

Marcelo Filipe Alves Da Silva

Tentativa de Suicídio – Perspectiva dos Enfermeiros de Psiquiatria

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2013

Marcelo Filipe Alves da Silva

Tentativa de Suicídio – Perspectiva dos Enfermeiros de Psiquiatria

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2013

Marcelo Filipe Alves Da Silva

Tentativa de Suicídio – Perspectiva dos Enfermeiros de Psiquiatria

“Trabalho apresentado
à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para a obtenção
da Licenciatura em Enfermagem”

Resumo

Tem-se verificado, nas últimas décadas, um aumento da tentativa de suicídio ao nível da população mundial, com números preocupantes no que concerne à prática ou tentativa de colocar um fim à própria vida.

A enfermagem na área da Psiquiatria, num contexto multidisciplinar, quer ao nível clínico, quer hospitalar, surge como uma via importante de prevenção, identificação e encaminhamento dos pacientes que, por diversos motivos, possam proceder ao suicídio, ou pelo menos à sua tentativa.

Perante este contexto, o objectivo geral desta monografia passar por fazer um estudo de investigação sobre a temática “Tentativa de suicídio – Perspectiva dos Enfermeiros de Psiquiatria”, assente numa base exploratório-descritiva com análise qualitativa dos dados, cujos objetivos principais preconizados são aprofundar os saberes e aptidões oriundos da área de investigação de campo; enriquecer o conhecimento sobre a temática em estudo, através da análise crítico-reflexiva de artigos científicos; dar cumprimento a uma exigência curricular servindo de instrumento de avaliação da disciplina de Projeto de Graduação do 4º ano da licenciatura de Enfermagem e servir de guia orientador para a elaboração de futuros trabalhos de investigação.

Palavras-chave: Tentativa de suicídio; Saúde mental; Psiquiatria; Enfermeiros Psiquiátricos; Fatores de risco; Comportamento auto-prejudicial; Suicídio.

Abstract

There has been, in recent decades, an increase in attempted suicide at the world's population, with numbers concern regarding the practice or attempt to put an end to his life.

Nursing in Psychiatry, in a multidisciplinary context, both at clinical or hospital, emerges as an important route for prevention, identification and referral of patients who, for various reasons, are able to suicide, or at least the attempt.

Against this background, the overall aim of this thesis to go through a research study on the topic "Attempted suicide - Perspective of Nurses in Psychiatry", based on an exploratory and descriptive qualitative data analysis, whose main objectives are recommended deepen knowledge and skills derived from the area of field investigation; enrich knowledge on the subject under study, through critical analysis and reflective papers; satisfy a curricular requirement serving as a tool for assessing the discipline of Project Graduation 4th year degree of Nursing and serve as a guide for guiding the development of future research.

Keywords: Attempt Suicide; Mental Health; Psychiatry; Psychiatric nurses; Risk factors; Self-injurious behavior; Suicide.

Dedicatória

“Dedico todo este trabalho aos meus pais e irmão,
pelos valores transmitidos, pela educação dada,
pelo suporte afectivo, emocional e financeiro,
nos melhores e piores momentos...”

Agradecimentos

A ti Bruno, companheiro de lutas ao longo deste meu percurso académico, ao longo da minha vida. Agradeço-te toda a irritação que aturaste, todas as palavras que ouviste, toda a amizade que me deste. Obrigado por teres essa personalidade fantástica e por me animares quando tudo parecia ter perdido sentido.

À Mestre Manuela Guerra, responsável pela orientação aquando o desenvolvimento do presente estudo de investigação, pela sua total disponibilidade, por todo o apoio prestado, colaboração e valiosos contributos científicos.

À minha Raquel Damas, amiga insubstituível para o resto da vida...a pessoa com quem passei ótimos e maus momentos, mas que esteve sempre lá e me permitiu crescer enquanto profissional e enquanto pessoa.

À Mafalda Miranda, pela amizade incondicional, pelo ombro amigo, por brincadeiras impensáveis...por teres mudado a minha vida em vários aspetos, hoje, fundamentais!

E um último obrigado, mas não menos importante, à Ângela, Liliane e Diana por momentos inesquecíveis, risadas ternurentas, e os melhores momentos de diversão que jamais esquecerei. Obrigado!

Abreviaturas e Siglas

OMS – Organização Mundial de Saúde

HUC – Hospitais Universidade de Coimbra

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

Índice

0 – Introdução.....	1
I – Fase Conceptual	4
1.1. Tema.....	4
1.2. Justificação Do Tema	4
1.3. Pergunta De Partida/Objetivos	4
1.4 - Revisão Teórica.....	6
1.4.1. Suicídio.....	6
1.4.1.1. Fatores De Risco Para O Suicídio	8
1.4.2. Tentativas De Suicídio	11
1.4.3. Relação Entre Suicídio E Tentativa De Suicídio.....	14
1.4.4. Para-Suicídio	14
1.4.5. Ideias Suicidas	15
1.4.6. Epidemiologia.....	17
1.4.6.1. Incidência.....	17
1.4.6.2. Prevalência.....	18
II – Fase Metodológica.....	19
2.1 - Tipo De Estudo	20
2.2 - Seleção Da População Alvo /Amostra	21
2.3 - Instrumento De Recolha De Dados.....	21

2.4 - Previsão Da Análise De Dados	22
2.5 - Considerações Éticas.....	23
2.6 - Limitações Do Estudo	23
III – Fase Empírica	24
3.1. Caracterização Da Amostra.....	24
3.2. Apresentação, Análise E Discussão Dos Resultados.....	25
Conclusão	37
Bibliografia.....	39
Anexos.....	45

Índice de Quadros

Quadro 1 - Apresentação das características da amostra do estudo.....	25
Quadro 2 - Caracterização dos utentes com tentativa de suicídio segundo os entrevistados.....	26
Quadro 3 - Formas de suicídio referenciadas pelos entrevistados.....	28
Quadro 4 - Formas de como estes utentes chegam ao serviço referidas pelos entrevistados.....	30
Quadro 5 - Motivos que levaram os utentes ao suicídio segundo os entrevistados.....	31
Quadro 6 - A resposta dada pelo serviço aos utentes segundo os entrevistados.....	33
Quadro 7 - O encaminhamento dado a estes utentes segundo os entrevistados.....	35

0 – Introdução

No âmbito da Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, foi realizado este trabalho de investigação enquadrado na unidade curricular de Projecto de Graduação, com o intuito de abordar a temática “Tentativa de Suicídio – Perspectiva dos Enfermeiros de Psiquiatria”.

Atualmente, a investigação em Enfermagem assume um papel preponderante na obtenção e solidificação de conhecimentos.

Segundo Collière (1999), “A investigação em enfermagem é uma atitude de interrogação sobre o que se descobre e sobre o que se pode fazer com isso, no âmbito da sua prática, toda a pessoa que presta cuidados deve estar apta a desenvolver esta atitude e aprender a servir-se dela.”.

A Enfermagem define-se como uma profissão de ajuda, cujos valores principais transmitem-se pela forma de saber estar, ser, fazer, tendo em conta a valorização da pessoa e da vida humana, tal como o respeito pela autonomia e liberdade de escolha, o que requer determinadas capacidades indispensáveis ao bom desempenho profissional, grande maioria adquiridas em contexto, ao longo de um processo de formação.

Como ser ativo e integrante da sociedade e aluno de enfermagem que experienciou a tentativa de suicídio do filho de um amigo próximo, os ensinamentos clínicos e prática no estágio de Psiquiatria despoletaram a incessante inquietação de delinear um trabalho de investigação que permitisse abordar a temática supracitada de forma mais aprofundada.

Segundo Fortin (2003), “A investigação científica é em primeiro lugar o processo, um processo sistémico que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação. Este processo comporta certas características inegáveis, entre outras: ele é sistemático e rigoroso e leva a aquisição de novos conhecimentos.”.

O método de investigação é percebido como um mecanismo próprio para a recolha ou análise de dados, em consonância com os objectivos traçados pelo investigador. Os objectivos da investigação pretendem dar resposta à questão de investigação.

De acordo com Fortin (2003) “o objectivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis chave, a população alvo e a orientação da investigação.”.

Assim, para a consecução deste trabalho de investigação, foram estabelecidos os presentes objetivos académicos:

- Aprofundar os saberes e aptidões oriundos da área de investigação de campo;
- Enriquecer o conhecimento sobre a temática em estudo, através da análise crítico-reflexiva de artigos científicos;
- Dar cumprimento a uma exigência curricular servindo de instrumento de avaliação da disciplina de Projeto de Graduação do 4º ano da licenciatura de Enfermagem;
- Servir de guia orientador para a elaboração de futuros trabalhos de investigação.

De modo a obter uma melhor interpretação de todo o trabalho executado, existiu uma divisão metodicamente estruturada que resultou em diferentes capítulos e subcapítulos na redação da mesma. Deste modo, o trabalho inicia-se por uma introdução, que procura explicitar de forma clara e organizada todo o trabalho desenvolvido e onde são apresentados os objectivos inicialmente propostos. Seguem-se três fases principais, a fase conceptual, fase metodológica e a fase empírica. No que concerne à fase conceptual esta consiste na apresentação do tema e justificação do mesmo, bem como a pergunta de partida e, ainda, toda uma componente de revisão teórica que visa a exposição de conteúdos publicados e aceites na literatura, que serviram de ponto de partida para a argumentação, comparação e discussão dos resultados obtidos ao longo de toda a

investigação de campo. Já referente à fase metodológica, esta é referente ao tipo de estudo, seleção da população/amostra, instrumento de recolha de dados, previsão da análise de dados, considerações éticas e limitações do estudo. Por fim, mas não menos importante, a fase empírica, onde se encontra a caracterização da amostra e a apresentação, análise e discussão dos resultados. Na fase final, irá ser apresentada a conclusão do trabalho precedida da bibliografia que serviu de suporte teórica a este estudo.

I – Fase Conceptual

Conceptualizar refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com o intuito de uma concepção clara e organizada do objecto de estudo. A fase conceptual começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação (Fortin, 2003).

1.1. Tema

O tema escolhido para a realização desta Monografia foi a “Tentativa de Suicídio – Perspectiva dos Enfermeiros de Psiquiatria”.

1.2. Justificação do tema

Após apresentação do tema deste trabalho monográfico, será importante perceber quais as motivações para a escolha do mesmo, onde o investigador pretende explicar a importância de estudar esta questão (Fortin, 2003).

Esta assenta principalmente em motivações pessoais e académicas do investigador. A escolha da temática deste trabalho de investigação vai de encontro quer ao interesse pessoal, quer às vivências académicas. A curiosidade foi despertada durante o seguimento de um caso de um filho de um amigo próximo, menor de idade, que tentou suicidar-se.

1.3. Pergunta de Partida/objetivos

Após apresentação do argumento e motivação que me levaram à escolha deste tema, é necessário referir que o presente estudo, tem por intuito procurar responder à seguinte questão: “ Qual a expressão da tentativa de suicídio – Na Perspectiva dos Enfermeiros de Psiquiatria?”.

Após a formulação da questão de investigação, seguem-se os objetivos de estudo, que segundo Fortin, M.-F., Côté, J., Vissandjée, B. (2003), não são nada mais do que um enunciado declarativo que refere as variáveis chave, a população alvo e a orientação de investigação procurando indicar o propósito desta. Assim, os objetivos do estudo são:

- Conhecer quais as características dos utentes que tentaram o suicídio;
- Compreender quais os motivos que os levaram ao suicida;
- Conhecer o encaminhamento dado aos estes.

A partir da formulação dos objetivos acima expostos, emergem as questões orientadoras para a consecução do estudo de investigação. Neste sentido, as questões dirigentes do estudo encontram-se abaixo discriminadas:

- Quais as caraterísticas dos utentes que tentaram o suicídio?
- Quais os motivos que levaram a tentativa de suicídio?
- Qual os encaminhamentos dado aos utentes?

Com a redação dos objetivos e das questões orientadoras, obtém-se a base orientadora para estabelecer todos os elementos de um estudo de investigação.

1.4 - Revisão Teórica

1.4.1. Suicídio

O Comportamento suicida é uma expressão que cobre uma série de fenómenos ligados ao suicídio, dos quais os mais relevantes são o suicídio propriamente dito e a tentativa de suicídio (Bertolote, J. M., Mello-Santos, C., Botega N. J., 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio é um óbito que resulta de uma ação ou omissão iniciada com a intenção de causar a morte e com a expectativa desse desfecho (Bertolote, J. M., Mello-Santos, C., Botega N. J., 2010).

A palavra suicídio vem da expressão latina “sui caedere”, que significa “matar-se”, e foi utilizada pela primeira vez em 1717 por Desfontaines. Por vezes designado como “morte voluntária”, “morte intencional” ou “morte auto-infligida”, na língua portuguesa esta palavra significa o ato deliberado pelo qual um indivíduo possui a intenção e provoca a própria morte (MacLean, 1990).

O Suicídio é um ato que gera repercussões importantes em todos os contextos, que vai desde o familiar até ao contexto social, incluindo os profissionais de saúde. O suicídio descreve uma situação em que o sujeito opta por pôr um fim à própria vida, tentando deste modo livrar-se de uma condição de dor psíquica insuportável (Kaplan, H., Adanek, M., Martin, J., 2001; Schmitt, R., *et al.*, 2001; Ferreira M. H., *et al.*, 2007).

Este conceito de suicídio tem implicações diretas ao nível do diagnóstico e intervenção, ou seja, para a compreensão do ato suicida, enquanto atentado à própria vida, é necessário que se proceda a uma análise das características da personalidade do indivíduo.

O termo suicídio é aplicado nos casos de morte que seja resultante direta ou indiretamente

de um ato positivo ou negativo da própria vítima com conhecimento de que um determinado ato produzirá tal resultado (Kaplan, H., Adanek, M., Martin, J., 2001; Collett, B., *et al.*, 2003).

O suicídio é uma morte intencional auto-infligida, um ato aleatório sem finalidade, uma forma de escape a um problema ou crise que causa imenso sofrimento, associado à necessidade não satisfeita, sentimento de desespero, conflito ambivalente entre a sobrevivência e um stress insuportável, um estreitamento entre a opção percebida e a necessidade de fuga (Kaplan, H., Adanek, M., Martin, J., 2001).

De acordo com a literatura, o suicídio é mais frequente entre os homens com idades compreendidas entre 25 e os 35 anos, ao passo que as tentativas de suicídio são mais usuais em mulheres com idades entre os 18 e os 30 anos. Existem alguns indicadores de suicídio, embora novamente não exista consenso entre os autores: o suicídio estaria altamente relacionado aos desempregados, caucasianos, com patologia psiquiátrica, associado ao uso abusivo de álcool e drogas, tal como com tentativa de suicídio anterior (Schmitt, R., *et al.*, 2001; Kaplan, H., Adanek, M., Martin, J., 2001; Collett, B., *et al.*, 2003).

Anualmente, o suicídio representa cerca de um milhão de mortes, prevendo-se que este número aumente para 1,5 milhões em 2020, de acordo com a OMS. Cerca de um quarto das mortes afetam jovens até aos 25 anos, representando aproximadamente 20 milhões de anos de vida potencialmente perdidos (Schmitt, R., *et al.*, 2001; Kaplan, H., Adanek, M., Martin, J., 2001; Collett, B., *et al.*, 2003).

Por cada suicídio consumado estima-se que haja cerca de 20 a 30 comportamentos suicidários, em que só um quarto tem contato com os serviços de saúde (Kaplan, H., Adanek, M., Martin, J., 2001; Collett, B., *et al.*, 2003; Rapeli C.B., Botega N.J., 2005; Stefanello, S., *et al.*, 2008).

As taxas globais de suicídio são expressas em números de casos por 100.000 habitantes. Os

coeficientes de mortalidade passaram de 35 por 100 mil habitantes por ano em países do Leste Europeu (Por exemplo Lituânia, Estónia, e Rússia). E representa menos de 10 por 100 mil habitantes em países como Portugal, Itália, Espanha, Reino Unido. Os números de suicídio no século XXI duplicaram em relação à década de 90 em Portugal. Estima-se anualmente, o registo nos Serviços de Urgência, de cerca de 20 a 30 mil casos de comportamentos suicidários (Freitas, G. V. S., 2002; Botega N. J., *et al.*, 2005).

De acordo com a OMS houve uma redução do número de suicídios em Portugal por volta dos anos 90. De acordo com alguns estudos cerca de 3.000 pessoas por dia cometem suicídio no mundo, o que significa que em cada 30 segundos uma pessoa põe fim à própria vida. Estima-se que para cada pessoa que consegue suicidar-se houve 20 ou mais tentativas sem sucesso. Os comportamentos para-suicidas estão a aumentar de forma preocupante em alguns Países Ocidentais (Rothschild, A., J., 1997; Kaplan, H., Adanek, M., Martin, J., 2001; Botega N.J., 2007; Werlang B.S.G., Botega N.J., 2007).

1.4.1.1. Fatores de risco para o suicídio

Existe consenso entre suicidologistas de que o suicídio é um fenómeno multifacetado, complexo e universal que atinge todas as culturas, classes sociais, idades e possui uma etiologia multivariada, englobando elementos biológicos (neurológicos), genéticos, sociais psicológicos (conscientes e inconscientes), culturais e ambientais (Falconi, 2003).

Existe uma vasta série de conjunturas envolvendo o risco de suicídio na clínica que podem alterar, desde idealizações ligeiras até ao paciente que chega em coma por ingestão de medicamentos. A avaliação do risco de suicídio é um desafio e geralmente mais importante do que procura da causa imediata. Embora a conduta suicida tenha um espectro amplo, parece haver uma diferença no perfil dos pacientes que tentam suicídio e aqueles que realmente concretizam o ato.

Os fatores de risco incluem as características que foram estudadas em grandes populações e

que permitem o seu estudo de forma isolada, estando associados a um aumento da probabilidade de suicídio (New Zealand Guidelines Group, 2003).

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

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

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

Segundo a Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2009), os fatores de risco ou facilitadores do suicídio podem ser classificados resumidamente em quatro «categorias», nomeadamente (disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/gobp_MCEESMP.pdf):

Psicopatológicos	<ul style="list-style-type: none">• Depressão endógena, esquizofrenia, alcoolismo, toxicodependência e distúrbios de personalidade;• Modelos suicidários: familiares, pares sociais, histórias de ficção e / ou notícias veiculadas pelos media;
------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamentos suicidários prévios; • Ameaça ou ideação suicida com plano elaborado; • Distúrbios alimentares (bulimia).
<p>Pessoais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ter entre 15 e 24 anos ou mais de 45; • Pertencer ao sexo masculino e raça branca; • Morte do cônjuge ou de amigos íntimos; • Escolaridade elevada; • Presença de doenças de prognóstico reservado (HIV, cancro, etc.); • Hospitalizações frequentes, psiquiátricas ou não; • Família atual desagregada: por separação, divórcio ou viuvez.
<p>Psicológicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de projetos de vida; • Desesperança contínua e acentuada; • Culpabilidade elevada por atos praticados ou experiências passadas; • Perdas precoces de figuras significantes (pais, irmãos, cônjuge, filhos); • Ausência de crenças religiosas.

Sociais	<ul style="list-style-type: none">• Habitar em meio urbano;• Residir em meio rural a sul do Tejo;• Desemprego;• Mudança de residência;• Emigração;• Falta de apoio familiar e / ou social;• Reforma;• Acesso fácil a agentes letais, tais como armas de fogo ou pesticidas;• Estar preso.
---------	---

1.4.2. Tentativas de suicídio

A OMS define a tentativa de suicídio como o comportamento suicida não fatal para os atos que não resultem em morte. É caracterizada por gestos auto-destrutivos que não conduzem à morte, tais como a mutilação do próprio ou o seu envenenamento mas, com intenção de morte. Estes gestos surgem como uma estratégia para resolução de um problema, como a última alternativa após terem sido esgotadas todas as outras possibilidades para o indivíduo (Rapeli, C. B., Botega, N.J., 1998; Desviat, M., 1999; Rapeli, C.B., Botega, N.J., 2003).

As tentativas de suicídio, ao contrário do para-suicídio, caracterizam-se por atos levados a cabo por um indivíduo e que não resultam na própria morte, mas que por razões diversas não é alcançada esse objectivo. Nas tentativas de suicídio o nível de intencionalidade suicida é superior em relação ao para-suicídio, o que constitui a principal diferença entre estes actos (Rapeli, C. B., Botega, N. J., 1998; Desviat, M., 1999; Kaplan, H., Adanek, M., Martin, J., 2001; Rapeli, C. B., Botega, N. J., 2003; Werlang, B. S. G., Botega, N. J., 2004).

Em relação aos acidentes provocados pelos doentes com intenção suicida como a precipitação propositada de um local bastante alto, considera-se como uma tentativa de suicídio caso não resulte na própria morte. É importante referir que é neste quadro que resultam a maior parte de incapacidades físicas (Hackberger, R., *et al.*, 1988; Gupta, S., *et al.*, 1998; Schou, M., 1998).

Estima-se que, para cada suicídio, existem pelo menos dez tentativas suficientemente sérias ao ponto de exigir atenção médica, e, para além disso, mais para cada tentativa de suicídio registada, existem quatro não conhecidas. As tentativas de suicídio devem ser encaradas com seriedade, como um sinal de alerta revelando associação de fenómenos psicossociais complexos (Rapeli, C. B., Botega, N. J., 1998; Desviat, M., 1999; Schmitt, R., *et al.*, 2001; Rapeli, C. B., Botega, N. J., 2003).

Em relação às relações associadas entre idade, sexo e suicídio, assim como a frequência, os estudos referem que geralmente os fatores de risco não funcionam como causa por si só, mais sim associados a patologias (Santos, N., Sampaio, D., 1997).

Os estudos feitos por Lopes, P., Barreira, D., Pires, A. (2001), referem que deve ser tomado como um fator que potencializa o comportamento para-suicida, o desespero ou falta de esperança, perturbações afectivas, ideias suicidas, história de abuso de álcool ou drogas e factores demográficos como idade, sexo, e raça.

A falta de esperança é um factor relevante entre a depressão e a intenção suicida nos para-suicidas. A literatura refere haver falta de esperança como uns dos principais factores para o comportamento para-suicida em relação à depressão constitui um forte indicador de intenção suicida (Fleischmann, A., *et al.*, 2005).

Os principais factores precipitantes nas tentativas de suicídio, intoxicação alcoólica, o álcool utilizado como principal ansiolítico em Portugal, é barato, sempre disponível e acessível o que o torna como sendo um importante factor potencializador de

comportamentos auto-destrutivos e um potente factor de risco no momento da morte (Hillard, J., 1983; Hackberger, R., *et al.*, 1988).

Entre alcoolismo e depressões existem três características que marcam o ato suicida: A impulsividade da tentativa, o aumento do consumo de álcool na véspera e a intoxicação alcoólica que precede a tentativa (Shah, A., Padayatchi, M., Das, K., 2008).

Nos comportamentos suicidas é necessário conhecer os fatores de risco que promovam a destruição de ideias erradas ou mitos, podendo o suicídio ser um ato aleatório ou resultar unicamente de um sofrimento ou ambas (Collett, B., *et al.*, 2003).

Em relação ao apoio às vítimas de suicídio podem ser necessárias intervenções a nível hospitalar nos serviços de emergências clínicas ou cirúrgicas, com o propósito de assegurar o bem-estar. Recomendam-se intervenções a nível da prevenção de complicações médicas. Os cuidados de saúde são prestados por equipas multidisciplinares. Os profissionais de saúde dos serviços de urgência e emergência avaliam a necessidade de transferir aos serviços mais especializados. Após exame clínico habitual no atendimento aos pacientes a equipa de assistentes sociais avalia os recursos do paciente como: Avaliação da capacidade laboral, capacidade de resolução de problemas, recursos materiais (habitação, alimentação), suporte familiar relação com a família, proximidade e confiança entre os membros da família ou conflitos (Rothschild, A., J., 1997; Baptista, M. N., 2005).

Alguns estudos referem que em 50% das precipitações de tentativas de suicídio estas associam-se a variados fatores, entre os quais, os stressantes ou problemas psico-sociais crónicos, tais como, as questões jurídicas, perda de entre queridos luto, doenças físicas crónicas, desemprego, eventos de vida adversa, nas presenças de perturbações depressivas; e os conflitos interpessoais, tais como agressões físicas desentendimento e divórcios (Botega N. J., *et al.*, 2005).

1.4.3. Relação entre suicídio e tentativa de suicídio

A partir dos anos 60 assiste-se, no mundo ocidental, a um aumento dos comportamentos parasuicidários, sendo este aumento, particularmente significativo no sexo feminino (Saraiva, C., *et al.*, 1996). Atualmente as tentativas de suicídio são cada vez mais comuns, entre os adolescentes, sobretudo nos meios urbanos e suburbanos.

Desde os anos 80 que a OMS preocupada com a tendência na Europa para a subida das tentativas de suicídio definiu como 12ª prioridade, no âmbito da saúde, intervir na área dos comportamentos suicidários no sentido de controlar esta tendência (Saraiva, C., *et al.*, 1996).

Ao contrário do suicídio, nas tentativas de suicídio verifica-se que são as raparigas que mais as cometem. De um modo geral, nos jovens, as raparigas fazem mais tentativas de suicídio usando métodos menos violentos e de menor letalidade, enquanto que os rapazes suicidam-se mais e recorrem a métodos mais letais. Estes sentidos da proporção dos comportamentos suicidários masculinos e femininos mantêm-se nas faixas etárias dos adultos e dos idosos.

Existe um estudo epidemiológico conduzido em Coimbra, pela Consulta de Prevenção do Suicídio dos HUC (Saraiva, C., *et al.*, 1996), que verificou que indivíduos do sexo feminino com menos de 25 anos cometem mais tentativas de suicídios que as suas equivalentes europeias. A estimativa é que a taxa anual de tentativas de suicídio seja cerca de 40 vezes superior à taxa de suicídios consumados. Todavia, esta é uma estimativa que carece de estudos epidemiológicos mais aprofundados e alargados ao nível das tentativas de suicídio.

1.4.4. Para-suicídio

Este é definido como um ato não fatal, no qual ocorre a prática de um comportamento invulgar, sem intervenção de terceiros, do qual resultam lesões a si próprio ou a ingestão de substâncias em excesso, para além da dose prescrita, reconhecidas geralmente como terapêutica, com vista a conseguir modificações imediatas com o seu comportamento ou a partir de eventuais lesões físicas consequentes (Werlang, B.S.G., Botega, N.J., 2004).

A pesquisa bibliográfica indica a existência de uma maior incidência nas mulheres, sobretudo em idade jovem, sendo este tipo de comportamento frequentemente associado a um conjunto de perturbações emocionais, caracterizando-se pela prática de atos que simulam a vontade de colocar um término à vida, mas com a particularidade de deixar pistas para que o ato não resulte na própria morte (Werlang, B.S.G., Botega, N.J., 2004).

Nos comportamentos para-suicidários estima-se existir um aumento de 25%, desde o início dos anos 90, sobretudo entre jovens, do sexo feminino. Frequente entre os 15 e os 24 anos, associado a conflitos do quotidiano aos olhos de terceiros, enveredam por comportamento de auto-destruição, designadamente intoxicações medicamentosas ou corte de pulsos. (Werlang, B. S. G., Botega, N. J., 2004)

A auto-mutilação trata-se de uma auto-lesão deliberada, em que a manifestação mais frequente consiste no corte superficial do pulso ou do antebraço com uma lâmina de vidro ou outro objeto cortante seguido por queimadura de cigarro (Werlang, B.S.G., Botega, N.J., 2004).

Este é um comportamento que tem uma dimensão cada vez maior, não só em Portugal, mas em toda a Europa, fazendo com que a os profissionais de saúde se questionem sobre uma série de pressupostos (Kaplan, H., Adanek, M., Martin, J., 2001).

1.4.5. Ideias suicidas

São definidas como pensamentos e cognições sobre a intenção de acabar com a própria vida que pode ser visto como um precursor de outro comportamento suicida mais grave (Baptista, M. N., 2005).

Os indivíduos com ideias suicidas geralmente tem planos e desejos de cometer suicídio mas podem não ocorrer tentativas abertas de suicídios recentes (Bertolote, J.M., *et al.*, 2005).

A noção de ideias suicidas pode ser reconhecida desde ideias não específicas de inutilidade como a “vida não vale a pena ou eu queria estar morto” (Fleischmann, A., *et al.*, 2005).

Ideias específicas podem ser acompanhadas de intenção de morrer e/ou de um plano suicida bem elaborado pelo próprio (Suominen., K., Isometsa., E., Lonnqvist., J., 2004; Bertolote, J.M., *et al.*, 2005).

A intenção suicida é genuína e com frequência ambivalente em relação à morte e a certeza do propósito da morte pode ser variável. Geralmente ocorre em pacientes com humor disfórico, com sentimentos de inutilidade, falta de esperança, perda da auto-estima, e desejo de morrer.

A identificação da intenção suicida em alguns casos passa despercebida, podendo não haver pistas ou ser negligenciada. É necessário ter em conta que o problema não escolhe raça, condição, estatuto, sexo, entre outros, podendo acontecer em qualquer família, devendo ter-se sempre em consideração a existência de uma comunicação prévia de que iria ou vai matar-se que podem ser de várias formas, dependendo da criatividade do autor. Podendo ser em forma de mensagem ou carta de despedida, podem haver ou não situações em que o ato é planeado ao detalhe e com precaução em especial do local em que a ausência de pessoas será importante para que o socorro não ocorra ou não seja descoberto a tempo (Shah, A., Padayatchi, M., Das, K., 2008).

Pode indicar potencial suicida, no caso de não procurar ajuda após a tentativa fracassada, a utilização de métodos violentos ou uso de drogas mais perigosas, crenças de que o ato seria irreversível e letal havendo a precaução de tomar providências finais como: Conta bancária, escrituras de imóveis, seguro de vida antes do ato até uma afirmação clara expressando a vontade de morrer e arrependimento por ter sobrevivido (Fleischmann, A., *et al.*, 2005).

1.4.6. Epidemiologia

Desde o séc. XIX que os investigadores sociais têm vindo a constatar a existência de diferenças entre sexos e idades nos comportamentos suicidários, todavia, têm demonstrado grandes dificuldades em explicá-las (Girard, 1993).

Para além disso, não existem muitos estudos sistematizados acerca das idades padrão do suicídio (Alte da Veiga, F., Saraiva, C., 2003).

Qualquer que seja a forma de abordar a epidemiologia do suicídio, a mesma não deverá ter a pretensão de captar totalmente o fenómeno. Conquanto, os dados estatísticos e as pesquisas epidemiológicas fornecem visões macroscópicas que contribuem e enriquecem a compreensão do problema, nomeadamente tendo presente a conjugação das leituras críticas com as leituras sintomáticas dos dados. A procura de padrões na distribuição dos casos no espaço e tempo, a detecção de determinadas regularidades ou aglomerações anómalas, tornam-se essenciais na identificação de necessidades e na definição de políticas e estratégias de intervenção.

1.4.6.1. Incidência

Na última década, de acordo com os dados do Eurostat (2013), a taxa de suicídios em Portugal tem oscilado entre 4,5 por 100.000 habitantes em 1999 e 10,3 em 2010, com picos em 2002 (10,1), 2003 (9,4) e 2004 (9,6). Segundo os dados do Instituto Nacional de

Estatística (INE), o número de suicidas variou entre 519 no ano de 2000 e 1098 no ano de 2010, tendo-se registado 1012 casos em 2011, o que é traduzido num aumento da taxa de suicídio superior a 100% num período de 3 a 4 anos. É procurada a razão, numa perspectiva psiquiátrica e sociológica, para este aumento. (Werlang, B.S.G., 2003; Rapeli C.B., Baptista, M. N., 2005; Botega N.J., 2005). Conquanto, a investigação realizada em Portugal a este nível, tendo em conta as suas limitações, coloca em causa a validade e fiabilidade destes números, que aparecem seriamente comprometidas, não apenas pelo elevado número de mortes violentas de etiologia indeterminada mas também por incorreções na certificação de óbitos.

1.4.6.2. Prevalência

É estimado que em Portugal ocorram sensivelmente mil suicídios por ano, continuando, em termos estatísticos, a colocar no cimo da tabela o Alentejo, o Algarve e a grande Lisboa. (Botega N.J., *et al.*, 2005; Preston, E., *et al.*, 2005).

De acordo com os dados recentes do instituto nacional de estatística (INE) estima-se que em Portugal ocorrem em todos os anos cerca de 600 casos de suicídio e 2400 comportamentos para-suicidas (disponível em www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=66023625&att_display=n&att_download=y).

II – Fase Metodológica

A orientação de um trabalho de investigação científica é a chave para a correta seleção da melhor abordagem de uma temática.

O conhecimento científico é obtido pela aplicação do conhecimento empírico, sendo os estudos de investigação uma excelente ferramenta par essa finalidade. De acordo com Fortin, M.-F., Côte, J., Vissandjée, B. (2003), esta é uma “ aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam duma investigação”, que respeita os critérios de um processo sistemático e rigoroso. A investigação torna-se categórica para a evolução das ciências de enfermagem, na medida que esta tem por objetivo “o estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem, o qual conduz à descoberta e ao desenvolvimento de saberes próprios da disciplina” (Fortin, M.-F., Côte, J., Vissandjée, B., 2003).

De acordo com os autores supracitados, o processo de investigação é dividido em três fases, nomeadamente, a fase conceptual, metodológica e empírica.

No que concerne à fase conceptual, esta é surge perante a necessidade de responder a uma incerteza. Fortin, M.-F., Côte, J., Vissandjée, B. (2003), referem que é impreterível nesta primeira fase proceder a uma revisão da literatura, quer de cariz sistemático, quer bibliográfico, para que o investigador adquira o domínio dos conhecimentos atuais sobre a temática em estudo. Esta revisão da literatura direciona o investigador para o tipo de questão e o método de investigação a utilizar.

Relativamente à fase metodológica, a mesma é definida por Fortin (2003) como um “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”, permitindo definir o desenho de investigação, a população, a amostra, as variáveis e os métodos de colheita e análise de dados.

Por fim, a fase empírica assenta na implementação da fase precedente, como refere Fortin, M.-F., Côte, J., Vissandjée, B. (2003), “esta fase inclui a colheita de dados no terreno seguida da organização e tratamento dos dados”, posteriormente realiza-se a análise e extrapolação de resultados.

Neste capítulo irá descrever-se a fase concetual e metodológica pelo investigador adotado no estudo.

2.1 - Tipo de Estudo

O desenvolvimento de um trabalho de investigação exige a distinção sobre as forma mais apropriadas para estudar o que se pretende, bem como delinear o método de estudo que melhor se adapta.

A escassez de referências bibliográficas sobre o domínio da questão de investigação do presente estudo orienta para um estudo exploratório-descritivo, sendo esta ideia suportada por Fortin, M.-F., Fillion, F. (2003). O estudo exploratório-descritivo, visa “denominar, classificar, descrever uma população ou concetualizar uma situação” (Fortin, 2003) do ponto de vista da pessoa.

Com base no propósito do presente estudo, ou seja, conhecer quais as perspectivas dos enfermeiros de Psiquiatria quanto a Tentativa de Suicídio, o método de investigação a delineado orientou-se para um estudo qualitativo.

Com este último, é pretendido compreender em toda a extensão os fenómenos em estudo, sem interferência, como defendido por Fortin, M.-F., Côte, J., Vissandjée, B. (2003). Assim, e ainda de acordo com os autores anteriormente referidos, é pretendido descrever e interpretar as experiências do Enfermeiro em relação ao assunto tentativa de suicídio.

2.2 - Seleção da População Alvo /Amostra

O processo de investigação para ser bem sucedido, para além de estar intrinsecamente ligado ao fenómeno em estudo depende, ainda, das fontes de dados ligados a esse estudo, ou seja, à população alvo sobre a qual se debruçará o estudo.

A amostra deste estudo será constituída tendo em conta alguns critérios de seleção, nomeadamente: Enfermeiros que trabalham na área de Psiquiatria, pelo menos com um ano de experiência e após serem esclarecidos sobre o estudo e terem assinado o consentimento informado (Anexo I).

2.3 - Instrumento de Recolha de Dados

Num estudo de investigação, uma das etapas importantes é a recolha de dados, sendo esta, um conjunto de processos e meios que se utilizam para obter a recolha de dados necessária para dar resposta às questões de investigação. De acordo com Fortin, M.-F., Grenier, R., Nadeau, M. (2003), a escolha do instrumento de recolha de dados prende-se pelo tipo de estudo e pelos objetivos estabelecidos para o mesmo.

De modo a realizar uma descrição astuta, intensa e fiel da experiência relatada pelos Enfermeiros de Psiquiatria, optou-se por uma entrevista áudio-gravada. Esta é definida por Fortin, M.-F., Grenier, R., Nadeau, M. (2003), como sendo “um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação”. Este método é, de acordo com os autores supracitados, “utilizado nos estudos exploratórios-descritivos”.

Uma vez que este é um estudo de cariz qualitativo, de entre os tipos de entrevista existentes, selecionou-se a entrevista parcialmente estruturada. De acordo com Fortin (2003), recorrendo a este instrumento, o investigador apresenta ”uma lista de temas a

cobrir, fórmula questões a partir destes temas apresentando-os ao respondente segundo uma ordem que lhe convém”. Como refere Wilson (citado por Fortin, M.-F., Grenier, R., Nadeau, M., 2003), este método de recolha de dados visa dar resposta a todos os temas propostos.

Como instrumento de auxílio na implementação da entrevista, procedeu-se pela construção de um guião, apresentado no anexo II, de forma a conter as perguntas correspondentes aos temas centrais e, enquanto guião, serviu de fio condutor no decorrer da entrevista.

Cada entrevista teve a duração necessária para que os enfermeiros pudessem responder com o máximo de tranquilidade e à vontade possível. As referidas entrevistas foram gravadas, após consentimento dos entrevistados, com recurso a um gravador áudio, de modo a proporcionar ao entrevistado a sua liberdade de percurso, a livre exposição oral dos seus conhecimentos e das suas expectativas.

A colheita de dados foi realizada entre o dia 11 de Setembro de 2013 e 18 de Setembro de 2013. O processo da execução das entrevistas teve uma duração média de 10 minutos.

2.4 - Previsão da Análise de Dados

Ulteriormente à seleção do instrumento de recolha de dados, precede-se à sua aplicação prática. Destes surgem dados em bruto que serão transcritos na íntegra, e posteriormente serão tratados e analisados adequadamente para poderem ser discutidos à *posteriori*.

Com base no método de recolha de dados empregado e tratando-se de um estudo qualitativo, segundo Dubouloz (2003), a análise de dados utilizada é a análise descritiva fenomenológica. Esta é definida “como a busca de sentido numa descrição da experiência humana, ela fica ligada aos enunciados verbais dos co-investigadores, a fim de colocar em evidência as unidades de significação da experiência.” (Dubouloz, 2003)

2.5 - Considerações Éticas

Os princípios morais e éticos, em qualquer investigação que envolva a participação de seres humanos, devem estar salvaguardados, de modo a que os direitos dos Enfermeiros que irão participar no estudo estejam protegidos. Este tipo de estudos torna os seres humanos susceptíveis a malefícios no que concerne aos seus direitos e liberdades, pelo que se torna indispensável que se tenha em atenção todas as medidas que garantam a proteção da pessoa.

Estando implícitas todas as necessidades éticas e morais, será atribuído ao Enfermeiro uma catalogação, em que a pessoa recebe a designação de Entrevistado nº: x, em que a letra “x” é correspondente ao número do entrevistado. O objetivo desta estratégia é permitir ao investigador identificar os resultados da entrevista, sem pôr em causa a privacidade dos inquiridos, respeitando o anonimato e não provocando nenhum custo nem dano moral para o participante.

De modo a garantir a preservação dos direitos dos participantes, estes deverão ser contactados pessoal e individualmente, com vista a sua elucidação sobre os objetivos do estudo e do teor da entrevista. Serão ainda informados que poderão desistir do estudo se assim o desejarem sem que daí advenha nenhum prejuízo. Após o cumprimento de todos estes requisitos e se assim consentido, as entrevistas serão áudio-gravadas para posterior tratamento de dados.

2.6 - Limitações do Estudo

Partindo do princípio que qualquer estudo de investigação está sujeito a possíveis limitações, este não é exceção, tendo limitações em dois níveis.

A primeira limitação deste estudo prende-se com a inexperiência enquanto investigador, o que culminou numa dificuldade na definição de toda a metodologia.

A segunda refere-se à dificuldade em desenvolver todo o estudo de investigação no limite de páginas.

III – Fase Empírica

Como afirma Fortin (2003), é nesta etapa que está incluída a colheita de dados, e é onde se faz a organização e o tratamento dos resultados. Nesta fase da investigação passa-se à interpretação, análise e conclusão dos resultados.

Findada a etapa da colheita de dados foi necessário efectuar a análise e a interpretação dos mesmos que, de acordo com a metodologia utilizada, foi iniciada com a transcrição das entrevistas e respectiva análise de conteúdo. Assim neste capítulo encontra-se uma parte referente à caracterização da amostra, a apresentação dos resultados obtidos através das entrevistas efectuando-se uma análise deste, e a apresentação das respostas obtidas, para o cumprimento dos objectivos desta investigação.

3.1. Caracterização da amostra

Para realização deste trabalho de investigação, a amostra escolhida foi constituída por quatro enfermeiros com características próprias de acordo com a necessidade para dar resposta aos objectivos pretendidos.

No quadro seguinte apresentam-se as características da amostra do estudo.

Quadro 1: Apresentação das características da amostra do estudo.

	Idade	Género	Grau Académico	Anos de prática	Serviço
X1	32	Feminino	Licenciatura	2 anos e 1 mês	Internamento
X2	27	Masculino	Licenciatura	3 anos e 6 meses	Internamento
X3	39	Masculino	Especialidade	13 anos	Internamento
X4	38	Masculino	Especialidade	18 anos	Internamento

Os dados a seguir representados foram seleccionados de acordo com as respostas dadas pelos entrevistados.

Os entrevistados foram identificados através de uma letra E de entrevista e, atribuído a cada entrevista, um número que foi de 1 a 4.

3.2. Apresentação, análise e discussão dos resultados

Os dados referentes a análise qualitativa efectuada a cada uma das questões levantadas, serão apresentados através de tabelas sínteses. Através destas, foram identificadas nas respostas dadas pelos entrevistados, das quais emergiram as categorias e subcategorias que foram colocadas nas tabelas resumo que se seguem e que respondem as questões e objectivos inicialmente propostos.

De acordo com as tabelas que serão apresentadas, será feita a interpretação dos dados recolhidos aquando dos entrevistados. Segundo Fortin (2003) a fase da interpretação dos dados exige uma reflexão intensa e um exame profundo de todo o processo de investigação (...) nesta última parte o investigador retira a significação dos resultados, tira conclusões, avalia as implicações e formula recomendações no que concerne à prática e a futuras investigações.

Seguidamente o Quadro 2, apresenta respostas relativas às características dos utentes que tentaram o suicídio.

Quadro 2: Caracterização dos utentes com tentativa de suicídio segundo os entrevistados.

Categoria	Subcategorias	Unidade de Registo
Características dos utentes	Idade dos utentes	<p>“É variável há uma altura que aparecem mais as senhoras 30 a 40 anos, ultimamente tem aparecido pessoas já com mais idades 50/60” (E1).</p> <p>“Sensivelmente dos dezoito e 55 anos” (E2).</p> <p>“A faixa etária é bastante abrangente, se bem que incide mais sobre pessoas mais ou menos entre os 25 aos 60” (E3).</p> <p>“cada vez mais há uma taxa de tentativa se suicídio em idosos acima dos 70 anos”(E4).</p>
	Género dos utentes	<p>“Mais mulheres essencialmente”(E1); (E2)</p> <p>(...) “são mais os homens”(E3).</p> <p>“(…) as mulheres são mais para suicidárias” (...) “os homens são mais suicidários” (...) “portanto em relação a serem homens ou mulheres a acoplando aqui o suicídio e o para suicídio não temos dados que indiquem que os homens cometam mais tentativa de suicídio que as mulheres”(E4).</p>

Relativamente ao Quadro 2, este pretende dar resposta à questão: “Quais as características dos utentes que tentaram o suicídio?”, tendo como categoria as características dos utentes, estando o mesmo dividido em duas subcategorias.

Como primeira subcategoria “Idade dos utentes”, de acordo com os resultados obtidos os utentes que praticaram a tentativa de suicídio, segundo os entrevistados, encontram-se, de forma geral, na faixa etária compreendida entre os 18 e 60 anos, excepto um dos entrevistados que referiu: *“cada vez mais há uma taxa de tentativa se suicídio em idosos acima dos 70 anos”* (E4).

Todavia, de acordo com a literatura, o suicídio é mais frequente entre os homens com idades compreendidas entre 25 e os 35 anos, ao passo que as tentativas de suicídio são mais usuais em mulheres com idades entre os 18 e os 30 anos (Schmitt, R., *et al.*, 2001; Kaplan, H., Adanek, M., Martin, J., 2001; Collett, B., *et al.*, 2003), o que demonstra que existe uma diferença significativa entre as respostas obtidas e o que se encontra descrito na literatura. Saliente-se que os enfermeiros entrevistados referem *“...há uma altura que aparecem mais as senhoras 30 a 40 anos, ultimamente tem aparecido pessoas já com mais idades 50/60”* (E1), bem como, *“A faixa etária é bastante abrangente, se bem que incide mais sobre pessoas mais ou menos entre os 25 aos 60”* (E3); o que vem contrariar a literatura, apresentando uma realidade em que os pacientes que praticam a tentativa de suicídio apresentam idades avançadas.

Já como segunda subcategoria, “Género dos utentes”, como se verifica nos entrevistados, pode-se concluir que são essencialmente mulheres a tentarem o suicídio. Esta conclusão vai de acordo com o descrito na literatura, pois tal como referido por Schmitt, R., *et al.* (2001); Kaplan, H., Adanek, M., Martin, J. (2001) e Collett, B., *et al.*, (2003), *“o suicídio é mais frequente entre os homens (...), ao passo que as tentativas de suicídio são mais usuais em mulheres (...)”*. Deste modo, os dados recolhidos, nomeadamente *“(...) as mulheres são mais para suicidárias”* (...) *“os homens são mais suicidários”* (E4); entram em concordância com a referencia literária supracitada.

Quadro 3: Formas de suicídio referenciadas pelos entrevistados

Categoria	Subcategorias	Unidade de Registo
Formas de Suicídio	Ingestão Medicamentosas Voluntárias	“a maioria deles são ingestão medicamentosa voluntária” (E1); (E2); (E3); (E4).
	Tentativa de mutilação	“ tentativa de mutilação tentam-se cortar” (E1). “depois temos a clássica e muito comum nas mulheres que é a automutilação” (E4)
	Enforcamento	“Lembro-me de uma tentativa de enforcamento” (E1). “é característico nos homens” (E3); (E4). “ (...)”
	Armas Brancas	“formas mais graves, por arma branca, que acontece com alguma frequência” (E4).
	OUTRAS	“nas partes mais rurais atiram-se aos poços, também é muito frequente” (E4).

No que concerne ao Quadro 3, este representa as “Formas de suicídio referenciadas pelos entrevistados”, tendo como categoria as formas de suicídio. Este encontra-se dividido em cinco subcategorias.

Quer no que concerne à primeira subcategoria, “Ingestão medicamentosa voluntária”, onde se verifica a existência de consenso absoluto entre todos os entrevistados, referindo os mesmos que *“a maioria deles são ingestão medicamentosa voluntária”* (E1); (E2); (E3); (E4), quer à segunda subcategoria, “Tentativa de mutilação”, que foi referenciada em metade das respostas obtidas, tendo mesmo sido descrito esta forma como *“...clássica e muito comum nas mulheres...”* (E4), ambas vem reiterar o que se encontra descrito e referido na literatura por Werlang, B. S. G., Botega, N. J. (2004), nomeadamente *“nos comportamentos para-suicidiários (...) enveredam por comportamento de auto-destruição, designadamente intoxicações medicamentosas ou corte de pulsos”*. Para além disso, este autor refere que esta *“trata-se de uma auto-lesão deliberada, em que a manifestação mais frequente consiste no corte superficial do pulso ou do antebraço com uma lâmina de vidro ou outro objeto cortante seguido por queimadura de cigarro”*.

Já na terceira subcategoria, “Enforcamento”, 3 dos enfermeiros inquiridos referiram que esta também é uma forma comum de suicídio, dos quais 2 dos mesmos, associaram ao facto de ser *“característico nos homens”* (E3); (E4).

A quarta subcategoria, “Armas brancas”, apenas foi identificada por um dos enfermeiros entrevistados, que a classificou quanto à gravidade como *“formas mais graves”* (E4) e quanto à frequência como *“acontece com alguma frequência”* (E4).

Como última subcategoria encontra-se “Outras”, em que uma das situações descritas foi *“nas partes mais rurais atiram-se aos poços, também é muito frequente”* (E4).

De acordo com os resultados obtidos pode-se concluir que todos os entrevistados referiram que a forma de suicídio mais comum é a ingestão medicamentosa voluntária, seguida da tentativa de mutilação, enforcamento e armas brancas.

Quadro 4: Formas de como estes utentes chegam ao serviço referidas pelos entrevistados;

Categoria	Subcategorias	Unidade de Registo
Formas de chegada dos utentes	Acompanhados pelos familiares	“Por norma chegam acompanhados pelos familiares” (E2); (E4); (E1)
	Assistentes operacionais	(...) “Geralmente vêm acompanhados por uma assistente operacional” (E1)
	Tripulantes do INEM	(...) “pelos tripulantes do INEM ou pela viatura de emergência” (E4); (E3). (...) “maior parte é mesmo pela urgência” (E3).

O Quadro 4 descreve os dados obtidos em relação à “Forma de chegadas dos utentes segundo os entrevistados”, na qual a categoria é a “Forma de chegada dos utentes”. Dentro desta, pode-se encontrar 3 subcategorias principais.

A primeira das subcategorias é “Acompanhados pelos familiares”, com a maioria (3/4) dos inquiridos a apontar esta situação como a principal via, “*Por norma chegam acompanhados pelos familiares*” (E2); (E4); (E1).

A segunda subcategoria é “Assistente operacionais”, em que apenas um dos enfermeiros referiu que “*Geralmente vêm acompanhados por uma assistente operacional*” (E1).

A terceira e última subcategoria é “Tripulantes do INEM”, em que metade dos entrevistados referiram como forma de chegada dos utentes.

Pode-se, assim, concluir que maioria destes utentes chegam acompanhados por familiares.

Quadro 5: Motivos que levaram os utentes ao suicídio segundo os entrevistados;

Categoria	Subcategorias	Unidade de Registo
Motivos dos utentes	Divórcio	(...) “Normalmente são as situações de divórcio” (E1); (E2).
	Crise	(...) “atualmente a crise” (E1). (...) “por questões monetárias” (E2).
	Doença Psiquiátrica	“As situações são várias depende também do tipo de doença” (E3). (...) “tem por trás sempre uma situação patológica psiquiátrica associada” (E4).
	Falta de emprego	“ na faixa etária dos 30-40 maioritariamente a falta de emprego” (E4)
	Solidão	(...) “nos idosos é a incapacidade motora e a solidão são os dois fatores a que atribuo muito mais” (E4)

O quadro 5 pretende dar resposta à questão: “Quais os motivos que levaram a tentativa de suicídio?”, tendo como categoria os motivos dos utentes. Este encontra-se dividido em cinco subcategorias.

As 3 primeiras subcategorias, o “Divórcio”; a “Crise” e a “Doença psiquiátrica”, foram referidas por metade dos entrevistados como “Motivo dos utentes”.

Já as duas últimas subcategorias, a “Falta de Emprego” e a “Solidão”, surgiram apenas referidas por um dos entrevistados para o “Motivo dos utentes”.

Segundo a unidade de registo pode-se concluir que o motivo mais frequente para a tentativa de suicídio é o divórcio, a crise e a doença psiquiátrica.

Quadro 6: A resposta dada pelo serviço aos utentes segundo os entrevistados.

Categoria	Subcategorias	Unidade de Registo
Resposta do serviço	Terapias	“São feitas terapias, com aqueles que se achar que é realmente pertinente se fazer” (E1). (...) “Trabalhar com a pessoa estratégias para superar esses problemas e arranjar outras estratégias para numa situação de conflito dar uma resposta mais adequada ao problema” (E2).
	Regime medicamentoso	“ A terapêutica é a primeira linha de ação” (E3). “Temos o regime medicamentoso que é instituído pelo o psiquiatra” (E2)
	Proteção do doente	(...) “ a pessoa garantidamente ou dificilmente vai tentar novamente atentar contra a sua própria vida e portanto a nossa função aqui é muito numa de proteção (E4).

O quadro 6 pretende dar resposta à questão: “Qual a resposta dada pelo serviço aos utentes segundo os entrevistados?”, tendo como categoria a resposta do serviço. Este encontra-se dividido em três subcategorias.

Relativamente às duas primeiras subcategorias, “Terapias” e “Regime medicamentoso”, estas foram referidas por metade dos entrevistados como forma de resposta do serviço.

No âmbito das “Terapias” existiu a citação de um dos enfermeiros: “*Trabalhar com a pessoa estratégias para superar esses problemas e arranjar outras estratégias para numa*

situação de conflito dar uma resposta mais adequada ao problema” (E2), o que deve ser realizado por equipas multidisciplinares numa perspectiva global de tratamento e acompanhamento ao paciente, tal como Rothschild, A., J. (1997) e Baptista, M. N. (2005) documentaram que “em relação ao apoio às vítimas de suicídio podem ser necessárias intervenções a nível hospitalar nos serviços de emergências clínicas ou cirúrgicas, com o propósito de assegurar o bem-estar. Recomendam-se intervenções a nível da prevenção de complicações médicas. Os cuidados de saúde são prestados por equipas multidisciplinares.”

Já a terceira e última subcategoria, “Proteção do doente”, foi apenas referida por um dos Enfermeiros como resposta do serviço.

De acordo com a unidade de registo pode-se concluir que a resposta dada pelos serviços aos utentes são principalmente a terapia e o regime medicamentoso.

Quadro 7: O encaminhamento dado a estes utentes segundo os entrevistados.

Categoria	Subcategorias	Unidade de Registo
Encaminhamento destes utentes	Consultas na área de referência	“Maioria deles é encaminhado para a consulta na área de referência” (E1). (...) depois da alta tem consultas periódicas com o seu psiquiatra assistente para que mantenham equilibrados e estáveis. Não sei dizer ao certo o tempo mas isso depois já é fora do internamento (E3).

Relativamente ao Quadro 7, pretende dar resposta à questão: “Qual o encaminhamento dado a estes utentes segundo os entrevistados?”, tendo como categoria o encaminhamento destes utentes. Este encontra-se dividido numa subcategoria, “Consultas na área de referência”, tendo sido referido por dois dos enfermeiros que existe um encaminhamento dos pacientes, em que um dos mesmo afirmou que a “*Maioria deles é encaminhado para a consulta na área de referência*” (E1). Esta referencia entra em concordância com o que é descrito na literatura por Rothschild, A., J. (1997) e Baptista, M. N. (2005), que indicam a premissa de que “*os profissionais de saúde dos serviços de urgência e emergência avaliam a necessidade de transferir aos serviços mais especializados.*”.

De acordo com a unidade de registo pode-se concluir que o encaminhamento dos utentes é feito de uma forma geral e após o internamento.

Conclusão

Findas todas as fases inerentes ao desenvolvimento deste projeto de investigação, é possível fazer uma retrospectiva no sentido de avaliar todos os conhecimentos adquiridos, dados recolhidos e analisados, experiências vivenciadas no trabalho de campo, podendo chegar às devidas conclusões do presente estudo.

Todo o desenrolar do trabalho de investigação quer na vertente teórica, quer na vertente prática, levam a concluir que os dados estatísticos da literatura que indicam um aumento exponencial na tentativa de suicídio têm uma expressão bastante significativa e suportada pelas vivências que foram documentadas pelos Enfermeiros da área da Psiquiatria que foram inquiridos sobre esta temática, assim como quase todos os dados que foram comparados da revisão teórica realizada, com a exceção da idade dos pacientes que se apresentou relativamente superior ao nível da prática clínica diária comparativamente com os dados recolhidos na literatura.

O Suicídio, ou a expressão da sua tentativa, são uma realidade do quotidiano que por vezes a sociedade ignora, todavia, junto dos Enfermeiros de Psiquiatria, e outros profissionais de saúde, esta é uma situação que cada vez mais lhes exige uma atuação rápida, ponderada e concisa.

Todo este trabalho permitiu adquirir conhecimentos de como se processa a atuação de um Enfermeiro perante uma situação de tentativa de suicídio, nas mais variáveis condicionantes, desde a forma como o paciente chega ao serviço, ao modo como deve ser tratado e acompanhado, até ao ulterior encaminhamento para os serviços de referencia corretos.

Este trabalho serviu, certamente, e de forma muito gratificante, para num futuro não muito distante permitir o contínuo trabalho de campo e investigação, no sentido de poder dar um

contributo à Enfermagem numa variante muito importante e por vezes esquecida, a investigação de campo.

Bibliografia

Alte da Veiga, F., Saraiva, C. (2003). *Age patterns of suicide. Identification and characterization of European clusters and trends*. Crisis, v.24(2), pp.52-67.

American Psychiatric Association (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. [Em linha]. Disponível em <http://www.med.umich.edu/depression/suicide_assessment/apa20suicide%20guidelines.pdf> [Consultado em 04/09/2013].

Baptista, M. N. (2005). *Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares*. Psico – USF, v.10(1), pp.11-19.

Bertolote, J. M., et al. (2005). *Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey*. Psychological Medicine, v.35(10), pp.1457-1465.

Bertolote, J. M., Mello-Santos, C., Botega N. J. (2010). *Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica*. Revista Brasileira de Psiquiatria, v.32(2), pp.587-595.

Botega N. J., et al. (2005). *Suicidal Behavior in the community: prevalence and factors associated to suicidal ideation*. Revista Brasileira de Psiquiatria, v.27(1), pp.45-53.

Botega N. J. (2007). *Suicide: moving away umbrage towards a National Prevention Plan*. Revista Brasileira Psiquiatria, v.29(1), pp.7-8.

Collett, B., et al. (2003). *Ten-Year Review of Rating Scales. VI: Scales Assessing Externalizing Behaviors*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, v.42(10), pp.1143-1170.

Colliére M. (1999). *Promover a vida*. 4ª edição, Lisboa, Lidel.

Desviat, M. (1999). *A reforma psiquiátrica*. Fiocruz, p.73.

Dubouloz, C.-J. (2003). *Métodos de análise dos dados em investigação qualitativa*. In: Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação - da concepção à realização*. Lusociência, pp.305-320.

Eurostat (2013). Statistics, suicide rates. [Em linha]. [Disponível em <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/pgp_ess/partners/european_union/pt/tab_statistics?c=PT&|=PT>]. [Consultado em 12/09/2013].

Falconi, R (2003). El suicidio adolescente: Un análisis de variables predictoras. *Psiquiatria* [Em linha]. [Disponível em <<http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/100/11794>>]. Consultado em 08/09/2013].

Ferreira M. H., et al. (2007). *Suicide risk among inpatients at a university general hospital*. *Revista Brasileira Psiquiatria*, v.29(1), pp.51-54.

Fleischmann, A., et al. (2005). *Characteristics of attempted suicides treated in emergency rooms of general hospitals in eight developing countries*. *Psychological Medicine*, v.35(10), pp.1467-1474.

Fortin, M.-F. (2003). *O desenho de investigação*. In: Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação - da concepção à realização*. Lusociência, pp.131-145.

Fortin, M.-F., Côte, J., Vissandjée, B. (2003). *A investigação específica de uma disciplina: o exemplo das ciencias de enfermagem*. In: Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação - da conceção à realização*. Lusociência, pp.25-33.

Fortin, M.-F., Filion, F. (2003). *Formulação de um problema de investigação*. In: Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação - da conceção à realização*. Lusociência, pp.61-71.

Fortin, M.-F., Grenier, R., Nadeau, M. (2003). *Métodos de colheita de dados*. In: Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação - da conceção à realização*. Lusociência, pp.239-265.

Freitas, G. V. S. (2002). *Prevalência de depressão, de ansiedade e de ideação suicida em adolescentes grávidas*. Revista da Associação Brasileira de Medicina, v.48(3), pp.245-249.

Girard, C. (1993). *Age, gender, and suicide: A Cross-National Analysis*. American Sociological Review, v.58, pp.553-574.

Gupta, S., et al. (1998). *Factor associated with suicide attempts among patients with schizophrenia*. Psychiatric Services, v.10, pp.1353-1355.

Hackberger, R., et al. (1988). *Assessment of suicide Pontencial by nonpsychiatrists using the sad persons score*. J.Emerg med, v.6(2), pp.99-107.

Hillard, J. (1983). *Emergency management of the suicidal patient*. Psychiatric Emergencies, v.1, pp.12-15.

Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Projecções de População Residente - Portugal - 2008 – 2060*. [Em linha]. Disponível em <www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=66023625&att_display=n&att_download=y> [Consultado em 05/09/2013].

Kaplan, H., Adanek, M., Martin, J. (2001). *Confidence of primary care physicians in assessing the suicidality of geriatric patients*. Int J Geriatr Psychiatry, v.16, pp.728-734.

Lopes, P., Barreira, D., Pires, A. (2001). *Tentativa de suicídio na adolescência: avaliação do efeito de gênero na depressão e personalidade*. Psicologia, Saúde e Doenças, vol.2,(1), pp.47-57

MacLean, G. (1990). *Clinical perspectives*. In: G. MacLean. *Suicide in children and adolescents*. Estados Unidos da América, Hogrefe & Huber Publishers, pp.15-44.

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

Oquendo, M. A., Currier, D., Posner, K. (2009). *Reconceptualizing psychiatric nosology: the case of suicidal behaviour*. Rev Psiquiatr Salud Ment, v.2(2), pp.63-65.

Preston, E., et al. (2005). *A systematic review of suicide rating Scales in Schizophrenia*. Crisis, v.26(4), pp.170-180.

Rapeli, C. B., Botega, N. J. (1998). *Tentativas de suicídio envolvendo risco de vida: internações em um hospital geral*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v.47(4), pp.157-162.

Rapeli, C. B., Botega, N. J. (2003). *Tentativas de suicídio graves: um estudo de análise de agrupamento*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v.52(1), pp.5-11.

Rapeli C. B., Botega N. J. (2005). *Severe suicide attempts in young adults: suicide intent is correlated to the medical lethality*. São Paulo Medical Journal, v.123(1), p.43.

Rothschild, A. J. (1997). *Suicide Risk Assessment*. Williams and Wilkins.

Santos, N., Sampaio, D. (1997). *Adolescentes em risco de suicídio: A experiência do Núcleo de Estudos do Suicídio*. *Psiquiatria Clínica*, v.18(3), pp.187-194.

Saraiva, C., et al. (1996). *Epidemiologia do para-suicídio em Coimbra*. *Psiquiatria Clínica*, v.17(4), pp. 291-296.

Schmitt, R., et al. (2001). *Risco de suicídio: avaliação e manejo*. *Emergências psiquiátricas*. v.I, p.4.

Schou, M. (1998). *The effect of prophylactic lithium treatment on mortality and suicidal behaviour*. *Journal of Affective Disorders*, v.50, pp.253-259.

Shah, A., Padayatchi, M., Das, K., (2008). *The relationship between elderly suicide rates and elderly dependency ratios: a cross-national study using data from the WHO data bank*. *International Psychogeriatrics*, v.20(3), pp.596–604.

Sociedade Portuguesa De Suicidologia (2009). O para-suicídio. [Em linha]. [Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/gobp_MCEESMP.pdf>

[Consultado em 05/09/2013].

Stefanello, S., et al. (2008). *Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior*. *Revista Brasileira Psiquiatria* v.30(2), pp.139-143.

Suominen., K., Isometsa., E., Lonnqvist., J. (2004). *Elderly suicide attempters with depression are often diagnosed only after the attempt*. *International Journal Geriatric*

Psychiatry, v.19, pp. 35-40.

Werlang, B. S. G. (2003). *A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases*. Revista Brasileira Psiquiatria, v.25(4), pp.212-219.

Werlang, B. S. G., Botega, N. J. (2004). *Comportamento Suicida*. Artmed, pp.17 -18.

Werlang B. S. G., Botega N. J. (2007). *Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica (ESAP) em casos de suicídio*. Atheneu, pp.187-196.

Anexos

Consentimento Livre e Esclarecido

Nome da Pesquisa: Tentativa de Suicídio – A perspectiva dos Enfermeiros de Psiquiátricos.

Investigador: Discente do 4º Ano de Enfermagem, da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa, Marcelo Silva.

Informações sobre a Pesquisa: Realização de um estudo de investigação que tem por objetivo identificar a Perspectiva dos Enfermeiros Psiquiátricos com os utentes com tentativa de Suicídio no ultimo ano civil. O resultado deste trabalho contribuirá para a profissão de enfermagem no que concerne à exploração dos fatores que influenciam a tentativa de suicídio. A sua colaboração consiste em responder a questões colocadas em forma de entrevista, que caso o consentimento se verifique será áudio-gravada.

A qualquer momento da realização poderá solicitar esclarecimentos sobre o que lhe é questionado e abandonar o estudo se assim o desejar, não sendo penalizado. A entrevista realizada garantirá a confidencialidade e anonimato dos dados, não sendo publicada e/ou comunicada nenhuma informação que inclua a identidade pessoal dos participantes, sem a sua permissão. A pesquisa efetuada não implica qualquer tipo de custo, nem incorre em qualquer tipo de dano moral.

Após ter lido ou me ter sido comunicado as informações transmitidas, encontro-me consciente dos meus direitos e concordo participar neste projecto de investigação:

Porto ___ de _____ de _____

Inquirido

Investigador

Guião da Entrevista Semi-Estruturada

Tema: Tentativa de Suicídio – Perspectiva dos Enfermeiros de Psiquiatria

Ivestigador: Marcelo Silva

Entrevista – Guião

- Qual a faixa etária dos utentes que cuidou com este diagnóstico durante os últimos dois anos?
- Mais homens ou mulheres?
- Qual a forma de tentativa do suicídio dos utentes que cuidou ?
- Como chegou ao serviço? E por quem?
- Qual ou quais as razões para tal e que levou as pessoas a tentarem o suicídio?
- Qual a resposta do serviço a estes utentes?
- Qual (s) a modalidade terapeutica prescrita e o encaminhamento dado a estes utentes?

