departamento de Psiquiatria.

Através da avaliação deste projeto, conseguimos identificar a relevância do papel do enfermeiro, que concertadamente acompanhou a pessoa em situação de crise, dando-lhe um suporte aparentemente inexistente até este momento, podendo esta forma de intervenção ser o início de uma série de outras igualmente importantes, uma vez que cada vez mais se preconiza que o enfermeiro vá ao encontro do indivíduo na comunidade.

A planificação e implementação do projeto não foi no entanto isenta de dificuldades, a indisponibilidade da cedência de recursos por parte da instituição, obrigou à utilização dos recursos da dinamizadora do projeto, o que limitou o número de pessoas a beneficiarem do plano de acompanhamento. Também o facto de não existir uma supervisão dos acompanhamentos efetuados, suscitou muitas vezes dúvidas se estariam a

³² Nunes, L. (2011)- *Ética de Enfermagem*. Fundamentos e Horizontes. Loures. Lusociência.

ser efetuados de forma correta, e impediu a partilha em situações emocionalmente tensas, levando a autogestão de sentimentos, não sendo esta uma situação favorável.

O objetivo do projeto radicou na necessidade de se diminuir a reincidência de comportamentos suicidários, no entanto esta diminuição só será evidente após análise comparativa entre os que integraram e os que não integraram o projeto, o que só poderá ser efetuado após um período mínimo de 1 ano após a sua implementação.

O percurso efetuado ao longo do Mestrado foi difícil, optar entre o conhecimento e a vida familiar, nem sempre foi fácil, e levou-nos a refletir, sobre que valores e prioridades nos regemos, quando nos dois pratos da balança se colocam dois amores tão distintos. Com paciência, alguma persistência e convicção, lá fomos efetuando este caminho que hoje nos parece ter sido acertado, mas ficará sempre a dúvida se este tempo não será cobrado pelos que foram preteridos. Com uma certeza ficamos, hoje sabemos mais, e mais queremos saber. Não nos esquecendo porém que, *“Ser enfermeiro é ser humano, viver “com” e “para” o outro, sem deixar de ser um sí mesmo”* (Nunes, 2011).

A realização deste projeto contribuiu de forma significativa para a aquisição das competências de Mestre em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, promovendo o autoconhecimento, a autonomia e uma prática fundamentada e baseada na evidência.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, V., Lopes, M., Damasceno, M. (2005). *Teoria das relações interpessoais de Peplau: Análise fundamentada em Barnaum*- Revista Escola de Enfermagem USP, vol. 39 pp. 202- 210

Ataíde, MB., Pagliuca LM., Damasceno, MM. (2002). *Interrelação dos propósitos da teoria de Peplau com o cuidado ao diabético*. Rev Bras Enferm. Vol. 55, pp 674-679.

Barnum, BS (1998). *Nursing theory: analysis, application, evaluation*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott.

Basto, M., Portilheiro, C. (2003). *Concepções de cuidados de enfermagem: o que dizem os enfermeiros*. Revista de Investigação em Enfermagem. (7). Coimbra. Pág. 42-51

Benner, Patricia (2001). *De iniciado a Perito- Excelência e Poder na prática Clínica de Enfermagem*. P(44-61) Quarteto Editora. Coimbra

Berger, P., Luckmann, T. (1999). *A Construção Social da realidade*. Trad. Ernesto Carvalho. Lisboa: Dinalivro.

Boutinet, Jean Pierre (1997). *Antropologia do Projeto*. 6ª Edição. Instituto Piaget Editora. ISBN 978 972 283 293 58.

Brissos, M. (2004, Jan/Jul). *O planeamento no contexto da imprevisibilidade; algumas reflexões relativas ao setor da saúde*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol.22, nº 1. pp. 43-55.

Canut, M. Et al.(2000). *Enfermería psicossocial y Salud Mental*. Série de Manuais de Enfermagem, Espanha.

Costa, J. (2010). *Tentativa de Suicídio – Revisão bibliográfica*. Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior, Faculdade de ciências da Saúde, Covilhã, Portugal.

Damasceno, MMC (1997). *O existir do diabético: da fenomenologia à Enfermagem*. Fortaleza(CE): Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura.

DIÁRIO DA RÉPUBLICA, 2ª série, nº 35 de 18 de fevereiro de 2011. Regulamento nº 129/2011, *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. pp. 8669- 8673.

Diekstra, R. F., Garnefski, N. (1995). *On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: an international perspective*. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(1), 36–57.

Ferrito, C., Nunes, L., Ruivo, M^a (2010). *Metodologia de Projeto - Colectânea descritiva de etapas* – Revista Percursos nº 15 - Jan- Mar.

Fontes, M. (1988). *PATTERSON/EISENBERG - O Processo de Aconselhamento*. 1ª edição Brasileira, fevereiro de 1988.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação, da conceção à realização*. Lusociência, Loures. ISBN: 972-8383-10-X

Foucault, M.(1968). *Doença mental e Psicologia*. Rio de Janeiro:Tempo Brasileiro.

Frazão, P. (2007), (novembro/dezembro). *História do suicídio e Teorias Sobre o suicídio*. Revista de Saúde Mental, volume nº6, pp. 28-33.

Gameiro, J. (1992). *Voando sobre a Psiquiatria: Análise epistemological da Psiquiatria contemporânea*. Biblioteca das ciências do homem. Porto: Edições Afrontamento.

George, JB. Editor (2000). *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Goldeberg, D., Huxley, P. (1980). *Mental Illness in the community- the Pathway to care*. Londres, Tavistock Publications.

Guillemin, F., Bomabardier, C., Beaton, D. (1993). *Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines*. J Clin Epidemiol. Vol.46. pp.1417-32.

Hawton K. and Catalan J. (1982). *Attempted Suicide - A Practical Guide to its Nature and management*. Oxford University Press.

Hickman JS. (2000). *Introdução à teoria da enfermagem*. in: George JB, editor. *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto alegre: Artes Médicas Sul.

Leddy, S., Pepper, JM. (1989). *Bases conceptuales de la enfermería profesional*. Washington: Organización Panamericana de La Salud; 1989. La teoría como base de la práctica; p. 135-58.

Likert, R., Roslow, S. e Murphy, G.(1993). *A simple and reliable method of scoring the Thurstone attitude scales*. Personnel Psychology, vol. 46. pp. 689-690. (Original publicado em 1934)

Meleis, AL. (1997). *Theoretical Nursing: development and progress*. Edições: Philadelphia (USA).Lippincort, p.565.

Moreira, P., Melo, A. (2005). *Saúde Mental. Do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.

Moreira, RVO., Barreto, JAE., Cruz, EA., e Sales, ZN. (2001). *Gadamer e a teoria transpessoal de Watson*. In: MOREIRA et al. – Organizadores “A Outra Margem.” Fortaleza (Ce): Casa José de Alencar/programa Editorial. pp. 149-172

Neto, DL., Nóbrega, MML (1999). *Holismo nos modelos teóricos de enfermagem*. Rev Bras Enferm. Vol. 52(2), pp 233-42.

Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência. ISBN:978-972-8930-67-7

OToole, AW., WELT, SR. (1996). *Teoria interpersonal en la práctica de la enfermería: trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau*. Barcelona: Masson.

Ouzouni, C., Nakakis, K. (2009). *Attitudes towards attempted suicide: the development of a measurement tool* 225 pp:222-231 E-ISSN:1791-809X www.hsj.gr Health Science Journal.

Peixoto, B., Saraiva, C., Sampaio, D.(2006). *Comportamento suicidários em Portugal*. SPS, abril. ISBN: 989-20-0219-9

Peplau HE.(1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Masson-Salvat.

Pessoa, S., Pagliuca, L., Damasceno, M. (2006, Jul/Set). *Teoria do Cuidado Humano: Análise Crítica e possibilidades de aplicação a Mulheres com Diabetes Gestacional*. Revista enfermagem UERJ, Rio de Janeiro. pp 87-92.

Pestana, M., Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*, 5ª edição. Edições Sílabo

Pinheiro AKB.(2003). *Depois do parto tudo muda: um novo olhar sobre adolescentes nutrízes*. [tese] Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará.

Quartilho, M.(2001, Out). *Cultura, Medicina e Psiquiatria*. Quarteto Editora, Coimbra. ISBN: 972-8717-00-8 . Pg. 25

Rameela, A. (2004, april). *Nurses Attitude Towards The Mentally Ill In Indira Gandhi Memorial Hospital* – Thesis Submitted in Fulfilment of the requirements for the Degree of Master on Social Science.

Riehl, JP., Roy, C. (1980). *conceptual models for nursing practice*. 2nd ed. New York: Appleton-Century-Crofts.

Santos, SSC., Henriques, M. (2000). *Idosos hospitalizados a partir dos pressupostos da Teoria de Peplau*. Rev RENE vol. 1(2), pp 77-82.

Samuelsson, M.; Asberg, M.; Gustavsson, JF.(1997). *Attitudes of psychiatric nursing personnel towards patients who have attempted suicide*. Ata Psychiatr Scand. 222-230. Munksgaard.

Saraiva,C. (2010). *Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual*.Revista de Psiquiatria Clínica, vol. 31, (3), 185-205

Sethi S., Uppal S. (2006). *Attitudes of clinicians in emergency room towards suicide*. International Journal of Psychiatry in Clinician practice. 10 (3): 182-185.

Silva, C., Valente, G., Bitencourt, G., Brito, L. (2010, Jul/set). *A teoria do cuidado transpessoal na Enfermagem: Análise segundo Meleis*. Cogitare Enferm. pp 548.551

Shneidman, E. S. (1985). *Definition of suicide*. New York: Wiley.

Talento, B. – Jean Watson. In: George, JB.(2000). *Teorias de Enfermagem*. Tradução de Regina machado Garcês. Porto Alegre(RS): Artes Médicas. pp. 254-

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planejamento em Saúde - Cadernos de Formação nº 2*.

Veiga, A., Saraiva, C. (2003). *Age patterns of suicide: identification and characterisation of European clusters and trends*. Crisis, Vol. 24(2). pp. 56-67.

Watson J.(1985). *Nursing: The Philosophy and Science os caring*. ed. Colorado Associated University Press, Bouders.

REFERÊNCIAS ELETRÔNICAS

Baltieri, D; Andrade, A. (2001). *Transtornos psiquiátricos comuns no Serviço de Emergência Psiquiátrica - uma experiência do Centro Hospitalar de Stº André*. Disponível em 12 de janeiro: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=2050

Bertolote, j. (2009). *Ecos do I Seminário Nacional de Prevenção do suicídio*. Disponível em 24 de Fev. De 2012: <http://conhecerparaprevenir.blogspot.com/2009/01/plano-nacional-de-preveno-ao-suicidio.html>

Bertolote,J., Mello-Santos,C., Botega, N. (2010, Out.). *Deteção do Risco de Suicídio nos serviços de Emergência Psiquiátrica* . Revista Brasileira de Psiquiatria vol 32. pp. 87-95 Disponível em 10 de fevereiro de 2012 : <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a05.pdf>.

Botega, N., Werlang, B., Cais, C., Macedo, M. (2006, Set/Dez). *Prevenção do Comportamento Suicida*. Revista Psico, vol.37 , pp.213-220. Disponível em 10 de janeiro 2012: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1442/1130>

Cais, C. (2011). *Prevenção do suicídio: estratégias de abordagem aplicadas no Município de Campinas*. Dissertação, Campinas, São Paulo, Brazil. Disponível em 10 de out. de 2011: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000786887>

Campbell, F. (2002). *The Unfluence of an ative postvention on the lenght os time elapsed before survivors of suicide seek treatment*. Dissertação de Mestrado. Disponível em 10 de dezembro de 2011 no PsycINFO:http/7200.179.60.195:8590/capes.

Código Penal, de 14 de novembro de 1995 (1995), Artigo 133.º- *Incitamento, ajuda ou propaganda ao suicídio*.Portugal. Disponível em 12 de janeiro de 2012: <http://bo.io.gov.mo/bo/i/95/46/codpenpt/codpen0101.asp>

Código Penal 2009. (Redação resultante das alterações introduzidas pela Lei 59/2007 de 4 de setembro; Lei 61/2008 de 31 de outubro) Verbo Jurídico ®. Disponível em 12 de Dez. 2011:<http://www.verbojuridico.com/download/codigopenal2009-v1.pdf>.

Constituição da República Portuguesa. VII Revisão Constitucional. Disponível em 12 de Dez:<http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>.

Franco, F. (2009). *Georges Canguillem e a psiquiatria: norma, saúde e patologia mental*. In: Primeiros Escritos. V.1, n.º1. P.87-95. Disponível em 10 de dez. 2011: http://www.fflch.usp.br/df/site/publicacoes/primeirosescritos/07.Fabio_Luis_Franco.pdf

Guerra, I. (1994). *Introdução à Metodologia de Projeto*. Disponível em 10 de dez. De 2011 em: <http://www.cfppa/pes/meterelatórios.pdf>

Hoga LAK.(1999). *A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão*.Invest Educ Enferm [periodico online] ; 17(2). Disponível em 10 de jan.: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/homenajeesp.htm>

Jacobs, D. ; Brewer, M. (2004, May). *APA Practice Guideline – Provides Recomendations for assessing and Treating Patients With Suicidal Behaviors*. Psychiatric Annals. Pp. 373-380. Disponível em 10 de dez. de 2011:http://med.umich.edu/depression/suicide_assessment/Psych%20Annals%20Summary%20and%20Review%20APA%20Suicide%20Guidelines%20Review%20PDF.pdf

Lei da Saúde Mental. Publicada no Diário da República, I Série - A, N.ºFernandes, H.B.(1998) - *A psiquiatria em Portugal* | Edição Eletrónica|. Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Distrital de Faro. Disponível em 10 de dez. 2011: http://www.terravista.pt/Meia_praia/1243/história1-5.htm

Organização Mundial de Saúde.(2000). *Prevenção do Suicídio: Um Manual para Clinicos Gerais*.Disponível em 10 de janeiro,2012, em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.1_por.pdf

Osório, L. C. (2002). *Casais e famílias – Uma visão contemporânea*, Porto Alegre: Artmed. Disponível em 10 de outubro de 2012 em: www.psicologia.pt/artigos/textos/A0419.pdf

Plano Nacional Saúde Mental (2007-2016) disponível em 10 de outubro de 2011: <http://www.acs.min-saude.pt/2007/12/13/plano-nacional-de-saude-mental2007-2016-aprovado-em-conselho-de-ministro/>

Saraiva (?) *Comportamentos suicidários* – Aula de 60m. Disponível em 15 de fevereiro de 2012: <https://woc.uc.pt/fmuc/getFile.do?tipo=2&id=2827>

Santos, J. , Saraiva, C.(2009). *Dia Mundial da prevenção do suicídio*. Disponível em 12 de dezembro: http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=127:dia-mundial-da-prevencao-do-suicidio&catid=58:artigos-cientificos&Itemid=62

Salkovskis, P. (2005). *Fronteiras da Terapia Cognitiva*. Casa do Psicólogo. Disponível em 12 de fevereiro de 2012: http://books.google.pt/books?id=o6V3w3iCXOcC&pg=PA120&lpg=PA120&dq=MHPG+e+suicidio&source=bl&ots=syMGpuJJ35&sig=QGdQ1SRint_QLKYx-Dn01EzOr8A&hl=pt

Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2009). Disponível em 12 de fevereiro de 2012: http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&catid=36&id=63&Itemid=59

Turecki, G. (1999, outubro). *O suicídio e sua Relação com o comportamento impulsivo-agressivo*. Revista Brasileira de Psiquiatria, vol. 21, p. 2. ISSN 1516-4446. Disponível em 12 de fevereiro 2012 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000600006

Watson J. (1985). *Theory of human caring*. Disponível em 5 de julho de 2012 em: <http://www2.uchsc.edu/son/caring>

APÊNDICES



APÊNDICE A

Artigo: Projeto “ Viva a vida”

Estratégias de atuação no Serviço de
Urgência Geral para a prevenção do suicídio

O projeto “Viva a Vida”, surgiu no contexto do Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria. Constituiu-se como uma experiência na área da prevenção do suicídio, com o qual se pretendeu diminuir a reincidência dos comportamentos suicidários, melhorando a qualidade do atendimento e acompanhamento à pessoa com comportamento suicidário, num Serviço de Urgência Geral (SUG).

Este projeto foi estruturado de acordo com a metodologia de projeto, por forma a garantir que a intervenção desenvolvida desse resposta às necessidades da população alvo.

O suicídio, segundo a OMS (2000), encontra-se entre as dez primeiras causas de morte, e por cada suicídio ocorrem onze tentativas sem sucesso, constituindo inevitavelmente um dos flagelos dos próximos séculos. Alertando para esta realidade, a OMS (2004/2005) cit por Cais (2011)¹, apresentou algumas recomendações para a sua prevenção, que deveriam ser consideradas nos planos de prevenção a serem estruturados por cada país.

¹ Cais, C. (2011). *Prevenção do suicídio: estratégias de abordagem aplicadas no Município de Campinas*. Dissertação, Campinas, São Paulo, Brasil. Disponível em 10 out. de 2011 em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000786887>

Em Portugal apenas em abril de 2012 se começaram a estruturar essas medidas.

Existem várias formulações e linhas teóricas para compreender o suicídio e nenhuma delas se pode arrogar de ter estabelecido explicações holísticas e definitivas², sendo o ato resultante da conjugação de vários fatores, onde a impulsividade e ambivalência têm um papel importante, dificultando uma intervenção preventiva.

Alguns fatores de risco podem, no entanto, ser modificados mediante a intervenção dos profissionais de saúde. Uma das recomendações apresentadas pela OMS (2004/2005) para a prevenção do suicídio foi a de que, “*Deverá ser aumentada a atenção dirigida a profissionais de saúde em relação as suas atitudes e tabus em relação à prevenção do suicídio e às doenças mentais*”. O primeiro contato entre a pessoa que teve um comportamento suicidário, e o profissional de saúde, acontece habitualmente no serviço de urgência (SU). A forma como este decorre é extremamente importante, e pode condicionar todo o seu processo de recuperação. Há evidência demonstrada, em alguns estudos,³ de que existem atitudes desfavoráveis, por parte dos

² Frazão, P. (2007), (novembro/dezembro). *História do suicídio e Teorias Sobre o suicídio*. *Revista de Saúde Mental*, volume nº6, pp. 28-33.

³ Ouzouni, C., Nakakis, K. (2009). *Attitudes towards attempted suicide: the development of a measurement tool* 225 pp:222-231 E-ISSN:1791-809X www.hsj.gr Health Science Journal.

profissionais de saúde, para com as pessoas com comportamento suicidário. Estas comprometem a qualidade dos cuidados prestados, sendo, na maioria das vezes, a avaliação do risco de suicídio descuidada e, quase nunca, são dadas recomendações para uma avaliação psiquiátrica posterior à ocorrência, podendo esta desvalorização resultar numa reincidência no ato, que pode ser fatal.⁴ Foi nesse sentido que procuramos identificar como estava a ser efetuado o atendimento e acompanhamento dos indivíduos com comportamento suicidário no SUG X.

A literatura menciona também que existe alguma dificuldade em se obterem registos precisos relativamente aos comportamentos suicidários, o que motivou a OMS (2004/2005) a apresentar como recomendação nas medidas de prevenção do suicídio, “(...) incentivar a pesquisa na área da prevenção do suicídio, encorajar a colheita de dados das causas de suicídio e evitar a duplicação dos registos estatísticos”. Nesse sentido consideramos que uma avaliação dos registos efetuados no SUG X, seria também alvo de apreciação.

A utilização da Metodologia de Projeto delineou a forma como o projeto foi estruturado. Esta, é uma metodologia ligada à investigação, centrada na resolução de problemas. Através dela adquirem-se

capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização do(o) projeto (s) numa situação real⁵.

Seguindo esta metodologia, identificamos algumas situações que careciam de investigação no SUG X, por forma a serem constituídas ou não como problemas. Nesse sentido definimos como objetivos para a investigação:

- “Conhecer a forma como são efetuados os registos referentes às pessoas com comportamento suicidário no SUG X”
- “Identificar quais são as atitudes dos Enfermeiros do SUG X, perante a pessoa com comportamento suicidário”
- “Saber qual é o acompanhamento proporcionado à pessoa com comportamento suicidário, que tem alta a partir do SUG X”

O diagnóstico da situação permitiu a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretendia atuar e mudar (Brissos, 2004)⁶.

Em relação ao primeiro objetivo, efetuou-se uma revisão dos registos do arquivo do hospital referentes a todos os indivíduos que apresentaram um

⁴ Diekstra, R. F.; Garnefski, N. (1995) *On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: an international perspective*. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(1), 36–57.

⁵ Ferrito, C. ; Nunes, L. ; Ruivo, M^a- (2010). *Metodologia de Projeto - Coletânea descritiva de etapas* – Revista Percursos nº 15 - Jan- Mar.

⁶ Brissos, M. (2004, Jan/Jul) *O planeamento no contexto da imprevisibilidade; algumas reflexões relativas ao setor da saúde*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol.22, nº 1. pp. 43-55.

comportamento suicidário durante o ano de 2011, que foram na totalidade 268 indivíduos identificados através dos fluxogramas da triagem de Manchester, “Intoxicação medicamentosa”(257) e “Autoagressão” (11).

Nesta pesquisa um dos problemas identificados, foi a ausência de sistematização dos registos, algo que consideramos prioritário para caracterizar a população alvo do projeto. Os registos informáticos existentes reportavam-se aos números da triagem de Manchester e os restantes registos eram em suporte de papel. Os registos médicos reportavam muitas vezes apenas o método utilizado para a tentativa de suicídio (TS), e a prescrição do tratamento a efetuar. Os registos de Enfermagem encontrados apenas fazem menção ao tratamento efetuado. De salientar que a grande maioria destes doentes ficou apenas em observação, logo não foi efetuado um processo de internamento, o que obrigaria a efetuar registos mais precisos.

A consulta desses registos levou-nos a concluir que além de escassos, os dados obtidos eram insuficientes para se avaliarem as causas dos comportamentos evidenciados, o que determinaria a necessidade de implementação de uma forma de sistematização dos registos.

Em relação à avaliação das atitudes dos Enfermeiros perante a pessoa com tentativa de suicídio, procedeu-se à aplicação de um

questionário de avaliação de atitudes. Face à inexistência de um instrumento de colheita de dados validado para a população Portuguesa que permitisse obter as informações pretendidas optamos pelo “Attitudes Towards Attempted Suicide Questionnaire (ATAS-Q)”⁷, e efetuar a sua tradução e adaptação, segundo os critérios descritos por Guillemin *et al.* (1993)⁸, após consentimento dos autores. Este questionário foi designado, nesta versão traduzida, S13.

Após autorização do Diretor e Enfermeira responsável do SUG X, o questionário foi aplicado, a 45 enfermeiros do SUG X, o que corresponde a 74% da equipa de Enfermagem, que deram o seu consentimento para participarem no estudo, tendo sido dada garantia do anonimato, confidencialidade e apropriabilidade do estudo.

Caracterização da amostra

- A amostra constituída por 45 enfermeiros, a exercer funções no SUG X, é maioritariamente feminina (75,6%).
- A idade varia entre 24 e 57 anos (*média* = 37 anos; *desvio padrão* = 9.523 anos).

⁷ Ouzouni, C.; Nakakis, K. *Attitudes towards attempted suicide: the development of a measurement tool* 225 pp:222-231 E-ISSN:1791-809X www.hsj.gr Health Science Journal.

⁸ Guillemin, F.; Bombardier, C., Beaton, D. (1993). *Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines*. J. Clin Epidemiol. Vol.46. pp.1417-32.

- Relativamente aos anos de exercício profissional, atendendo aos níveis de classificação propostos por Benner⁹, podemos afirmar que existem maioritariamente enfermeiros classificados como proficientes (40%) e peritos (40%).

- Relativamente aos anos de exercício profissional, no serviço de urgência, podemos verificar que estes variam entre 0.6 e 28 anos (*média = 10.59 anos; desvio padrão = 7.84 anos*), sendo a maior frequência no intervalo dos 0 - 10 anos (57.8%).

Respostas obtidas no S13

- Relativamente à variável, *atitude do enfermeiro perante o indivíduo com comportamento suicidário*, foram analisadas as respostas dadas a 80 afirmações obtidas mediante aplicação do S13.

De acordo com os resultados obtidos podemos afirmar que os enfermeiros desta amostra revelaram, de uma maneira geral, uma atitude positiva ou favorável relativamente ao indivíduo com comportamento suicidário. Não obstante, os dados obtidos foram alvo de apreciação crítica, uma vez que, integrando este contexto profissional, facilmente concluímos que não são congruentes com as adotadas na realidade.

Uma das causas que consideramos puder estar na origem dessa incongruência, foi a falta de conhecimentos sobre esta área de intervenção, mencionada pelos inquiridos, ao terem revelado um número elevado de respostas concordantes (71,1%), na afirmação, “*Necessito de formação adicional em psiquiatria para tratar estes indivíduos*”.

Não se sentir seguro na prestação de cuidados, pode levar à adoção de determinados mecanismos de defesa, que incluem não só a utilização do humor sarcástico, como a fuga perante estes indivíduos. Esta evidência foi determinante para a seleção de estratégias que consideramos adequadas para promover essa mudança de atitudes.

Consideramos que a formação poderia contribuir para essa mudança de atitude, servindo não só como momento oportuno para transmissão de conhecimentos sobre esta área temática, como sensibilizando para a importância de se reverem formas de atuação

Para determinarmos qual o acompanhamento proporcionado à pessoa com comportamento suicidário, que tem alta a partir do SUG X, procedeu-se à entrevista dos indivíduos reincidentes na tentativa de suicídio, que se encontravam em observação no SUG X no período decorrente entre dezembro de 2011 e janeiro de 2012, e à entrevista dos seis psiquiatras que fazem urgência. A avaliação da análise conjunta

⁹ Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito- Excelência e Poder na prática Clínica de Enfermagem*. P(44-61) Quarteto Editora. Coimbra

dos dados obtidos junto dos indivíduos reincidentes na TS, e psiquiatras, permitiu-nos concluir que, o acompanhamento após a alta dos indivíduos com comportamento suicidário não estava a ser efetuado de forma estruturada.

Nesse sentido, definimos como objetivo para o projeto de intervenção, “*Melhorar o atendimento e acompanhamento da pessoa/família que fez uma TS*”, através da implementação do projeto que denominamos “*Viva a Vida*”. As estratégias selecionadas tiveram como alvo a resolução dos problemas identificados no diagnóstico de situação efetuada, pretendendo alcançar uma meta mais ambiciosa, que incidiu sobre a necessidade de se diminuir a reincidência dos comportamentos suicidários.

A implementação do projeto “Viva a Vida” implicou as seguintes estratégias:

Foi elaborada uma folha de registo, cuja responsabilidade de preenchimento foi atribuída ao enfermeiro que fez a admissão da pessoa com comportamento suicidário. Os dados obtidos permitiram efetuar a caracterização da população alvo e dos comportamentos suicidários, e reportam ao período decorrente entre 21 de maio a 13 de julho, de 2012:

Caracterização grupo alvo

- Foram admitidos no SUG X, 63 pessoas com comportamento suicidário;

- O género feminino, representou 70% do número total da amostra;

- Em relação à idade, a maior incidência recaiu na faixa etária dos vinte e nove aos quarenta anos (30%);

- Os indivíduos casados apresentaram a maior percentagem de comportamentos suicidários (35%);

- A maior percentagem de indivíduos com TS vivia com o conjuge e filhos (29%);

- 48% do número total da amostra, estava desempregado, e 56% referiu ter dificuldades económicas;

- Cerca de 76% dos indivíduos com TS, tinham uma doença mental associada, aparecendo a depressão com a maior taxa de incidência (51%).

Caracterização do ato

- A sobredosagem foi o método mais utilizado para as TS (90%);

- Uma percentagem elevada dos indivíduos efetuou um pedido de ajuda (73%);

- 71% referiu arrependimento para o ato;

- O *conflito na relação afetiva*, foi evocado como o maior responsável pela TS por 36%, seguido pela *desesperança* (27%), e as *dificuldades económicas* (14%). Cerca de 16% não identificou o motivo para o ato;

- Dos indivíduos da amostra apenas 29% manteve a ideia suicida;
- Do total da amostra, 52% referiram ser a sua primeira TS, 29% já tinha efetuado anteriormente uma TS e 19% já tinha efetuado mais de duas TS;

Encaminhamento

- Da totalidade da amostra, 9 foram internados no serviço de psiquiatria, 13 referenciados à consulta de psiquiatria, 13 referenciados para os CSP, 10 saíram contra parecer médico e 19 saíram sem qualquer referência.

Após um mês da implementação da folha de colheita de dados foi definido que os registos passariam a ser efetuados no registo informático (SIRIU), permitindo dessa forma a consulta dos dados obtidos por outros profissionais de saúde.

No futuro pensamos que seria importante criar uma base de dados para esta área, permitindo dessa forma a sua partilha a nível nacional.

“A falta de conhecimentos sobre suicidologia pode ser um fator influente nas atitudes evidenciadas pelos enfermeiros no atendimento do indivíduo que fez uma TS¹⁰”.

Com base nessa evidência e nos resultados obtidos na aplicação do S13, onde foi identificada pelos enfermeiros a

necessidade de formação adicional nesta área de atuação, optou-se por efetuar uma ação de sensibilização, que contemplou uma vertente formativa e reflexiva. Foram realizadas duas ações de sensibilização, tendo participado 71% da equipa de enfermagem, cujos objetivos foram:

- Apresentar informações gerais acerca dos comportamentos suicidários (CS);
- Sensibilizar Enfermeiros para a importância da qualidade do atendimento à pessoa com CS;
- Apresentar o plano de acompanhamento proposto, no projeto “ Viva a Vida”, para a pessoa/família com CS, que tem alta a partir do SUG X.

O plano de acompanhamento da pessoa/família, que teve alta do SUG X, após um comportamento suicidário, teve por orientação, “o *Multi-Site Intervention Study on Suicidal Behaviours* (SUPRE-MISS)¹¹”. Este plano permite promover a continuidade de cuidados, através do estabelecimento de contactos programados (telefónicos).

O plano de acompanhamento foi proposto a 8 pessoas, no período decorrente entre 21 de maio e 11 de julho de 2012, que reuniam os critérios necessários para o

¹⁰ Samuelson; Sunbring; Winell; Asberg, (1997). *Nurses attitudes to attempted suicide patients*. Scand J Caring Sci. 1997;11(4):232-7 Disponível em outubro de 2011 em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/950573>

¹¹ Cais, C. (2011). *Prevenção do suicídio: estratégias de abordagem aplicadas no Município de Campinas*. Dissertação, Campinas, São Paulo, Brasil. Disponível em 10 de out. de 2011: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000786887>

integrar, e incluía o seu consentimento por escrito.

A relação que foi pretendida estabelecer com o outro, foi pautada pela orientação teórica, que assumimos ao pensar este projeto. A teoria do cuidado transpessoal de Watson¹², levou-nos a repensar a nossa forma de cuidar. No SU o cuidar físico, assume tal magnitude, que passamos a ver o outro apenas como um ser físico, desprovido de qualquer sentimento, autonomia, crenças e valores. O relembrar a forma como se deve desenvolver o cuidado, considerando o outro um ser holístico, permitiu voltar ao cuidar verdadeiro. A teoria das relações Interpessoais, de Peplau¹³, assumiu um papel primordial na orientação da forma como deveria ser estabelecida a relação com o outro neste processo de recuperação. A noção de que as teorias dificilmente se podem aplicar na prática, foi desmistificada neste projeto, efetivamente o seu contributo foi deveras relevante para a sua estruturação, assim como contribuiu para o avivar da memória dos intervenientes, ao relembrar a verdadeira essência da Enfermagem.

Conclusão

O projeto de intervenção, “Viva a Vida” permitiu introduzir um novo olhar

sobre a prestação de cuidados aos indivíduos com TS no serviço de urgência. Os enfermeiros já não ignoram estes indivíduos e familiares, demonstrando uma disponibilidade até agora inexistente, muitas vezes justificada pelo excesso de trabalho, ocultando o verdadeiro motivo desse comportamento, a dificuldade na relação com os mesmos. Os indivíduos têm agora oportunidade de expressar os seus sentimentos sem medo de serem alvo de crítica ou repreensão.

Os indivíduos que integraram o plano de acompanhamento referiram estar satisfeitos com a forma como este decorreu, não obstante solicitaram frequentemente apoio de outros técnicos, o que nos levou a considerar que este projeto carece do envolvimento de mais profissionais da área da saúde mental, face ao número crescente de pessoas com comportamento suicidário e à necessidade de supervisão que estas intervenções exigem.

A implementação deste projeto permitiu identificar os aspetos a melhorar, para garantir a sua continuidade. O serviço de urgência não detém a dinâmica nem o “*setting*” apropriado para efetuar este acompanhamento, pelo que deve ser efetuada a referenciação destes utentes para acompanhamento em consulta de Enfermagem a implementar no departamento de Psiquiatria. Os resultados positivos obtidos mediante a sua operacionalização podem contribuir para criar evidência da sua pertinência, sendo possível considerar a sua

¹² Watson, J.(1985). *Nursing: The Philosophy and Science of caring*. ed. Colorado Associated University Press, Boulder.

¹³ Peplau, H.(1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Masson- Salvat.

implementação em contextos profissionais semelhantes.

Deverá ainda ser reunido um grupo de trabalho multidisciplinar para esta área, que promova uma melhor articulação entre o serviço de urgência, serviço de psiquiatria e Cuidados de Saúde Primários, construindo desta forma uma rede de referenciação e acompanhamento mais eficaz, e que dê resposta às necessidades dos utentes.

Considerações Finais

A doença mental é responsável por um número considerável de comportamentos suicidários, sendo referenciado na literatura que 90% das vítimas de suicídio têm uma doença psiquiátrica diagnosticável¹⁴. No entanto, o que se tem vindo a verificar na atualidade é o aumento dos comportamentos suicidários, entre os que até então não padeciam de qualquer distúrbio mental, mas que perante a incapacidade de resolução dos seus problemas, sejam económicos, afetivos ou outros encontram nestes comportamentos uma forma de os solucionar.

O plano de prevenção do suicídio já foi elaborado, mas que medidas podem ser implementadas que solucionem os problemas económicos da população, o que se poderá oferecer perante uma realidade que se vem instalando insidiosamente na nossa comunidade, o desemprego, a fome, a

mudança de valores e a ausência de laços afetivos.

Torna-se então imperativo pensar sobre de que forma podemos nós profissionais de saúde intervir. Na ausência de capacidade económica que possa suprir as necessidades do outro, resta-nos atuar preventivamente na educação das nossas crianças, dos nossos jovens dando-lhes suporte para que cresçam com valores e sejam solidários para com os outros.

Aos que foram acometidos de infortúnio, resta-nos assegurar um acompanhamento adequado, para que não pensem ou reincidam no comportamento suicidário, através da partilha de experiências, com outros que já vivenciaram situações semelhantes, e da construção de elos entre os profissionais da saúde mental, família e comunidade para que juntos se ultrapassem as situações adversas que a vida apresenta.

¹⁴ Mann, JJ (2002). *A perspetiva atual do suicídio*. *Ann Intern Med*, 136. Disponível em julho de 2012 em: http://translate.google.pt/translate?hl=ptPT&langpair=en%7Cpt&u=http://www.ontario.cmha.ca/includes/collection/collecton_page.asp%3Fcid%3D7608

APÊNDICE B

(Tradução/adaptação do *Attitudes Towards Attempted Suicide-Questionnaire* (ATAS-Q))



2012

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

1º MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

*ATTITUDES TOWARDS ATTEMPTED
SUICIDE- QUESTIONNAIRE (ATAS-Q)*

TRADUÇÃO/ADAPTAÇÃO DO ATAS-Q

LISTA DE ABREVIATURAS

ATAS – Q – *Attitudes Towards Attempted suicide - questionnaire*

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SIRIU – Sistema Integrado de Registo de Informação para Urgências

SU – Serviço de Urgência

SUG- Serviço de Urgência Geral

S12 – Questionário submetido a apreciação do painel de Peritos

S13 – Questionário aplicado à equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência Geral X

TS – Tentativa de Suicídio

ÍNDICE		
0 -	INTRODUÇÃO	134
1 -	AVALIAR ATITUDES	135
2 -	QUESTIONÁRIO ATAS-Q (<i>ATTITUDES TOWARDS ATTEMPTED SUICIDE- QUESTIONNAIRE</i>)	137
2.1 -	TRADUÇÃO	138
2.2 -	AVALIAÇÃO PAINEL DE PERITOS	139
2.3 -	RETROVERSÃO	140
3 -	METODOLOGIA	140
3.1 -	SELEÇÃO DA AMOSTRA	141
3.2 -	VARIÁVEIS DO ESTUDO	141
4 -	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	142
4.1 -	ESTATÍSTICA DESCRITIVA	142
4.1.1 -	Caracterização da Amostra	142
4.1.2 -	Análise das Respostas Obtidas no S13	144
5 -	ESTUDO DE FIABILIDADE DO S13	145
6 -	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	147
7 -	CONCLUSÃO	149

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 -	Idade- Distribuição de Frequências Relativas	142
Gráfico nº 2 -	Sexo – Distribuição de Frequências Relativas	143
Gráfico nº 3 -	Anos de Profissão / Anos de exercício no SU– Distribuição de Frequências Relativas	144

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 -	Habilitações Literárias das Tradutoras	138
Quadro nº 2 -	Habilitações Literárias dos Peritos	139

0 - INTRODUÇÃO

A enfermagem tem nos seus ideais um compromisso com a vida, lidar com indivíduos que atentaram contra a sua vida, desencadeia nos enfermeiros sentimentos de revolta e incompreensão, que muitas vezes se refletem na sua forma de agir.

Perante a evidência demonstrada em alguns estudos¹, de que as atitudes dos profissionais para com os indivíduos que tentaram o suicídio, podem, ser influenciadas pela sua opinião acerca destes indivíduos/assunto, levando à adoção de atitudes mais ou menos positivas, que podem contribuir para a reincidência do ato, tornou-se imperativo avaliar quais as atitudes dos Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral X (SUG), perante estes indivíduos.

As atitudes só podem ser medidas com base nas respostas dos indivíduos em direção aos objetos, as ações observáveis de um indivíduo e declarações verbais de crenças, sentimentos e disposição para agir em relação ao objeto em questão².

Após pesquisa, e contacto com a Sociedade Portuguesa de Suicidologia, para identificar um instrumento que estivesse validado para Portugal que permitisse obter as respostas pretendidas, tomamos conhecimento que ainda não existia nenhum instrumento validado que pudesse ser utilizado para esse fim. Por esse motivo, optamos por seleccionar o *Attitudes Towards Attempted Suicide Questionnaire (ATAS-Q)*³, e efetuar a sua tradução e adaptação, segundo os critérios descritos por Guillemin *et al.* (1993). O questionário foi aplicado, a quarenta e cinco Enfermeiros do SUG X, que integra um Centro Hospitalar da margem sul. Os dados obtidos foram tratados informaticamente através do programa estatístico, *Statistical Package for the Social Sciences* na sua versão 20.

O objetivo deste trabalho é apresentar todo o processo que implicou a tradução e adaptação do ATAS-Q, e sua fiabilidade enquanto instrumento de colheita de dados. A conclusão revela a importância que os contributos das informações obtidas na aplicação do ATAS-Q trouxeram para a seleção das estratégias a utilizar na sensibilização da equipa de Enfermagem e identifica os aspectos positivos e dificuldades que todo o processo implicou.

¹/3 Ouzouni, C; Nakakis, K. - *Attitudes towards attempted suicide: the development of a measurement tool*. pp. 222-231 E-ISSN:1791-809X . Disponível em 12 de Outubro de 2011 em www.hsj.gr Health Science Journal.

² Rameela, A. (2004, abril) . *Nurses Attitude Towards The Mentally Ill In Indira Gandhi Memorial Hospital* – Thesis Submitted in Fulfilment of the requirements for the Degree of Master on Social Science.

1- AVALIAR ATITUDES

Atitude, pode ser explicada como uma construção não diretamente observável, mas precede comportamentos e orienta escolhas e tomadas de decisão.

Atitudes são percebidas como respostas, que localizam objetos de pensamento sobre as dimensões do julgamento. Objetos de pensamento são as questões ou as pessoas sobre quem as opiniões se baseiam e as dimensões do julgamento descrevem o intervalo em que as avaliações se estendem de bom para mau ou de positivo para negativo (Mc Guire; Hogg; Vaughan, cit. por Rameela 1998)⁴.

A atitude está sempre relacionada com gostar ou não gostar de um objecto, e esta, por sua vez, é sempre um resultado do que se sabe sobre esse objeto. Além disso, as atitudes, positivas ou negativas, preveem como uma pessoa se vai comportar ou reagir a esse objeto no futuro. Seguindo essa lógica, Bootzin et al (cit por Rameela, 2004)⁵ apresenta uma nova definição de atitude, descreve-a como, *“uma atração ou aversão a um objeto, que é o resultado de experiências anteriores com esse objeto e está correlacionada com o comportamento presente e futuro”*.

Atitudes podem ser aprendidas através do processo de aprendizagem social. Os três modos de aprendizagem social, que ajudam na formação de atitudes incluem: condicionamento clássico, condicionamento instrumental e modelagem (Lippa, cit. por Rameela, 2004)⁶. Através do método de condicionamento clássico, objetos neutros são feitos para se tornarem negativos, através da sua associação com coisas negativas, como barulho, palavras negativas e imagens repugnantes, etc. A outra forma de aprendizagem social pelo qual as atitudes são formadas é o método de condicionamento instrumental ou o método de reforço. Este método faz uso de recompensa e punição para as ações realizadas por uma pessoa. A modelagem é o terceiro modo de aprendizagem social em que se adquirem conhecimentos através da observação do comportamento dos outros. Os pais são os primeiros e as fontes mais óbvias de modelos na aquisição de atitudes. Colegas também têm uma grande influência na aquisição de atitudes.

Atitudes como as conhecemos não são entidades observáveis, pelo que é um constructo subjacente que deve ser inferida. Escalas de avaliação são amplamente

⁴ Rameela, A. (2004, abril). *Nurses Attitude Towards The Mentally Ill In Indira Ganghi Memorial Hospital* – Thesis Submitted in Fulfilment of the requirements for the Degree of Master on Social Science.

⁵ Idem.

⁶ Idem.

utilizadas por pesquisadores para medir as atitudes das pessoas a uma variedade de estímulos. A escala mais popular usada para medir a atitude é a escala de Likert⁷. Consiste numa declaração na qual os sujeitos são solicitados a indicar o seu grau de concordância ou discordância, sendo as suas opiniões classificados numa escala de 3-7 itens. O ATAS-Q utiliza uma escala de Likert para avaliar as atitudes dos profissionais perante um indivíduo com comportamento suicidário.

De acordo com Brady (cit por Rameela, 2004)⁸, as atitudes evidenciadas pelos Enfermeiros, no atendimento do doente que tentou o suicídio, são, em grande medida o resultado da exposição a ambientes e experiências prévias. Podemos então considerar que as respostas obtidas mediante aplicação de uma escala que avalia as respostas do enfermeiro em relação a um objeto/assunto pode ser preditiva do seu comportamento. Conhecendo essa realidade podemos intervir, utilizando estratégias que levem à mudança de atitude. O questionário (ATAS-Q), além de permitir avaliar as atitudes dos profissionais em relação ao indivíduo que tentou o suicídio, fornece também dados sobre a forma como a formação se pode estruturar, com o intuito de promover mudanças de comportamentos ou atitudes, de acordo com Rameela (2004), “A educação e outras formas de adquirir conhecimento sobre um determinado assunto, também promovem um melhor entendimento acerca do assunto em questão, e contribuem para a construção de uma atitude positiva em relação ao mesmo”. É nesta linha de pensamento que se estrutura este trabalho, melhorar atitudes.

⁷ Likert, R.; Roslow, S.; Murphy, G. (1993). *A simple and reliable method of scoring the Thurstone attitude scales*. *Personnel Psychology*, 46, 689-690. (Original publicado em 1934)

⁸ Rameela, A. (2004). *Nurses Attitude Towards The Mentally Ill In Indira Gandhi Memorial Hospital* – Thesis Submitted in Fulfilment of the requirements for the Degree of Master on Social Science.

2 - QUESTIONÁRIO ATAS-Q (*Attitudes Towards Attempted Suicide Questionnaire*)

Este questionário foi desenvolvido em 2009, em inglês por Christina Ouzouni⁹ e Konstantinos Nakakis¹⁰, encontrando-se organizado da seguinte forma:

Constituído por 80 afirmações, que avaliam os seguintes factores:

- Atitudes positivas e negativas dos profissionais de saúde para com o indivíduo que tentou cometer o suicídio (27 afirmações).

- Aceitabilidade do suicídio ou tentativa de suicídio por parte dos profissionais de saúde (13 afirmações).

- Atitudes dos profissionais de saúde que consideram que o suicídio e a tentativa de suicídio estão relacionados com questões religiosas (7 afirmações).

- Cuidados que os indivíduos que tentam o suicídio recebem, ou deveriam receber, bem como os aspectos do papel, e ambiente de trabalho dos profissionais de saúde (10 afirmações).

- Crenças dos profissionais de saúde, de que os indivíduos suicidas tentam manipular o meio que os rodeia (6 afirmações)

- “Traços de personalidade” - ilustra itens que destacam o carácter e as características das pessoas que tentam o suicídio (4 afirmações).

- A relação entre o suicídio e as tentativas de suicídio com doenças mentais (8 afirmações).

- Atitudes discriminatórias por parte dos profissionais de saúde em relação aos indivíduos que tentaram o suicídio (5 afirmações).

^{9/10}- Professor de enfermagem. Departamento de enfermagem, Instituto Tecnológico de Lamia

O questionário pode ser aplicado a todos os Enfermeiros ou outros profissionais de saúde, que prestem cuidados aos indivíduos que efectuaram uma tentativa de suicídio. O seu preenchimento é efectuado mediante a identificação numa escala de Likert¹¹ de 5 pontos, (1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Indeciso; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente) do item que corresponde à opinião de cada um relativamente ás afirmações apresentadas, e demora cerca de 10-15 minutos o seu preenchimento.

2.1- TRADUÇÃO

No sentido de avaliar quais as atitudes dos Enfermeiros do SUG X, perante o indivíduo que tentou o suicídio, seleccionamos o ATAS-Q, como instrumento para obter a resposta a essa questão. Como não existia uma adaptação para português deste questionário, e seguindo os critérios descritos por Guillemin *et. Al*¹², solicitamos a tradução do mesmo a duas tradutoras Bilingues, que trabalharam separadamente, cujas habilitações se encontram apresentadas no quadro nº 1. Para facilitar a avaliação das traduções, foi designada como S1 a tradução efetuada pela tradutora A, e S2 a da tradutora B

Tradutor	Nome	Nacionalidade	Habilitações Literárias	Profissão
A Produziu o S1	MLB	Portuguesa	Licenciatura no Ramo de Formação Educacional em Línguas e Literaturas Modernas em Estudos Portugueses e Ingleses	Professora profissionalizada nos grupos 300 (Português) e 330 (Inglês).
B Produziu o S2	AA	Portuguesa	Licenciatura em Línguas, Literaturas e Culturas, variante em Estudos Ingleses na Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa	Estagiária numa Editora Inglesa

Quadro nº 1 – Habilitações Literárias das tradutoras

¹¹ Likert, R.; Roslow, S.; Murphy, G. (1993). *A simple and reliable method of scoring the Thurstone attitude scales*. *Personnel Psychology*, 46, 689-690. (Original publicado em 1934).

¹² Guillemin, F.; Bombardier, C.; Beaton, D.(1993) . *Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines*. *J Clin Epidemiol*. 1993;46:1417-32.

Posteriormente, foi efetuada uma reunião com as tradutoras, onde após análise das duas traduções foram selecionadas as afirmações que conferiam melhor equivalência linguística e de conteúdo. Optamos por modificar algumas declarações, por a tradução não nos garantir as características referidas anteriormente ou por não se enquadrarem no contexto onde se propunha aplicar o questionário. Após introdução das alterações propostas pelos intervenientes na reunião, foi elaborada a versão provisória do ATAS-Q, que foi denominada de S12, a apresentar ao painel de peritos.

2.2 – AVALIAÇÃO PAINEL DE PERITOS

A seleção do painel de peritos foi efetuada com base na sua experiência profissional, e no conhecimento que detinham do contexto onde seria aplicado o ATAS-Q. As suas habilitações literárias podem ser observadas no quadro nº 2.

PERITO	HABILITAÇÕES LITERÁRIAS
A	Enfermeira Especialista Reabilitação e Mestre em Políticas de Gestão e Administração dos Serviços de Saúde
B	Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária e Mestre em comunicação em Saúde
C	Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria
D	Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria e Mestre em Ecologia Humana
E	Licenciado em Psicologia
F	Licenciado em Psiquiatria

Quadro nº 2 – Habilitações Literárias dos Peritos

O painel de peritos teve como objectivo avaliar o S12, documento que resultou da tradução efectuada do Inglês para Português, por dois tradutores, seguida de revisão pelos dois tradutores e investigador. Foi sua função avaliar as equivalências semântica

e idiomática, que corresponde ao significado das palavras e ao uso de expressões nos respectivos idiomas; equivalência conceitual, analisando a coerência dos itens aos seus respectivos grupos e equivalência cultural, devendo as situações apresentadas no instrumento corresponder às vivenciadas no contexto da nossa cultura.

Este processo visou a obtenção da equivalência linguística do S12, antes de se efetuar a retroversão para a língua original, onde foram introduzidas as sugestões disponibilizadas pelo painel de peritos.

2.3 – RETROVERSÃO

A retroversão da versão pré final da tradução e adaptação do ATAS-Q, foi efetuada por 2 tradutores bilingues, que trabalharam independentemente e cuja língua nativa é o Inglês, tendo como habilitações académicas o primeiro (tradutor C) uma Licenciatura em tradução conferida pela Faculdade de Letras de Lisboa, e o segundo (tradutor D) um certificado de competência em Inglês, conferido pela Universidade de Cambridge. Foi designada como S3 a tradução efetuada pelo tradutor C e S4 a do tradutor D.

Não se encontraram diferenças significativas entre a versão original do ATAS-Q e as duas retroversões efetuadas, além das que foram introduzidas com o objetivo de se enquadrar algumas declarações com o contexto onde se pretende aplicar o questionário, logo considera-se que a versão pré- final da tradução do ATAS-Q, denominada de S13, mantém a validade de conteúdo requerida.

3 – METODOLOGIA

Tendo em conta a revisão bibliográfica efectuada definiu-se como domínio para o estudo: a atitude do enfermeiro face ao indivíduo que tentou o suicídio.

O estudo em causa enquadra-se nos desenhos não experimentais do tipo exploratórios- descritivos.

O problema de investigação identificado foi: **“Quais as atitudes dos enfermeiros do SUG X, perante o indivíduo que tentou o suicídio?”**

3.1- SELEÇÃO DA AMOSTRA

Foi selecionada como amostra para a aplicação do pré-teste do S13, a equipa de Enfermagem do SUG X.

Foi solicitada autorização ao Director e Enfermeira responsável do SU para aplicação do S13, e todos os participantes assinaram um consentimento antes do preenchimento do questionário. O S13 foi preenchido por quarenta e cinco dos Enfermeiros do serviço de urgência, o que corresponde a 74% da equipa de Enfermagem.

3.2 – VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis do estudo são, a atitude do enfermeiro perante o indivíduo que fez uma tentativa de suicídio, tempo de exercício profissional, tempo de exercício no Serviço de Urgência. Foram ainda consideradas como variáveis de atributo o sexo, e a idade.

O Conceito de atitude perante o indivíduo com comportamento suicidário foi operacionalizado de acordo com as três componentes da atitude (cognitiva, afectiva e comportamental), e foi avaliada mediante aplicação do ATAS-Q, na sua versão traduzida e adaptada, o S13. O tempo de exercício profissional e tempo de exercício no serviço de urgência foram operacionalizados segundo os níveis de desenvolvimento profissional propostos por Benner (2001)¹³.

¹³ Benner, Patricia (2001) – *De iniciado a Perito*- Excelência e Poder na prática Clínica de Enfermagem. P(44-61) Quarteto Editora. Coimbra

4 – TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

4.1 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA

Procedeu-se ao tratamento dos dados recolhidos através dos 45 questionários. Dado o seu anonimato, os questionários foram numerados de forma a facilitar a organização dos dados.

Os dados foram tratados informaticamente através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* na sua versão 20.

Pretendeu-se apresentar os resultados da aplicação do instrumento de colheita dos dados, de forma organizada de forma a possibilitar obter uma resposta ao problema de investigação.

4.1.1- Caracterização da Amostra

Para caracterizar a amostra contemplámos os dados pessoais tais como a idade, e o sexo. Vejamos como se distribui a nossa amostra no que diz respeito à idade

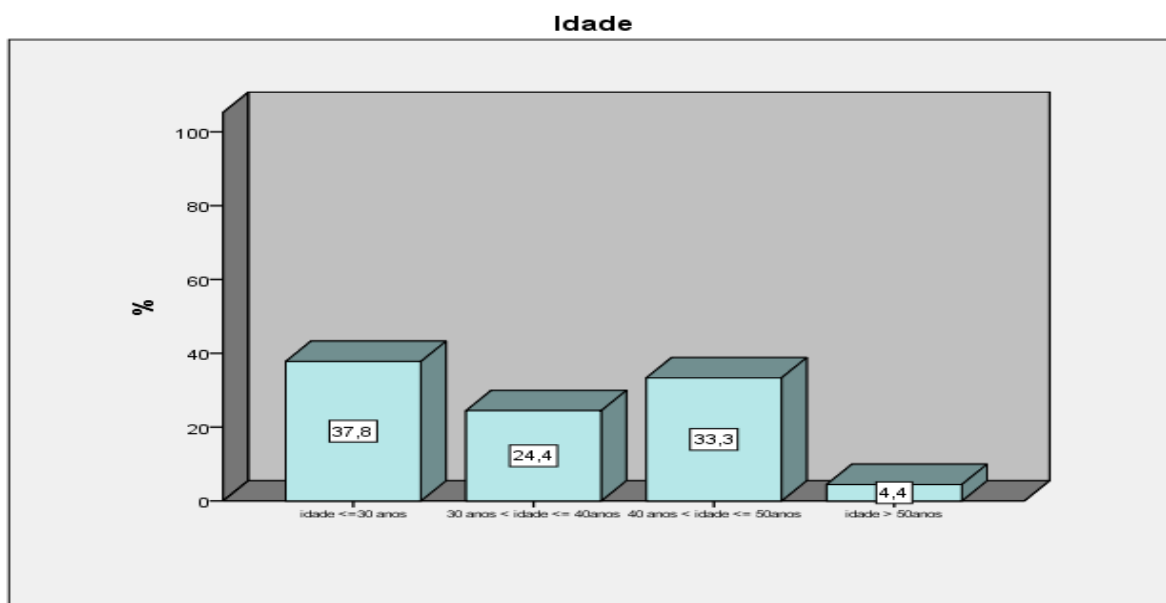


Gráfico N° 1 – IDADE - Distribuição de frequências relativas

Como podemos observar através deste gráfico, a maior frequência ocorre nas faixas etárias “idade ≤ 30 anos” e “40 anos < idade ≤ 50 anos”, com 37.8% e 33.3% respectivamente, sendo a faixa etária “idade > 50 anos” com o menor número de inquiridos, ou seja, 4.4%. Ainda a referir que a idade dos inquiridos varia entre 24 e 57 anos (*média* = 37 anos; *desvio padrão* = 9.523 anos).

No que diz respeito ao sexo dos Enfermeiros inquiridos, os questionários foram preenchidos maioritariamente por Enfermeiros do sexo feminino, como se pode ver no gráfico nº 2.

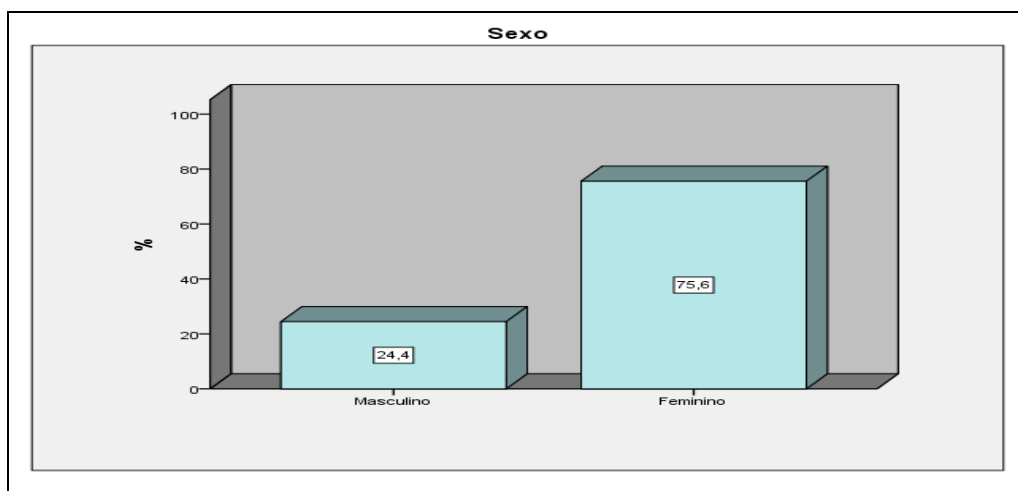


Gráfico Nº 2 – SEXO - Distribuição de frequências relativas

Vejamos agora como se distribui a amostra em relação aos anos de profissão e anos de exercício profissional no SU, dos Enfermeiros inquiridos. A distribuição foi efetuada segundo os níveis de desenvolvimento propostos por Benner (2001).

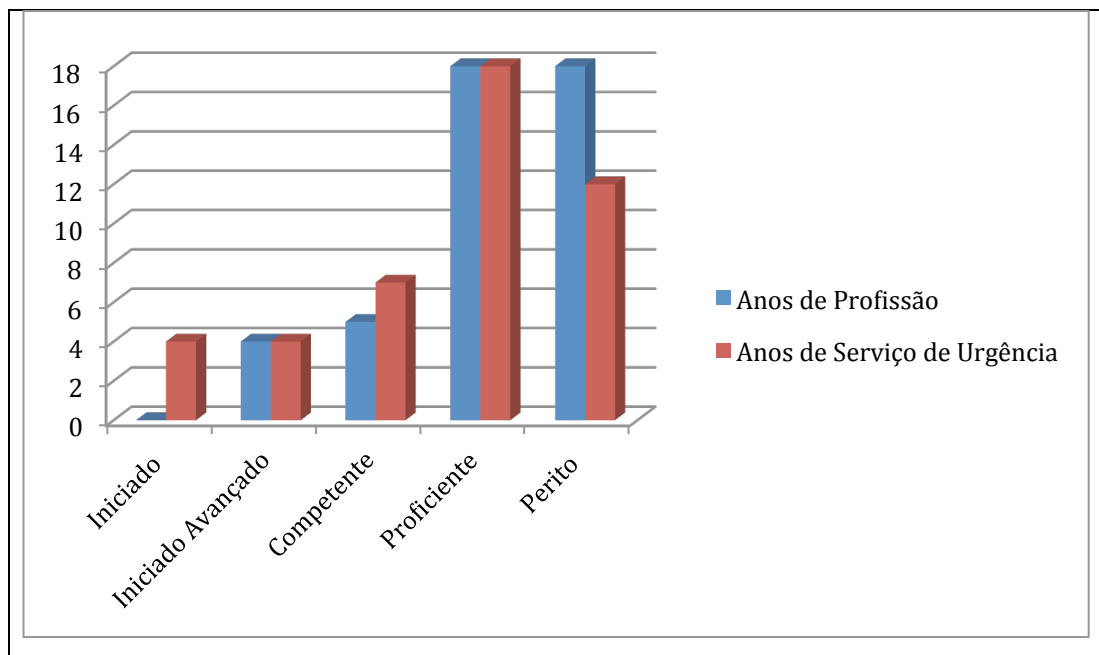


Gráfico Nº 3 – ANOS DE PROFISSÃO/ANOS DE EXERCÍCIO NO SU - Distribuição de frequências relativas

Podemos verificar que em relação aos anos de profissão dos inquiridos, que estes variam entre 2 e 37 anos (*média = 14.16 anos; desvio padrão = 9.242 anos*), sendo a maior frequência no intervalo dos 0-10 anos (46.7%), como seria de esperar, atendendo à idade dos inquiridos. Da análise do gráfico nº 3, podemos concluir que existe um número elevado de enfermeiros no nível proficiente (40%), e perito (40%) de acordo com os níveis de desenvolvimento profissional propostos por Benner (2001).

Podemos ainda verificar, que em relação aos anos de serviço de urgência dos inquiridos, estes variam entre 0.6 e 28 anos (*média = 10.59 anos; desvio padrão = 7.84 anos*), sendo a maior frequência no intervalo dos 0 - 10 anos (57.8%), como seria de esperar, quer ao número de anos de profissão, bem como à idade dos inquiridos.

4.1.2 – ANÁLISE DAS RESPOSTAS OBTIDAS NO S13

Relativamente à variável, atitude do enfermeiro perante o indivíduo com comportamento suicidário, foram analisadas as respostas dadas a 80 afirmações obtidas mediante aplicação do S13. A análise das respostas obtidas será apresentada no corpo do texto do trabalho de projeto.

5 - ESTUDO DA FIABILIDADE DO S13

A fiabilidade ou fidelidade de um instrumento de medição pode ser avaliada de diversas formas. No nosso caso, os índices de consistência interna foram calculados através do coeficiente *alpha* de *Cronbach*. O coeficiente *alpha* de *Cronbach* mede a fidelidade ou consistência de respostas a um conjunto de variáveis correlacionadas entre si, ou seja, como um conjunto de variáveis representam uma determinada dimensão¹⁴.

Quando os dados tiverem uma estrutura multidimensional, o coeficiente *alpha* de *Cronbach* será baixo. Tecnicamente, o coeficiente *alpha* de *Cronbach* não é um teste estatístico – é um coeficiente de fidelidade (ou consistência). Se as correlações inter-variáveis forem altas, então há evidência que as variáveis medem a mesma dimensão. É este o significado de uma fidelidade (*reliability*) alta. Quando obtemos um valor de *alpha* superior a 0.70, já podemos considerar a consistência interna do instrumento como “sólida” ou “aceitável”¹⁵. Relativamente à análise das questões que compõem o questionário, apresentamos o valor do coeficiente *alpha* de *Cronbach*, que sendo igual ou superior a 0.80 indicia elevada fidelidade dos dados ou, se for igual ou superior a pelo menos 0.70 indicia uma aceitável fidelidade dos dados. Como existe um *missing value* na questão Q47, este é excluído quando a questão Q47 entra numa possível dimensão. Em todas as outras questões entram todos os elementos da amostra (45) nos cálculos efectuados.

Procedeu-se ao estudo da fiabilidade deste questionário, de acordo com os dados obtidos.

Relativamente às questões relacionadas com o fator “positivismo”, foram obtidos valores de consistência interna de 0.65, pelo que não podemos considerar os dados como unidimensionais, ou seja, as 27 variáveis não medem eficazmente uma única dimensão, o fator “positivismo” dos inquiridos. Verificamos que a variável Q36 é a que mais contribui para que o valor do *alpha* não seja mais elevado. Se este item fosse retirado da escala o valor de *alpha* aumentaria para 0.684, mas ainda assim baixo.

No que diz respeito às questões relacionadas com o fator “aceitabilidade”, obteve-se um valor de *alpha* de *Cronbach* 0.689, pelo que não podemos considerar os dados

¹⁴ Pestana, M.; Gageiro, J. (2008) - *Análise de Dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS*, 5ª edição. Edições Sílabo

¹⁵ Idem

como unidimensionais: as 13 variáveis não medem eficazmente uma única dimensão, o fator “aceitabilidade”. Verificamos que a variável Q39 é a que mais contribui para que o valor do *alpha* não seja um pouco mais elevado. Se este item fosse retirado da escala o valor de *alpha* aumentaria para 0.718, tornando-se assim num valor aceitável e podendo dizer que as 13 variáveis medem eficazmente o fator “aceitabilidade”.

Relativamente às questões do fator “religiosidade”, foi obtido um valor de *alpha* de *Cronbach* de 0.749, pelo que podemos considerar os dados como unidimensionais: as 7 variáveis medem eficazmente uma única dimensão, o fator “religiosidade” dos inquiridos. Não existe nenhuma variável que contribuisse para que o valor do *alpha* fosse mais elevado. No entanto, como o valor já é bom, não se justifica qualquer medida.

No que diz respeito às questões relacionadas com o fator “papal dos profissionais”, obteve-se um valor de *alpha* de *Cronbach* 0.305, pelo que não podemos considerar os dados como unidimensionais: as 10 variáveis não medem eficazmente uma única dimensão, o fator “papal dos profissionais”. Verificamos que a variável Q7 é a que mais contribui para que o valor do *alpha* não seja um pouco mais elevado. Se este item fosse retirado da escala o valor de *alpha* aumentaria para 0.474, mas ainda assim um valor baixo.

Relativamente às questões relacionadas com o fator “manipulação”, obteve-se um valor de *alpha* de *Cronbach* 0.594, pelo que não podemos considerar os dados como unidimensionais: as 6 variáveis não medem eficazmente uma única dimensão, o fator “manipulação”. Verificamos que a variável Q14 é a que mais contribui para que o valor do *alpha* não seja um pouco mais elevado. Se este item fosse retirado da escala o valor de *alpha* aumentaria para 0.657, mas ainda assim um valor baixo.

No que diz respeito às questões relacionadas com o fator “traços de personalidade”, obteve-se um valor de *alpha* de *Cronbach* 0.469, pelo que não podemos considerar os dados como unidimensionais: as 4 variáveis não medem eficazmente uma única dimensão, o fator “traços de personalidade”. Não existe nenhuma variável que contribuisse para que o valor do *alpha* fosse mais elevado.

Relativamente às questões relacionadas com o fator “doença mental”, obteve-se um valor de *alpha* de *Cronbach* 0.519, pelo que não podemos considerar os dados como unidimensionais: as 8 variáveis não medem eficazmente uma única dimensão, o fator “doença mental”. Verificamos que a variável Q12 é a que mais contribui para que o

valor do *alpha* não seja um pouco mais elevado. Se este item fosse retirado da escala o valor de *alpha* aumentaria para 0.534, mas ainda assim um valor baixo

E finalmente, no que diz respeito às questões relacionadas com o fator “discriminação”, obteve-se um valor de *alpha* de *Cronbach* negativo, pelo que teremos que rever esta dimensão.

Concluimos assim que à excepção do fator “religiosidade”, nenhum outro fator apresenta valores de consistência interna aceitáveis, sendo de relevar que a dimensão da amostra é pequena, tendo em conta o número de variáveis.

6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra constituída por 45 enfermeiros a exercer funções no SUG X, é maioritariamente feminina com 75,6%. Tais dados são congruentes com os valores da população, tal como referido por Benner¹⁶, a profissão de enfermagem é sobretudo exercida por mulheres.

A idade dos enfermeiros da amostra, varia entre 24 e 57 anos (*média* = 37 anos; *desvio padrão* = 9.523 anos).

Podemos verificar que em relação aos anos de profissão dos inquiridos, que estes variam entre 2 e 37 anos (*média* = 14.16 anos; *desvio padrão* = 9.242 anos), sendo a maior frequência no intervalo dos 0-10 anos (46.7%), como seria de esperar, atendendo à idade dos inquiridos.

Relativamente aos anos de exercício profissional, operacionalizados de acordo com os níveis de desenvolvimento profissional propostos por Benner¹⁷, verifica-se um predomínio no nível proeficiente (40%) e perito (40%). Esta informação foi importante para se compreender o nível de desenvolvimento profissional em que a maioria dos enfermeiros se encontra, e qual a sua repercussão nas atitudes adoptadas em relação a estes indivíduos, segundo Benner, a condição prévia para a percepção de uma situação é um conhecimento prévio ou a existência de um comportamento tipo. Na prática, este conhecimento anterior, ou pré-conhecimento, é muitas vezes formado a partir da teoria,

¹⁶ Benner, P. (2001) – De iniciado a Perito- Excelência e Poder na prática Clínica de Enfermagem. P(44-61) Quarteto Editora. Coimbra

¹⁷ Idem.

pelos princípios e pelas experiências anteriores. No nível de desenvolvimento profissional em que se encontra a equipa, as atitudes já se formaram com base nas experiências anteriores

Relativamente aos anos de exercício profissional no serviço de urgência podemos verificar que estes variam entre 0.6 e 28 anos (*média = 10.59 anos; desvio padrão = 7.84 anos*), sendo a maior frequência no intervalo dos 0 - 10 anos (57.8%), como seria de esperar, atendendo, quer ao número de anos de profissão, bem como à idade dos inquiridos.

De acordo com os resultados obtidos pode-se afirmar que os enfermeiros desta amostra apresentam, de uma maneira geral uma atitude positiva ou favorável relativamente ao indivíduo com comportamento suicidário. Porém face as incongruências verificadas entre as respostas obtidas, em relação às atitudes evidenciadas na prática, será necessário sensibilizar estes enfermeiros para a necessidade de reverem as suas atitudes, por forma a melhorarem o seu desempenho, pessoal e profissional aquando da prestação de cuidados a estes indivíduos.

Consideramos que a formação poderá constituir uma mais valia para contribuir para essa mudança de atitude, como referido neste trabalho anteriormente, servindo não só como momento oportuno para transmissão de conhecimentos sobre esta temática como sensibilizando para a importância de se reverem formas de actuação, e levando à reflexão sobre um tema algo preterido na nossa sociedade actual, e que infelizmente dado o contexto sócio/económico, e ausência de valores que se vêm instalando progressivamente, tende a constituir um dos grandes problemas com que inevitavelmente teremos de nos confrontar.

7 – CONCLUSÃO

Este trabalho surgiu no contexto do mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, relacionando-se com a necessidade de efectuar um diagnóstico de situação relativamente ao projecto de intervenção proposto, que visava a melhoria do atendimento e acompanhamento do indivíduo com comportamento suicidário no serviço de urgência.

A realização deste trabalho exigiu um esforço hercúleo, face á escassez de trabalhos realizados nesta área em Portugal, o que conduziu a uma pesquisa exaustiva, hoje facilitada pela existência de uma rede tecnológica, que permite efectuar uma revisão global dos trabalhos existentes a nível mundial. Não obstante a todos obstáculos que foram surgindo, sempre consideramos que todo o esforço pode ser compensatório quando o objectivo é saber mais sobre algo.

A primeira etapa surgiu com a necessidade de se seleccionar um instrumento que nos permitisse obter as informações necessárias para alcançar o objectivo proposto, saber “*Quais as atitudes dos Enfermeiros do SUG X, face ao indivíduo com comportamento suicidário*”. A não existência desse instrumento na língua portuguesa, levou a que tivéssemos de iniciar um complicado percurso de tradução e adaptação do instrumento para a língua portuguesa, e inicialmente pretendia-se que fosse também validado para a população portuguesa o que não se conseguiu face ao limite temporal que foi imposto para a realização do trabalho em questão. De salientar, a dificuldade em se conseguir elementos para constituírem o painel de peritos, efectivamente as profissionais de saúde ainda estão pouco familiarizados com este tipo de trabalhos, e a maioria dos que foram convidados recusaram, e os que aceitaram tiveram muita dificuldade em executar o que lhes foi pedido, o que levou a que os prazos iniciais propostos para esta etapa não fossem cumpridos. No entanto conseguiu-se obter um instrumento com validade de conteúdo, que foi aplicado a uma amostra de 45 Enfermeiros.

O estudo de fiabilidade efetuado ao questionário aplicado, revelou que dimensão da amostra é pequena, tendo em conta o número de variáveis, o que levou a que à excepção do *factor religiosidade*, nenhum outro factor apresente valores de consistência interna aceitáveis. Não obstante, os dados obtidos foram importantes para se conhecer as atitudes dos enfermeiros, revelando a maioria uma atitude positiva relativamente a estes indivíduos, mas carecem de apreciação crítica uma vez que integrando este

contexto profissional, facilmente concluímos que não são congruentes com as adoptadas na realidade, o que nos pode levar a questionar a pertinência destes estudos, cujos resultados são muitas vezes enviesados pela não sinceridade das respostas obtidas junto dos inquiridos. Fortin¹⁸, integra este tipo de reacção, nos factores de invalidade externa, sendo identificado como o efeito da reactividade, em que o comportamento ou as respostas do sujeito são modificadas quando estes estão conscientes da sua participação no estudo, o qual é designado por efeito de *Hawthorne*. No entanto, o estudo em questão possibilitou identificar uma das razões, que consideramos poder estar associada a essa incongruência de comportamentos, a falta de conhecimentos nesta área de prestação de cuidados. Não se sentir seguro na prestação de cuidados, pode levar à adopção de determinados mecanismos de defesa, que incluem não só a utilização do humor sarcástico como a fuga perante estes indivíduos. Esta evidência foi determinante para a seleção de estratégias que consideramos adequadas para promover essa mudança de atitudes.

No final deste trabalho consideramos que todo o esforço foi compensatório, e que todo o conhecimento obtido na sua realização contribuiu para o crescimento pessoal e profissional.

Com a certeza ficamos, que a persistência pode ser uma mais valia, se acreditarmos que um projecto é válido!

¹⁸ Fortin, M. (1999) – *O Processo de Investigação, da concepção à realização*. Lusociência, Loures. ISBN: 972-8383-10-X

APÊNDICE C

(Questionário S13)



2012

Questionario S13

No âmbito da frequência do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, pretendo avaliar quais as atitudes dos Enfermeiros perante um doente que efetuou uma tentativa de suicídio.

Neste sentido venho solicitar a sua colaboração no preenchimento, anónimo e confidencial, deste questionário (tradução e adaptação do “*Attempted Suicide-Questionnaire (ATAS-Q)*”¹)

Peço que seja o mais sincero possível no seu preenchimento

Grata pela colaboração.

Cláudia Cristina Silva Tavares
Enfermeira Graduada

IDADE ____

SEXO F M

ANOS NA PROFISSÃO _____

ANOS NO SERVIÇO URGÊNCIA _____

Deverá em cada afirmação assinalar com uma cruz, a opção que melhor corresponda á sua opinião.

EX: O Toxicodependente é por norma um doente apelativo.

Discordo Totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5
			×	

¹ Ouzouni, C; Nakakis, K. - *Attitudes towards attempted suicide: the development of a measurement tool*. pp. 222-231 E-ISSN:1791-809X .
Disponível em 12 de Outubro de 2011 em www.hsj.gr Health Science Journal.

	1 Discordo Totalmente	2 Discordo	3 Indeciso	4 Concordo	5 Concordo Totalmente
Q1- As pessoas que tentam cometer o suicídio são irresponsáveis.					
Q2 - A tentativa de suicídio é essencialmente um pedido de ajuda.					
Q3 - Gosto de ajudar pacientes que tentaram o suicídio.					
Q4 - Pacientes que tentaram o suicídio e se encontram hospitalizados, tentarão novamente o suicídio independentemente do apoio que receberam por parte dos profissionais de saúde.					
Q5 - Potencialmente cada um de nós pode tentar o suicídio.					
Q6 -O suicídio vai contra as leis de Deus.					
Q7 - No meu local de trabalho existe um número considerável de funcionários que demonstram uma atitude indiferente em relação ao seu trabalho.					
Q8 - As pessoas que tentam o suicídio são, enquanto Grupo, menos religiosas.					
Q9 - Alguns pacientes que tentaram cometer o suicídio são agressivos, como tal é necessária a presença de uma equipa de segurança no serviço onde são admitidos.					
Q10- As pessoas que falham na tentativa de suicídio, não tinham qualquer intenção de morrer.					
Q11 -A maior parte das pessoas que tentam o suicídio, não querem realmente morrer.					
Q12 - As pessoas que tentam o suicídio, e sobrevivem, deviam fazer terapia de modo a perceberem as razões que levaram ao ato.					
Q13 - Sentir-me-ia envergonhado se um membro da minha família tentasse cometer o suicídio.					
Q14 - Algumas vezes as pessoas que tentam o suicídio esperam alcançar algo, mais do que a morte.					
Q15 - É difícil e desagradável tratar do paciente que tentou cometer o suicídio.					
Q16 - Se tentarmos o suicídio uma vez, teremos tendências suicidas para sempre.					
Q17 -É frustrante cuidar de pacientes que tentaram suicídio.					
Q18 - Os pacientes que tentaram o suicídio devem ser tratados com métodos rigorosos.					
Q19 - Factores externos, como a falta de dinheiro, são um dos motivos para o suicídio.					
Q20 - Penso que existe espírito de grupo no Serviço onde trabalho					
Q21 - Sinto-me desconfortável, sempre que trato de pacientes que tentaram cometer suicídio.					
Q22 - As pessoas que tentam cometer o suicídio estão normalmente perturbadas mentalmente.					
Q23 - Apenas os profissionais de saúde com formação na área da Psiquiatria, deveriam tratar de pacientes que tentaram o suicídio.					
Q24 -As pessoas que tentam o suicídio devem ser tratadas em regime de Ambulatório.					
Q25 - Os pacientes que tentaram cometer suicídio só pensam neles próprios.					

	1 Discordo Totalmente	2 Discordo	3 Indeciso	4 Concordo	5 Concordo Totalmente
Q26 - Se forem utilizados métodos desagradáveis (ex: lavagem gástrica) no tratamento de pacientes que tentaram cometer o suicídio, estes podem prevenir uma nova tentativa.					
Q27 - Uma pessoa que já tenha efectuado várias tentativas de suicídio, corre maior risco de conseguir o seu objectivo no futuro, e por isso necessita de ajuda e compreensão.					
Q28 - As pessoas que se suicidam, não deviam ser enterradas no mesmo cemitério onde são enterradas as pessoas que morrem de causas naturais.					
Q29 - Os pacientes recebem bons cuidados no Serviço onde trabalho.					
Q30 - Os pacientes que tentam o suicídio, procuram principalmente manipular a situação para seu próprio benefício.					
Q31 - Uma tentativa de suicídio é um ato aceitável em casos específicos.					
Q32 - As pessoas que tentam o suicídio estão na verdade a tentar magoar alguém com as suas ações					
Q33 - Deveria existir um espaço físico próprio, no Serviço de Urgência, para atender os doentes que tentaram cometer o suicídio.					
Q34 - Acredito, que a formação que fiz até à data, me forneceu as competências adequadas, para cuidar de pacientes que tentaram o suicídio.					
Q35 - A empatia demonstrada pelos profissionais de saúde, poderá influenciar de modo positivo um paciente que tentou o suicídio, levando-o a reconsiderar uma futura tentativa.					
Q36 - Sinto satisfação em cuidar de pacientes que tentaram cometer o suicídio, tendo por eles a mesma compreensão do que pelos outros pacientes.					
Q37 - Eu acredito que pacientes hospitalizados após uma tentativa de suicídio, serão incapazes de ter uma vida normal após a sua alta.					
Q38 -Aqueles que tentam o suicídio, são cobardes que não conseguem enfrentar os desafios da vida.					
Q39 - As pessoas não têm o direito de acabar com a sua própria vida.					
Q40 - Tento estabelecer uma relação empática com o paciente que tentou o suicídio, para que este possa exprimir os seus problemas.					
Q41 - Pessoas que tentam suicidar-se, têm um elevado nível de responsabilidade.					
Q42 - Tenho dificuldade em compreender uma pessoa que tentou o suicídio.					
Q43 - Pode haver situações, em que a única solução razoável, é o suicídio.					
Q44 - Frequentemente sinto compaixão e compreensão em relação aos pacientes que tentaram suicídio					
Q45 - Quase toda a gente em alguma altura já pensou em suicídio.					
Q46 - O suicídio é uma transgressão moral muito séria					

	1 Discordo Totalmente	2 Discordo	3 Indeciso	4 Concordo	5 Concordo Totalmente
Q47 - Por vezes o suicídio é a única forma de fugir aos problemas da vida.					
Q48 - A maioria das pessoas que tenta cometer o suicídio não acredita em Deus.					
Q49 - Os pacientes que tentaram cometer suicídio recebem bons cuidados no Serviço onde trabalho.					
Q50 - As pessoas com doenças incuráveis, deviam ser autorizadas a cometer suicídio de uma forma digna.					
Q51 - As pessoas que cometem o suicídio não têm convicções religiosas.					
Q52 - Quando cuido de pacientes que tentaram cometer o suicídio, sinto-me deprimido.					
Q53 - Quem tenta cometer suicídio está normalmente a tentar ganhar compaixão das outras pessoas.					
Q54 - Em geral, o suicídio é um pecado que não deve ser perdoado.					
Q55 - Pessoas sem raízes ou ligações familiares, apresentam maior risco de cometer suicídio.					
Q56 - É raro que alguém que esteja a pensar cometer suicídio, seja dissuadido por um “ombro amigo”.					
Q57 - Um paciente que tenha tentado cometer suicídio, beneficia psicologicamente de hospitalização num hospital geral.					
Q58 - As pessoas que ameaçam cometer suicídio, raramente o fazem.					
Q59- Muitas das tentativas de suicídio, são o resultado do desejo das vítimas de se “vingarem” de alguém.					
Q60 - A uma maior incidência de suicídio, corresponde uma menor influência da religião.					
Q61 - Os pacientes que tentaram cometer o suicídio, são tratados com compreensão no Serviço onde trabalho.					
Q62 - As pessoas que tentam cometer suicídio em sítios públicos (como pontes ou edifícios altos) estão mais interessadas em chamar a atenção.					
Q63 - Sinto mais compreensão em relação a uma pessoa que tentou o suicídio pela primeira vez, do que por aquelas que fazem repetidas tentativas.					
Q64 - A tentativa de suicídio é aceitável em pessoas idosas ou doentes.					
Q65 -As pessoas que tentam o suicídio, têm fragilidades não detectáveis por aqueles que os rodeiam.					
Q66 - Se alguém quer cometer o suicídio, isso é da sua conta e não devemos interferir.					
Q67 - Uma tentativa de suicídio é um ato de coragem.					
Q68 - Nós tratamos os pacientes que tentaram o suicídio, no mesmo espaço físico onde se encontram doentes de outras especialidades.					
Q69 - A maioria das pessoas que tentam o suicídio, fazem um uso indevido dos Serviços de Saúde					
Q70 - Uma intoxicação medicamentosa como tentativa de suicídio, é mais aceitável do que um suicídio violento provocado por arma de fogo.					

	1 Discordo Totalmente	2 Discordo	3 Indeciso	4 Concordo	5 Concordo Totalmente
Q71 - Os pacientes que tentam cometer suicídio, não são responsáveis pelas suas ações, mas sim vítimas do meio envolvente e necessitam de compreensão.					
Q72 - O suicídio é uma forma natural de suprimir pessoas com distúrbios psiquiátricos.					
Q73 - As pessoas que tentam o suicídio ocupam muito tempo aos profissionais, tornando-os indisponíveis para atender outros pacientes que necessitam de maior ajuda.					
Q74 - O suicídio é um meio aceitável para por fim a uma doença incurável.					
Q75 - As pessoas que tentam suicídio estão tão doentes mentalmente, que deviam ser tratadas num hospital psiquiátrico desde o início.					
Q76 - Por vezes, sinto-me nervoso, quando tenho de cuidar no Hospital, de um paciente que fez uma tentativa de suicídio.					
Q77 - Acho que necessito de formação adicional em Psiquiatria para tratar doentes que tentaram o suicídio, e se encontram hospitalizados.					
Q78 - A maioria das pessoas que tenta o suicídio são solitárias e deprimidas.					
Q79 - Pacientes que efetuaram uma tentativa de suicídio, devem no dia da sua admissão, ser tratadas numa área de atendimento psiquiátrico, do Hospital Geral.					
Q80 - O facto de uma pessoa ter tentado o suicídio, não significa que não consiga retomar o curso normal da sua vida.					

Obrigado pela sua colaboração

APÊNDICE D

(Folha de colheita de dados)



Etiqueta de Identificação

Profissão _____

Estado Civil _____

Escolaridade _____

Tem filhos? **Sim** **Não** Se **sim**, quantos? _____

Mora com Quem? _____

Têm doença mental associada? **Sim** **Não**

Se respondeu **sim**, identifique qual? _____

História familiar de suicídio **Sim** **Não**

Tem hábitos de consumo? **Sim** **Não**

Se respondeu **Sim**, identifique quais? _____

Situação de luto ou perda recentes? **Sim** **Não**

Se respondeu **sim**, quem, ou o quê? _____

Doença Física associada? **Sim** **Não** se respondeu **sim**, qual? _____

Tem apoio familiar? **Sim** **Não**

Se respondeu **sim**, de quem? _____

Tem dificuldades económicas? **Sim** **Não**

Caracterização ato suicida

Houve pedido de ajuda? **Sim** **Não**

Procedimentos efetuados

Identifica o motivo para o ato? Enuncie.

Refere arrependimento para o ato? **Sim** **Não**

Mantém ideação suicida? **Sim** **Não**

Tentativas prévias? **Sim** **Não**

Se assinalou **sim**, enumere quando ocorreram, e suas características.

ALTA **INTERNAMENTO** **Serviço** _____ **DATA** __/__/__

Observações _____

Informações do projeto “ Viva a vida”, dadas por: _____

(Entregue folheto informativo ao indivíduo e familiar se presente)

Aceitou participar no projeto? **Sim** **Não** **Doente não colaborante**

(Se respondeu sim, solicite assinatura do consentimento, e registe o número de telefone e horário disponível para o contato).

Nº telefone _____ Dia _____ Hora _____

Familiar aceitou participar no projeto? **Sim** **Não**

(Se respondeu sim, solicite assinatura do consentimento e registe os seus dados (nome, grau de parentesco, idade, contato telefónico, disponibilidade de horário para contato).

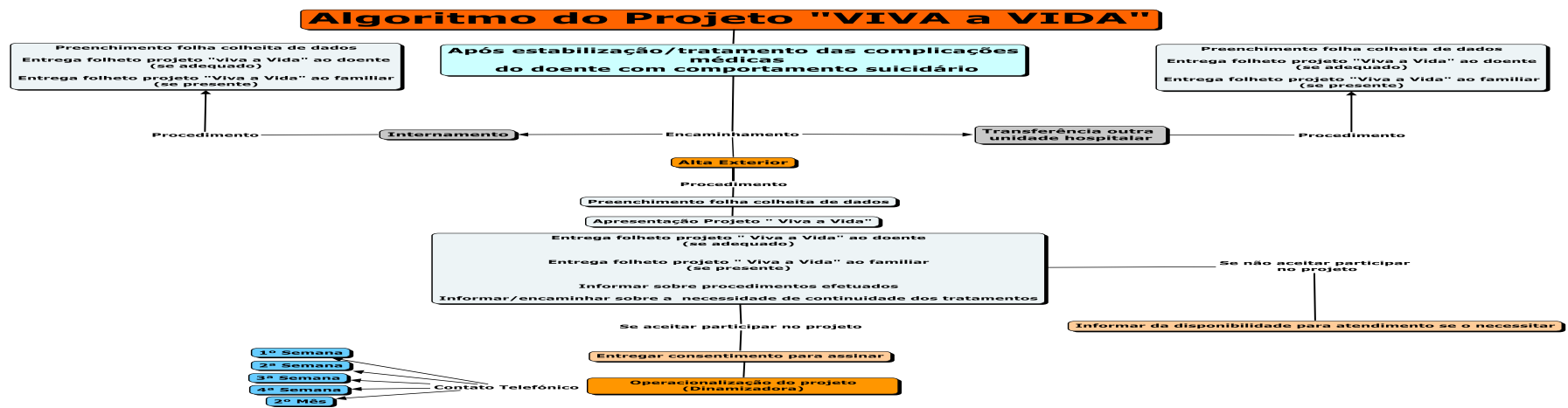
Nome _____

Grau de Parentesco _____ Idade _____

Nº telefone _____ Dia _____ Hora _____

APÊNDICE E

(Algoritmo do Projeto “Viva a Vida”)



APÊNDICE F

(Folheto informativo Pessoa com comportamento suicidário)

PROJETO VIVA A VIDA

O Projeto VIVA A VIDA esta direcionado para o acompanhamento das pessoas que têm alta após uma tentativa de suicídio, do Serviço de urgência Geral X.

Este projeto tem como objetivo promover a continuidade de cuidados iniciados pelos profissionais deste serviço, estabelecendo-se um vínculo, que lhe permitirá não se sentir só no seu processo de recuperação.

A participação neste projeto fica ao seu critério.

No dia da alta será pedido que assine um consentimento, a confirmar a sua decisão de participação.

O acompanhamento será efectuado por contato telefónico, mas pode solicitar atendimento presencial, sempre que necessário através do E- mail do PVV ou pelo Psiquiatra durante às 24h, no serviço de urgência.

Os telefonemas serão efetuados para o numero que disponibilizar e de acordo com o esquema identificado no quadro seguinte, das 11h às 16h, do dia por si selecionado.

Telefonema	Efetivar
1ª Semana	X
2ª Semana	X
4ª semana	X
2 meses	X

Lembre-se: Não está sozinho!

LINHAS DE APOIO

SOS – Serviço Nacional de socorro

Portugal, Europa 112

Projeto viva a vida Centro Hospitalar X

E- Mail – vivaavida.projecto@gmail.com

SOS Voz Amiga

Lisboa

Atendimento das 16 às 24h

☎ 21 354 45 45

☎ 91 280 26 69

☎ 96 352 46 60

SOS Telefone Amigo

Coimbra

☎ 239 72 10 10

Escutar - Voz de Apoio

Gaia

☎ 22 550 60 70

Telefone da Amizade

Porto

☎ 22 832 35 35

A Nossa Âncora

Sintra

☎ 219 105 750

☎ 219 105 755



SEGUIR EM FRENTE

PROJETO VIVA A VIDA



Seguir em frente após uma tentativa de suicídio!

Para o ajudar na sua recuperação, este folheto oferece informações sobre como seguir em frente após a sua alta do serviço de urgência, linhas de apoio a utilizar na crise, e Forma como se operacionaliza o projeto viva a vida.

Hoje pode sentir que este é o dia mais difícil da sua vida. Tem pensado seriamente sobre, ou talvez tenha tentado acabar com sua vida. Pode sentir-se esgotado. Pode sentir raiva, constrangimento ou vergonha.

A tentativa em si, as reações das outras pessoas, o tratamento, tudo isso pode ser esmagador, para si neste momento.

Mas, a recuperação é possível

Se vai ter alta do serviço de urgência certifique-se que lhe é explicado sucintamente o seu plano de acompanhamento, que deve contemplar:

-Um encaminhamento, se indicado, para marcação de consulta de psiquiatria;

- Informação acerca do tratamento efectuado e necessidade de o continuar após a alta;

-Informações sobre o Projeto VIVA a VIDA

Após a alta existem várias ações que pode desenvolver para o ajudar na sua recuperação:

- Elabore um plano de segurança

O plano deve incluir, o registo dos sinais que possam indicar um retorno dos pensamentos suicidas, o que fazer caso isso aconteça, e o contato do profissional que o assiste ou amigo/familiar de confiança. Mantenha uma cópia escrita do seu plano de segurança nas proximidades para que você possa consultá-lo quando necessário.

- Construir um sistema de apoio

Este é um elemento fundamental para a recuperação de uma tentativa de suicídio, e prevenir outra. É muito importante que você tenha pelo menos uma pessoa na sua vida que possa ser o seu "aliado". Esta deve ser uma pessoa em que você confia e com quem pode ser muito honesto especialmente se começar a ter pensamentos suicidas novamente

Mesmo quando se sente sozinho, lembre-se, que há pessoas na sua vida que se preocupam consigo, e estão dispostas a ajudar.

- Aprender a viver novamente

Uma coisa que pode ajudar na sua recuperação é voltar à rotina. Comer a horários regulares, fazer exercício regularmente, e dormir e levantar-se, à mesma hora todos os dias. Tente participar nas suas actividades habituais de acordo com a sua disponibilidade, e vá aumentando a sua participação à medida que se for sentindo melhor.

Se continuar a ter pensamentos suicidas, peça ajuda imediatamente contactando o seu aliado, um médico, ou uma linha direta de apoio (consulte os numeros de apoio existentes neste folheto). Ouça com atenção, e considere cuidadosamente o apoio e conselhos que receber.

Aqui estão algumas indicações sobre o que deve fazer para evitar pensamentos negativos, e destrutivos no futuro e para mantê-lo seguro.

- Retirar do seu ambiente os meios que possam ser utilizados para se ferir.

- Identifique os fatores desencadeantes dos pensamentos suicidas.

- Aprender mais sobre a doença mental: Alguém que teve ou está vivendo com pensamentos suicidas pode estar sofrendo de uma doença mental.

- Procurar conhecer qual o suporte dado pelas linhas diretas da crise.

- Participar num grupo de apoio: Aprender com os outros, e partilhar a sua experiência, pode fazer uma grande diferença na maneira como pensa sobre a vida..

- Envolver-se na vida: encontre um passatempo, desfrute das suas coisas favoritas, como ouvir música, assistir a um filme, ou colecionar coisas. São ótimas maneiras de o ajudar a lidar com situações difíceis.

Lembre-se: há razões para viver !

APÊNDICE G

(Folheto informativo para os familiares da Pessoa com comportamento suicidário)

PROJETO VIVA A VIDA

O Projeto VIVA A VIDA esta direcionado para o acompanhamento das Pessoas/família que têm alta após uma tentativa de suicídio, do serviço de Urgência geral X.

Este projeto tem como objectivo promover a continuidade de cuidados iniciados pelos profissionais deste serviço, estabelecendo-se um vinculo que lhe permitirá não se sentir só no processo de recuperação do seu familiar.

A participação neste projeto fica ao seu critério.

No dia da alta será pedido que assine um consentimento a confirmar a sua decisão de participação.

O acompanhamento será efectuado por contato telefónico, mas pode solicitar atendimento presencial sempre que necessário através do E-mail do projeto "Viva a Vida", ou pelo Psiquiatra durante as 24h, no serviço de urgência.

Os telefonemas serão efectuados para o numero que disponibilizar e de acordo com o esquema identificado no quadro seguinte, das 11h às 16h, do dia por si disponibilizado.

Telefonema	Efetivar
1ª Semana	X
2ª Semana	X
4ª semana	X
2 meses	X

Lembre-se: Não está sozinho, obtenha a ajuda que necessita junto de outros familiares, amigos e profissionais de saúde.

LINHAS DE APOIO

SOS - Serviço Nacional de socorro
Portugal, Europa **112**

Projeto viva a vida
Centro Hospitalar X

E-Mail - vivaavida.projecto@gmail.com

SOS Voz Amiga
Lisboa

Atendimento das 16 às 24h

☎ 21 354 45 45

☎ 91 280 26 69

☎ 96 352 46 60

SOS Telefone Amigo
Coimbra

☎ 239 72 10 10

Escutar - Voz de Apoio
Gaia

☎ 22 550 60 70

Telefone da Amizade
Porto

☎ 22 832 35 35

A Nossa Âncora
Sintra

☎ 219 105 750

☎ 219 105 755



Cuidar de si e do seu Familiar

**PROJETO
VIVA A
VIDA**



Cuidar de si e do seu familiar que tentou o suicídio!

Para o ajudar a cuidar de si e do seu familiar, que efetuou uma tentativa de suicídio, foi criado este folheto, que lhe irá fornecer algumas informações sobre como o poderá fazer.

Descobrir que alguém de quem gosta tentou acabar com a vida, pode ser uma experiência devastadora. Algumas das emoções que poderá vivenciar, incluem:

Raiva: Como pôde fazer isto conosco?

Vergonha: Tenho que manter este segredo.

Culpa: Será que eu não o amo, considero, ouço o suficiente?

Medo: Será que vai tentar novamente?

Evitar: Se fingirmos que não aconteceu, tudo isto sera esquecido.

Minimização: Ele esta apenas a tentar chamar a atenção.

Cortar: Isto não é um problema meu. Alguém que resolva isto.

Mas não se esqueça, o seu familiar também se encontra a experienciar uma gama de sentimentos, após a sua tentativa de suicídio, incluindo: **Medo; Culpa; Constrangimento; Ansiedade; Depressão; Desespero; Vergonha; Raiva; Sentimento de fracasso.**

É importante que esteja consciente dos seus próprios sentimentos, e **evitar** reagir de maneira a bloquear a comunicação. Para tal deve evitar algumas reacções, que incluem: **demonstração de pânico; desafiar; ignorar; pregar; ofender; criticar; punir; abandonar; dramatizar; raiva; demonstrar-se chocado ou ofendido.**

Mostrar disponibilidade para ouvir, é vital para o restabelecimento da confiança entre si e o seu familiar, é criar um espaço seguro onde a pessoa se sente amada, aceite, apoiada e compreendida.

Após a avaliação e estabilização do doente, será ponderada a necessidade de internamento do seu familiar. Se for decidida a alta, assegure-se que foi explicado ao seu familiar, e a sí, o plano de acompanhamento, que deve Incluir:

- Encaminhamento para marcação de consulta de Psiquiatria.
- Indicações sobre tratamentos a efetuar.
- Indicações sobre o plano de segurança.
- Informações sobre o Projeto VIVA A VIDA.

Deve colaborar no **Plano de Segurança** em conjunto com o seu familiar, medico assistente, ou profissional de saúde mental designado no serviço de urgência.

Como membro da familia deve conhecer o seu papel no mesmo, que deve incluir:

Controlar o ambiente circundante.

- Retirar armas de casa.
- Manter em casa só a medicação necessária, em stock reduzido, se necessário supervisionar medicação nas primeiras semanas após a tentativa.
- Reduzir a presença de bebidas alcóolicas, ou mesmo elimina-la.

Conhecer os factores que podem desencadear a tentativa .

Construir uma rede de suporte para o seu familiar, em conjunto com os restantes membros da familia, amigos, comunidade e profissionais de saúde.

Trabalhar os pontos fortes do seu membro da família de modo a promover a sua segurança e melhorar a sua auto-estima.

Questionar sobre a presença de ideação suicida, e se presente, pedir ajuda. (consulte linhas de apoio neste folheto).

Lembre-se que a segurança não pode ser garantida, por ninguém o objetivo é reduzir o risco e construir suporte para todos na família.

APÊNDICE H

(Consentimento de participação no Projeto “Viva a Vida”)



Consentimento Livre e Esclarecido

O Projeto “ Viva a Vida” pretende melhorar o acompanhamento do doente que tem alta do Serviço de Urgência Geral X, após um comportamento suicidário.

Tem como dinamizador um Enfermeiro Mestrando em Saúde Mental e Psiquiatria, em colaboração com os elos de ligação existentes em cada equipa de Enfermagem.

Confirmo que fui esclarecido acerca dos itens abaixo mencionados:

- Objetivos do projeto.
- Como serão efetuados contatos.
- Benefícios de participação no projeto.
- Confidencialidade dos dados obtidos.
- Riscos inerentes à participação.
- Contato para esclarecimento de dúvidas.
- Cessação de participação no projeto.

A minha participação no projeto “Viva a Vida” é voluntária, podendo ser interrompida, sem que incorra sobre mim qualquer prejuízo.

(Assinatura com nome completo)

Barreiro, ___ de _____ de _____

ANEXOS

ANEXO A
(Artigo Original ATAS-Q)

Attitudes towards attempted suicide: the development of a measurement tool

Christina Ouzouni¹, Konstantinos Nakakis¹

1. Lecturer in Nursing, Department of Nursing, Technological Institute of Lamia

Abstract

Background: Nowadays reported global suicide attempt rates have increased dramatically and there is some evidence that failure by health care professionals to recognize and respond to the needs of a suicidal person may be a factor in the repeated suicide attempts of some people. Moreover, research evidence has indicated that unfavorable attitudes among doctors and nurses exist towards attempted suicide patients, which have a negative impact upon the quality of care they receive. The aim of the study was to develop, pilot and validate a measure of attitudes towards patients who have attempted suicide.

Method and Material: A questionnaire comprising 102 items was constructed from an existing validated instrument in combination with findings from a literature review. A pilot study was carried out with a sample of 40 (n=40) doctors and nurses, to assess the feasibility and acceptability of the instrument developed. Questionnaires were then distributed to a sample of 186 (n=186) doctors and nurses, working in two general hospitals in Athens area. In order to establish the scale's construct validity a factor analysis was performed. In addition, a face validity of the measurement tool was assessed by a group of experts. Reliability of the questionnaire was assessed by test - retest.

Results: Preliminary analysis reduced the 102 items of the questionnaire to 80. The following eight factors were retained: "positiveness", "acceptability", "religiosity", "professional role and care", "manipulation", "personality traits", "mental illness", "discrimination". The 8 factors yielded accounted for the 55.45% level of the total variance. The resultant "Attitudes Towards Attempted Suicide-Questionnaire (ATAS-Q) achieved high internal consistency, with Cronbach's alpha of 0.96 ($\alpha=0.96$) in test and $\alpha=0.97$ in retest assessment.

Conclusions: The construction, development and validation of the ATAS-Q will provide a useful measurement tool, enabling health care professionals to enhance their understanding of their attitudes towards patients who attempt suicide in order to enhance the provision of effective care to them.

Keywords: attitudes, attempted suicide, parasuicide, doctors, nursing staff

Corresponding author:

Ouzouni Christina
Department of Nursing
Technological Educational Institute of Lamia
3rd Km Old National Road, Lamia-Athens
35100 Lamia, Greece
Tel: + 30 22310 60352
Mob: + 6977379125
E-mail: christinaouzouni@yahoo.com

Introduction

Suicide is one of the commonest causes of non-disease related death and it is a major public health problem worldwide^{1,2}. Both fatal and non-fatal suicide behaviors constitute a considerable problem in terms of individual suffering as well as the burden on health care and costs to society¹. Attempted suicide tends to evoke strong reactions from people including doctors and nurses relatives and friends, and also the general public.³ If the behavior appears to be associated with high suicidal intent it generally evokes sympathy; when it seems to be associated with other motives, especially those of a manipulative nature, it is often viewed unsympathetically.³

Furthermore, patients who have tried with varying degrees of determination to take their lives present medical and administrative problems at the same time posing considerable strains on busy medical and nursing staff in a general hospital^{3,4}. Their admission may be regarded with disfavor, treatment may be narrowly confined to their physical condition, provision for aftercare or psychiatric investigation haphazard or ignored. Attempted suicide is a challenge to health care professionals as attempts of self-annihilation violate the basic beliefs on life and death of our society⁵. In addition, health care professionals may feel ambivalent towards patients who self harm and sometimes perceive them as troublesome² or attention seeking⁶. Some research findings have indicated that unfavorable attitudes exist towards attempted suicide among doctors and nurses.

Attitudes are often conceptualized as having three components: the affective component, the cognitive component, and the behavioral component. The affective component consists of a person's liking of, or emotional response to the issue or person about which he or she holds the attitude. The cognitive component consists of the beliefs or knowledge about that person or issue. The behavioral component is the

person's overt behavior in relation to the person or issue^{7,8}.

Literature on the relationship between attitude and behavior presents two conflicting positions; one suggesting little relationship and one supporting a strong attitude-behavior linkage⁹. Seremet¹⁰ points out that Staff attitudes and reactions may vary, but they directly influence the quality and nature of patients' care.

The cultural context in Greece which is influenced by religion beliefs, considers suicide and attempted suicide as a sink. Therefore, could have an effect on health care professionals' attitudes. Leu¹¹ points out that negative attitudes of nurses have a detrimental effect on treatment and care. Samuelson¹² compared the attitudes of psychiatric nurses (n=58) and non psychiatric nurses (n=102) and concluded that the caring profession's attitudes towards patients that have attempted suicide are important, as negative or hostile attitudes are likely to diminish the interest shown in providing help for such patients. The literature highlighted that there are some key factors that have differing effects on the nurses' attitudes towards patients who have attempted suicide¹³. A number of studies found that older and more experienced nurses held more positive attitudes to attempted suicide patients than younger and less experienced staff^{14,15}. Similarly, a quantitative study carried out to examine nurses' attitudes toward suicide found that the higher percentage (55%) of nurses who participated in the study demonstrated mid to high levels of sympathy towards older people who tried to commit suicide¹⁶.

Sun et al.¹⁷ refer to Leu's¹⁸ findings from a study carried out to explore casualty nurses' (n=194) attitudes toward caring for suicidal patients. In particular, Leu's¹⁸ results indicated that the emergency nurses who participated regularly in religious activities held more positive attitudes towards suicidal patients than those who did not.

In a survey carried out to assess doctors and nurses attitudes to parasuicide the author found that both professionals held

negative attitudes towards parasuicidal patients and did not enjoy caring for them. In particular, nurses and doctors held the most negative attitudes to patients who made multiple attempts to commit suicide¹⁹.

Sun et al.¹³ again referring to Leu's¹⁸ findings, pointed out that there were three different types of attitudes towards suicidal patients. Some nurses were angry and held judgmental attitudes towards patients who attempted suicide. They did not like caring for suicidal patients and felt they could be of no benefit to this group of patients. A number of nurses demonstrated empathy and sympathetic feelings for suicidal patients. They accepted suicidal behaviors and felt that their nursing care had meaning. Leu¹⁸ also found few nurses perceived that suicidal patients were troubled people therefore, they felt powerlessness and fearful when they were providing care. Thus, they distanced themselves from caring for people who had attempted suicide.

However, it has to be stressed that failure to recognize and respond to the patient's needs may have been a factor in the repetition of some attempts suicide. Therefore, the attitudes of the caring professions towards patients who attempt suicide are particularly important because they are likely to determine the enthusiasm that will be shown in providing help for such patients and hence influence the effectiveness of treatment³. Thus, health care professionals must be aware of their attitudes towards this group of patients as part of their professional and therapeutic role.

Methodology

Aim

The aim of the study was to develop, pilot and validate a measure of attitudes towards attempted suicide.

Questionnaire development

For the purpose of this study, components were drawn from a number of previously validated attitudinal measures^{6,20}. Some statements were modified, and other

statements were added following a critical review of relevant studies which researched attitudes towards suicide and attempted suicide^{14, 17,19,21,22}. Thus, the subject coverage was extended in order to increase the validity of the measurement tool²³. A pool of 102 items was included in the questionnaire under development using a likert type scale for responses from 1 (strongly disagree), 2 (disagree), 3 (undecided), 4 (agree), 5 (strongly disagree).

Pilot study

The feasibility and acceptability of the questionnaire were tested in a pilot study of 40 doctors and nurses working in different specialties, in hospitals not involved in the main study. All doctors and nurses had direct contact and involvement in the care of attempted suicide patients. Participants were asked through an open-ended question at the end of the questionnaire, to give feedback about the clarity of the questions and state any problem in completing the questionnaire. The pilot study showed that the items were clearly understandable. Overall the pilot study showed no major changes in structure or content of the questionnaire were needed. Therefore, the questionnaire appeared to have face validity as the questions considered to be relevant to aim of the study.

Sample and research site

Nurses and doctors working in medical, surgical, ICU, accident and emergency departments of two general hospitals in Athens area as well as in a psychiatric ward were invited to participate in the study. As an inclusion criterion respondents were required to have at least 3 years working experience in a general hospital. All participants in the study were regularly in contact with attempted suicide patients and directly involved in this group of patients' treatment and care.

Access and ethical considerations

The researchers approached potential participants after the approval of the study

from the directors of Nursing and Medical Services of two general hospitals in Athens area. All potential subjects participated in the study on a voluntary basis. A written statement regarding the purposes, procedures, risks, and benefits of this study was included with each questionnaire. In addition, participants were also informed that the questionnaire was anonymous and the results would be reported as group data. Implied consent to participate was assumed to have been given by those who completed and return the questionnaire.

Data Analysis

Analyses of the data were completed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS v. 15). A descriptive analysis was conducted to describe the characteristics of the sample. Factor analysis was performed to examine the factors structure of the Attitude Towards Attempted Suicide-Questionnaire (ATAS-Q^{9,24}). Internal consistency of the questionnaire was tested by Cronbach's coefficient alpha and rest was calculated using Person's Correlation Coefficient.

Factor analysis

Factor analysis was performed in order to enhance construct validity^{24,25}. Dimensionality of the scale was assessed using truncated principal components analysis with varimax rotation. In the present study an exploratory factor analysis was performed because the study concerned the initial testing of the questionnaire²⁴.

Questions with individual measures of sampling adequacy <0.4 were excluded chronologically, the lower first. Scores were recalculated after each item was removed. The remaining questions were then subjected to principal axis factoring with varimax rotation for the identification of the components. Solutions were initially generated by using eigenvalues set at one as a guide²⁵. Items with factor loading of <0.3 were excluded from the final solution and those appeared in more than one component were included in the highest loading^{24,26}.

Test -Rest Reliability

Cronbach's coefficient alpha was estimated for each factor as well as for the total scale. After performing factor analysis the resultant questionnaire was tested and retested for reliability (stability). In particular, 43 (n=43) out of 186 doctors and nurses, completed the resultant questionnaire again, two weeks after the data collection.

Results

A total of 186 (n=186) doctors and nurses returned the questionnaires, yielding a response rate of 69,4%. The mean age of respondents was 33 years (range, 24-56 years). 64% of the respondents were female and 36% were male and 62% were nurses and 38% were doctors.

The calculated overall Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measurement of sample adequacy was 0.80 which suggests that the data were suitable for a factor analysis. From the factor analysis 8 factors extracted accounted for 55.451% of the total variance. Twenty two items were removed and the resultant "Attitudes Towards Attempted Suicide - Questionnaire" (ATAS-Q) comprised 80 attitudinal items, with a favourable attitude corresponding to 'strongly agree' and unfavourable to 'strongly disagree'. The higher the overall score of the questionnaire indicates more positive attitude towards attempted suicide people. All items of the questionnaire with the factor loading are presented in tables 1-8.

The first factor entitled “positiveness” contains positive and negative attitudes of health care personnel to attempted suicide patients (table 1)

Table 1. The first factor of ATAS-Q	
Factor I (27 items) “Positiveness”	Factor Loading
I would feel ashamed if a member of my family attempted suicide	.39
People who attempt suicide are irresponsible	.60
Once a person attempts suicide, he is suicidal forever	.55
A suicide attempt is essentially a cry for help	-.76
Attempted suicide, such as an overdose of sleeping pills, is more acceptable than violent suicide such as by gunshot	.48
People who attempt suicide have sensibilities that are not detectable by others around them	-.75
Those who attempt suicide are cowards who cannot face life’s challenges	.58
People who attempted suicide occupy more staff time so staff are unavailable to patients who are “in greater need of help”	.41
Empathy demonstrated by the health professional may positively influence an attempted suicide patient to reconsider future suicide attempts	-.76
The majority of people who attempt suicide misuse health care services	.80
Whenever I care for attempted suicide patients I feel uncomfortable	.68
If unpleasant methods (e.g. gastric lavage) are used in the treatment of attempted suicide patients they can prevent the patient from attempting suicide again	.68
Sometime I fell nervous when I have to care for an attempted suicide patient in hospital	.69
A person who has made numerous suicide attempts is at high risk of succeeding in the future and needs help and understanding	-.43
I am happy to care for attempted suicide patients and I feel the same sympathy as I care for other patients	-.74
It is frustrating to treat patients who have attempted suicide	.74
I have difficulties in understanding a person who attempted suicide	.61
I like to help patients who have attempted suicide	-.65
I try to establish communication with an attempted suicide patient so he may express the problems he encounters	-.71
I often feel sympathy and understanding towards attempted suicide patients	-.79
Hospitalized attempted suicide patients will make future suicide attempts, regardless of how supportive health care professionals were to them	.67
I believe that hospitalized, attempted suicide patients will be unable to have a normal life following their discharge	.73
It is difficult and unpleasant to treat an attempted suicide patient	.54
Attempted suicide patients think only of themselves	.79
Attempted suicide patients must be treated using “strict” methods	.77
Attempted suicides are not responsible for their actions but are victims of their environment and they need understanding	-.64
The fact that a person attempted suicide it doesn’t mean that the normal course of their life tipped over	-.76

The second factor comprises attitudinal items which represent the level of “acceptability” of the acts of suicide and attempt suicide to health care personnel.

Table 2. The second factor of ATAS-Q

Factor II (13 items) “Acceptability”	Factor Loading
People with incurable diseases should be allowed to commit suicide in a dignified manner	.62
People who attempt suicide have a high level of responsibility	.35
Attempt suicide is acceptable for old or infirm people	.64
Suicide is an acceptable means to end an incurable illness	.69
There may be situations where the only reasonable resolution is suicide	.75
External factors, like lack of money, are a major reason for suicide	.50
Sometime suicide is the only escape from life’s problems	.73
If someone wants to commit suicide, it is their business and we should not interfere	.51
People who die by suicide should not be buried in the same cemetery as those who die naturally	-.38
Potentially, every one of us can attempt to suicide	.49
People do not have the right to take their own lives	-.56
A suicide attempt is a brave act	.46
An attempt to suicide is an acceptable act in specific cases.	.74

Factor entitled “religiosity” illustrates health care personnel attitudes which consider suicide and attempted suicide in relation to religious issues.

Table 3. The third factor of ATAS-Q

Factor III (7 items) “Religiosity”	Factor loading
The higher incidence of suicide is due to the lesser influence of religion	.53
In general, suicide is a sine not to be condoned	.34
Suicide is a very serious moral transgression	.59
Suicide goes against the laws of God	.74
People who commit suicide lack religious convictions	.63
Most people who attempt suicide do not believe in God	.59
People who attempt suicide are, as a group, less religious	.54

The “professional role and care” factor comprises items which refer to the care that attempted suicide patients receive or should receive as well as aspects of the professional role and work environment of health care personnel.

Table 4. The fourth factor of ATAS-Q

Factor IV (10 items) “Professional role and Care”	Factor loading
Suicide is a natural way of obliterating people with psychiatric problems	.35
Patients in the place/unit I work receive good care	.76
I believe that the training I have completed to date, has given me adequate skills to care for patient who have attempted to commit suicide	.31
In the place I work there is considerable number of employees who have indifferent attitude towards their work	-.44
I think there is esprit de corps in the unit I work	.70
Patients who have attempted suicide are treated with sympathy in the unit where I work	.74
Attempted suicide patients receive a good therapeutic care in the unit where I work	.71
An attempted suicide patient benefits psychologically by his hospitalization in a general hospital	.47
Some attempted suicide patients are aggressive and there is a need for security staff in the unit of the hospital to which they are admitted	.56
When I care for attempted suicide patients, I feel depressed	.40

Factor “manipulation” illustrates health care personnel beliefs that attempted suicide patients try to manipulate their environment.

Table 5. The fifth factor of ATAS-Q

Factor V (6) “Manipulation”	Factor loading
People who attempt suicide are in essence trying to hurt somebody with their actions	.62
Attempted suicide patients mainly try to manipulate their situation to their advantage	.59
Suicide attempters who use public places (such as bridge or tall buildings) are more interested in getting attention	.60
Those people who attempt suicide are usually trying to get sympathy from others	.51
People who bungle suicide attempts really did not intend to die in the first place	.48
People who attempt suicide hope to achieve something other than death	.64

Factor “personality traits” illustrate items that outline the character and traits of people who attempt suicide.

Table 6. The sixth factor of ATAS-Q

Factor VI (4 items) “Personality traits”	Factor loading
Most people who attempt suicide are lonely and depressed	.42
Most people who attempt suicide don't really want to die	.46
Those who threaten to commit suicide rarely do so	.39
People with no roots or family ties are more likely to attempt suicide	.30

The mental illness factor comprises items which relate suicide and attempted suicide to mental illness.

Table 7. The seventh factor of ATAS-Q

Factor VII (8 items) “Mental illness”	Factor loading
Many attempts to suicide are the result of the desire of the victims to “get even” with someone	.59
It is rare for someone who is thinking about suicide to be dissuaded by a “friendly ear”	.38
People who attempt suicide are usually mentally ill	.39
People who attempt suicide and live should be required to undertake therapy to understand their inner motivation	.43
Attempted suicide patients must be treated on a psychiatric ward of a general hospital on the day their admission	.44
People who attempt suicide are so mentally ill that they should be treated in psychiatric hospitals from the outset	.57
People who attempted suicide must be treated by community services	.56
I think I need additional psychiatric training in order to care for the hospitalised attempted suicide patients	-.39

The last factor refers to discriminations attitudes of health care personnel towards suicide and attempted suicide.

Table 8. The eighth factor of ATAS-Q

Factor VIII (items 5) “Discrimination”	Factor loading
Almost everyone has at one time or another thought about suicide	-.32
We care for all attempted suicide patients in the same room/ ward on the unit in which I work	.44
I feel more sympathy towards a person who attempted suicide for the first time than for those who make repeated suicidal attempts	.39
Only health care professionals with psychiatric training should take care of attempted suicide patients	.32
We should have separate rooms in hospitals for the care of attempted suicide patients	.39

The interpretable factors were extracted and the accounting variance of each factor explained as illustrated in Table 9.

Table 9. Factor variance with varimax rotation

Factors	Percentage of variance
“Positiveness”	25.075%
“Acceptability”	7.652%
“Religiosity”	6.516%
“Professional role and Care”	4.017%
“Manipulation”	3.679%
“Personality traits”	3.011%
“Mental illness”	2.923%
“Discrimination”	2.578%
Total Variance	55.451%

Cronbach’s alpha test of reliability was performed for each factor and the overall ATAS questionnaire, results are presented in Table 10. In retest assessment of ATAS- questionnaire revealed Pearson $r = 0.997$.

Table 10. Cronbach’s alpha test of reliability

Factors	Cronbach’s Alpha
“Positiveness”	0.952
“Acceptability”	0.880
“Religiosity”	0.918
“Professional role and Care”	0.786
“Manipulation”	0.749
“Personality traits”	0.589
“Mental illness”	0.833
“Discrimination”	0.655
Total Cronbach’s Alpha	0.962

Discussion

The construction of the Attitude Towards Attempted Suicide Questionnaire is the first attempt in Greece to measure attitude towards attempted suicide people. Factor analysis of the questionnaire suggests that the attitude to suicide and attempted suicide is a complex phenomenon which must be explored in

a number of dimensions rather than just the two opposing poles of positive or negative attitude of respondents⁶. Each factor represents a different dimension to explain the form of health care personnel attitude

towards attempted suicide people. Therefore, the adoption of ATAS-Q makes it possible to measure the attitudes of health care personnel towards people who attempt suicide.

The factors which emerged from factor analysis seem to cover the extension of what is understood as attitude in its cognitive, affective and behavioral component. In particular, the factors which emerged under the title of “positiveness”, “personality”, “mental illness” and “religiosity” illustrate the cognitive aspect of attitude. The factor entitled “acceptability”

represents the affective aspect of attitude. Furthermore, “professional role and care”, “manipulation” and “discrimination” were components of the behavioral aspect of attitude.

Though the factors which emerged reflect the Greek doctors’ and nurses’ attitudes towards attempted suicide it seems that most of them are conceptually similar to those identified by previously validated instruments^{6,20}.

Conclusions

Testing of the ATAS-questionnaire which was constructed by the utilization of validated instruments as well as from attitudinal dimensions of the literature review revealed that is a useful tool in measuring attitudes towards people who have attempted suicide. Testing confirmed high internal consistency and stability as a measurement tool with good face and construct validity.

However, it has to be acknowledged that further refinement is needed, with testing in a larger sample and with variables that may influence health care personnel attitudes towards attempted suicide people.

Bibliography

1. World Health Organization (WHO). Suicide prevention: Emerging from darkness. Geneva:WHO, 2001.
2. Koulouri A. Suicidal behaviour and primary health care services. *Nosileftiki* 2009, 48(3): 292-299.
3. Hawton K. and Catalan J. Attempted Suicide - A Practical Guide to its Nature and management. Oxford University Press, 1982.
4. Sethi S. and Uppal S. Attitudes of clinicians in emergency room towards suicide. *International Journal of Psychiatry in Clinician practice*. 2006, 10 (3): 182-185.
5. Ramon S. Attitudes of doctors and nurses to self-poisoning patients. *Social science and Medicine* 1980, 14: 317-324.
6. Domino G., Westlake L., & Gibson L. Attitudes towards suicide. A factor analytic approach. *Journal of Clinical Psychology*, 1982, 38:257-262.
7. Skevington S. *Understanding Nurses-The social Psychology of Nursing*. John Wiley and Son, LTS, New York, 1984.
8. Botega N.J., Reginato D.G., Da Silva C.P et al. Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. *Rev Bras Psiquiatr*, 2005 27 (4):315-318.
9. Oppenheim A.N. *Questionnaire design, interviewing and attitude measurement*. New Edition, Pinter, London, 1996.
10. Seremet N.K. Needs of the attempted suicide patient in the ICU. *Critical care Nursing Quarterly* 1984, 6 (4): 40-48.
11. Leu SJ. Nurses attitudes and difficulties in nursing intervention toward suicidal behavior in emergency department. Unpublished MSc Dissertation, The Kaohsiung Medical College, Taiwan, 2002.
12. Samuelsson M., Asberg M. & Gustavsson J.P. Attitudes of psychiatric nursing personnel towards patients who have attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1997, 95: 222-230.
13. Sun F.K., Long A. & Boore J. The attitudes of casualty nurses in Taiwan to patients who have attempted suicide. *Journal of Clinical Nursing*, 2007, 16, 255-263.
14. McLaughlin C. Casualty nurses’ attitudes to attempted suicide. *Journal of Advanced Nursing* 1994, 20: 1111-1118.
15. Segal DL., Mincic M.S, Coolidge FL.& O’Riley A. Attitudes toward suicide and suicidal risk among younger and older persons. *Death studies* 2004, 28: 671-678.
16. Wang W.L., Anderson F.R. & Menten J.C (1995). Home health care nurses’ knowledge and attitudes toward suicide. *Home Health Care Nurse*, 1995 13: 64-69.
17. Sun F.K., Long A. & Boore J. The attitudes of casualty nurses in Taiwan to patients who have attempted suicide.

- Journal of Clinical Nursing, 2007, 16: 255-263.
18. Leu SJ Nurses attitudes and difficulties in nursing intervention toward suicidal behavior in emergency department. Unpublished MSc Dissertation, The Kaohsiung Medical College, Taiwan, 2002.
 19. Bailey SR. Critical care nurses' and doctors' attitudes to parasuicide patients. *The Australian Journal of Advanced Nursing* 1994, 11: 11-17.
 20. Suokas J. and Lonnqvist J. Staff's attitudes towards patients who attempted suicide. Ed. by Diekstra et al. *Suicide and its Prevention. The role of attitude and imitation. Advances in Suicidology* 1989, 1:227-248.
 21. Suominen K., Suokas J., Lonnqvist J. Attitudes of general hospital emergency room personnel towards attempted suicide patients. *Nord J Psychiatry*, 2007, 61 (5):387-392.
 22. McAllister M., Creedy D., Moyle W. Farrugia C. Nurses' attitudes towards clinets who self harm. *Journal of Advanced Nursing*, 2002, 40 (5):578-586.
 23. Streiner D.L. & Norman G.R. *Health Measurement Scales: A Practical Guide to their Development and Use*. 2nd ed. Oxford University Press, Oxford, 1995.
 24. Kline P. *An easy Guide to Factor Analysis*. London, Routledge, 1994.
 25. Tompson B. & Daniel L.G. Factor analysis evidence for the construct validity of scores: a historical overview and some guidelines. *Educational and Psychological Measurement* 1996, 56 (2):197-208.
 26. Tabachnick B.G & Fidell L.S. *Using Multivariate Statistics*, 4th ed. Allyn and Bacon, Needham Heights, USA, 2001.

ANEXO B

(Autorização dos Autores para tradução e adaptação ATAS-Q)

Permission to use ATAS-Q Questionary

2 mensagens

Claudia Tavares <claudiatavares71@gmail.com>

23 de Novembro de 2011 22:55

Para: christinaouzouni@yahoo.com

Dear Ms Christina Ouzouni

My name is Cláudia Tavares. I'm a nurse, working in the Emergency department of a Hospital in Portugal.

As part of the frequency of the Master of Mental Health and Psychiatry, I intend to develop an Intervention Project that focuses on the nursing care provided in the emergency department, to the patient made a suicide attempt. In order to assess what the attitudes of nurses towards these patients, I considered important to carry out the translation and validation of questionnaire-Attempted Suicide (ATAS-Q), from the English language to Portuguese and culturally adapted to the Portuguese population. For that reason I come to request your permission to use the Questionary and to translate it to Portuguese .

Thank you for your attention

Cláudia Tavares

Nurse

Christina Ouzouni <christinaouzouni@yahoo.com>

28 de Novembro de 2011 23:28

Responder a: Christina Ouzouni <christinaouzouni@yahoo.com>

Para: Claudia Tavares <claudiatavares71@gmail.com>

Dear Ms Tavares,

thank you for your interest to use ATAS-Q for your study. You have my permission to utilize ATAS-Q and translated it from English to Portuguese with the condition that you will not change questionnaires' name and of course to refer to the original scale either in your master thesis or in any publication you will probably you do. In addition, I would greatly appreciate if you could email me your thesis and/or any relevant publication you will do.

In the meantime I wish you all the very best for your study.

Yours Faithfully

Christina Ouzouni PhD, MSc, MA, RN, RMN

Lecturer in Nursing

From: Claudia Tavares <claudiatavares71@gmail.com>**To:** christinaouzouni@yahoo.com**Sent:** Thursday, November 24, 2011 12:55 AM**Subject:** Permission to use ATAS-Q Questionary

[Citação ocultada]