

Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra

**[EDITOR]**

Unidade de Investigação  
em Ciências da Saúde:  
Enfermagem

**[COORDENAÇÃO EDITORIAL]**

**PREVENÇÃO DE  
COMPORTAMENTOS  
SUICIDÁRIOS:**  
contributos da  
investigação

**2018**



HEALTH SCIENCES  
RESEARCH UNIT  
NURSING

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO  
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ENFERMAGEM



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

Editor: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

Coordenação editorial: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)

ISBNp: 978-989-99556-3-9

Organização/Coordenação científica da obra: José Carlos Santos

COMO SE CITA A OBRA (Normas APA 6ª edição)

COMO SE CITA A MONOGRAFIA (Normas APA 6ª edição) / HOW TO CITE THE MONOGRAPH (APA - 6<sup>th</sup> edition)  
Santos, J. C. (Coord.). (2018). *Prevenção de comportamentos suicidários: contributos da investigação*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

COMO SE CITA UM CAPÍTULO (Normas APA 6ª edição)

Santos, J. C., Simões, R. M. P., Façanha, J., Erse, M. P. Q., Marques, L. A. F., Loureiro, C., . . . Quaresma, M. H. (2018). Mais Contigo: 8 anos na promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários. In J. C. Santos (Coord.), *Prevenção de comportamentos suicidários: contributos da investigação* (pp. 17-29). Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

O conteúdo científico é da responsabilidade dos autores.

Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra

**[EDITOR]**

Unidade de Investigação  
em Ciências da Saúde:  
Enfermagem

**[COORDENAÇÃO EDITORIAL]**

**PREVENÇÃO DE  
COMPORTAMENTOS  
SUICIDÁRIOS:**  
contributos da  
investigação

ORGANIZAÇÃO  
COORDENAÇÃO CIENTÍFICA DA OBRA  
José Carlos Santos

**2018**

# FICHA TÉCNICA

## TÍTULO

Prevenção de comportamentos suicidários: contributos da investigação

## EDITOR

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

## COORDENAÇÃO EDITORIAL

Unidade de investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

## AUTORES

Alexandra Oliveira  
Alexandre Teixeira  
António Barbosa  
António Manuel da Cruz Oliveira Fernandes  
Cândida Loureiro  
Edite Trinco  
Inês Areal Rothes  
Joana Margarida Simões Matias  
Joana Rita Anes Tiago Sarmento  
Joel Fernandes Araújo  
Jorge Daniel Neto Façanha  
José Carlos Santos  
Kelly Graziani Giacchero  
Lúcia Amélia Fernandes Alves Marques  
Marco Correia  
Maria Dulce Mendes Varela  
Maria Ermelinda Matos  
Maria Helena dos Santos Quaresma  
Maria Pedro Queiroz de Azevedo Erse  
Pedro Frazão  
Rita Margarida Santos Francisco  
Rosa Maria Pereira Simões  
Sónia Maria Henriques da Cunha Leal

## ISBNp

978-989-99556-3-9

## DEPÓSITO LEGAL

(a informar pela gráfica)

## COPYRIGHT

© 2018 Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)

## REVISÃO FINAL

Cristina Louçano, *Lic. em Línguas e Literaturas Modernas, variante de Francês/Inglês*  
Daniela Pinto, *RN, Bolseira da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*  
Elzbieta Campos, *PhD – Bolseira de Investigação da UICISA: E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Filipa Couto, *RN, Bolseira da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

Liliana Baptista, *PhD – Bolseira de Investigação da UICISA: E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Maria Lucília Cardoso, *ms. em Sociologia – Bolseira de Investigação da UICISA: E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Paulo Costa, *RN – Bolseiro de Investigação da UICISA: E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Susana Branca, *Lic. em Ciências da Informação*

Vânia Oliveira, *Lic. – Bolseira de Investigação da UICISA: E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

## MAQUETIZAÇÃO

Eurico Nogueira, *MSc. em Tecnologias de Informação Visual*

## REVISÃO DOCUMENTAL

Serviço de Documentação da ESEnfC

## APOIO TÉCNICO

Cristina Louçano, *Secretariado da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

## GRÁFICA

Rainho & Neves, Lda – São João de Ver

## TIRAGEM

400 exemplares

## ANO DE PUBLICAÇÃO

2018

# ÍNDICE

NOTAS CURRICULARES.....	1
AGRADECIMENTOS.....	5
PREFÁCIO 1.....	7
<i>Daniel Sampaio</i>	
PREFÁCIO 2.....	9
<i>Carlos Braz Saraiva</i>	
INTRODUÇÃO.....	13
SECÇÃO 1	
PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS NA COMUNIDADE.....	15
CAPÍTULO I	
<b>MAIS CONTIGO: 8 ANOS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL E PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS .....</b>	<b>17</b>
<i>José Carlos Santos</i>	
<i>Rosa Maria Pereira Simões</i>	
<i>Jorge Façanha</i>	
<i>Maria Pedro Queiroz Erse</i>	
<i>Lúcia Amélia Fernandes Marques</i>	
<i>Cândida Loureiro</i>	
<i>Maria Ermelinda Matos</i>	
<i>Maria Helena Quaresma</i>	
SECÇÃO 2	
EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR.....	31
CAPÍTULO II	
<b>REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO SUICÍDIO NA PERSPETIVA DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>33</b>
<i>Kelly Graziani Giaccheri Vedana</i>	
<i>José Carlos Santos</i>	

CAPÍTULO III	
<b>COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS, SUPORTE SOCIAL E RAZÕES PARA VIVER EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>43</b>
<i>Sónia Cunha Leal</i>	
<i>José Carlos Santos</i>	
CAPÍTULO IV	
<b>SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA, IDEIAÇÃO SUICIDA E INTEGRAÇÃO SOCIAL EM ESTUDANTES DOS PALOP.....</b>	<b>57</b>
<i>Maria Dulce Mendes Varela</i>	
<i>José Carlos Santos</i>	
SECÇÃO 3	
<b>EM POPULAÇÕES MAIS VULNERÁVEIS.....</b>	<b>69</b>
CAPÍTULO V	
<b>A FAMÍLIA DO ADOLESCENTE COM COMPORTAMENTO AUTOLESIVO SEM INTENÇÃO SUICIDA. O IMPACTO DA NOTÍCIA.....</b>	<b>71</b>
<i>Edite Trinco</i>	
<i>António Barbosa</i>	
<i>José Carlos Santos</i>	
CAPÍTULO VI	
<b>SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS EM DESEMPREGADOS.....</b>	<b>85</b>
<i>Rita Margarida Santos Francisco</i>	
<i>José Carlos Santos</i>	
CAPÍTULO VII	
<b>RISCO SUICIDÁRIO EM ADULTOS LGBT.....</b>	<b>105</b>
<i>Marco Correia</i>	
<i>Pedro Frazão</i>	
<i>José Carlos Santos</i>	
CAPÍTULO VIII	
<b>COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS NA PSP.....</b>	<b>117</b>
<i>Joana Sarmento</i>	
<i>Rosa Simões</i>	
<i>Joel Araújo</i>	
<i>José Carlos Santos</i>	

CAPÍTULO IX

**COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS EM TRABALHADORAS DO SEXO DE RUA E INTERIOR.....131**

*Alexandre Teixeira  
Alexandra Oliveira  
Inês Areal Rothes  
José Carlos Santos*

CAPÍTULO X

**QUALIDADE DE VIDA, STRESS, ANSIEDADE E IDEACÃO SUICIDA EM DOENTES CRÓNICOS INSUFICIENTES RENAIIS EM HEMODIÁLISE.....149**

*António Manuel da Cruz Oliveira Fernandes  
José Carlos Santos*

SECÇÃO 4

**INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....171**

CAPÍTULO XI

**INVENTÁRIO DE RAZÕES PARA VIVER: CONTRIBUTOS PARA A VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO NÃO-CLÍNICA PORTUGUESA.....173**

*Joana Margarida Simões Matias  
José Carlos Santos*

CAPÍTULO XII

**AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO: ÍNDICE NGASR - VERSÃO PORTUGUESA.....183**

*Jorge Façanha  
José Carlos Santos*



## NOTAS CURRICULARES

**Alexandra Oliveira** - Professora da Universidade do Porto, no Departamento de Psicologia. Os seus interesses de investigação relacionam-se com o género e a sexualidade, tendo vindo a dedicar as suas pesquisas ao trabalho sexual. Doutorou-se na Universidade do Porto com uma investigação que deu origem à publicação "Andar na vida: prostituição de rua e reação social". É autora de outros livros e diversas publicações, sendo membro fundador do Grupo Interdisciplinar de Investigadores sobre Trabalho Sexual.

**Alexandre Teixeira** - Psicólogo, com Especialidade em Psicologia Clínica e da Saúde e Especialidade avançada em Psicologia Comunitária (OPP). Foi colaborador no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013-2017); Voluntário – Associação de Estudos e Prevenção do Suicídio – ESCUTAR (2004-2010); Sócio da Sociedade Portuguesa de Suicidologia. Membro e Representante Nacional na International Association for Suicide Prevention; Membro da secção de suicidologia e prevenção do suicídio da European Psychiatry Association; Co-autor do livro Suicídio e Comportamentos Autolesivos. alex33andre@gmail.com

**António Manuel da Cruz Oliveira Fernandes** - Mestrado e Pós-Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Unidade de Transplantes Renais do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. enfamf@gmail.com

**Cândida Loureiro** - Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem de Saúde Mental. Doutora em Ciências de Enfermagem. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. candida@esenfc.pt

**Edite Trinco** - Doutoranda em Enfermagem na Universidade de Lisboa; Mestre em Sociopsicologia em Saúde. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil Pediátrica, a exercer na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do Hospital Pediátrico de Coimbra. Enfermeira Forense; Assistente convidada da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. edite.trinco@hotmail.com

**Inês Areal Rothes** - Psicóloga, especialista em Psicologia Clínica e da Saúde e em Psicologia Comunitária. Licenciada em Psicologia pela FPCEUP. Mestre e Doutorada em Psicologia pela Universidade do Porto, com teses na área da suicidologia. Investigadora integrada no Centro de Psicologia da Universidade do Porto com linha de investigação em suicidologia e saúde mental. Membro da Sociedade Portuguesa de Suicidologia e da secção de prevenção do suicídio da European Psychiatry Association. irothes@gmail.com

**Joana Margarida Simões Matias** - Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria pela ESEnFC. Enfermeira no serviço de Urgência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. joanamatias82@gmail.com

**Joana Rita Anes Tiago Sarmiento** - Enfermeira Coordenadora da Unidade de SJD - Casa de Saúde Rainha Santa Isabel, Condeixa-a-Nova. Curso de Pós-licenciatura e Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. joana\_13sarmiento@hotmail.com

**Joel Fernandes Araújo** - Mestre em Ciências Policiais. Oficial da Polícia de Segurança Pública - Comandante da 2 Esquadra da PSP de Coimbra. Secretário Nacional da Associação Sindical dos Profissionais da Polícia -ASPP/PSP.

**Jorge Daniel Neto Façanha** - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. Mestre em Enfermagem de Saúde de Mental e Psiquiátrica. Exerce funções no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE - Pólo Sobral Cid - Unidade Reabilitação(UCAERE-t)- CRI Psiquiatria e na Casa de Saúde Rainha Santa Isabel (CSRSI- IHSCJ) - Condeixa-a-Nova. Membro da Unidade de Investigação (UICISA: E) - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Membro da Sociedade Portuguesa de Suicidologia. Elemento da Equipa Coordenadora do Projeto +Contigo. jorgefacanha@gmail.com

**José Carlos Pereira Santos** - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Mestre em Sociopsicologia da Saúde. Doutorado em Saúde Mental. Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Ex-presidente da Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2011-2013). Relator do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017. Coordenador do Projeto + Contigo. Coordenador do projecto estruturante da UICISA: E "Prevenção de comportamentos suicidários". Membro da SPS, IASP, EPA (secção de suicidologia). Perito na Horatio. jcsantos@esenfc.pt

**Kelly Vedana** - Enfermeira. Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Brasil). Pós-Doutoranda da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC). Responsável pelo Centro de Educação em Prevenção e Posvenção do Suicídio (CEPS). Coordena atividades de pesquisa, ensino e extensão relacionadas à prevenção do comportamento suicida. kelly.giacchero@gmail.com

**Lúcia Amélia Fernandes Alves Marques** - Enfermeira Especialista em Enfermagem na Comunidade. Curso de Estudos Superiores. Especializados em Enfermagem na Comunidade. Mestre em Enfermagem Comunitária. Exerce funções no Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Centro, IP. Elemento da Equipa Coordenadora do Projeto + Contigo. lucia.amelia.marques@gmail.com

**Marco Correia** - Enfermeiro no Serviço de Urgência do Hospital Amato Lusitano, pertencente à ULS de Castelo Branco desde 2012. Atualmente a frequentar Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. mrmartinscorreia@gmail.com

**Maria Dulce Mendes Varela** - Enfermeira. Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Unidade Local de Saúde da Guarda, Serviço de Medicina do Hospital Nossa Senhora da Assunção. mariadulcemendesvarela@gmail.com

**Maria Ermelinda Teixeira Sampaio** - Enfermeira Especialista em Saúde Pública. Pós-graduada em Gestão de Saúde. Exerce funções em cuidados de saúde primários desde 1990. MEMatos@arscentro.min-saude.pt

**Maria Helena dos Santos Quaresma** - Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Mestre em Saúde Ocupacional e doutorada em Ciências de Enfermeria, pela - Universidade de Rovira Y Virgill, Terragona. Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e Membro do Conselho Técnico Científico. quaresma@esenfc.pt

**Maria Pedro Queiroz de Azevedo Erse** - Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, a exercer funções no Serviço de Psiquiatria Forense do Pólo Sobral Cid - CHUC, EPE. Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na ESEnfC, tendo eleito como área de investigação de interesse a prevenção do suicídio em adolescentes. Pertence desde 2011 aos Órgãos Sociais da Sociedade Portuguesa de Suicidologia. merse80@gmail.com

**Rita Margarida Santos Francisco** - Enfermeira Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria no Centro Hospitalar de Leiria. Membro da Sociedade Portuguesa de Suicidologia. Fui Assistente Convidado na Escola Superior de Saúde de Leiria. Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. ritafrancisco80@hotmail.com

**Rosa Maria Pereira Simões** - Doutoranda em Ciências de Enfermagem, Mestre em Ciências de Enfermagem e Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Enfermeira no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e na Casa de Saúde Rainha Santa Isabel. Elemento da Equipa Coordenadora do Projeto Mais Contigo e Investigadora na UICISA: E. rosasimoes18@gmail.com

**Sónia Maria Henriques da Cunha Leal** - Licenciatura em Enfermagem, Pós-Especialização e Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria. Enfermeira Graduada, Unidade de Transplantação Renal e Urologia Mulheres. soniscaleal@gmail.com



## AGRADECIMENTOS

Este manual não teria sido possível sem a colaboração de várias pessoas e instituições:

- agradecemos à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra como Editor responsável;
- agradecemos à UICISA: E pela coedição, pelo acolhimento;
- agradecemos a tod@s @s autores que aceitaram o desafio de escreverem um capítulo e assim darem corpo a esta obra
- agradecemos a tod@s @s colaboradores docentes, alunos e não-docentes que, ao longo destes últimos anos contribuíram para o desenvolvimento do projecto estruturante “prevenção e comportamentos suicidários”



# PREFÁCIO 1

## O suicídio é um tema de todos nós

Edwin Shneidman (1918-2009) foi um psicólogo clínico americano com grande importância no estudo do suicídio. Professor de Tanatologia nos EUA, ficou conhecido no mundo inteiro pelo seu contributo para o estudo dos comportamentos autodestrutivos. Com Norman Farberow e Robert Litman, fundou o Centro de Prevenção do Suicídio de Los Angeles, cuja ação serviu de modelo a muitas organizações fundadas noutros países com objetivos semelhantes.

Devemos a Shneidman um conjunto significativo de livros e artigos científicos, na sua maioria muito inspiradores, e que contribuiu para a formação de muitos suicidologistas no mundo inteiro. Pouco tempo antes de morrer disse numa entrevista que tinha dedicado toda a sua vida ao estudo da morte e do suicídio, mas que seria melhor ter privilegiado o estudo do amor. Se tivesse tomado essa opção não sabemos se teria deixado obra tão significativa, mas por certo teria contribuído para esclarecer a relação entre o amor e o suicídio, porque não há dúvida que falta sempre o amor quando alguém atenta contra a própria vida.

No seu interessante livro *The suicidal mind* (New York, Oxford University Press, 1996), Shneidman afirma que a chave para compreender o suicídio é feita de linguagem simples, isto é, são as palavras que os suicidas utilizam que formam o vocabulário essencial do suicídio, pelo que a conclusão a tirar só pode ser uma: a prevenção do suicídio é um assunto de todos.

Segundo este autor, o suicídio tem origem na dor psicológica que por sua vez resulta da frustração das necessidades psicológicas básicas de cada indivíduo. As causas mais profundas mergulham nas profundezas da personalidade que se formam na infância precoce, pelo que as palavras-chave são *infelicidade* e *infância*.

Na conclusão desta obra, Shneidman afirma que a prevenção do suicídio se faz “com a mudança da nossa perceção da situação e com a redefinição do que é insuportável”, sendo necessário “tudo fazer para compreender as nossas próprias tendências, pensamentos e impulsos para o suicídio, num esforço para transformar esses impulsos autodestrutivos em conhecimentos que salvem vidas”. Neste sentido, a prevenção do

suicídio será sempre um problema da comunidade; e se criarmos proximidade com as pessoas em risco de autodestruição, estaremos a comunicar esperança e a lutar pelo sentido da vida.

O livro *Prevenção de comportamentos suicidários: contributos de investigação*, que agora prefacio, tem logo à partida a grande vantagem de ser um balanço de uma equipa de investigação, a qual ao fim de cerca de dez anos de atividade vem agora dar-nos conta do trabalho científico realizado. Esta atitude de responsabilidade para com a comunidade é de louvar porque não é infelizmente habitual em Portugal (e deveria ser). Só por essa razão a obra mereceria uma leitura atenta, mas existem outros motivos de interesse: este livro tem trabalhos científicos muito válidos, alguns já conclusivos, outros ainda numa fase mais embrionária, mas todos capazes de mobilizar investigadores e outras pessoas com interesse na temática do sentido da vida, afinal a grande questão do suicídio.

Em conclusão, considero que os autores dos vários capítulos desta obra poderão desejar o que Edwin Shneidam escreveu no prefácio do seu *The suicidal mind*: “espero que este livro seja útil e possa diminuir a dor”. Pela minha parte, estou certo que esse objetivo foi conseguido.

*Daniel Sampaio*

Professor Catedrático Jubilado de Psiquiatria e Saúde Mental  
Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

## PREFÁCIO 2

### Um espírito de equipa

Em 1986, a Organização Mundial de Saúde organizou, em York, um encontro de peritos em suicidologia, com vista ao reforço dos estudos qualitativos. Deste modo pretender-se-ia contrariar a hegemonia dos métodos quantitativos, usualmente focados nos aspetos epidemiológicos e sociodemográficos ou em listagens de sintomas. Tais abordagens seriam interpretadas como insuficientes e incapazes de abarcar todas as vertentes das condutas suicidas, desde a inquietação interior à narrativa da suicidalidade. Não obstante, a mobilização da comunidade científica para esse desiderato tem sido lenta. Assim, à guisa de exemplo, no intervalo 2005-2007, as três principais revistas da suicidologia mundial (*Archives of Suicide Research*, *Crisis* e *Suicide and Life-Threatening Behavior*) publicaram 97% dos seus artigos segundo parâmetros quantitativos.

A fundação da Sociedade Portuguesa de Suicidologia, em 2000, congregaria profissionais oriundos de diversas origens. Aos trabalhos pioneiros das décadas de 80 e 90 do século XX, principalmente de psiquiatras, sociólogos, médicos legistas e de saúde pública, mais evidenciados em escolas universitárias de Lisboa, Coimbra e Braga, ou em hospitais, como Beja e Portalegre, surgiram já neste século jovens investigadores também de outras disciplinas, por exemplo das áreas da psicologia e da enfermagem, que trariam renovados contributos científicos, precisamente sobre aqueles aspetos qualitativos até então minorizados ou esquecidos. Na verdade, os novos horizontes da suicidologia estão aí a bater-nos à porta: maior integração dos modelos neurobiológicos, psicológicos e sociais; melhor conhecimento dos fatores de risco ao longo do ciclo de vida; divulgação a todos os países do estudo da suicidologia; focos de atuação balizados pela investigação e pela prevenção; e valorização dos aspetos culturais e etnopsiquiátricos.

Quando, há cerca de 18 anos, conheci José Carlos Santos denotei-lhe um vincado interesse pela suicidologia, uma avidez pelo aprofundar desta temática. Dos diálogos, das perguntas, ocorreu a ideia – que, aliás, há muito me intrigava, uma forma também de incompletude da minha própria investigação – de tentar perceber ou avaliar, afinal, quem são as famílias dos parassuicidas, assim dito ao tempo? Haveria alguma possibilidade de mensuração? O chamamento da teoria da emoção expressa de Julian

Leff e Christine Vaughn veio logo à memória. Inicialmente proposta para doentes de esquizofrenia e suas famílias, em Inglaterra, algumas referências de que as famílias dos parassuicidas seriam rígidas e conflituosas talvez pudessem inspirar estudos similares de modo a constatar os conjeturados sobreenvolvimento emocional e hipercriticismo. Inoculada a ideia, e porque muita era a determinação, José Carlos Santos parte para Londres onde faz um curso prático de aprendizagem da teoria com esta investigadora. Dos ensinamentos e do trabalho perseverante e metuculoso, quer na recolha de dados quer na escrita, apresentar-se-ia a provas de Doutoramento, em 2006, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (Universidade do Porto) com a dissertação *Emoção Expressa e Comportamentos Parassuicidários*. Uma muito rara investigação que alertaria para as graves perturbações de tais famílias, não só na comunicação mas também nas emoções.

Obtido o grau de Doutor, José Carlos Santos colaborou ativamente com a Consulta de Prevenção do Suicídio do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, viria a ser Presidente da Sociedade Portuguesa de Suicidologia e teria um papel relevante na elaboração do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, texto disponível na internet.

A presente Monografia Comemorativa dos 10 anos de atividade na sua unidade de investigação, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, expõe uma multiplicidade de trabalhos de equipa em diferentes grupos populacionais (por exemplo, estudantes, doentes em hemodiálise, agentes da polícia, comunidade LGBT) e em diferentes regiões (por exemplo, na ilha do Pico, Açores), com objetivos que ultrapassam a clássica caracterização de amostras e visam, por exemplo, a apresentação de propostas de prevenção da ideação suicida. São reiteradamente mencionados como perturbadores o stresse, a ansiedade, a depressão e o abuso de bebidas alcoólicas.

De salientar a especificidade do programa + Contigo a nível escolar, de âmbito nacional e incorporado na Direção Geral de Saúde, como a concretização de uma ideia meritória em busca da promoção de fatores protetores e da diminuição de fatores de risco do suicídio. Estes objetivos tornaram-se mais imperativos a partir dos dados obtidos no terreno: sintomatologia depressiva em mais de 20% dos estudantes, onde o género feminino mostrou uma maior vulnerabilidade.

Dentro da psicometria, investigação coordenada por José Carlos Santos traduziu, adaptou e validou para a língua portuguesa o *Reasons for Living Inventory* e o *Nurses Global Assessment of Suicide Risk*. Ainda dentro do âmbito internacional, a equipa tem manifestado estreita colaboração noutros projetos, incluindo publicações e livros em língua inglesa.

Da diversidade dos seus trabalhos em Portugal, independentemente da sua atividade docente e orientação de teses de Mestrado e Doutoramento, constam ainda vários livros,

capítulos de livros, palestras, ações de formação, moderações de painéis, organização de congressos, entre outros. Mais recentemente José Carlos Santos tem estado envolvido em projetos de *e-learning* para Portugal e Brasil.

Apraz-me, pois, reconhecer o trabalho da unidade de investigação e o espírito de grupo, para além das vigorosas capacidades organizativas e de envolvimento de parceiros, que José Carlos Santos tem vindo a estimular consistentemente não só dentro dos seus pares, com resultados bem à vista em prol da comunidade científica e da sociedade em geral.

*Carlos Braz Saraiva*

Professor de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (1998-2017)



# INTRODUÇÃO

A investigação em suicidologia tem conhecido maior atenção dada a diversidade de estudos e disciplinas envolvidas. Apesar disso, ainda é necessário forçar a colocação da investigação em suicidologia na agenda, quando falamos de prioridades nacionais e planos de financiamento. Têm sido registados avanços importantes, particularmente na área das neurociências, mas a procura continua incompleta na busca de respostas a duas questões básicas: como se desenvolve o processo suicida e o que podemos fazer para a sua prevenção.

Destacamos, por questões de espaço, uma noção crucial: o suicídio é um problema complexo e as suas causas são multifatoriais. Logo, o seu estudo implica uma visão abrangente, multidisciplinar, atenta e rigorosa, procurando sinergias no conhecimento existente tentando acrescentar algo, por muito pouco que seja, para uma melhor resposta ... onde a investigação é estruturante.

Mas poderemos questionar se necessitamos de um livro de investigação em suicidologia. Apesar do aumento de obras nesta área, onde merecem destaque as edições da Sociedade Portuguesa de Suicidologia, não há publicações dedicadas que enfatizem a investigação como procura de respostas e a partilhem no sentido da translação da ciência, visando uma prática baseada na evidência. Este manual poderá ser o primeiro exercício. Estamos certos que outros virão de forma mais frequente e elaborada porque essa é uma das condições essenciais, para a partilha do conhecimento, a que todos estamos obrigados!

Quando iniciámos na UICISA: E o Projecto Estruturante Prevenção de Comportamentos Suicidários, foi com a consciência que poderíamos dar um contributo, mesmo que modesto, para a compreensão e prevenção deste fenómeno.

Procurámos trabalhar sob três vetores estruturantes: a pessoa, a família e os profissionais. Por sua vez em cada vetor definimos algumas subdivisões. Na pessoa, podemos encontrar os adolescentes, de onde faz parte um programa de prevenção de suicídio na comunidade educativa (Mais Contigo); jovens adultos, onde consta um programa de prevenção de suicídio em estudantes do ensino superior de enfermagem (Saúde Mental no Superior, SMS), e populações especiais onde estão incluídas as forças de segurança, a população LGBT, os doentes crónicos. Na família, identificamos sobretudo dois tipos de estudos: a

narrativa das famílias acerca do comportamento suicidário dos filhos (comportamento autolesivo e tentativas de suicídio), o impacto e o ambiente, particularmente a emoção expressa e trabalhos de pós-venção (após suicídio consumado) onde o foco têm sido viúv@s. Na componente dos profissionais, uma dimensão visa validar instrumentos de medida para a realidade portuguesa e outra, criar guias orientadores de boas práticas.

Neste projecto estruturante de investigação têm interagido diferentes investigadores, na sua maioria enfermeiros, mas também outros profissionais, de diferentes origens, maioritariamente nacionais mas igualmente estrangeiros; com objectivos específicos, na sua maioria para percursos académicos de mestrado e doutoramento, mas também, de integração à investigação, ao nível da licenciatura e de práticas avançadas de pós-doutoramento.

A todos eles devemos muito. Sem as pessoas que, voluntariamente, demonstraram interesse nesta área, desenvolveram, ou estão a desenvolver, os seus estudos neste tema, este caminho de investigação não faria sentido. A gratidão para com todos não tem limites.

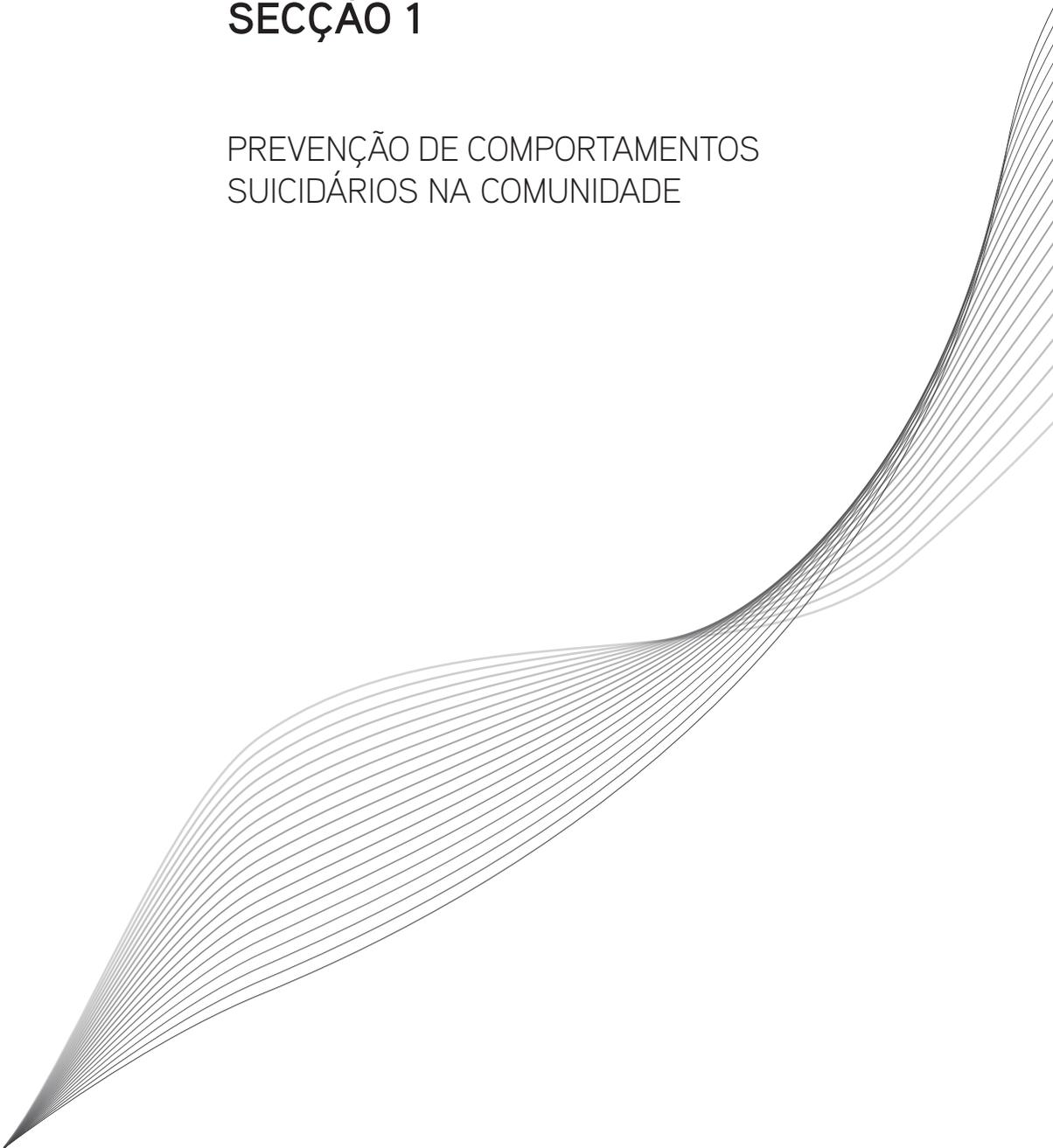
Alguns participam neste manual no final dos seus trajectos académicos, outros ainda em curso. Não tivemos espaço para todos mas, certamente, haverá mais oportunidades de partilharmos experiências de investigação. Para alguns autores este será o primeiro capítulo que foram convidados a escrever. Estamos certos que para a maioria não será a última publicação dada a sua qualidade e empenho. Ficamos sempre felizes quando observamos alguns trajetos profissionais e o seu desenvolvimento ao longo do tempo com sucesso.

O convite que fazemos é que leiam, discutam, critiquem, implementem o que for de implementar, melhorem as práticas quando for de melhorar, esqueçam quando for de esquecer!

Por último, uma palavra de reconhecimento e júbilo pelos autores dos prefácios: Professores Carlos Braz Saraiva e Daniel Sampaio, mestres, referências e, permitimo-nos afirmar, também amigos. O primeiro livro que lemos sobre este tema foi “Ninguém Morre Sozinho” e o que mais citámos em trabalhos académicos foi o “Parassuicídio”. Ambos têm elevada responsabilidade pelo trabalho que desenvolvemos nesta área. Este manual também é consequência dos seus ensinamentos: favorecer o desenvolvimento de cada um e contribuir para a continuidade do aprofundamento, interesse e pertinência do tema. Obrigado por isso também!

# SECÇÃO 1

PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS  
SUICIDÁRIOS NA COMUNIDADE





## CAPÍTULO I

# MAIS CONTIGO: 8 ANOS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL E PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS

José Carlos Santos  
Rosa Maria Pereira Simões  
Jorge Façanha  
Maria Pedro Queiroz Erse  
Lúcia Amélia Fernandes Marques  
Cândida Loureiro  
Maria Ermelinda Matos  
Maria Helena Quaresma

## INTRODUÇÃO

Os comportamentos suicidários são um complexo e grave problema de saúde pública (Turecki & Brent, 2015). Anualmente, morrem mais de 800 mil pessoas por suicídio (World Health Organization [WHO], 2014) ocorrendo cerca de 20 a 30 vezes mais tentativas (Wasserman, *Suicide: an unnecessary death*, 2001), que podem oscilar entre as 100 e 200, se considerarmos especificamente a população entre os 15 e os 24 anos (Fisher et al., 2000).

O suicídio é a segunda principal causa de morte nos jovens entre os 15 e os 24 anos (WHO, 2014). Por outro lado, a evidência científica demonstra que a psicopatologia tem o seu início na infância e adolescência (Patton et al., 2012). A escola é um local privilegiado para intervenção (Langford et al., 2014) e para a concretização de programas de prevenção do suicídio (Stein et al., 2010) em crianças e adolescentes. Podemos identificar vários tipos de modalidades vocacionadas para a prevenção do suicídio: ações de rastreio; programas psicoeducativos; desenvolvimento de competências; treino de

porteiros sociais; atividades de pós-venção; e, por último, programas multinível (Brás & Santos, 2014). Os programas multinível permitem criar sinergias entre as intervenções, potencializando os efeitos desejados de modo a serem mais eficazes (Gould, 2010). Por sua vez, os programas com uma abordagem universal são promissores dado o potencial de criar sinergias, numa intervenção conjunta (Calear et al., 2016). Não existe consenso quanto ao tipo de abordagem mais indicada neste âmbito (Whitney, Renner, Pate, & Jacobs, 2011), podendo atribuir-se às dificuldades metodológicas de avaliação, que dificultam a definição das melhores estratégias em termos de custo-eficácia (Brás & Santos, 2014). Alguns autores defendem mesmo a necessidade de uma coexistência de vários tipos de programas, no sentido de aumentar a efetividade das intervenções (Katz et al., 2013).

A evidência produzida tem apontado para efeitos positivos na saúde dos jovens (Brás & Santos, 2014). Um programa específico, o SEYLE (*Saving and Empowering Young Lives in Europe*), foi alvo de um estudo randomizado desenvolvido em dez países europeus, incluindo 1110 alunos de 168 escolas, demonstrou, através do YAM (*Youth Aware of Mental Health Programme*), ser eficaz na redução de tentativas de suicídio e da ideação suicida severa, com resultados ao 12º mês de *follow-up*, quando comparado com o grupo de controlo (Wasserman et al., 2015). No entanto, estudos de coorte que avaliaram projetos mais baseados em abordagens psicoeducativas demonstraram resultados inconsistentes (Zalsman et al., 2016).

A escassez de estudos que permitam a comparabilidade de estratégias similares em diferentes contextos é uma dificuldade inerente ao tema, pois a complexidade do fenómeno não permite que este seja concetualizado através de uma intervenção única, rígida e universal que vá além das condições e do contexto (White & Morris, 2010).

Em Portugal, desde 2009, o programa Mais Contigo tem procurado promover a saúde mental e prevenir os comportamentos suicidários com uma intervenção multinível nas escolas. Passados cerca de 8 anos da sua implementação, com recolha de dados de forma sistemática desde 2011, pretende-se neste capítulo identificar os principais resultados obtidos, enquanto indicadores de processo.

## CARACTERIZAÇÃO DO MAIS CONTIGO

O Mais Contigo é um projeto de intervenção e investigação longitudinal baseado numa intervenção multinível em rede. Tem como objetivos gerais: (i) a promoção da saúde mental e do bem-estar em jovens do 3º ciclo e ensino secundário; (ii) a prevenção de comportamentos suicidários; (iii) o combate ao estigma em saúde mental; (iv) a criação de uma rede de atendimento em saúde mental. Como objetivos específicos, este

projeto visa: (i) a promoção de competências sociais; (ii) a promoção do autoconceito; (iii) a promoção da capacidade de resolução de problemas; (iv) o desenvolvimento da assertividade na comunicação; (v) a melhoria na expressão e gestão das emoções; (vi) a deteção precoce de situações de distúrbio mental; e (vii) o fortalecimento das redes de apoio nos serviços de saúde (Santos J., Erse, Simões, Façanha, & Marques, 2013).

As entidades proponentes são a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC) e a Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC, IP). Ao longo da sua existência, o projeto tem aumentado as suas parcerias sendo, atualmente, as seguintes: Direção Geral de Saúde através do Programa Nacional de Saúde Mental; Direção de Serviços da Região Centro (Direção Geral dos Estabelecimentos Escolares); Consulta de Prevenção do Suicídio e Serviço de Pedopsiquiatria (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra); Núcleo de Estudos do Suicídio; Serviços de Psiquiatria (Centro Hospitalar Lisboa Norte, Centro Hospitalar de Baixo Vouga, Centro Hospitalar Tondela Viseu, Unidade Local de Saúde da Guarda); Serviços de Pedopsiquiatria (Centro Hospitalar Lisboa Central, Centro Hospitalar Leiria Pombal, Centro Hospitalar de Baixo Vouga, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Hospital Beatriz Ângelo); Serviços de Pediatria (Hospital Distrital da Figueira da Foz); Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve; Câmara Municipal da Lourinhã; Câmaras Municipais (Oliveira do Bairro, Mangualde, Alvaiázere, Mealhada, Estremoz, S. Brás de Alportel).

A Direção Geral de Saúde, através do Programa Nacional de Saúde Mental, tem financiado o Mais Contigo desde 2013. Contudo, nos últimos dois anos as verbas têm estado cativas pelo que, neste período, o maior financiamento teve origem nas instituições proponentes e, ao nível local, nas autarquias parceiras do programa.

A população alvo do Mais Contigo são os adolescentes do 3º ciclo e ensino secundário e as pessoas de maior proximidade com os mesmos. De igual modo, a equipa de saúde escolar dos centros de saúde locais tem um papel determinante no desenvolvimento do processo (Santos et al., 2013).

Os critérios de inclusão definidos para este estudo são: (i) profissionais das equipas de saúde escolar do centro de saúde da área da escola frequentarem o módulo formativo com a equipa coordenadora do projeto; (ii) intenção de participação por parte dos responsáveis da escola, através da apresentação de uma candidatura conjunta com a equipa de saúde escolar; (iii) inclusão no programa de educação para a saúde da escola e no plano de atividades da equipa de saúde escolar; (iv) autorização por parte dos encarregados de educação. Os critérios de exclusão dizem respeito à não garantia de conclusão do projeto no decurso do ano letivo ou a participação das turmas em qualquer outro projeto similar (Santos et al., 2013).

Todas as escolas que implementam o Mais Contigo comemoram o dia Mais Contigo a 12 de março de cada ano. Neste dia, há o envolvimento de toda a escola na promoção da saúde mental, através de atividades desenvolvidas em coordenação com as estruturas locais de saúde e, caso seja possível, autárquicas. Devem ainda estar presentes no encontro nacional anual de divulgação dos resultados, no final de cada ano letivo.

Desde o ano letivo 2011-2012, estiveram envolvidos no programa 191 agrupamentos de escolas e 48 agrupamentos de centros de saúde (ACES). Foram identificados 238 casos necessitados de um acompanhamento especializado. Destes, 143 foram seguidos através das estruturas do centro de saúde e 48 em instituições parceiras. Nestes dados não estão incluídos os casos detetados e resolvidos em contexto escolar pelas equipas dinamizadoras do Mais Contigo.

## Comunidade educativa

Dada a visão abrangente do Mais Contigo, têm sido formados professores, através de cursos acreditados pelas entidades competentes, com duração de 14h, totalizando no presente 172 docentes. Também os assistentes operacionais a trabalhar em contexto escolar viram a sua formação creditada através de um curso de 8h, contando 128 formandos nos últimos anos. Se contabilizarmos as ações de sensibilização de 3h, conduzidas nas escolas que implementaram o Mais Contigo, o somatório, incluindo docentes e auxiliares, é de 3870 profissionais.

Por sua vez, as ações de sensibilização com pais e/ou encarregados de educação nas escolas que implementaram o Mais Contigo contaram com a presença de 2085 participantes desde o ano letivo de 2011-2012.

## Metodologia

O estudo com os profissionais de saúde é um estudo quasi-experimental, sem grupo de controlo, em que se definiram os seguintes objetivos: (i) avaliar os resultados da formação dirigida aos profissionais de saúde no âmbito dos cuidados de saúde primários; e (ii) verificar se existem diferenças nos conhecimentos e atitudes em relação ao comportamento suicida, em função das variáveis idade, género, tempo de serviço e função desempenhada. A formação inclui conteúdos sobre adolescência, sintomatologia depressiva, comportamentos suicidários, bem como o papel da comunidade, da escola e dos profissionais de saúde.

Para avaliação dos resultados foi utilizado o Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida (Botega, Reginato, & Silva, 2005), após a sua validação cultural de constructo por um painel de peritos, através da análise das seguintes dimensões: (i)

atitudes em relação ao doente deprimido; (ii) sentimentos negativos diante do indivíduo com comportamento suicida; (iii) percepção da capacidade profissional; (iv) direito ao suicídio; e (v) conhecimentos em prevenção do suicídio. A formação foi ministrada em três cursos de formação de 21h cada, destinados a profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários, mais especificamente, os profissionais da equipa de saúde escolar (Santos J. C., Simões, Erse, Façanha, & Marques, 2014).

## Resultados

No que diz respeito aos profissionais de saúde, desde o início do projeto, 332 profissionais frequentaram o curso de formação, incluindo enfermeiros, psicólogos, médicos e outros profissionais. No ano letivo 2011-2012, foi feita uma avaliação do impacto da formação, considerando uma amostra de 66 formandos, maioritariamente do sexo feminino (92,4%), enfermeiras (84,0%) com uma média de idade de cerca de 41 anos (desvio-padrão= 8,37, com um mínimo de 26 e máxima de 61, e experiência profissional média de cerca de 17 anos (desvio-padrão=7,91), num intervalo que ia desde o 1 aos 34 anos.

O nível de conhecimentos aumentou de 3,40 para 3,92 após a frequência do curso. A análise por dimensão permite identificar melhorias com significado estatístico ( $t = -3,71; p < 0,05$ ) nas atitudes em relação ao indivíduo deprimido ( $t = -3,91; p < 0,05$ ), na percepção da capacidade profissional ( $t = -2,19; p < 0,05$ ) e nos conhecimentos em prevenção do suicídio ( $t = -2,67; p < 0,05$ ). As implicações desta mudança terão, necessariamente, repercussões positivas na identificação e atendimento do adolescente com comportamentos suicidários. A dimensão *direito ao suicídio* não apresentou melhoria significativa ( $p > 0,05$ ).

As variáveis género, profissão, idade e tempo de serviço não demonstraram diferenças significativas entre si, no que diz respeito ao nível global de conhecimentos da escala (Santos et al., 2014). Os resultados obtidos reforçam a importância da formação dos profissionais nesta temática. Efetivamente, foram observadas melhorias ao nível do conhecimento e atitudes. Estes dados têm suportado a manutenção anual deste tipo de formação, no âmbito do projeto *Mais Contigo*, incluindo também os cursos de atualização com os profissionais formados ao longo dos anos tendo, onde foram incluídos já um total de 113 profissionais.

## Adolescentes

### Metodologia

O estudo com os alunos é quasi-experimental, recorrendo a grupo de controlo, com *follow-up* de cerca de um ano letivo. Com os adolescentes é realizada uma intervenção especializada ao

longo do ano letivo, com sete sessões, utilizando jogos socio terapêuticos que incidem sobre o estigma em saúde mental, a adolescência, o bem-estar físico e mental, o autoconceito, a depressão e as estratégias de resolução de problemas. A avaliação da intervenção é realizada em dois momentos específicos: (i) avaliação diagnóstica, antes do início da intervenção; e (ii) avaliação final, 6 meses após a intervenção. Esta avaliação é realizada através de um questionário composto por várias escalas (Erse et al., 2016) para avaliação de vários domínios: (i) sintomatologia depressiva - Inventário Depressivo de Beck (Beck & Steer, 1987) validado para Portugal (Martins, 2000); (ii) bem-estar - *WHO Well-being 5* (WHO, 2002); (iii)  *coping* - Escala Toulosiana de *Coping* (Esparbés, Sordes-Ader, & Tap, 1993), validado para Portugal (Tap, Costa, & Alves, 2005); (iv) autoconceito - Escala de Auto-conceito de Piers-Harris (Piers & Herzberg, 2002) validado para a população portuguesa (Veiga, 2006).

O tratamento e análise de dados foram feitos através de estatística descritiva e inferencial, tendo sido utilizadas medidas paramétricas para a diferença de médias, uma vez constatada a distribuição normal da amostra (teste Kolmogorov-Smirnov,  $p > 0,05$ ). Ao longo dos anos foi utilizada a versão 23 do programa SPSS.

O estudo e a recolha de dados com estes instrumentos foram autorizados pelo Ministério da Educação (n.º 0224900002 e n.º n.º 0224900004), bem como pelos encarregados de educação através do consentimento informado.

## Resultados

Desde o início do *Mais Contigo* e da recolha sistemática de dados (em 2011-2012), foram abrangidos pelo projeto 18 610 alunos, dos quais validámos 17 477 instrumentos de colheita de dados, conforme o apresentado na Tabela 1.

A média etária foi de cerca de 13 anos (desvio-padrão=1,278) e o género foi sensivelmente metade masculino e metade feminino. Os anos de escolaridade dos respondentes situaram-se maioritariamente, entre o 7º e o 8º ano de escolaridade, embora tenham sido recolhidos dados em alunos do 7º e o 10º ano (com uma percentagem residual em anos mais avançados).

Tabela 1

*Perfil dos alunos participantes (N – número de alunos em projeto, sendo apresentados entre parêntesis o número de questionários validados)*

	2011/ 2012	2012/ 2013	2013/ 2014	2014/ 2015	2015/ 2016	2016/ 2017
N	741	1699 (1362)	1218 (1188)	3500 (3152)	5152 (4883)	6300 (6151)
Feminino (%)	46,80%	49,30%	48,82%	49,99%	50,00%	49,20%
Idade <i>M</i>	13,85	13,63	13,00	13,56	13,37	13,19
<i>Dp</i>	0,97	1,07	1,45	2,28	1,33	1,27
Min. – Máx.	11 - 18	12 - 19	11 - 20	11 - 21	11 - 19	11 - 19
Ano escolaridade (%)						
7º ano	10,30	34,10	48,00	42,40	32,50	44,50
8º ano	60,70	30,60	35,60	24,60	46,10	39,30
9º ano	29,00	27,10	8,60	15,10	11,20	9,60
10º ano	0,00	8,30	7,80	16,10	10,20	8,70
Outros	0,00	0,00	0,00	1,50	0,00	0,30

Os resultados ao longo dos anos têm variado, mas caracterizam-se por diferenças significativas entre o grupo experimental e de controlo. Numa análise global, desde o ano letivo 2011-2012, observam-se melhorias com diferenças significativas entre o grupo de controlo e o grupo experimental: (i) na sintomatologia depressiva em todos os anos com exceção do ano letivo de 2016-2017 (Erse et al., 2016; Santos et al., 2014, 2017); (ii) no bem-estar nos anos 2011-2012, 2012-2013 e 2015-2016 (Simões et al., 2017); (iii) no autoconceito nos anos 2013-2014 e 2015-2016; e (iv) e no  *coping* nos anos 2015-2016 e 2016-2017 (Santos et al., 2017).

A sintomatologia depressiva, se considerarmos os pontos de corte do BDI, tem permitido identificar nos adolescentes sintomatologia depressiva em cerca de 25% dos casos (incluindo a depressão leve, moderada e grave; Tabela 2). Em 2016-2017 ( $n=6151$ ) foram contabilizados 25,8% de adolescentes com sintomatologia depressiva divididos por depressão leve (11,4%), moderada (8,8%) e grave (5,6%).

Tabela 2

*Caracterização dos alunos participantes, tendo em conta a sintomatologia depressiva identificada (%), de acordo com o Inventário Depressivo de Beck*

	2011/ 2012	2012/ 2013	2013/ 2014	2014/ 2015	2015/ 2016	2016/ 2017
Sem sintomatologia depressiva	68,80	72,10	72,70	73,20	77,80	75,20
Sintomatologia depressiva leve	13,60	13,30	12,40	12,30	9,90	11,40
Sintomatologia depressiva moderada	11,30	9,30	9,20	8,90	7,50	8,80
Sintomatologia depressiva grave	6,40	5,20	5,70	5,50	4,70	5,60

Ao longo dos anos tem sido consistente a maior vulnerabilidade das raparigas quando comparadas com os rapazes, nomeadamente no que diz respeito ao autoconceito, bem-estar e sintomatologia depressiva, ou seja, as raparigas apresentam pontuações inferiores no autoconceito e bem-estar, sendo obtidas pontuações mais elevadas na sintomatologia depressiva (Santos et al., 2016, 2017). Estes resultados verificaram-se em todos os anos letivos. Também Wasserman, Carli, Hoven, Wasserman, e Sarchiapone (2012), através do SEYLE, identificaram maior sintomatologia depressiva e menor bem-estar em adolescentes do género feminino. Por outro lado, o baixo autoconceito nas raparigas é um importante fator de risco para a manifestação de comportamentos autolesivos (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012).

O *coping* não apresenta diferenças com significado estatístico entre rapazes e raparigas ( $p > .05$ ). Por sua vez, a vulnerabilidade também parece aumentar, nas dimensões avaliadas, entre o 7º e o 10º ano, independentemente do género dos adolescentes (Santos et al., 2017).

### *Estudo qualitativo*

Além dos estudos quantitativos apresentados, foi ainda realizado um estudo qualitativo no final do ano letivo 2014-2015, num agrupamento de escolas e numa unidade de cuidados na comunidade da região centro do país. Os objetivos deste estudo qualitativo eram: (i) perceber a importância do *Mais Contigo* na escola; (ii) identificar problemas/situações em que o *Mais Contigo* teve um impacto positivo; (iii) conhecer o impacto do *Mais Contigo* ao nível individual e de grupo/turma; (iv) identificar dificuldades na implementação; (v) propor sugestões de melhoria. As questões para os alunos foram as seguintes: como caracterizas o *Mais Contigo*?; O que mais gostaste?; O que gostaste menos?; Como é que o *Mais Contigo* foi importante para ti?; Que sugestões darias para o *Mais Contigo*?

As professoras foram selecionadas de acordo com a disponibilidade para a entrevista, desde que tivessem participado no projeto. Foi-lhes solicitado que caracterizassem o *Mais Contigo* e identificassem o impacto do mesmo na turma e na escola. As profissionais de saúde foram as dinamizadoras do projeto na escola, tendo identificado o impacto do *Mais Contigo* na atividade profissional.

Foram entrevistados 16 alunos do 8º ano, 5 raparigas e 11 rapazes, com uma idade média de cerca de 13 anos, representando 10% do total dos alunos do agrupamento, três professoras, com as funções de diretor de turma; duas enfermeiras responsáveis pela implementação do projeto (Loureiro et al., 2016).

As entrevistas individuais demoraram em média cerca de 15 minutos, foram gravadas e analisadas posteriormente recorrendo à análise de conteúdo de Bardin (Bardin, 2009). Na Tabela 3, são apresentadas as categorias identificadas.

Tabela 3  
*Categorias mais significativas identificadas em cada questão colocada aos alunos*

Questões	Categoria	N (%)
Como caracterizas o <i>Mais Contigo</i> ?	Ajuda na resolução de problemas	26 (%)
	Ajuda na comunicação / cooperação	8
	Ajuda na vivência da adolescência	5
O que mais gostaste?	Atividades de grupo	14
	Atividade do dia <i>Mais Contigo</i>	8
	Positividade	3
O que gostaste menos?	Os questionários	6
	Falar acerca de problemas	3
	Parte teórica das sessões	2
Como é que o <i>Mais Contigo</i> foi importante para tí?	Relações interpessoais	10
	Autoestima	8
	Autoconhecimento	7
	Uso dos conhecimentos no dia-a-dia	5

Os resultados encontrados permitem identificar várias componentes importantes na prevenção de comportamentos suicidários, nomeadamente: ajuda na resolução de problemas; ajuda na comunicação/cooperação; aumento das relações interpessoais e

da autoestima. Por outro lado, a utilização dos conhecimentos do *Mais Contigo* no dia-a-dia destes adolescentes parece também bastante significativo, dado o impacto que o mesmo tem nas suas atividades de vida diária para além da sala de aula, nomeadamente na promoção da sua autoestima, bem-estar e resolução de problemas.

Por sua vez, os professores enfatizaram o aumento da coesão nas turmas, o trabalho em rede e o sentido de responsabilidade como os aspetos mais significativos do *Mais Contigo*, sendo o projeto considerado útil, necessário e facilitador na identificação de problemas. As enfermeiras entrevistadas destacaram o aperfeiçoamento da prática e uma maior gratificação pessoal aquando da implementação do *Mais Contigo*.

### Implicações Clínicas

- O Mais Contigo tem reforçado os fatores protetores para os comportamentos suicidários (bem-estar, autoconceito, *coping*) e diminuído alguns de risco (sintomatologia depressiva e isolamento);
- Através do Mais Contigo, tem sido possível identificar e encaminhar, quando necessário e precocemente, os adolescentes e famílias em sofrimento mental (a identificação e referenciação são feitos de acordo com as dinâmicas da sala de aula, em função do relatado pelo adolescente ou do obtido em entrevista com as famílias dos estudantes);
- O nível de conhecimentos em saúde mental aumenta, por parte dos profissionais de saúde, melhorando também as atitudes em relação aos adolescentes com comportamentos autolesivos e possibilitando uma intervenção mais eficaz;
- A literacia em saúde mental junto dos docentes, assistentes operacionais e encarregados de educação aumenta, possibilitando um melhor conhecimento das necessidades e das fontes de ajuda dos adolescentes e comunidade.

### Limitações

- A obrigatoriedade do anonimato no preenchimento dos questionários não permite a identificação dos adolescentes e, assim, uma ajuda individualizada, sempre que necessário;
- A não-monitorização dos comportamentos suicidários, de forma sistemática, não permite avaliar, concretamente, a efetividade do programa na redução destes comportamentos.

## CONCLUSÃO

O *Mais Contigo* tem demonstrado ser eficiente na promoção de fatores protetores e diminuição de fatores de risco para a manifestação dos comportamentos suicidários, através de uma intervenção multinível, em rede e com uma abordagem ecológica.

O registo de maior vulnerabilidade dos adolescentes do sexo feminino implica uma abordagem cuidada nas questões de género. Por sua vez, o aumento destas vulnerabilidades desde o 3º ciclo até ao ensino secundário apela à necessidade de dar continuidade a estes programas de promoção da saúde mental ao longo de todo o ensino pré-universitário.

A elevada percentagem de adolescentes com sintomatologia depressiva, superior a 20%, sugere a necessidade de programas específicos de saúde mental, bem como a disponibilidade dos profissionais desta área para a prevenção, deteção precoce e rápido encaminhamento.

A identidade do *Mais Contigo* com o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013-2020), a elevada rede de instituições de cuidados primários e diferenciados de suporte ao programa, o trabalho de proximidade realizado em cada escola, a leitura e análise dos dados de cada instituição implica o reforço do financiamento do programa, de forma a cumprir com os objetivos propostos em todas as suas valências: (i) ao nível dos cuidados através da prevenção, intervenção e pósvenção; (ii) ao nível da investigação através do diagnóstico de situação e avaliação; e (iii) ao nível da divulgação e partilha através de comunicações e publicações.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo (ed. revista e atualizada)*. Lisboa: Edições 70.
- Beck, A., & Steer, R. (1987). *manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio: TX Psychological Corporation.
- Botega, N., Reginato, D., & Silva, S. (2005). Nursing personnel attitudes toward suicide: the development of a measure scale. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, 315-318.
- Brás, M., & Santos, J. C. (2014). Prevenção do suicídio em meio escolar. In C. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos* (pp. 485-492). Lisboa: SPS e Lidel.
- Calear, A., Christensen, H., Freeman, A., Fenton, K., Grant, J., Spijker, B., & Donker, T. (2016). A systematic review of psychosocial prevention interventions for youth. *Eur Child Adolescence Psychiatry*, 25, pp. 467-482.
- Erse, M., Simões, R., Façanha, J., Marques, L., Loureiro, C., Matos, M., & Santos, J. C. (2016). Depressão em adolescentes em meio escolar: Projeto + Contigo. *Revista de Enfermagem Referência*, 9, 37-45.

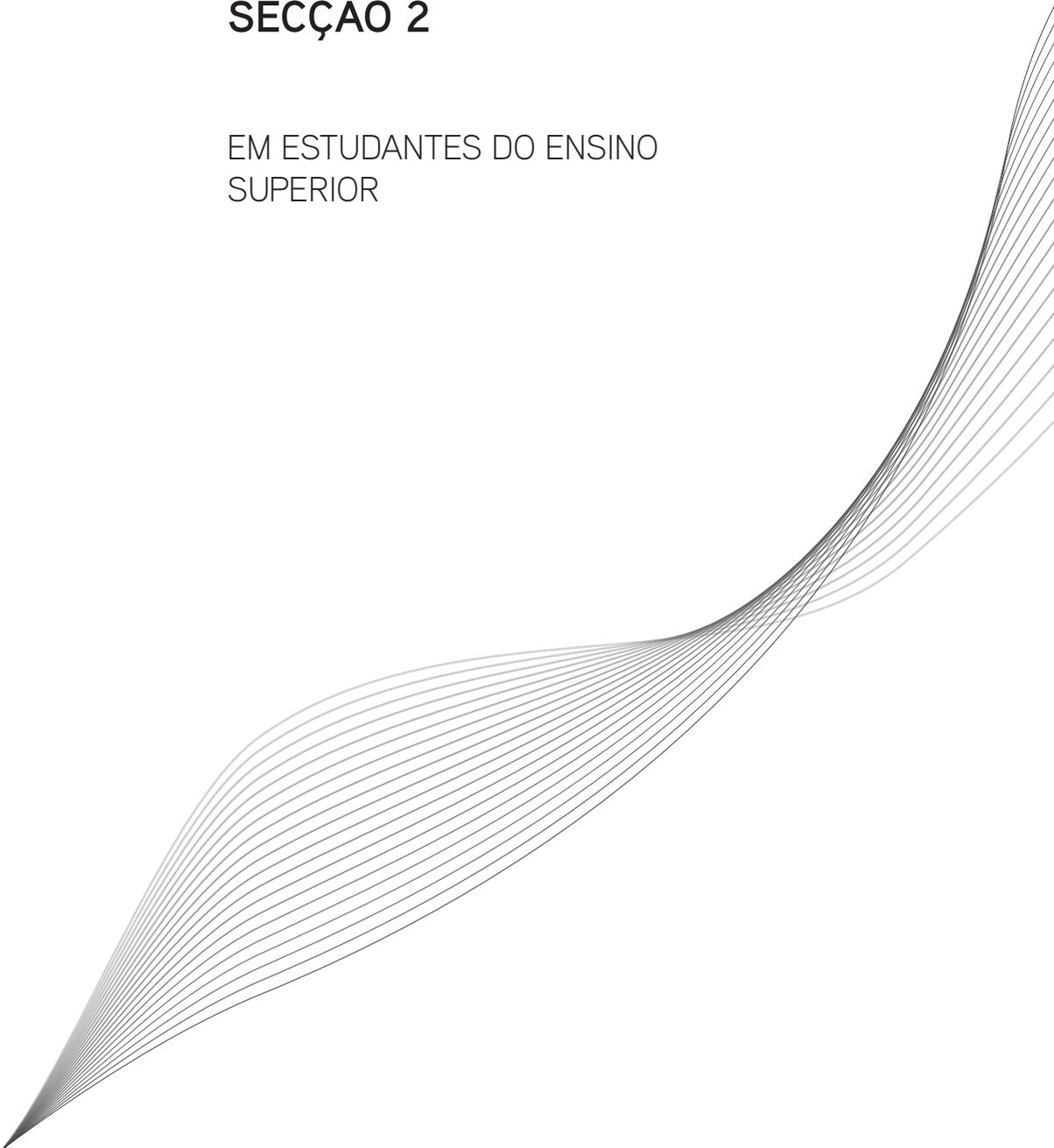
- Esparbés, S., Sordes-Ader, F., & Tap, P. (1993). Présentation de l'échelle de coping. *Journées du Labo* (pp. 89-107). St Crieg: St Crieg (Actes).
- Fisher, A., Kramer, R., King, R., Bird, H., Davies, M., Gould, M., . . . Lahey, B. (2000). Risk Behavior in a community sample of children and adolescents. *Journal American Acad Child Adolescence Psychiatry*, 39(7), pp. 881-887.
- Gould, M. (2010). Evidence-based best practices in suicide prevention: school based suicide prevention strategies. What is the evidence? *26th World Congress of the International Association for Suicide Prevention*. Roma : IASP.
- Hawton, K., Saunders, K., & O'Connor, R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379, pp. 2373-2382.
- Katz, C., Bolton, S., Katz, L., Isaak, C., Tilston-Jones, T., Saereen, J., & Team, S. C. (2013). A Systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depression and Anxiety*, 30, pp. 1030-1045.
- Langford, R., Bonell, C., Jones, H., Poulou, T., Murphy, S., Waters, E., . . . Campbell, R. (2014). The WHO Health Promoying School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement (review). *Cochrane database Syst Rev*, 4, CD008958.
- Loureiro, C., Quaresma, M., Façanha, J., Erse, M., Simões, R., & Santos, J. (2016). + Contigo project in the voice of eight-grade students. *the European Proceedings of Social & Behavioural Sciences EpSBS* (pp. 158- 170). Future Academy.
- Martins, A. (2000). *As manifestações clínicas da depressão na adolescência*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Patton, G., Coffey, C., Cappa, C., Currie, D., Riley, L., Gore, F., . . . Ferguson, J. (2012). Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *Lancet*, 379, 1665-75.
- Piers, E., & Herzberg, D. (2002). *Piers-Harris 2: Piers- Harris Children's Self-Concept Scale (2nd edition)*. Wilshire Boulevard, CA: Western Psychological Services.
- Santos, J. C., Erse, M., Façanha, J., Marques, L., & Simões, R. (2014). *+ Contigo: promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa*. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.
- Santos, J., Erse, M., Marques, L., Loureiro, C., Quaresma, M., & Matos, M. (2016). Saúde mental dos adolescentes portugueses: contributos do + Contigo. *Atas do V Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero- Americana e de Países de Língua Oficial Portuguesa* (p. 132). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA:E.
- Santos, J., Erse, M., Simões, R., Façanha, J., & Marques, L. (2013). + Contigo na promoção da saúde mental e prevenção de com portamentos suicidários em emio escolar. *Revista de Enfermagem Referência*, 10, 203-207.
- Simões, R., Façanha, J., Erse, M., Marques, L., Loureiro, C., Matos, E., . . . Santos, J. C. (2017). Promoção do bem-estar em adolescentes: contributos do projeto +Contigo. *Portuguese Journal of Public Health* .

- Santos, J. C., Simões, R., Erse, M., Façanha, J., & Marques, L. (2014). Impacto da formação + Contigo nos conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde acerca do suicídio. *Revista Latino - Americana de Enfermagem*, 22 (4), 679-684.
- Santos, J., Simões, R., Erse, M., Façanha, J., Marques, L., Loureiro, C., . . . Quaresma, H. (2017). Lessons learned form suicide prevention at school. *International Summit on Suicide Research - New Horizons for Suicide Research: From Genes to Communities* (pp. 167- 168). Las Vegas, USA: IASR- AFSP.
- Santos, J. C., Simões, R., Erse, M., Façanha, J., Marques, L., Matos, M., & Quaresma, M. (2016). Autoconceito em adolescentes portugueses: contributos do + Contigo. *Atas do V Congresso em Enfermagem Ibero Americana e de Países de Língua Oficial Portuguesa. supl 9 (4)*, p. 68. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA:E.
- Stein, B., Kataoka, S., Hamilton, A., Schultz, D., Ryan, G., Vona, P., & Wong, M. (2010). School personnel Perspectives on their School's Implementation of a School-Based Suicide prevention Program. *The Journal of Behavioral Health Sciences & Research*, 37:3, 338-349.
- Tap, p., Costa, E., & Alves, M. (2005). Escala Toulosiana de Coping - Estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6(1), pp. 47-56.
- Turecki, G., & Brent, D. (2015). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*, 387, 1227-39.
- Veiga, F. (2006). Uma nova versão da escala de autoconceito Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHCSCS-2). *Psicologia e Educação*, 5(1), pp. 39-48.
- Wasserman, D. (2001). *Suicide: an unnecessary death*. London: Martin Dunitz.
- Wasserman, D., Carli, V., Hoven, C., Wasserman, C., & Sarchiapone, M. (2012). *SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe): Final Report for the European Commision Deliverable*. Sweden: SEYLE.
- Wasserman, D., Hoven, C., wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., . . . Bobes, J. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomized, controleed trial. *Lancet*, 385, 1536-1544.
- White, J., & Morris, J. (2010). Precarious spaces: Risk, responsibility and uncertainty in school-based suicide prevention programs. *Social Science & Medicine*, 71, 2187-2194.
- Whitney, S., Renner, I., Pate, C., & Jacobs, K. (2011). Principals' perceptions of benefits and barriers to school-based suicide preventio programs. *Children and Youth Services Review*, 33, pp. 869-877.
- World Health Organization. (12 de março de 2002). *WHO Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviors SUPRE-MISS*. Obtido de WHO: [www.qct.who.dk](http://www.qct.who.dk)
- World Health Organization. (2014). *Preventing Suicide: a Global Imperative*. Geneva: World Health Organization.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., K., H., Arensman, E., Sarchiapone, M., . . . Hoschi, C. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet*, 3, 646659.



## SECÇÃO 2

EM ESTUDANTES DO ENSINO  
SUPERIOR





## CAPÍTULO II

# REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO SUICÍDIO NA PERSPETIVA DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Kelly Graziani Giacchero Vedana  
José Carlos Santos

## ENQUADRAMENTO

O suicídio é considerado um problema mundial que precisa ser priorizado em agendas de saúde e políticas públicas. Estima-se que quase um milhão de pessoas morrem por ano mundialmente devido ao suicídio, o que corresponde a uma morte por suicídio a cada 40 segundos e uma tentativa a cada 2 ou 3 segundos. Acredita-se que 75% das mortes por esta causa ocorram em países de baixa e média renda. O Brasil ocupa a oitava posição em números de suicídios nas Américas. A maioria das mortes por suicídio é considerada evitável, porém, o tema é complexo, estigmatizado e insuficientemente compreendido, o que acaba por prejudicar pessoas em sofrimento e familiares que procuram ajuda efetiva e qualificada (World Health Organization [WHO], 2014).

Os enfermeiros possuem um papel importante na prevenção do suicídio e na assistência a pessoas que tentaram o suicídio (Emergency Nurses Association, 2012; Registered Nurses' Association of Ontario, 2009). A literatura revela que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, frequentemente sentem-se emocionalmente afetados pelo comportamento suicida, tem dificuldades de compreensão, empatia e interação verbal com pessoas com este tipo de comportamentos (Fairman, Montross Thomas, Whitmore, Meier, & Irwin, 2014; Kishi, Kurosawa, Morimura, Hatta, & Thurber, 2011; Scocco, Toffol, Pilotto, & Pertile, 2012; Yaseen et al., 2013).

A assistência a pessoas com comportamento suicida é crítica e desafiadora para os profissionais de enfermagem que, frequentemente não se sentem suficientemente preparados para o cuidado destas pessoas (Vedana et al., 2017). Estudos têm

demonstrado ainda que atitudes negativas relacionadas ao comportamento suicida estão associadas ao despreparo dos profissionais e podem reforçar o estigma, discriminação e prejudicar o cuidado à pessoa com risco suicida (Karman, Kool, Poslawsky, & van Meijel, 2015; Saunders, Hawton, Fortune, & Farrell, 2012). Tais achados apontam para a importância da formação acadêmica qualificada para os profissionais de enfermagem.

## JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

O impacto do suicídio reforça a necessidade de estratégias para sua prevenção, tendo os profissionais de enfermagem um papel fundamental na prevenção do suicídio podendo exercer um impacto significativo no prognóstico de pessoas em risco de suicídio (Emergency Nurses Association, 2012; Registered Nurses' Association of Ontario, 2009).

A assistência por parte dos profissionais de enfermagem pode ser influenciada pelas representações que os enfermeiros constroem sobre o suicídio, pela formação profissional e competências para avaliação do risco de suicídio e planejamento do cuidado (Nebhinani, Nebhinani, Tamphasana, & Gaikwad, 2013; Osafo, Knizek, Akotia, & Hjelmeland, 2012; Srivastava & Tiwari, 2012). No entanto, o conhecimento sobre essas questões ainda é escasso (Rothes, Henriques, Leal, & Lemos, 2014). Atualmente, os estudos disponíveis são predominantemente quantitativos e são restritos às atitudes relacionadas ao suicídio ou a alguns componentes específicos das experiências dos profissionais, não permitindo a compreensão mais generalizada das representações do suicídio. Além disso, há poucos estudos realizados com estudantes de enfermagem sobre esse assunto.

O conhecimento sobre as representações do suicídio na perspectiva dos estudantes de enfermagem poderia ajudar na compreensão das necessidades, potencialidades, elementos facilitadores, limites da formação acadêmica sobre suicídio, bem como sobre a avaliação de experiências e estratégias educativas relacionadas com o suicídio. Assim, este estudo teve como objetivo investigar as representações do suicídio na perspectiva de estudantes de enfermagem brasileiros.

## METODOLOGIA

### Questão do estudo e delineamento do estudo

O presente estudo foi delineado para responder à seguinte questão: Quais são as representações do suicídio na perspectiva de estudantes de enfermagem? Para atender ao objetivo do presente estudo, optou-se pela abordagem qualitativa.

A pesquisa qualitativa utiliza métodos compreensivos-interpretativos para investigar fenômenos que não podem ser quantificados. Esse tipo de pesquisa pode estar voltado para a apreensão e interpretação de representações, significados, motivos, crenças, valores, opiniões, perspectivas e permite desenvolver o conhecimento aprofundado sobre diferentes dimensões da vida social (Strauss & Corbin, 2008).

### **Local e participantes do estudo**

Este estudo foi realizado numa instituição de ensino superior no interior de São Paulo, Brasil. Foram elegíveis para participar no estudo estudantes de graduação em enfermagem matriculados a partir do 5º semestre dos cursos de Bacharelado em Enfermagem (BN) ou Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem (BLN). A opção de selecionar alunos dos semestres finais do curso foi justificada por estarem num período em que têm maior probabilidade de entrar em contato com situações que envolvem a relação com pessoas com comportamento suicida, em atividades teóricas e práticas.

O curso BLN, além da educação de enfermagem geralista (BN), inclui uma componente pedagógica para que os alunos possam trabalhar como professores em programas vocacionais e de saúde. No momento em que o estudo foi desenvolvido, a educação formal de ambos os cursos de graduação abordava o assunto *suicídio* apenas numa aula e num laboratório. Uma maior exposição educacional ou experiência prática sobre este assunto dependia das oportunidades de prática nos locais de estágio que eram muito irregulares.

### **Amostragem**

No total, foram incluídos no estudo 30 estudantes. A amostragem teórica foi empregada para orientar a inclusão dos participantes no estudo de acordo com a sua capacidade de descrever a sua experiência ou relacionada ao fenômeno a ser investigado. O processo de amostragem teórica é utilizado em pesquisas qualitativas e tem como objetivo de maximizar as oportunidades, de explorar e comparar eventos, conceitos, características, situações, experiências, definições e, assim, garantir a constituição e refinamento das categorias do estudo (Strauss & Corbin, 2008).

Neste estudo, a interrupção da recolha de dados e da adição de novos participantes foi determinada pela saturação teórica, que ocorreu quando o objetivo do estudo foi atingido, as categorias do estudo foram desenvolvidas, coerentes e articuladas, os dados tornaram-se repetitivos e não acrescentavam informações relevantes para a compreensão do fenômeno em estudo.

## **Recolha de dados**

A recolha de dados foi desenvolvida de 2016 a 2017 e a principal estratégia para a obtenção dos dados foi a entrevista semi-dirigida. A entrevista inicial com os participantes foi direcionada pela seguinte questão: Você poderia me dizer qual é o significado do suicídio para você? Outras questões foram acrescentadas para a melhor compreensão das representações do suicídio para os participantes do estudo.

As entrevistas foram realizadas num local privado, em horário previamente agendado com os participantes segundo a sua disponibilidade. Todas as entrevistas foram conduzidas pelo investigador que não exercia atividades didáticas junto aos participantes do estudo.

## **Análise de dados**

Neste estudo, a recolha e análise dos dados foram realizadas concomitantemente, de forma a permitir que a análise colaborasse com o direcionamento da recolha de dados, reformulação, adição e refinamento de questões, indagações em maior profundidade e validação da interpretação (Strauss & Corbin, 2008).

Os dados foram submetidos à análise temática, frequentemente utilizada para a identificação de padrões ou temas relevantes relacionados com um fenômeno investigado (Braun & Clarke, 2006). No presente estudo, a análise de dados seguiu as seguintes etapas: familiarização com os dados (diversas leituras para procura de significados e padrões); construção de códigos iniciais; pesquisa por temas (por meio da análise e agrupamento dos códigos criados na etapa anterior); reestruturação dos temas; construção e aperfeiçoamento do mapa temático; identificação da essência de cada tema; e produção do relatório (Braun & Clarke, 2006).

## **Aspectos éticos**

A pesquisa foi desenvolvida após ser aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa. Os participantes foram esclarecidos acerca do objetivo do estudo e convidados, de forma individual, a participar voluntariamente no estudo. O trabalho cumpriu todas as recomendações relativas às pesquisas que envolvem seres humanos e seguiu as recomendações da Declaração de Helsinki. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da instituição.

## RESULTADOS

As representações do suicídio na perspectiva dos estudantes de enfermagem foram diversas e estiveram associadas a estranhamento, desconhecimento, incompreensão, impacto emocional, culpa, transgressão, admiração ou condenação.

O óbito por suicídio foi considerado “Uma incógnita”, um fenômeno ligado a um intenso estranhamento, incompreensão e a um questionamento constante para pessoas que vivenciam o luto. O suicídio foi considerado um tabu, o que dificulta a socialização de dúvidas e procura de respostas. Além disso, os estudantes ressaltaram o próprio despreparo para a prevenção e posvenção diante desse fenômeno obscuro. “(...) eu não vou conseguir compreender o que a pessoa estava sentindo e o que ela estava passando pra ela ter chegado a esse ponto de tentar se matar.”(P8, 2016)

O suicídio também representou uma “Situação marcante e assustadora” na medida em que pode provocar comoção acentuada, reações e sentimentos dolorosos. Os estudantes acreditavam que o suicídio acarretava danos irreversíveis e uma intensa desestruturação para a família ou pessoas próximas. “Isso mexe com você porque não é uma coisa fácil de lidar. É uma coisa pesada”(P1, 2016)

Na perspectiva dos estudantes, o suicídio era uma “Fonte de culpa”, pois comumente, diante desse evento, havia uma percepção de culpa difundida, autculpabilização ou procura de culpados, erros ou negligência relacionados com sinais não percebidos ou a oportunidades de prevenção perdidas. “Então fica a culpa porque você convivia com aquela pessoa e você não conseguiu impedir que ela tentasse, então eu acho que sempre deve envolver um sentimento de culpa.” (P12, 2017)

Destacou-se ainda a representação do suicídio como “Transgressão”, pois a opção pela morte não era aceite socialmente e a sociedade luta pela vida enquanto a pessoa engajou-se num movimento oposto na busca pela própria morte. Diante do suicídio, também foram manifestas a “Admiração ou condenação” do suicídio, considerado um ato de força e coragem ou de fraqueza e covardia. “É difícil até pra gente como profissional da saúde (compreender a pessoa que se mata) porque a gente luta tanto pela vida e tem que ver que muitas pessoas querem morrer.” (P21, 2017) “A pessoa que se mata é meio covarde de não querer enfrentar as coisas da vida (...) e egoísta” (P16, 2017)

Os estudantes frequentemente sentiam-se impelidos a procurar, sem sucesso, uma explicação unicausal para o suicídio e tentar defini-lo como um “Ato decorrente de um fator (interno ou externo)”, isoladamente. Contudo, percebiam que as suas hipóteses pareciam ser insuficientes para explicar este fenômeno complexo e cercado por incompreensão. “Achei que era por causa de um término de casamento, mas não dá para entender o que leva uma pessoa a isso.” (P25, 2017)

A Tabela 1 apresenta um resumo das categorias e subcategorias do estudo que revelam as representações do suicídio para os estudantes de enfermagem.

Tabela 1

*Síntese das categorias e subcategorias do estudo sobre as representações do suicídio para estudantes de enfermagem.*

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
<b>Uma incógnita</b>	<p>Fenômeno ligado a um intenso estranhamento</p> <p>Incompreensão (foge da capacidade de entendimento)</p> <p>Sensação de despreparo</p> <p>Dificuldade de compreender o suicídio</p> <p>Sem saber o que falar ou fazer em relação à prevenção e posvenção</p> <p>Uma interrogação constante para pessoas próximas</p> <p>Desconhecimento sobre o que a pessoa realmente desejava, pensava e sentia.</p> <p>Impossibilidade de questionamento com o autor do suicídio</p> <p>Tema considerado um tabu, o que dificulta a socialização de dúvidas e busca por respostas</p> <p>Dúvidas e mudanças de perspectiva constantes sobre o assunto</p>
<b>Situação marcante e assustadora</b>	<p>Diferença na intensidade de reações/sentimentos</p> <p>Comoção acentuada</p> <p>Morte inesperada, causa susto</p> <p>Situação inesquecível, horrível, pesada</p> <p>Sentimentos dolorosos</p> <p>Danos, desestruturação para a família/ pessoas próximas</p>
<b>Fonte de culpa</b>	<p>Procura pelo erro/negligencia</p> <p>Sinais não percebidos</p> <p>Reflexão sobre oportunidades de prevenção perdidas</p> <p>O que poderia ter sido feito? O suicídio poderia ter sido evitado?</p> <p>Culpa difundida, autculpabilização ou busca por culpados</p>
<b>Transgressão</b>	<p>Opção pela morte não é aceita socialmente</p> <p>Contramão dos cuidados em saúde</p> <p>Percepção de que, em geral, a sociedade luta pela vida enquanto a pessoa engajou-se na busca pela própria morte</p>
<b>Admiração ou condenação</b>	<p>Ato de força e coragem x fraqueza e covardia</p> <p>Romantização do suicídio</p> <p>Condenação, julgamentos relacionados ao suicídio</p>

Tabela 1 (Continuação)

*Síntese das categorias e subcategorias do estudo sobre as representações do suicídio para estudantes de enfermagem.*

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
<b>Ato decorrente de um fator (interno ou externo)</b>	Dúvida quanto a causas do suicídio
	Busca por uma explicação unicausal
	Enfoque em fatores internos (dificuldade de lidar com a dor, desespero, instabilidade emocional, incapacidade, limitações)
	Enfoque em fatores externos (questões sociais, estressores externos, situações, eventos e questões fora do controle do indivíduo)

## DISCUSSÃO

As representações do suicídio, na perspectiva dos estudantes de enfermagem, estão ligadas a estranhamento, desconhecimento, incompreensão, impacto emocional, culpa, transgressão, admiração ou condenação. Embora seja difícil comparar os resultados desse estudo com populações similares, foram identificadas algumas consonâncias com resultados de um estudo brasileiro realizado com profissionais de enfermagem que identificou que esses profissionais consideram ter preparação insuficiente e necessidade de maior conhecimento e controle emocional para lidar com o comportamento suicida (Vedana et al., 2017).

O óbito por suicídio foi considerado um fenômeno ligado a uma intensa incompreensão, sensação de despreparo profissional para lidar com o assunto e à percepção desse tema como um tabu, o que dificulta a oportunidade de discutir o assunto e ter maior acesso ao conhecimento. O despreparo profissional pode favorecer atitudes negativas e influenciar negativamente o cuidado à pessoa em risco de suicídio (Vedana et al., 2017), por isso o investimento na formação de profissionais e na desconstrução de tabus são elementos fundamentais para a prevenção do suicídio (Osafo et al., 2012).

Na perspectiva dos estudantes de enfermagem, o suicídio pode provocar reações e sentimentos dolorosos. O impacto do suicídio sobre as emoções e a saúde mental dos profissionais tem sido investigado por outros estudos que realçam a importância de suporte emocional para os profissionais de saúde que lidam com estas situações (Fairman et al., 2014; Scocco, Toffol, Pilotto, & Pertile ., 2012; Yaseen et al., 2013).

Os estudantes de enfermagem relataram experiências mal sucedidas na busca de uma explicação unicausal satisfatória para o suicídio. Considerando que o suicídio é um fenômeno

multicausal e complexo (World Health Organization [WHO], 2014), é importante que os profissionais estejam preparados para percebê-lo dessa forma para depois reconhecerem as oportunidades e atuar sobre os diferentes fatores de risco e de proteção contra o suicídio.

As representações do suicídio revelaram ainda que a perspectiva dos estudantes sobre o assunto era marcada por julgamentos, culpabilização, condenação, e, em alguns casos, por admiração. Tais aspectos não parecem contribuir com a prevenção da posvenção do suicídio de forma efetiva e estão associados a atitudes negativas e moralistas relacionadas com o suicídio. Nesse sentido, estudos brasileiros referem que melhores atitudes em relação ao comportamento suicida estão associadas a intervenções educacionais (Bott, de Araujo, Costa, & Machado, 2015; Moraes, Magrini, Zanetti, Santos, & Vedana, 2016; Silva Cais, Silveira, Stefanello, & Botega, 2011) que precisam ser mais qualificadas e difundidas no contexto investigado, pois os estudos mostram que tanto os estudantes (Moraes et al., 2016) como os profissionais de enfermagem brasileiros tem baixa exposição educacional no âmbito do suicídio (Vedana et al., 2017).

## CONCLUSÕES

As representações do suicídio na perspectiva dos estudantes de enfermagem (com baixa exposição educacional ao tema) estiveram associadas a estranhamento, desconhecimento, incompreensão, impacto emocional, culpa, transgressão, admiração ou condenação. Tais aspectos revelam a importância da ampliação e qualificação da formação no âmbito do suicídio durante a formação acadêmica com a finalidade de auxiliar os futuros enfermeiros a superar elementos que possam ser barreiras para a prevenção do suicídio, cuidado a pessoas com risco de suicídio e sobreviventes do suicídio.

### Limitações

Este estudo possui algumas limitações, tais como: falta de triangulação nos procedimentos de recolha e análise de dados; ser restrito a estudantes de enfermagem de uma instituição de educação pública dentro de um território geográfico limitado; e não incluir instituições com maior exposição educacional relacionada ao suicídio.

### Implicações para a prática

Em contexto de baixa exposição educacional sobre o tema, o suicídio está estritamente relacionado com desconhecimento, incompreensão, impacto emocional, culpa, transgressão,

admiração ou condenação. Assim, é importante abordar estes aspectos desde a introdução à prevenção do suicídio em estratégias educativas. Os resultados do presente estudo oferecem subsídios que poderão ser utilizados para o planejamento de estratégias de formação acadêmica e de apoio psicossocial para os estudantes, contribuindo para a melhoria da qualificação para a assistência. Destaca-se ainda a necessidade de investigar o potencial de diferentes intervenções educacionais para promover transformações em perspectivas, atitudes e ações de forma a potencializar a prevenção do suicídio.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bott, N. C. , de Araujo, L. M., Costa, E. E., & Machado, J. S. (2015). Nursing students attitudes across the suicidal behavior. *Investigacion Y Educacion En Enfermeria*, 33(2), 334–342. doi:10.1590/S0120-53072015000200016
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Emergency Nurses Association. (2012). *Clinical practice guideline: Suicide risk assessment*. Recuperado de <https://www.guidelinecentral.com/summaries/clinical-practice-guideline-suicide-risk-assessment/#section-society>
- Fairman, N., Montross Thomas, L. P., Whitmore, S., Meier, E. A., & Irwin, S. A. (2014). What did i miss? A qualitative assessment of the impact of patient suicide on hospice clinical staff. *Journal of Palliative Medicine*, 17(7), 832–836. doi:10.1089/jpm.2013.0391
- Karman, P., Kool, N., Poslawsky, I. E., & van Meijel, B. (2015). Nurses' attitudes towards self-harm: A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(1), 65–75. doi:10.1111/jpm.12171
- Kishi, Y., Kurosawa, H., Morimura, H., Hatta, K., & Thurber, S. (2011). Attitudes of Japanese nursing personnel toward patients who have attempted suicide. *General Hospital Psychiatry*, 33(4), 393–397. doi:10.1016/j.genhosppsych.2011.02.005
- Moraes, S. M., Magrini, D. F., Zanetti, A. C., Santos, M. A., & Vedana, K. G. (2016). Attitudes and associated factors related to suicide among nursing undergraduates. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(6), 643–649.
- Nebhinani, M., Nebhinani, N., Tamphasana, L., & Gaikwad, A. D. (2013). Nursing students' attitude towards suicide attempters: A study from rural part of Northern India. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 4(4), 400–7. doi:10.4103/0976-3147.120240
- Osafo, J., Knizek, B. L., Akotia, C. S., & Hjelmeland, H. (2012). Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(6), 691–700. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.11.010
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2009). Assessment and care of adults at risk for suicidal ideation and behaviour, (January), 120–122.

- Roths, I. A., Henriques, M. R., Leal, J. B., & Lemos, M. S. (2014). Facing a patient who seeks help after a suicide attempt: The difficulties of health professionals. *Crisis*, 35(2), 110–122. doi:10.1027/0227-5910/a000242
- Saunders, K. E., Hawton, K., Fortune, S., & Farrell, S. (2012). Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. doi:10.1016/j.jad.2011.08.024
- Scocco, P., Toffol, E., Pilotto, E., & Pertile, R. (2012). Psychiatrists' emotional reactions to patient suicidal behavior. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(2), 94–108. doi.org/10.1097/01.pra.0000413275.09305.d5
- Silva Cais, C. F., Silveira, I. U., Stefanello, S., & Botega, N. J. (2011). Suicide prevention training for professionals in the public health network in a large brazilian city. *Archives of Suicide Research*, 15(4), 384–389. doi:10.1080/13811118.2011.616152
- Srivastava, M., & Tiwari, R. (2012). A Comparative study of attitude of mental health versus nonmental professionals toward suicide. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(1), 66–9. doi:10.4103/0253-7176.96163
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing Grounded Theory* (2nd ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Vedana, K. G., Magrini, D. F., Miaso, A. I., Zanetti, A. C., Souza, J., & Borges, T. L. (2017). Emergency nursing experiences in assisting people with suicidal behavior: A grounded theory study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(4), 345-351. doi:10.1016/j.apnu.2017.04.003
- Vedana, K. G. G., Magrini, D. F., Zanetti, A. C., Miaso, A. I., Borges, T. L., & Santos, M. A. (2017a). Attitudes toward suicidal behavior and associated factors among nursing professionals: A quantitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(9-10), 651-659. doi:10.1111/jpm.12413
- World Health Organization. (2014). Preventing suicide: A global imperative. doi:10.1002/9780470774120
- Yaseen, Z. S., Briggs, J., Kopeykina, I., Orchard, K. M., Silberlicht, J., Bhingradia, H., & Galynker II. (2013). Distinctive emotional responses of clinicians to suicide-attempting patients: A comparative study. *BMC Psychiatry*, 13, 9. doi:10.1186/1471-244x-13-230

## CAPÍTULO III

# COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS, SUPORTE SOCIAL E RAZÕES PARA VIVER EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Sónia Cunha Leal  
José Carlos Santos

## INTRODUÇÃO

O suicídio é a segunda principal causa de morte entre adolescentes portugueses (Oliveira, 2006) o suicídio é a segunda principal causa de morte entre adolescentes portugueses. Dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), apresentam uma taxa de suicídio de 4.5 no sexo masculino e de 1.4 no sexo feminino, dos 15 aos 24 anos no ano de 2012 (INE, 2013).

O comportamento suicidário é um problema de saúde pública. De acordo com a Organização Mundial de Saúde estima-se que pelo menos um milhão de pessoas por todo o mundo morrem anualmente de suicídio mas, a maior preocupação é o recente aumento nas taxas de suicídio entre os jovens (World Health Organization, 2014).

O suicídio é uma das principais causas de morte entre jovens de ambos os sexos. Torna-se por isso importante a respeito do suicídio e das tentativas de suicídio, identificar os sinais de alerta e conhecer as causas (Peixoto, Saraiva, & Sampaio, 2014).

Na dor íntima do jovem, de quem perdeu a esperança e não encontra razões para viver, importa proporcionar um espaço de diálogo e proximidade, com disponibilidade para escutar e apoiar para ajudar a voltar a apreciar a vida (Oliveira, 2006).

Segundo Oliveira, Amâncio e Sampaio (2001), os jovens pensam muito na morte e no suicídio mas, dado o impedimento que domina e os oprime, nem sempre encontram a disponibilidade e o meio apropriado para falar.

Considerando que a mudança da adolescência para jovem adulto e a entrada no mundo universitário são momentos que acontecem em simultâneo e potencialmente indutores de stresse, torna-se importante obter um maior conhecimento sobre os comportamentos suicidários nesta fase de vida. A transição para o ensino superior engloba uma série de mudanças na vida do estudante cujo impacto depende das características do jovem e do seu suporte social (Pinheiro & Ferreira, 2005).

Transição é um conceito familiar nas teorias de desenvolvimento, em teorias de adaptação e stresse. Chick e Meleis (1986) definiram transição, como um movimento ou passagem de um estado, condição ou local para outro englobando a continuidade e a descontinuidade no processo de vida dos seres humanos.

A transição para o ensino superior implica e é concomitante com uma série de mudanças na vida do estudante, cujo impacto depende das características desenvolvimentais do próprio jovem e das exigências e apoios dos novos contextos (Santos & Almeida, 2001).

As exigências e dificuldades associadas à transição, entrada e ajustamento ao ensino superior, podem fazer-se acompanhar de ansiedades excessivas, estados depressivos, aumento de consumo ou abuso de substâncias, aumentando a probabilidade de surgirem comportamentos da esfera suicidária (Almeida & Cruz, 2010).

Os estudantes universitários da área da saúde, durante o seu percurso académico, lidam com sentimentos e realidades que ocasionam dor psicológica, problemas de saúde mental, podendo leva-los a pensamentos suicidas como solução de terminar esse sofrimento psicológico (Gonçalves, Freitas, & Sequeira, 2011; Pereira, 2013).

Segundo Serra (2008), o estudante de enfermagem partilha naturalmente do processo de adaptação ao ensino superior, tornando-se específico pelas particularidades inerentes ao processo de socialização que a enfermagem requer enquanto profissão.

A saúde mental dos profissionais de saúde, especialmente a do enfermeiro, está sujeita a sentimentos fortes e contraditórios e tem sido objeto de estudo devido ao stresse ocupacional, à ambiguidade da profissão e à importância da integridade biopsicológica desses profissionais, ao lidarem com o sofrimento humano (Queirós, 2005). Fugerato, Santos e Silva (2008) afirmam que o estudante de enfermagem no decorrer do curso começa a vivenciar esses sentimentos e ambiguidades.

Acresce às questões já referidas a mudança de residência, onde o isolamento social, físico e psicológico se apresenta como indicador de risco, independente de outras circunstâncias (Botega, Barros, Oliveira, Dalgarrondo, & Marín-Leon, 2005). Assim, quanto mais alta for a perceção do suporte social disponível, quer seja a aceitação incondicional dos pais, amigos e família, quer seja a perceção da rede social, mais positiva e satisfatória serão as

vivências académicas dos estudantes, indiciando uma boa adaptação ao curso, instituição e percurso académico, relações interpessoais com colegas e professores e da perceção do próprio bem-estar físico e psicológico (Pinheiro & Ferreira, 2005).

Sendo escassa a bibliografia sobre a ideação suicida em estudantes de enfermagem em Portugal e, dada a ocorrência de situações de comportamentos suicidários entre estudantes de enfermagem, tornou-se relevante e necessário ser realizado um estudo nesta área.

Nessa perspetiva, é proposta esta investigação sobre a ideação suicida e suporte social nos estudantes de licenciatura de enfermagem em Coimbra, tendo como finalidade caracterizar os comportamentos suicidários dos estudantes de enfermagem; caracterizar a relação entre comportamentos suicidários e suporte social; comparar as razões para viver dos estudantes de acordo com o ano de curso e, por último, caracterizar o consumo de medicamentos pelos estudantes de enfermagem.

## QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Face aos objetivos anteriormente delineados e recorrendo ao suporte bibliográfico, foram elaboradas as seguintes questões de investigação:

- Como se caracterizam os comportamentos suicidários dos estudantes de enfermagem?
- Como se caracteriza a relação entre o suporte social e os comportamentos suicidários dos estudantes de enfermagem?
- Quais são as razões para viver que os estudantes de enfermagem apresentam nos diferentes anos de curso?
- Como se caracteriza o consumo de medicação dos estudantes de enfermagem?

## METODOLOGIA

Para esta investigação, foi considerada como população do estudo os estudantes de licenciatura em enfermagem da Escola Superior de Enfermagem da Região Centro.

Foram incluídos no estudo todos os estudantes com matrícula válida num dos quatro anos do curso de licenciatura, que aceitaram livremente participar na investigação. Foram excluídos do estudo os estudantes em regime de mobilidade, provenientes de outros países, a frequentar a escola ao abrigo de programas de Erasmus ou outros.

Os dados foram recolhidos entre 24 de setembro de 2012 e 29 de março de 2013, numa população total de 1500, sendo os participantes 1130 ( $n = 1130$ ), perfazendo 75,33% do total da população.

Para a recolha de dados foi construído um questionário com duas partes distintas, de forma a caracterizar a população no que respeita aos dados sociais e as variáveis satisfação com o suporte social e razões de viver. Assim o questionário incluiu as seguintes partes:

## Dados sociais

Questionário de caracterização sociodemográfico - considera o género, idade, agregado familiar, ano de curso, residência antes do início do curso, o contacto com o agregado familiar no decorrer do curso, existência de comportamentos suicidários e toma de medicação, especificando o tipo.

## Escalas

Escala de Satisfação com Suporte Social (Pais Ribeiro, 1999) - que avalia a satisfação com o suporte social, refletindo a satisfação dos indivíduos com a sua vida social, nomeadamente com os atores sociais com quem interagem, tais como familiares e amigos, e com as atividades sociais que desenvolvem. A escala é composta por 15 itens que são apresentados para autopreenchimento, como um conjunto de afirmações. Inventário de Razões para Viver, versão portuguesa de *Reasons for Living Inventory* (Linehan *et al.*, 1983), traduzida e adaptada por Matias e Santos (2014) - avalia a ideação e comportamento suicida, consistindo em 48 itens agrupados em 5 categorias adaptadas à vida.

A fim de garantir e respeitar aspetos éticos e legais, foi obtido junto dos participantes o seu consentimento informado. A sua participação foi voluntária, sendo assegurados o sigilo e a confidencialidade face aos dados recolhidos.

Foi solicitada a autorização à direção Escola Superior de Enfermagem da Zona Centro, para a aplicação do questionário aos estudantes dos quatro anos do curso de licenciatura em enfermagem, tendo obtido parecer favorável.

A utilização dos instrumentos foi precedida de pedido prévio de autorização aos autores das escalas.

Os dados adquiridos no estudo foram inseridos individualmente numa base de dados e a análise estatística foi efetuada recorrendo ao programa informático SPSS ® 19.0 (Statistical Package for Social Sciences).

A análise estatística realizada comporta uma análise descritiva – contém as distribuições das frequências relativas e percentuais, bem como as medidas de tendência central e de dispersão adequadas; e uma análise inferencial – apresenta os testes estatísticos que permitiram analisar as hipóteses formuladas e a relação entre as variáveis, para a seleção dos testes foi feito a análise da distribuição, tendo-se optado por medidas paramétricas em virtude da população ter apresentado uma distribuição normal tendo-se utilizado o teste *t* de *student* para populações independentes, o teste da ANOVA *one-way*; e o teste da significância da correlação de *Pearson*.

Na análise inferencial, assumiu-se o *p-value* de 0,05 como valor crítico de significância.

## RESULTADOS

Dos 1130 estudantes de enfermagem que compõem a população deste estudo ( $n = 1130$ ), a maioria (83,19%) é do sexo feminino. Analisando a distribuição da população consoante a idade, verifica-se que, a média de idades localiza-se nos 20,48 anos. Não há diferença nas médias de idades dos indivíduos relativamente ao sexo.

Quanto à distribuição dos estudantes pelos quatro anos do curso, constata-se que 28,67% são do 1º ano, 27,52% são do 4º ano, 24,51% são do 2º ano e os restantes 19,29% são do 3º ano.

Relativamente ao concelho de residência (fora do período de aulas), a maioria dos estudantes (65,13%) reside fora do concelho de Coimbra, sendo o seu agregado familiar maioritariamente constituído por 4-5 pessoas (57,43%), seguido dos agregados de 2-3 pessoas (37,08%).

Face ao deslocamento de alguns dos estudantes durante o período de aulas, 47,43% dos estudantes apenas contacta com o agregado familiar semanalmente, face a 45,66% que contactam diariamente. Há que referir que existem indivíduos que apenas contactam com o agregado familiar mensalmente (4,69%) ou em períodos de férias letivas (2,04%).

Os resultados encontrados revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o suporte social consoante o contacto com o agregado familiar, sendo maior quanto maior é o contacto com a família.

Reportando-nos aos comportamentos da esfera suicidária da população, verifica-se que 5,22% já apresentaram esse tipo de comportamentos, sendo que os mesmos parecem mais frequentes no sexo feminino (5,43% do total das mulheres) do que no sexo masculino (4,21% do total dos homens).

A toma quanto ao consumo de medicamentos dos estudantes de enfermagem medicação habitual em 19,47% dos indivíduos da população, parece igualmente mais prevalente nas mulheres, com 20,74% a assumir esse consumo, podendo ser parcialmente explicado pelo consumo de anticoncepcionais. Entre a medicação mais consumida encontram-se os ansiolíticos (4,16%), seguidos dos antidepressivos (2,57%) e dos analgésicos (2,04%).

Os resultados encontrados (Tabela 1) revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a toma ou não de medicação e a satisfação global com o suporte social ( $t = -4,28$ ;  $p = 0,000$ ), bem como com todas as subescalas ( $p < 0,05$ ) à exceção da satisfação com a família. Observando detalhadamente a Tabela 1, verificamos que no global os estudantes que tomam medicação apresentam um nível de satisfação com suporte social mais baixo. Isto é, também, verdade para as subescalas satisfação com as amizades, intimidade e atividades sociais, onde se encontram níveis mais baixos de satisfação nos sujeitos que tomam medicação. A exceção acontece na satisfação com a família, em que não se verifica qualquer diferença na satisfação consoante a toma ou não de medicação.

Tabela 1

*Relação entre a toma de medicação e a satisfação com o suporte social*

VD - ESSS	VI - Toma de Medicação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Global da Escala</b>	Sim	220	55,58	9,52	-4,28	0,000
	Não	908	58,50	8,93		
<b>Satisfação com amizades</b>	Sim	220	19,64	3,91	-3,53	0,000
	Não	908	20,64	3,29		
<b>Intimidade</b>	Sim	220	15,72	3,58	-2,86	0,004
	Não	908	16,47	3,08		
<b>Satisfação com a família</b>	Sim	220	11,61	2,53	-1,46	0,144
	Não	909	11,89	2,47		
<b>Atividades Sociais</b>	Sim	220	8,61	3,01	-4,00	0,000
	Não	909	9,49	2,91		

*Nota.* VD = Variável dependente. ESSS = Escala de Satisfação de Suporte Social. VI = Variável independente. *M* = Média. *DP* = Desvio Padrão. *t* = Teste *t*

\* $p < 0,05$

Passando à análise dos resultados da Escala de Satisfação com Suporte Social, verificamos que os estudantes apresentam uma média global de 57,92 pontos (em 75 possíveis). Analisando detalhadamente os 4 anos da licenciatura em enfermagem, identificamos os estudantes do 3º ano ( $M = 59,12$ ;  $DP = 9,02$ ) como os mais satisfeitos com o suporte social, seguidos do 1º ano ( $M = 58,53$ ;  $DP = 8,88$ ), do 2º ano ( $M = 57,38$ ;  $DP = 8,71$ ) e, por último, encontramos os do 4º ano ( $M = 56,92$ ;  $DP = 9,70$ ).

No que respeita à análise do Inventário de Razões para Viver, encontramos uma média global de 4,31, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os anos de curso. Utilizou-se o teste *t* de *student* para grupos independentes, que viria a revelar a existência de diferenças estatisticamente significativas globalmente nas razões para viver ( $t = -3,18$ ;  $p = 0,002$ ), bem como particularmente nas crenças de sobrevivência e mecanismos de adaptação ( $t = -4,38$ ;  $p = 0,000$ ), consoante a existência ou não de comportamento suicidário.

Os estudantes com comportamentos da esfera suicidária apresentam, assim, na globalidade, menores razões para viver, comparativamente com os que não têm comportamentos desse tipo. Da mesma forma, os estudantes com comportamentos da esfera suicidária apresentam menores Crenças de Sobrevivência e Mecanismos de Adaptação.

## DISCUSSÃO

No presente estudo verificamos que dos 1130 estudantes de enfermagem, a grande maioria são do sexo feminino (83,19%), realidade que espelha as características da própria profissão de enfermagem, com um predomínio de indivíduos do sexo feminino. O mesmo facto é confirmado pelos dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros (2013) onde nos enfermeiros efetivos e ativos em 2012 (últimos dados), o sexo feminino assume a maioria dos efetivos de enfermagem no país (81,31%), bem como na região centro (79,19%), zona onde se insere a escola em estudo. Pelo exposto, a população em estudo tem características semelhantes à população de enfermeiros a trabalhar em Portugal.

Tratando-se de estudantes do ensino superior e dada a oferta formativa, com concentração predominantemente em centros urbanos, verifica-se que uma percentagem significativa de estudantes têm residência fora do concelho de Coimbra (65,13%), cidade onde se localiza a escola em estudo, o que os obriga a viver longe do seu agregado familiar durante o período de aulas. Por este motivo, é justificável que uma grande percentagem de estudantes (47,43%) apenas contacte semanalmente com a família, facto que possivelmente acontecerá, predominantemente ao fim de semana, altura em que há pausa das atividades letivas.

O agregado familiar de 4-5 pessoas, mais comum no estudo, corresponde segundo o INE (2013), ao tipo de agregado doméstico privado mais comum de casal com filhos.

Podemos concluir que o perfil do estudante de enfermagem é, maioritariamente, do sexo feminino com 20 anos, com residência fora do concelho de Coimbra e com irmãos.

Quanto ao tipo de comportamentos da esfera suicidária dos estudantes de enfermagem, verificamos que 5,22% da globalidade já apresentaram comportamentos suicidários, sendo mais frequentes nas mulheres, com mais de quatro casos para um em pares do sexo masculino. Estes resultados são concordantes com os dados obtidos na consulta de suicídio dos Hospitais da Universidade de Coimbra, por Saraiva (2006) que revela que 69% dos para-suicidas e suicidas frustrados são do sexo feminino. Também no estudo de Pereira (2013), relacionando a ideação suicida dos estudantes universitários e o estado emocional, verifica que são as mulheres maioritariamente a demonstrar este tipo de pensamento e com maior intensidade. Claudino e Cordeiro (2006), abordando os níveis de ansiedade e depressão num estudo com estudantes de enfermagem, verificaram que entre os inquiridos, os do sexo feminino foram os que apresentaram os valores de ansiedade e depressão mais elevados.

No que se refere à medicação, 19,47% da população toma regularmente, o seu uso é mais prevalente nas mulheres (88,63%), sendo a medicação mais consumida os ansiolíticos, antidepressivos e analgésicos. Os dados vão ao encontro do relatório da Infarmed (2013) que revelam uma taxa elevada de consumo de antidepressivos, tendo registado um aumento nos últimos anos. Existe uma percentagem ainda considerável de outro tipo de medicação, nomeadamente os antialérgicos e os anticoncecionais, podendo pressupor regularização hormonal e atividade sexual.

Relativamente à satisfação com o suporte social, verificamos que os estudantes do 3º ano apresentam valores superiores de satisfação comparativamente com os estudantes do 4º ano, indo ao encontro do estudo de Pereira (2013), também realizado com estudantes de enfermagem, em que os estudantes do 3º ano foram os que apresentaram menores níveis de ansiedade, distresse, depressão e a média mais baixa de dor psicológica. Em contrapartida, o mesmo estudo revela que os estudantes do 4º ano foram os que apresentaram os valores mais altos de ansiedade, distresse e depressão.

Verificou-se também que os homens estão mais satisfeitos com as amizades e com as atividades sociais do que as mulheres, facto constatado igualmente por Custódio (2010), no seu estudo com estudantes de enfermagem. Claudino, Cordeiro e Arriaga (2006) explicam que os homens participam num maior número de atividades sociais e lúdicas, podendo daí advir a maior satisfação identificada.

No global, os estudantes que tomam medicação apresentam um nível de suporte social mais baixo. Isto é também verdade para todas as subescalas da ESSS (satisfação com

as amizades, intimidade e atividades sociais mais baixas nos que tomam medicação) à exceção da satisfação com a família, em que não se verifica qualquer diferença na satisfação consoante a toma ou não de medicação, podendo a toma da medicação ter repercussões somente no ambiente extrafamiliar, possivelmente pelo facto das patologias que levam à toma da medicação, limitarem o seu contacto social.

O suporte social é, globalmente e em todas as subescalas, estatisticamente inferior nos indivíduos com comportamento suicidário. Alguns estudos referem que o fraco suporte social e o isolamento social, físico e psicológico, constituem um indicador de risco para comportamentos suicidários (Freitas & Botega, 2002; Wasserman, 2001), facto que nos merece maior preocupação dado que, muitos dos participantes vivem durante a semana fora do agregado familiar, podendo aumentar a situação de isolamento social.

Existem diferenças estatisticamente significativas entre suporte social consoante o contacto com o agregado familiar, tanto no global da escala, como nas subescalas intimidade, satisfação com a família e atividades sociais. Em todas estas situações verifica-se que a satisfação quer no global, quer em cada uma das áreas, aumenta com o acréscimo da frequência de contacto com o agregado familiar, pelo que podemos inferir uma boa relação familiar em que o contacto frequente aumenta a satisfação. Seco, Casimiro, Pereira, Dias e Custódio (2005), afirmam que jovens com níveis mais elevados de perceção do suporte social apresentam padrões de qualidade na adaptação ao ensino superior, implicando positivamente na sua satisfação com a vida em geral. A transição para o ensino superior implica, não só alterações ao nível das relações familiares e dos seus pares, na possibilidade de diminuir o suporte social e desregulação afetiva, mas também aumenta a predição suicida, conforme nos dizem Arria et al. (2009) numa análise multivariada sobre ideação suicida entre estudantes universitários.

Relativamente à influência do contacto com o agregado familiar, verificam-se diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Crenças de Sobrevivência e Mecanismos de Adaptação; Responsabilidade para com a família e Preocupações relacionadas com os filhos, o que reforça a família como fator protetor para as razões de viver. Eisenberg, Gollust, Golberstein e Hefner (2007) analisaram que a educação parental tem efeito preditivo na ideação suicida. A rede familiar e seus pares ajudam a encontrar soluções para problemas que o jovem encara como infundáveis, inevitáveis e insuportáveis. Segundo Peixoto (2004), a qualidade da relação com a família tem um impacto importante em vários aspetos na vida do adolescente.

As razões para viver não são diferentes consoante a toma de medicação, ou seja, a toma de medicação não influencia as razões para viver o que não confirma alguns estudos que apresentam a doença como fator de risco para o comportamento suicidário, podendo questionar-se a perceção da doença por parte dos estudantes que tomam medicação.

Os estudantes com comportamentos da esfera suicidária apresentam na globalidade menores razões para viver, comparativamente com os que não têm comportamentos da esfera suicidária. Da mesma forma, os estudantes com comportamentos da esfera suicidária apresentam menores Crenças de Sobrevivência e Mecanismos de Adaptação. Os resultados encontrados permitem-nos questionar sobre a resolução dos problemas que levaram aos comportamentos anteriores e sobre a vulnerabilidade existente. O jovem ao não conseguir ajustar mecanismos de adaptação eficazes, aumenta a probabilidade de manifestar sintomatologia depressiva e não será capaz de dar resposta aos problemas. Conforme apontam Coronel e Werlang (2010), ao fazer uma revisão sistemática sobre a resolução de problemas e tentativa de suicídio, existe uma associação positiva entre o comportamento suicidário e a dificuldade na resolução de problemas. Como nos diz Pinheiro (2004), a conclusão da transição para o ensino superior, será o início da progresso mas poderá somente culminar com a transição para o mundo do trabalho. De acordo com Schumacher e Meleis (1994), as transições são acompanhadas por um vasto leque de emoções e muitas delas relacionadas com as dificuldades que surgem nessa transição.

A população em estudo pode ser caracterizada por estar num processo de transição desenvolvimental, da adolescência a jovem adulto e por uma transição situacional do ensino secundário para o ensino superior.

## CONCLUSÃO

Os estudantes de enfermagem que participaram no estudo caracterizam-se por 4 em cada 5 serem do sexo feminino. A maioria reside fora do concelho de Coimbra e dividem-se entre os que contactam diariamente e semanalmente a família.

Cerca de 5 em cada 100 apresentaram comportamentos da esfera suicidária, sendo mais frequente no sexo feminino. A toma da medicação é habitual em 19,47% dos indivíduos da população, é mais prevalente nas mulheres, em que a medicação mais consumida são os ansiolíticos seguidos dos antidepressivos.

Os estudantes do 3º ano surgem como os mais satisfeitos com o suporte social contrapondo com os do 4º ano. Em relação ao inventário de razões para viver, os do 1º ano são os que apresentam melhores razões para viver contrapondo uma vez mais com os do 4º ano.

Como sugestões, parece-nos importante dar atenção aos aspetos, relativos ao suporte social e razões para viver nos estudantes, sendo mais preocupante, os estudantes do 4º ano e os que estão deslocados do seu agregado familiar e com menos contacto, por apresentarem menor satisfação com o suporte social e menor score nas razões para viver, ter de identificar os casos em risco e aumentar o seu acompanhamento, se necessário.

O presente trabalho, apresenta como limitações o tempo prolongado de recolha de dados, o que pode ter influenciado os resultados, dado que foi de setembro a março.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L., & Cruz, J. F. (2010). *Transição e adaptação académica: Reflexões em torno dos alunos do 1º ano da Universidade do Minho*. Braga, Portugal: Universidade do Minho.
- Arria, A., Grady, K., Caldeira, K., Vincent, K., Wilcox, H. C., & Wish, E. D. (2009). Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Archives of Suicide Research, 13*(3), 230-246. doi:10.1080/1381110903044351
- Botega, N., Barros, M. B., Oliveira, H. B., Dalgalarrodo, P., & Marín-Leon, L. (2005). Comportamento suicida na comunidade: Prevalência e fatores associados à ideação suicida. *Revista Brasileira Psiquiatria, 27*(1), 45-53. doi:10.1590/S1516-44462005000100011
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: A nursing concern: Nursing research methodology*. Pennsylvania, PA: School of Nursing Departmental Papers/ University of Pennsylvania.
- Claudino, J., & Cordeiro, R. (2006). Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem, o caso particular dos alunos da Escola Superior de Saúde de Portalegre. *Millenium: Journal of Education, Technologies and Health, 32*(11), 197-210. Recuperado de <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8403/5994>
- Claudino, J., Cordeiro, R., & Arriaga, M. (2006). Depressão e suporte social em adolescentes e jovens adultos. *Revista Iberoamericana de Educación, 39*(6), 185-196.
- Coronel, M. K., & Werlang, B. S. (2010). Resolução de problemas e tentativa de suicídio: Revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 6*(2), 59-82. Recuperado de [https://s3.amazonaws.com/wix-anyfile/6Q6Ctnl8RDal19EqllUL\\_Resolu%C3%A7%C3%A3o%20de%20problemas%20e%20tentativa%20de%20suic%C3%ADdio%20-%20Revis%C3%A3o%20sistem%C3%A1tica.pdf](https://s3.amazonaws.com/wix-anyfile/6Q6Ctnl8RDal19EqllUL_Resolu%C3%A7%C3%A3o%20de%20problemas%20e%20tentativa%20de%20suic%C3%ADdio%20-%20Revis%C3%A3o%20sistem%C3%A1tica.pdf)
- Custódio, S. M. (2010). *Stresse, suporte social, optimismo e saúde em estudantes de enfermagem em ensino clínico* (Tese de doutoramento). Universidade de Aveiro, Portugal.
- Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E., & Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry, 77*(4), 534-542. doi:10.1037/0002-9432.77.4.534
- Freitas G. V., & Botega, N. J. (2002) Gravidez na adolescência: Prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Revista da Associação Médica Brasileira, 48*(3), 245-249. doi:10.1590/S0104-42302002000300039
- Furegato, A., Santos, J. L., & Silva, E. C. (2008). Depressão entre estudantes de enfermagem relacionada à auto-estima, à percepção da sua saúde e interesse por saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 26*(2), 198-204. doi:10.1590/S0104-11692008000200005

- Gonçalves, A., Freitas, P., & Sequeira, C. A. (2011). Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: Factores de risco e de protecção. *Millenium*, 40,149-159. Recuperado de <http://www.ipv.pt/Millenium/Millenium40/11.pdf>
- Infarmed. (2013). *A utilização de psicofármacos no contexto de crise económica*. Recuperado de [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/infarmed/monitorizacao\\_do\\_mercado/observatorio/estudos\\_realizados](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/infarmed/monitorizacao_do_mercado/observatorio/estudos_realizados)
- Instituto Nacional de Estatística. (2013). *Dados estatísticos 2012*. Recuperado de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0001674&contexto=bd&selTab=tab2em](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001674&contexto=bd&selTab=tab2em)
- Linehan, M., Godstein, J., Nielsen, S., & Chiles, J. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The reasons for living inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 276-286. doi:10.1037/0022-006X.51.2.276
- Matias, J. C., & Santos, J. C. (2014). Inventário razões para viver: Contributos para a validação para a população não clinica portuguesa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, 9-14. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n11/n11a02.pdf>
- Oliveira, A. (2006). Desafiar a própria morte para sentir a vida: O contexto (psico)social do suicídio adolescente. In B. Peixoto, C. B. Saraiva & D. Sampaio (Eds.), *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp. 207-230). Coimbra, Portugal: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver: Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 19(4), 509-521. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v19n4/v19n4a03.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Dados estatísticos 2000-2012*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de [http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documentos/OEdados%20Estatisticos\\_2000\\_2012.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documentos/OEdados%20Estatisticos_2000_2012.pdf)
- Pais Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social. *Análise Psicológica*, 17(3), 547-558. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf>
- Peixoto, B., Saraiva, C. B., & Sampaio, D. (2014). *Comportamentos suicidários em Portugal*. Lisboa, Portugal: Sociedade Portuguesa de Suicidologia/ Lidel
- Peixoto, F. (2004). Qualidade das relações familiares, autoestima, autoconceito e rendimento académico. *Análise Psicológica*, 22(1), 235-244. Recuperado de <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/viewFile/144/pdf>
- Pereira, A. (2013). *Dor psicológica e ideação suicida em estudantes* (Dissertação de mestrado). Universidade de Aveiro, Portugal.
- Pinheiro, M. R. (2004). O desenvolvimento da transição para o ensino superior: O princípio depois de um fim. *Revista Aprender*, 29, 9-20.
- Pinheiro, M. R., & Ferreira, J. A. (2005). A percepção do suporte social da família e dos amigos como elementos facilitadores da transição para o ensino superior. In *Actas do VIII Progresso Galaico-Português de Psicopedagogia* (pp. 467-485). Braga, Portugal: Instituto de Educação e Psicologia/Centro de Investigação e Educação.

- Queirós, P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal nos enfermeiros portugueses*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Santos, L., & Almeida, L. S. (2001). Vivências académicas e rendimento escolar: Estudo com alunos universitários do 1º ano. *Análise Psicológica*, 19(2), 205-217. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v19n2/v19n2a01.pdf>
- Saraiva, C. B. (2006). *Estudos sobre o para-suicídio: O que leva os jovens a espreitar a morte*. Coimbra, Portugal: Redhorse.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127. doi:10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x
- Seco, G., Casimiro, M. C., Pereira, M. I., Dias, M. I., & Custódio, S. M. (2005). Para uma abordagem psicológica da transição do ensino secundário para o ensino superior: Pontes e alçapões. *Psicologia e Educação*, 4(1), 7-21. Recuperado de <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/55/1/ESTUDO%20IPL%20REVISTA%20UBI.pdf>
- Serra, M. (2008). Aprender a ser enfermeiro: Identidade profissional em estudantes de enfermagem. *Sísifo: Revista Ciências da Educação*, 5, 69-80.
- Wasserman, D. (2001). *Suicide: An unnecessary death*. London, England: Martin Dunitz.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/exe\\_summary\\_english.pdf](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf)



## CAPÍTULO IV

# SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA, IDEIAÇÃO SUICIDA E INTEGRAÇÃO SOCIAL EM ESTUDANTES DOS PALOP

Maria Dulce Mendes Varela

José Carlos Santos

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### Depressão e suicídio

A depressão pode afetar o indivíduo em qualquer estágio do seu desenvolvimento e, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), calcula-se que até 2020 seja a 2ª maior causa de incapacitação no mundo. Por sua vez, a prevenção do suicídio é uma das prioridades da OMS, que se propõe reduzir até 2020 cerca de 10% a taxa de suicídio em todos os países (World Health Organization [WHO], 2014). Contudo, a forma como a sociedade percebe o suicídio tem um enorme impacto na prevenção. Há um estigma social que perpetua o desconhecimento e o medo (Ministério da Saúde, 2013)

O suicídio é um problema de saúde pública significativo a nível mundial. Estabelecer uma estimativa da respetiva prevalência em diferentes países é problemático, visto que em muitos desses países o suicídio é ocultado (Kutcher & Chehil, 2007) e subnotificado. O suicídio e o comportamento autolesivo são fenómenos complexos e multifacetados que se observam, em taxas diferentes, em todos os países e culturas e são influenciados por fatores socioeconómicos, familiares, interpessoais, culturais, genéticos, psicológicos e psiquiátricos. A interação entre o risco de suicídio e os fatores protetores forma a base empírica para a prevenção do suicídio. Os fatores de risco associam-se a um maior potencial para o suicídio e conduta suicida, enquanto os fatores protetores se associam à redução do potencial para o suicídio (Saraiva, Peixoto, & Sampaio, 2014).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE; 2012), os fatores de risco para o suicídio 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 sua identificação deve ser usada para direcionar a tomada de decisões sobre a intervenção e planeamento de cuidados, bem como promover a segurança destes doentes. A depressão, a 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 e a história de tentativas de suicídio prévias. Embora o conhecimento dos fatores de risco não permita ao profissional de saúde prever se, ou quando, um doente vai cometer um ato fatal, este conhecimento é importante para a prevenção destes comportamentos.

Em todo o mundo, a religião é vista como uma parte importante da vida diária, sendo que a crença religiosa e o sentido de pertença atua como um fator de proteção contra o comportamento suicida.

De acordo com o Ministério da Saúde (2016), a atividade física adequada e desporto para todos constituem um dos pilares para um estilo de vida saudável. De acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC; 2010), as habilidades cognitivas e motoras parecem desenvolver-se através de uma interação dinâmica. O movimento físico pode afetar a fisiologia do cérebro, aumentando o crescimento capilar cerebral, fluxo sanguíneo, oxigenação, a produção de neurotrofinas, crescimento de células nervosas no hipocampo, níveis de neurotransmissores, desenvolvimento de conexões nervosas, densidade da rede neural e volume de tecido cerebral. Segundo a mesma fonte, estas alterações fisiológicas parecem estar associadas a melhoria na atenção, no processamento da informação, armazenamento e recuperação, na capacidade de superação e afetividade.

A depressão é um dos mais importantes fatores de risco para o suicídio, designadamente se associada a desesperança, mas outras doenças psiquiátricas como a esquizofrenia e a perturbação bipolar têm sido associadas como fatores de risco para o suicídio (Ministério da Saúde, 2013).

## Dados epidemiológicos

Segundo a WHO (2014), calcula-se que em 2012, mais de 800 000 pessoas morreram por suicídio a nível mundial. A taxa global de suicídio é de 11,4 por 100.000 habitantes (15 entre homens e 8 entre mulheres), o que representa uma morte a cada 40 segundos, calculando-se cerca de 20 tentativas de suicídio por cada suicídio consumado. Por cada suicídio, várias pessoas são atingidas a nível familiar, escolar, laboral e/ou comunitário (OE, 2012). Em todo o mundo, o suicídio é a segunda principal causa de morte entre

grupos com idade entre os 15 e os 29 anos. De acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS; 2014), a região dos Açores destacou-se de forma preocupante com uma taxa de suicídio em jovens do sexo masculino com idades entre os 15 e os 24 anos, acima dos 10/100.000, bem como a taxa mais elevada de todo o país na faixa etária entre os 35 e os 44 anos (41,6/100.000). É importante salientar que, sendo o suicídio um assunto delicado e proibido em alguns países, provavelmente há uma subnotificação. A nível mundial, o suicídio representa 50% de morte violenta entre os homens e 75% entre as mulheres. Em alguns países, a taxa de suicídio é mais elevada nos jovens. Os métodos mais frequentemente utilizados são a ingestão de pesticida, o enforcamento e o uso de arma de fogo (WHO, 2014).

Segundo a mesma fonte, na última década a taxa de suicídio nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), registou um aumento de mais de 11,5% em Moçambique e 7,9% em Guiné-Bissau. Em Cabo Verde registou-se uma descida de 12,3%. Moçambique surge como o país africano com a mais elevada taxa em 2012 e é um dos países do mundo com taxas mais elevadas, com 27,4 suicídios por 100 mil habitantes. Já em Angola, o suicídio tem vindo a aumentar significativamente, já que em 2012 a taxa era de 13,8 por 100 mil habitantes, quando no ano 2000 se situava nos 9,2. Atualmente, a Guiné-Bissau e Cabo Verde apresentam uma taxa de 4,7 e 4,8 por 100 mil habitantes, respetivamente (WHO, 2014).

### **Transição e adaptação ao ensino superior**

Portugal constitui um dos principais países recetores de jovens estudantes provenientes dos PALOP - Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe. Inicialmente, estes jovens vivenciam uma grande dificuldade de adaptação ao ensino superior devido à necessidade de integração numa cultura e num estilo de vida evidentemente distintas, com um sistema de ensino diferente daquele que conheceram anteriormente. O novo paradigma, a relação pedagógica estabelecida entre professores e alunos, e a forma de avaliação, são também diferenciados dos países de origem. A esta situação acrescenta-se um sentimento de nostalgia, provocada pela desorientação e saudades de casa, que pode ser experienciada como um luto, e sempre acompanhada por uma maior vulnerabilidade às perturbações mentais (Duque, 2012; Silva, Abrantes, & Duarte, 2009).

Os primeiros sinais de alerta de depressão, ansiedade e ideação suicida, como respostas às novas exigências, a pressão académica e a reação a um novo espaço, surgem como dificuldades na mobilização dos seus recursos pessoais e na utilização de *coping* eficaz.

## Os jovens, imigração e identidade cultural

Os estudantes estrangeiros oriundos dos PALOP, tiveram de sair de casa dos pais, afastarem-se dos amigos e de todo o contexto envolvente para integrar um país cuja cultura é diferente, o que cria problemas na sua adaptabilidade e sucesso académico. Segundo Chau, Baumann, Kabuth, e Chau (2012), com a globalização, o processo migratório tem vindo a tornar-se um fenómeno cada vez mais frequente em que a escola é um ambiente multicultural, especialmente na União Europeia. Para atender às exigências escolares, os estudantes precisam de recursos sociais, materiais, físicos e mentais, muitas vezes inexistentes. Muito pouca pesquisa foi realizada sobre a associação de suicídio e laços com as tradições culturais, embora se saiba que o grau de aculturação também pode desempenhar um papel no comportamento suicida (Ben, Kim, & Lester, 2011). Atualmente, nas instituições de ensino superior, a multiculturalidade constitui uma oportunidade de interação cultural, de facilitar a comunicação estabelecida entre estudantes, docentes e pessoal não-docente de diferentes nacionalidades, de modo a superar os estereótipos e as barreiras da discriminação e facilitar o respeito pela diferença num contexto em que o sucesso académico é o objetivo comum.

## Depressão e suicídio em estudantes universitários

Segundo o relatório da OMS (WHO, 2014), a depressão é a principal causa de doença e incapacidade e o suicídio é a terceira causa de morte, entre os jovens, em África. De acordo com os autores deste relatório, destaca-se ainda o elevado peso das doenças mentais na saúde dos adolescentes. Alguns estudos mostram que metade das pessoas que desenvolvem problemas mentais tem os primeiros sintomas até aos 14 anos. Se os adolescentes com problemas mentais receberem os cuidados de que precisam, isso pode prevenir mortes e evitar o sofrimento ao longo da vida.

Num estudo desenvolvido por Richards e Sanabria (2014), cujo objetivo foi avaliar os níveis de sintomas depressivos e fatores de risco associados numa amostra de 254 estudantes universitários em Bogotá, Colômbia, confirma-se a elevada incidência de depressão e fatores de risco associados a estes estudantes. Verificaram uma prevalência de sintomatologia depressiva de 36,2%, sendo 47,3% do total das raparigas e 21,3% do total dos rapazes. Os fatores de risco associados a este grupo incluem ser do género feminino, ter um diagnóstico anterior, ideação suicida, problemas de sono, uma perda recente e uma história familiar de depressão e alcoolismo. Esses resultados demonstram a necessidade de medidas de prevenção, deteção e intervenção precoce.

De acordo com o serviço de aconselhamento da Universidade de Cambridge sobre o guia de redução do risco de suicídio dos estudantes, estatisticamente, há uma probabilidade de cerca de dois suicídios na universidade a cada ano, contudo a taxa é um pouco menor

do que na população de mesma idade em geral. Um outro estudo sobre o suicídio entre os estudantes da Universidade de Oxford descobriu que quase metade dos alunos que haviam cometido suicídio já havia sido identificada como clinicamente deprimidos, sendo que a maioria das pessoas que tentam ou cometem suicídio não são doentes mentais no sentido formal. A mesma fonte refere ainda que cerca de 5% das pessoas que procuram o serviço de aconselhamento da Universidade (aproximadamente 40 a 50 alunos no período de 1 ano) falaram seriamente de ideação suicida (University Counselling Service, 2014) .

Segundo Taliaferro, Rienzo, Pigg, Miller, e Dodd (2009), estima-se que em cada ano, um em cada 12 estudantes universitários fez um plano de suicídio, e cerca de 1.000 estudantes morrem por suicídio em *campus* universitários. Estudos efetuados por vários autores indicaram que cerca de 60% de adolescentes vítimas de suicídio, sofria de depressão no momento da morte (Mojs et al., 2012; Pawlak et al., 2014). Além disso, foram realizados estudos sobre o risco de depressão e suicídio em estudantes universitários na Polónia, originários de áreas urbanas e rurais. Participaram 1.065 estudantes, verificou-se que 6,1% destes estudantes cumpriam os critérios para a depressão de Kutcher e Chehil (2007), sendo que os sintomas depressivos mais relatados foram o aborrecimento (37,8%) e o cansaço (35,3%), enquanto os pensamentos suicidas continuaram a ser o sintoma menos frequente (1,5%). Quanto a tentativas de suicídio, verificou-se que entre 40 a 80% desses adolescentes estavam clinicamente deprimidos quando tentaram o suicídio (Mojs et al., 2012). Num estudo observacional (Kavalidou, 2013) em que participaram 212 estudantes de psicologia e medicina, o autor concluiu que a prevalência de comportamentos suicidários era 14,1. Contudo, a tentativa prévia de suicídio entre estes estudantes foi superior para os de psicologia (8%) em relação aos estudantes de medicina (3,8%; Kavalidou, 2013).

## JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido no âmbito da dissertação de mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. A população imigrante oriunda dos PALOP vê aumentar a sua vulnerabilidade para as perturbações mentais, onde além do afastamento da família, amigos e região, mudam de país, vindo encontrar um contexto diferente ao nível sociocultural, religioso e político a par de um aumento da exigência ao nível académico de acordo com o curso superior que frequentam.

Os objetivos do presente trabalho são: caracterizar o perfil dos estudantes oriundos dos PALOP no ensino superior em Coimbra; identificar os níveis de depressão e ideação suicida; avaliar a satisfação com o suporte social e, por último, avaliar a sua integração social no ensino superior em Coimbra, fatores determinantes para a saúde/ doença mental/ comportamentos suicidários.

## METODOLOGIA

A metodologia foi orientada a partir de uma abordagem quantitativa de investigação, em que se optou por uma pesquisa descritivo-correlacional e exploratória.

Os instrumentos utilizados para a avaliação de risco de depressão e suicídio por parte dos estudantes dos PALOP são: o questionário de dados sociodemográficos, Escala de Beck de Autoavaliação da Depressão (IDB; Beck, 1971, versão portuguesa de Vaz Serra e Pio Abreu 1973), o Questionário da Ideação Suicida (QIS; Reynolds, 1988, adaptado para a população portuguesa por Ferreira e Castela, 1999), a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) de Pais-Ribeiro (1999), e a Escala de Integração Social no Ensino Superior (EISES-R), revista e aumentada, de Diniz (2009).

Após o parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, e obtenção da autorização dos autores das escalas, iniciou-se a aplicação dos instrumentos de colheita de dados à população em estudo, entre 28 de fevereiro e 31 de maio de 2014, garantido assim a participação livre e informada. Para o tratamento estatístico dos mesmos utilizou-se o programa IBM SPSS Statistics, na versão 19.0 para Windows. No processo de análise estatística foram utilizadas medidas de análise descritiva e inferencial.

## RESULTADOS

### Caracterização da amostra

Neste estudo, obteve-se uma amostra de conveniência. Dos 572 estudantes da população alvo deste estudo, responderam voluntariamente 250 estudantes oriundos dos PALOP inscritos no ano letivo 2013/2014 nas diversas áreas do ensino superior em Coimbra. Encontram-se distribuídos da seguinte forma: 146 estudantes na Universidade de Coimbra, 86 no Instituto Politécnico de Coimbra, 10 na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e 8 no Instituto Superior Miguel Torga. Constatou-se que a idade dos estudantes da amostra varia entre os 17 e os 48 anos de idade, com uma média de 24,69 anos e  $DP=5,238$ . Quanto ao género, verifica-se que 50,4% são do sexo feminino e 49,6% do sexo masculino. Em relação à naturalidade, a maioria dos estudantes (54,4%) são provenientes de Cabo Verde, seguido de Angola com 16,4%, S. Tomé e Príncipe com 15,6%, Guiné-Bissau com 9,2% e Moçambique por 4,4%. Podemos verificar que o grau académico mais frequentado pelos estudantes é a licenciatura (64,4%), seguido do mestrado, com 32,8%. Destes, podemos apurar que quanto ao ensino académico,

a maioria dos estudantes (31,6%) frequentam a área de ciências e tecnologia, 18,4% humanidades, 15,2% ciências de saúde e 13,2% ciências empresariais, 8,8% ciências agrárias, 6,4% ciências da educação, 5,6% ciências sociais e 0,8% ciências do desporto. Verificou-se que 35,2% do universo da amostra reprovou durante esse percurso académico, sendo que 34,4% responderam quanto ao número de vezes de reprovação por ano de curso, cuja maioria reprovaram uma vez durante o curso (46,5%) no primeiro ano e 19,8% no segundo ano. Contudo, verifica-se ainda que existe 26,7% da população em estudo com múltiplas reprovações (2 a 7 vezes). Quanto ao motivo da reprovação, a maioria (8,0%) foi devido a dificuldades na adaptação, seguidos de 6,8% por falta de estudo. Podemos averiguar que quanto ao meio de subsistência dos estudantes durante esse percurso académico, 46,0% é proveniente dos rendimentos dos pais/ encarregados de educação, 22,4% de bolsas de estudo e 20,8% são trabalhadores estudantes. Observou-se que no universo da amostra, 2,4% dos estudantes consideram ter um relacionamento social baixo e 8,8% médio baixo. Constatou-se que, do universo da amostra em estudo, a maioria dos estudantes (56,0%) pratica atividade física, com maior destaque para o futebol (42,3%), seguido de ginásio com 27,4%. No que diz respeito ao número de refeições por dia, verificou-se que 24,4% dos estudantes fazem menos de três refeições por dia. Podemos constatar no universo da amostra que 53,2% dos estudantes participam nas atividades desenvolvidas pelas associações dos estudantes dos PALOP. Verificamos que 69,2% afirmam ter uma crença religiosa, dos quais 78,8% são católicos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a análise de resultado do Inventário da Depressão de Beck, obtivemos no conjunto da amostra em estudo, 22,0% dos estudantes com sintomatologia depressiva, sendo que 0,8% ( $n = 2$ ) com depressão grave, 3,6% ( $n = 9$ ) com depressão moderada e 17,6% ( $n = 44$ ) com depressão leve. Contudo, 78,0% ( $n = 195$ ) dos estudantes não se encontram deprimidos. Estes valores vêm ao encontro de vários estudos analisados, nomeadamente o estudo desenvolvido por Richards e Sanabria (2014), onde os resultados foram sem depressão (63,8%,  $n = 162$ ); depressão leve (18,1%,  $n = 46$ ); moderada (10,2%,  $n = 26$ ) e grave (7,9%,  $n = 20$ ). Dado que muitos sujeitos com depressão descrevem dificuldades em pensar, na concentração e na tomada de decisões, veem dificultadas ainda mais as tarefas ligadas ao ensino superior, de elevada exigência intelectual. Esta situação foi referida por 1,3% dos estudantes deste estudo como a causa de reprovações persistentes verificadas no seu percurso académico. Foi identificada uma relação estatisticamente significativa entre a prática de desporto e a diminuição da sintomatologia depressiva.

Neste estudo, os resultados obtidos com a aplicação do QIS sugerem que 2,8% dos estudantes apresentam um risco elevado de suicídio. As raparigas apresentam maior índice de integração social (IS) do que os rapazes. Embora este valor se encontre inferior comparativamente ao apresentado pela OMS e vários outros autores onde mostram que esta prevalência varia entre os 11%,0 e 25,0 % (Garcia et al., 2012; Kavalidou, 2013; OMS, 2014; Richards e Sanabria, 2014; Saraiva et al., 2014; Taliaferro et al., 2009; Villalobos-Galvis, 2009), torna-se importante a elaboração e a implementação de uma estratégia de prevenção do suicídio de base populacional e com foco no indivíduo junto desta comunidade estudantil. Foi identificada uma relação estatisticamente significativa entre a crença religiosa e a diminuição da ideação suicida.

Quanto à integração social escolar, os estudantes de Moçambique demonstraram ser os mais bem integrados estando no polo oposto os estudantes oriundos de Angola. Por sua vez, a perceção de integração escolar relaciona-se positivamente com a satisfação com o suporte social.

## CONCLUSÃO

Concluiu-se que quanto a depressão e a ideação suicida, as raparigas encontram-se mais afetadas do que os rapazes. Contudo, estes encontram-se mais satisfeitos com o suporte social e melhor integrados socialmente no ensino superior. Verificou-se ainda que integração social destes estudantes não aumenta com o ano de curso, contudo melhoram os resultados académicos. Sendo o isolamento um fator de risco para o suicídio, torna-se importante desenvolver estratégias para aumentar a rede de suporte social tendo em conta a existência de estudantes que consideram a sua relação social baixa. Verificou-se ainda uma elevada taxa de reprovação no primeiro ano da frequência do curso, bem como estudantes com comprovada carência económica, que efetuam menos de três refeições diárias.

## Limitações

Alguns estudantes recusaram participar, manifestando um certo estigma em relação ao fenómeno depressão e suicídio, justificando que este não é um problema dos africanos mas sim do povo ocidental. A interpretação dos resultados da reprovação por anos de curso deve ser analisada com cautela, visto que o número de estudantes que não responderam foi elevado. As amostras foram compostas por estudantes de cinco países diferentes, com frequência do primeiro ao último ano de curso em vários níveis de ensino, logo as suas crenças, atitudes e perceção no processo de integração e suporte social no

ensino superior pode diferenciar consideravelmente dos de menor escolaridade e com menos tempo de permanência no ensino superior.

### **Implicações para a prática**

Recomenda-se um melhor envolvimento das associações dos estudantes dos PALOP em Coimbra na identificação e sinalização dos estudantes com dificuldades de integração social no ensino superior, comprovada dificuldade financeira, reprovações persistentes, problemas na renovação de títulos de residência bem como outros problemas junto das embaixadas dos respetivos países e das instituições de ensino superior, no sentido de, juntos, desenvolverem estratégias de intervenção que visem minimizar estes problemas.

A adoção de uma abordagem proativa por parte das entidades responsáveis no ingresso e permanência dos estudantes estrangeiros no ensino superior tenderá a melhorar a qualidade de vida dos mesmos e a prevenir os riscos de depressão e suicídio destes jovens.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, para além de mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos, e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem um olhar transcultural durante a prática profissional.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Ben, P., B., Kim, J. J., & Lester, D. (2011). *Reasons for committing suicide in South Korean University Students*. Recuperado de <http://www.suicidology-online.com/pdf/SOL-2011-2-11-16.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010). *The association between school based physical activity, including physical education, and academic performance*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health & Human Services.
- Chau, K., Baumann, M., Kabuth, B., & Chau, N. (2012). School difficulties in immigrant adolescent students and roles of socioeconomic factors, unhealthy behaviours, and physical and mental health. *BMC Public Health*, 12(453), 1-11.
- Diniz, A. M. (2009). Escala de Integração Social no Ensino Superior - Revista e Aumentada (EISES-R). Instrumento não publicado.
- Direção Geral da Saúde. (2014). *Saúde Mental em Números. Programa Nacional de Saúde Mental*. Lisboa, Portugal: Autor
- Duque, E. J. (2012). Representações e expectativas dos estudantes universitários dos PALOP. In *VII Congresso Português de Sociologia, Porto, 12-22 Junho 2012* (pp. 2-14). Porto, Portugal: Universidade do Porto, Faculdade de Letras. Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação.

- Garcia, C., Klingbeil, D. A., Reigstad, K., Houri, A., Lee, C.-Y. S., Sung, Y., ... Klimes-Dougan, B. (2012). Perceptions of suicide risk and coping in latino and white adolescents and young adults: A pilot study informing suicide prevention efforts. *Suicidology Online*, 3, 124-130. Recuperado de <http://www.suicidology-online.com/pdf/SOL-2012-3-124-130.pdf>
- Ferreira, J. A., & Castela, M. C. (1999). Questionário de ideação suicida (Q.I.S). In M. R Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 123-130). Braga, Portugal: Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Kavalidou, K. (2013). Suicidal thoughts and attitudes towards suicide among medical and psychology students in Greece. *Suicidology Online*, 4, 4-11. Recuperado de [www.Suicidology- Online.com](http://www.Suicidology-Online.com)
- Kutcher, S., Chehil, S. (2007). *Gestão de risco de suicídio: Um manual para profissionais de saúde*. Lisboa, Portugal: Lundbeck Institute.-
- Ministério da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Prevenção de Suicídio (2013/2017)*. Lisboa, Portugal: DGS.
- Ministério da Saúde. (2016) *Estratégia nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar*. Lisboa, Portugal: DGS
- Mojs, E., Warchot-Biedermann, K., Glowacka, M. D., Strzelecki, W., Ziemska, B., & Marcinkowski, J. T. (2012). Are students prone to depression and suicidal thoughts? Assessment of the risk of depression in university students from rural and urban areas. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 19(4), 770- 774.
- Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. (2012). *Guia orientadora de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Pais-Ribeiro, J. (1999). Escala de satisfação com o suporte social. *Análise Psicológica*, 17(3), 547-558.
- Pawlak, J., Dmitrzak-Weglaz, M., Skibinska, M., Szczepank, A., Leszczynska-Rodziewicz, A., Czerski, P., ... Maciukiewicz, M. (2014). Association between suicidal behavior and genes of serotonergic system confirmed in men with affective disorders. *Journal of Medical Science*, 1(83). Recuperado de <http://www.jms.ump.edu.pl/index.php/JMS/article/view/37>
- Richards, D., & Sanabria, A. S. (2014). Point prevalence of depression and associated risk factors. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 148(3), 305-326. Doi: 10.1080/00223980
- Saraiva, C. B., Peixoto, B., & Sampaio, D (Eds). (2014). *Investigação em suicidologia. In Sociedade Portuguesa de Suicidologia, Suicídio e comportamentos autolesivos- dos conceitos a prática clínica*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Silva, C., Abrantes, J., & Duarte, I. (2009). Integração Social e Académica dos Alunos Provenientes dos PALOP no Ensino Superior Português: Um estudo de caso. In *1º Congresso de Ciência Regional de Cabo Verde*. Praia, Cabo Verde
- Taliaferro, L. A., Rienzo, B. A., Pigg, R. M., Miller, M. D., & Dodd, V. J. (2009). Associations between physical activity and reduced rates of hopelessness, depression, and suicidal behavior among college students. *Journal of American College Health*, 57(4). doi:10.3200/JACH.57.4.427-436.

- University Counselling Service. (2014). *Reducing the risk of student suicide: A guide for those with welfare responsibilities*. Recuperado de <http://www.counselling.cam.ac.uk/staffcouns/leaflets/suiciderisk>
- Vaz Serra, A. J., & Pio Abreu, J. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I-Ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, 20, 263-4.
- Villalobos-Galvis, F. H. (2009). Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. *Salud Mental*, 32(2), 65-171
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Washington, DC: OPS.



## SECÇÃO 3

EM POPULAÇÕES MAIS  
VULNERÁVEIS





## CAPÍTULO V

# A FAMÍLIA DO ADOLESCENTE COM COMPORTAMENTO AUTOLESIVO SEM INTENÇÃO SUICIDA. O IMPACTO DA NOTÍCIA

Edite Trinco  
António Barbosa  
José Carlos Santos

## INTRODUÇÃO

O conceito de família é talvez dos mais difíceis de definir, dada a sua complexidade, contudo é consensual que a família é por excelência o lugar onde cada um de nós tem a sua origem, sendo fundamental na aprendizagem e evolução de cada um dos seus membros, tornando-se a pedra basilar do bem-estar psicológico, social, relacional, afetivo e educativo de todos os seus elementos (Alarcão, 2006). A família necessita de flexibilidade e adaptação às exigências de todos e de cada um dos seus membros em particular, de forma a promover o bom funcionamento organizacional do próprio sistema. (Kaakinen & Birenbaum, 2011).

Nas últimas décadas temos assistido a uma profunda metamorfose do conceito de família, de acordo com as culturas, tradições, credos, contextos políticos, sociais e económicos, surgindo uma vasta diversidade de configurações familiares e consequente multiplicidade de conceções no que respeita aos seus valores e funções (Sampaio et al., 2011). O desenvolvimento conceptual de novos ideais sociais, políticos e religiosos, assim como a entrada da mulher no mercado de trabalho, têm influenciado a sociedade em geral e os indivíduos em particular, com ressonâncias positivas mas também negativas no impacto direto e indireto das relações interpessoais, sociais e familiares, aprovando organizações e reorganizações aos seus elementos, no superior interesse do bem-estar de todos e de cada um dos indivíduos que a integram (Campos & Campos, 2016).

Assim, e de acordo com Hanson (2005), a família é constituída por dois ou mais indivíduos, que dependem uns dos outros no que diz respeito à condição económica, física e emocional, onde os seus membros são auto definidos. Nos mesmos pressupostos a Comissão Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE, 2010, p. 171) refere que a família é vista e aceite na sua grandeza, definindo-a como “ser um grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente”.

Apesar de todas as transformações a que têm sido sujeitas ao longo dos tempos, as famílias têm tido a competência de adaptação a novas circunstâncias e resolução das crises não colocando em causa a coerência, coesão, funções, identidade, valores e continuidade do próprio sistema, exercendo uma forte influência na promoção da autonomia e socialização dos filhos adolescentes (Figueiredo, 2009).

Sendo a família composta por diversos elementos em diferentes fases do desenvolvimento individual, que não são estanques, existindo múltiplas transições ao longo ciclo vital da família. Contudo a etapa da adolescência, é talvez a mais longa de todo o ciclo, requerendo um equilíbrio estável entre as exigências do próprio sistema e as ambições de cada um dos seus elementos *per si*. Estas famílias vivem num processo de permanente flexibilidade e persistente adaptação estrutural para permitir a continuidade funcional e organizacional do sistema, para além das transições normativas inerentes ao ciclo vital e a cada um dos estádios, (Alarcão, 2006), uma vez que é nesta fase que há construção da identidade e que as relações familiares poderão ser promotoras de comportamentos de risco ou, pelo contrário, adotarem um carácter protetor para o adolescente (Figueiredo, 2009).

A família é primordial na vida do adolescente, constituindo um sistema onde o crescimento humano evolui em várias fases, servindo de orientadora quando ele inicia a sua perceção acerca do mundo que o rodeia e do seu posicionamento no mesmo, mediando entre o adolescente e a sociedade, ajudando-o a crescer num sincronismo harmonioso, exercendo funções de proteção, fronteiras, afetos, formação social e cívica, proporcionando paulatinamente a sua autonomia e socialização (Relvas, 2004).

Não existe um verdadeiro consenso na comunidade científica sobre o início e o término da adolescência, todavia a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011), defini-a como o intervalo que vai dos 10 aos 19 anos. Esta fase mostra-se importante para o desenvolvimento e aquisição de comportamentos saudáveis ou de risco que poderão comprometer o desenvolvimento harmonioso e saudável do jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A adolescência é geralmente um período saudável na vida do indivíduo. Todavia, é concomitantemente uma fase recheada de estímulos e profundas transformações sobretudo a nível individual, familiar e social. Este processo de transição exige do

adolescente adaptações e redimensionamentos internos e externos que geralmente são vividos de forma segura e sem grandes instabilidades, mas, por vezes surgem dificuldades na adaptação a esta mudança que colocam em dissonância o desenvolvimento saudável, deixando o adolescente mais vulnerável à instabilidade e desequilíbrio e mais propenso a adoção de comportamentos autolesivos (Trinco, Santos, & Barbosa, 2017).

Os comportamentos autolesivos estão contemplados no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017, como comportamentos que envolvem atos autolesivos com ou sem intencionalidade de morte, e que se caracterizam por: ingestão de fármacos em doses superiores às doses terapêuticas, ingestão de uma droga ilícita ou substância psicoativa com o propósito de autoagressão, automutilação, ingestão de uma substância ou objetivo não-ingerível, saltar de um lugar relativamente elevado (Direção Geral da Saúde, 2013).

Estes comportamentos são considerados na literatura científica nacional e internacional como fenómenos multifacetados e um problema de saúde pública, carente de avaliação, intervenção e prevenção (Gatta et al., 2017). O adolescente que adota um comportamento autolesivo está a viver um momento de grande sofrimento psíquico, sendo este muitas vezes a ponta do iceberg da sua desesperança, servindo a autolesão sem intenção suicida para mitigar esse mesmo sofrimento.

A literatura por nós revisitada é consensual de que os comportamentos autolesivos têm o seu prelúdio durante a adolescência, sendo as raparigas quem mais adota comportamentos autolesivos sem intenção suicida, com a ingestão de fármacos em doses superiores às doses terapêuticas e/ou a automutilação a prevalecer em relação aos restantes métodos (Direção Geral de Saúde, 2013; Guerreiro, Sampaio & Figueira, 2014; Trinco & Santos, 2017). Nos comportamentos autolesivos a intencionalidade do ato, assim como a letalidade do método, não devem ser subestimadas, pois muitas vezes este comportamento é recorrente, e nem sempre a ambivalência e letalidade clínica é coincidente com a perceção que o adolescente tem do mesmo (Santos & Neves, 2014).

Sendo a adolescência uma fase de transição em que os indivíduos tendem a ser mais vulneráveis aos riscos que hipoteticamente poderão ter repercussões no seu estado de saúde, a enfermagem deve ter uma visão holística destes adolescentes e famílias com necessidades específicas mas com capacidade de adaptação às mudanças, porém, e devido às suas vulnerabilidades a família está mais propensa aos desequilíbrios (Meleis, 2015).

Estas vulnerabilidades familiares são apresentadas em diversos estudos nacionais e internacionais, que nos dizem que após o comportamento autolesivo de um filho adolescente, os pais tiveram sentimentos e emoções ambivalentes, porque pensam que

algo pode melhorar após este ato, mas simultaneamente vivem angustiados, preocupados e tristes com medo do futuro, referindo desesperança sobretudo quando o adolescente repete uma autolesão. Contudo e apesar de cada família vivenciar a situação de forma própria e peculiar, o ensejo é transversal e está ancorado na necessidade de ajuda para si e para o adolescente (Ferrey et al., 2016; Trinco & Santos, 2017).

Neste contexto, a enfermagem assume um papel central na assistência ao adolescente e família, prescrevendo intervenções autônomas ancoradas num modelo conceptual, centrado no binómio adolescente/família com especial enfoque nos cuidados em parceria, que promovam e desenvolvam capacidades, habilidades, conhecimentos, atitudes e estratégias para a resolução da crise (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A literatura analisa as vivências e necessidades dos pais depois do comportamento autolesivo do adolescente, nomeadamente em contexto de ambulatório e após a alta, ou durante o internamento. O que a família sente aquando do confronto com a notícia, não tem sido estudado/divulgado de forma regular, sobretudo pela enfermagem, apesar da sua importância para uma intervenção sistémica.

Face à problematização e escassez de estudos que visem o propósito da nossa investigação, torna-se relevante desenvolver este estudo que possibilita a compreensão da vivência da família perante a notícia do comportamento autolesivo sem intenção suicida do adolescente, tendo como propósito a obtenção de novas ferramentas para a melhoria das práticas de enfermagem e consequente desenvolvimento científico.

## METODOLOGIA

Sendo o comportamento autolesivo de um adolescente um processo complexo que cada família vivencia, optou-se por uma investigação de natureza qualitativa, com uma abordagem de estudo de casos múltiplos.

A abordagem metodológica utilizada foi a de estudo de casos múltiplos, com o desígnio de aprofundar o nosso conhecimento sobre o impacto que a notícia teve na família, tendo sido realizadas as entrevistas aos pais que acompanharam o filho adolescente ao serviço de urgência de um hospital pediátrico da região centro, aquando do comportamento autolesivo. As entrevistas estão ancoradas num guião elaborado pelos investigadores e constituído por uma breve caracterização da família e uma pergunta aberta sobre qual foi o impacto da notícia do comportamento autolesivo do adolescente na família. Todas as entrevistas foram gravadas em sistema áudio e posteriormente transcritas e analisadas. Foram de igual forma analisadas as notas de campo dos investigadores e o processo clínico do adolescente.

## **Amostragem**

A seleção dos participantes foi feita com recurso a uma amostra de conveniência com o propósito de obtermos dados específicos e diferenciados que concorressem para a melhor compreensão do fenómeno. A recolha dos dados decorreu de janeiro a novembro de 2015, no serviço de urgência de um hospital pediátrico da região centro.

A nossa amostra é sequencial, tendo sido incluídos todos os pais que cumpriram os critérios de seleção e acederam de forma livre e esclarecida a participar na investigação. Sendo assim, a amostra foi composta por trinta e quatro mães e quatro pais, residentes nos distritos de Coimbra, Aveiro, Leiria e Guarda, cujo respetivo filho adolescente com idade compreendida entre os 13 e os 18 anos (exclusive) teve um comportamento autolesivo sem intenção suicida e que recorreu ao referido serviço de urgência. Foram considerados como critérios de exclusão os casos de adolescentes com tentativas de suicídio, adolescentes institucionalizados e família diagnosticada com perturbação psiquiátrica em crise.

O estudo considerou todos os pressupostos éticos inerentes à investigação que envolve seres humanos, tendo parecer favorável da comissão de ética da referida instituição, com a Ref<sup>a</sup> CHUC-110-13. A abordagem aos participantes foi feita aquando da primeira consulta após ato, tendo sido explicado o propósito do estudo, garantido o anonimato e confidencialidade em concordância com o Código Deontológico que rege a profissão de enfermagem.

## **Procedimento de colheita de dados**

Após a abordagem todos os participantes selecionados aceitaram participar no estudo, sendo assegurados os princípios ético-legais, assim como o livre arbítrio para abandonarem a sua participação em qualquer momento, sem prejuízo resultante para o adolescente e/ou para si.

A colheita de dados teve como base as notas de campo do investigador, realizadas durante a entrevista, a consulta do processo clínico do adolescente sempre que houve necessidade de esclarecer algo que pudesse unificar os resultados e a entrevista ao pai/mãe que acompanhou o adolescente.

Todas as entrevistas foram realizadas na consulta de pedopsiquiatria do hospital de referência do adolescente, recorrendo à gravação em suporte áudio, num ambiente favorável ao normal desenvolvimento das mesmas, isento de estímulos externos. A duração média das entrevistas foi de 60 minutos, sendo a mais curta de 33 minutos e

a mais longa de 90 minutos. Constatámos uma não-progressão de novos dados ao fim de 38 entrevistas, pelo que demos como concluída esta a fase de colheita de dados. A cada entrevista realizada foi atribuído um número que foi respeitado na sua transcrição e associados às notas de campo e ao processo clínico.

Do material empírico obtido e após a respetiva triangulação dos dados, sobressaíram os resultados mais significativos relacionados com o percecionado por cada família aquando do confronto com a notícia do comportamento autolesivo, sendo posteriormente feita a análise final dos achados e respetiva interpretação das categorias elencadas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

De maneira a alcançarmos uma melhor e mais profícua compreensão e interpretação dos achados, recorremos à técnica da análise de conteúdo, sustentados em Bardin (2009), que diz que a análise de conteúdo é uma técnica investigativa que tem como objetivo a descrição direta, sistemática e qualitativa do conteúdo expresso da comunicação dos intervenientes. Para uma melhor interpretação dos dados, recorremos ao programa informático NVIVO8, satisfazendo as etapas de codificação e formulação das categorias principais e subcategorias.

Após a análise de conteúdo do processo de triangulação emergiram dados significativos para uma melhor compreensão do impacto que a notícia do comportamento autolesivo de um adolescente tem na família, podendo desta forma contribuir para um melhor e mais aprofundado conhecimento científico no que respeita aos cuidados centrados na família, assistindo-os no seu intento de resolução de crise, capacitando-os para situações similares com respostas assertivas e adequadas a cada situação *per si*.

A predominância da tipologia familiar situa-se na família nuclear com 57,8% (22), seguida de famílias alargadas, monoparentais e reconstruídas com igual representatividade 13,2% (5) e uma família adotiva, com uma média de cerca de quatro membros por família. Dos dados podemos também inferir que foram as mães quem geralmente acompanhou o adolescente ao serviço de urgência (92%), assim como à primeira consulta.

Parece-nos pertinente fazer uma breve caracterização do adolescente, para uma melhor e mais proficiente compreensão do fenómeno e seu contexto. De acordo com o género 78,94% (30) eram raparigas e 21,06% (8) eram rapazes. No que concerne à sua proveniência, 73,68% (28) eram do distrito de Coimbra, 10,52% (4) do distrito de Aveiro, 7,9% (3) eram do distrito de Leiria e 7,9% (3) eram do distrito da Guarda. Sendo o *modus operandi* mais frequente a ingestão de fármacos em doses superiores às doses terapêuticas. Estes dados são concordantes com a literatura científica publicada.

Da amostra, 92,1% das famílias souberam da notícia em casa, 5,3% soube da notícia quando o adolescente já estava no hospital e 2,6% foram informados pela escola. O meio de transporte foi o carro da família em 55,3% dos casos, tendo os restantes 44,7% recorrido ao INEM ou bombeiros locais para o transporte hospitalar.

Da análise dos achados emergiram duas categorias principais e as respetivas subcategorias, elementos relevantes para conhecermos qual o impacto que a notícia causa na família e como é que foi vivenciado por cada um dos elementos, conforme podemos constatar na Figura 1.

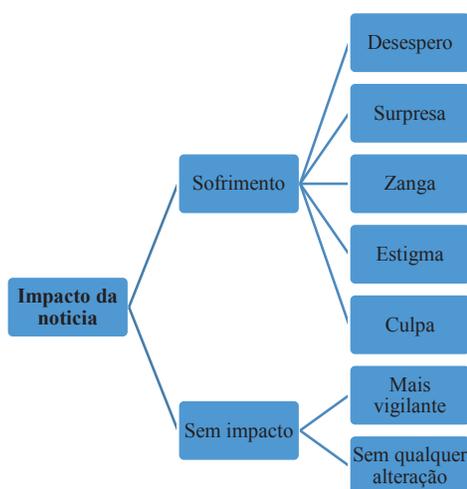


Figura 1. Categorias e subcategorias do impacto da notícia do comportamento autolesivo do adolescente na família.

## Síntese narrativa das categorias encontradas

### Sufrimento

O confronto com a notícia de que o adolescente teve um comportamento autolesivo é descrito por 86,8% (33) das famílias como uma situação de grande sofrimento psicológico (Tabela 1).

Tabela 1

*Distribuição das subcategorias do Sofrimento por elementos da família*

	Mãe	Pai	Irmãos	Família alargada
Desespero	15	7	9	6
Surpresa	16	3	5	2
Zanga	4	2	4	2
Estigma	2	2	3	0
Culpa	3	3	3	0

### Desespero

Vivenciar a notícia do comportamento autolesivo de um adolescente fragiliza a família, provocando desespero nos seus elementos perante essa realidade, em regra inesperada e surpreendente. Embora o desespero sentido no momento do confronto com a notícia seja transversal a toda a família, foram as mães que mais o vivenciaram, seguidas dos irmãos. Alguns pais só souberam do sucedido passadas algumas horas ou dias e outros nunca souberam.

As descrições feitas pela família são bem esclarecedoras do estado de espírito vivenciado no momento em que são confrontados com um ato deliberado do adolescente: “...é um sofrimento muito grande porque não esperava que o meu filho fizesse isto.. sofri o que não deseje a ninguém...” (E34, E31, E38, 2015); “Sentia-me desesperada com a situação, não percebia o motivo do meu filho tão novo ter feito uma coisa destas...foi uma grande frustração, um sofrimento atroz, um desespero desmedido.” (E8, E5, 2015); “...deixei de pensar...o pai tem sofrido muito com tudo isto..” (E22, 2015); “A irmã ficou muito abalada quando a encontrou caída...” (E26, 2015); “A avó sofreu muito quando a viu assim...” (E24, 2015). As expressões utilizadas pelas entrevistas e trianguladas com as notas de campo e processo clínico levaram-nos a compreender que o impacto da notícia é um momento marcante nas suas vidas.

### Surpresa

A manifestação de que aquele comportamento os surpreendera aparece frequentemente nas entrevistas e corroboradas pelas notas de campo, porque muitas vezes não era expectável que o adolescente tivesse um comportamento autolesivo, deixando a família imersa numa

desagradável surpresa. Sendo uma vez mais as mães quem mais se surpreendeu com a notícia, como podemos constatar com os excertos das entrevistas: “...nunca pensei que ele se agredisse desta maneira.” (E15, 2015); “Uma grande e triste surpresa quando vi a carta que ela escreveu e os cortes...”(E20, 2015); “...ainda nem acredito no que aconteceu, é como trazer o coração numa cesta.”(E26, 2015); “...nunca pensei que ela o fizesse, foi um choque muito grande...” (E33, E6, 2015); “...primeiro a irmã achava que ela estava a fazer fita...depois ficou incrédula de como era possível aquilo estar mesmo a acontecer...” (E26, 2015); “...a avó nem queria acreditar que ele tivesse feito aquilo...” (E8, 2015).

As famílias que revelaram terem-se sentido mais surpreendidas, foram aquelas cujo adolescente teve um tal comportamento pela primeira vez. Também manifestaram alguma surpresa, quando o adolescente associou mais do que um método na autolesão, como é exemplo o relato de um pai: “...aos cortes até já estava habituado, mas agora os comprimidos, era uma nova realidade que eu não estava à espera...” (E36, 2015).

## Estigma

A maioria dos dados revelaram que a situação foi vivenciada dentro de casa, sem alarido social, tanto para preservar o adolescente como a própria família, sobretudo porque a família reconhece que os problemas de saúde mental são motivo de estigma e que tratando-se de um comportamento autolesivo esse estigma aumenta exponencialmente. Este sentimento foi sentido pela família, com maior impacto nos irmãos, sobretudo quando o comportamento ocorreu na escola ou em meios rurais pequenos, ficando apreensivos com o efeito que este comportamento poderia ter no futuro do adolescente e deles próprios, como nos descreveram: “...toda a gente soube e acabamos por sofrer algum estigma social, porque o meio é pequeno...” (E11, 2015); “...o pai sentiu-se muito envergonhado perante as outras pessoas...” (E32, 2015); “...a irmã sentiu muito o estigma na escola, porque estão as duas na mesma escola, e foi lá que ela o fez...a irmã ficou sem ir à escola quase uma semana...” (E9, 2015); “...as irmãs sentiram-se muito envergonhas quando chegou o INEM...” (E11, 2015); “...quando os vizinhos perguntaram ao irmão o que tinha acontecido, ele simplesmente respondeu: sentiu-se mal...não queria que se soubesse que o irmão se tinha cortado e tomado os comprimidos...” (E4, 2015).

## Culpa

A magnitude que um comportamento autolesivo do adolescente exerce sobre a família leva-os a sentirem-se culpados pelo sucedido. Após a triangulação dos dados, constatamos que são as mães e os irmãos quem mais vivenciam sentimentos de culpa

associados ao comportamento do adolescente, sendo os relatos bem elucidativos deste sensação: “...não protejo a minha filha, senti uma culpa infinita.” (E11, 2015); “...como mãe tinha falhado completamente.” (E27, E34, 2015); “... a irmã ficou muito abalada, sente-se culpada pelo que aconteceu.” (E26, 2015); “...o irmão acha que lhe deveria ter dado mais atenção, quando o viu com o X-ato na mão...” (E4, 2015); “...meu marido sente-se um pouco culpado pelo que aconteceu, porque estava em casa e não foi atrás dela quando a viu ir para o quarto e trancar a porta.” (E33, 2015).

Sem impacto

Não obstante a importância que o comportamento autolesivo do adolescente tem na família, encontramos dados significativos de que 13,2% (5) das famílias referiram que o confronto com a notícia não teve um impacto significativo para si (Tabela 2).

Tabela 2

*Distribuição da categoria: Sem impacto, por elementos da família*

	Mãe	Pai	Irmãos	Família alargada
Sem impacto	1	4	2	0

Após análise dos achados podemos perceber que foi o pai quem menos considerou o impacto da notícia como motivo de sofrimento, sendo as suas narrativas elucidativas disso: “O pai não valorizou nada disto...”(E2, E31, 2015), também, para dois irmãos o impacto da notícia foi indiferente: “...isso passa-lhe quando lhe meterem um tubo na goela...” (E17, E31, 2015). Esta alienação perante a notícia é constatada nas famílias cujo adolescente já teve outros episódios autolesivos e cuja letalidade é baixa e cuja família identifica a impulsividade para o ato.

## CONCLUSÕES

Nesta investigação foi nosso escopo compreender qual o impacto sentido pela família perante a notícia do comportamento autolesivo do adolescente. Assim e perante os resultados obtidos podemos inferir que o impacto da notícia é gerador de momentos de grande sofrimento psicológico para a família. Este impacto pode ser devastador e pode

incluir o desespero, o estigma e a culpa perante o sucedido. As mães são quem mais refere que se sentiram afetadas negativamente perante a situação, sobretudo quando foram surpreendidas com a notícia. As reações dos irmãos incluíram o desespero e o estigma, nomeadamente quando foram confrontados com a notícia na escola. Os pais também sentiram o impacto como negativo, especialmente quando foram eles os primeiros a ter conhecimento de que o adolescente tivera um comportamento autolesivo.

Nas famílias onde o adolescente é reincidente nestes comportamentos de baixa letalidade, o impacto da notícia é menos assolador para a família, contudo a maioria admitiu que se tinha tornado mais vigilante, procurando guardar os objetos e medicamentos que possam servir para facilitar o comportamento.

As intervenções de enfermagem são mais centradas nos cuidados predominantemente físicos ao corpo e maioritariamente em regime de internamento. É testemunho disto a escassez de estudos científicos divulgados, que visem a compreensão da família perante esta situação. A triangulação dos dados utilizados na metodologia permitiu-nos uma compreensão mais abrangente do impacto sentido pela família perante o comportamento autolesivo. Esta perceção visa contribuir para a redução do estigma, facilitar a expressão de emoções, proporcionando competências comunicacionais e de enfrentamento tanto para a família como para com o adolescente, ampliando a consciencialização e perceção da enfermagem com enfoque nos cuidados centrados na família ancoradas no respeito e empatia de modo a facilitar o desenvolvimento e envolvimento de todas as partes abrangidas pelo processo terapêutico de forma holística, onde o todo é mais do que a soma das partes.

## **Limitações**

As limitações do estudo prendem-se essencialmente com a ausência de entrevista a todos os familiares envolvidos na análise. Os dados foram colhidos por entrevista única e a quem acompanhou o adolescente ao serviço de urgência e à consulta, restringindo desta forma uma visão mais abrangente dos restantes familiares em relação ao impacto da notícia.

## **Implicações para a prática**

Esta pesquisa traz implicações na prática de enfermagem que tem aqui uma panóplia de resultados que possibilitam desenhar intervenções autónomas que visem minimizar a negatividade e sofrimento que a família vivencia perante a confrontação com a notícia do comportamento autolesivo do adolescente, aumentando a literacia em saúde mental e a prevenção de comportamentos suicidários.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2006). *(Des) equilíbrios familiares* (3ª ed.). Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Almedina.
- Campos, D., & Campos, M. (2016). A comunidade familiar. In G. A. Oliveira, *Textos de direito da família: Para Francisco Pereira Coelho* (pp. 9-30). Coimbra, Portugal: Imprensa da UC.
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Plano nacional de prevenção do suicídio 2013/2017*. Recuperado de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>.
- Ferrey, A., Hughes, N., Simkin, S., Locock, L., Stewart, A., Kapur, N., & Hawton, K. (2016). The impact of self-harm by young people on parents and families: A qualitative study. *BMJ Open*, 6(1), e009631.
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar*. Porto, Portugal: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10216/20569>.
- Gatta, M., Miscioscia, M., Sisti, M., Comis, I., & Battistella, P. A. (2017). Interactive family dynamics and non-suicidal self-injury in psychiatric adolescent patients: A single case study. *Frontiers in Psychology*, 8, 46. doi:10.3389/fpsyg.2017.00046
- Guerreiro, D. F., Sampaio, D., & Figueira, M. L. (2014). *Relatório de investigação “Comportamentos autolesivos em adolescentes: Características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afectivo e estratégias de coping”*. Universidade de Lisboa, Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia. Recuperado de <http://www.spsuicidologia.pt/generalidades/biblioteca/143>.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação* (2ª ed.). Loures, Portugal; Lusociência.
- Kaakinen, J. R., & Birenbaum, L. K. (2011). Desenvolvimento da família e apreciação de enfermagem da família. In M. Stanhope & J. Lancaster, *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população* (7ª ed., pp. 574-604). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Meleis, A. I. (2015). Transitions theory. In M. C., Smith & Parker, M. E., Parker, *Nursing theories & nursing practice* (4th ed., pp. 361-380). Philadelphia, PA: F. A. Davis
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores da boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Recuperado de <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wpcontent/uploads/filebase/guias-manuais/ORDEM%20ENFERMEIROS%20cipe.pdf>.
- Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica* (3a ed.). Porto, Portugal: Edições Afrontamento.
- Sampaio, D., Cruz, H., & Carvalho, M. (2011). *Crianças e jovens em risco: A família no centro da intervenção*. Cascais, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Santos, N., & Neves, E. (2014). Adolescência e comportamentos suicidários. In C. B. Saraiva, B. Peixoto, & S. Sampaio (Coord.), *Suicídio e comportamentos autolesivos: Dos conceitos à prática clínica* (pp. 225-240). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Trinco, M. E., & Santos, J. C. (2017). O adolescente com comportamento autolesivo sem intenção suicida no internamento do serviço de urgência de um hospital pediátrico da região centro. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*, (Spe. 5), 63-68.
- Trinco, M. E., Santos, J. C., & Barbosa, A. (2017). Vivências e necessidades dos pais no internamento do filho adolescente com comportamento autolesivo. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(13), 115-124.
- World Health Organization. (2011). *Adolescent health*. Recuperado de [www.who.int/topics/adolescent\\_health/en](http://www.who.int/topics/adolescent_health/en).



## CAPÍTULO VI

# SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS EM DESEMPREGADOS

Rita Margarida Santos Francisco

José Carlos Santos

## INTRODUÇÃO

Em Portugal, a crise económica e política vivenciada desde 2011, com vários programas de estabilidade anunciados pelo governo, obrigou-nos ao pedido de ajuda ao Fundo Monetário Internacional (FMI) que resultou em severas medidas de austeridade, sendo negativas para o nosso dia-a-dia: perda de direitos adquiridos (alteração da Lei do Código de Trabalho), redução do apoio social, cortes salariais, aumento das taxas moderadoras e do IVA, cortes na saúde (Augusto, 2014; Karanikolos et al., 2013).

Neste período de alguma instabilidade assistiu-se a dificuldades ao nível económico, financeiro e social que nos obriga a uma reflexão pela preocupação que estes aspetos têm na vida de todos nós e, em especial, na saúde mental (Augusto, 2014).

Segundo as estatísticas do Instituto Nacional de Estatística (INE) referentes a 2014, no 1º trimestre estavam desempregadas 788,1 mil pessoas (15,1%), verificando-se no 2º trimestre um recuo para 13,9%, número que se mantém preocupante pois corresponde a 729,9 mil pessoas sem emprego (INE, 2014a).

Neste âmbito, surge este estudo com o objetivo de caracterizar os desempregados perante o risco de comportamentos suicidários tentando identificar alguns fatores protetores como o suporte social, razões para viver, religião e fatores precipitantes como a depressão, dificuldades económicas, acontecimentos de vida negativos recentes, doenças, a falta de suporte social e o principal, o desemprego.

O desemprego significa o não exercer qualquer profissão que possibilite o indivíduo expressar a sua necessidade de “estar ligado a”, com a ausência da possibilidade de obter reconhecimento social inerente a atividade laboral (Freyer & Payne citados por Cruz, 2009).

## Desemprego em Portugal em período de crise económica

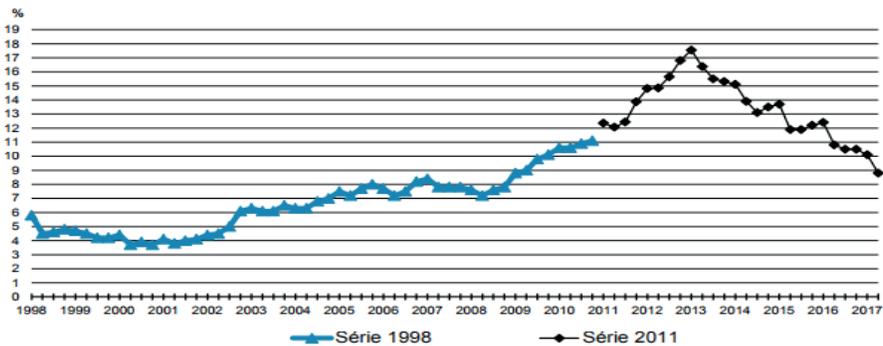
Para perceber a problemática do desemprego, será necessário compreender as definições das entidades estatísticas, nomeadamente do INE e do Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP), sendo divergentes, ao nível do conteúdo dos critérios em que cada uma se baseia, bem como nas estatísticas que apresentam.

A definição de desempregado do INE (2014a) é o indivíduo com idade dos 15 aos 64 anos que, no período de referência, se encontrava simultaneamente nas seguintes situações: não tinha trabalho remunerado nem qualquer outro; tinha procurado ativamente um trabalho remunerado ou não ao longo de um período específico (no período de referência ou nas três semanas anteriores); estava disponível para trabalhar num trabalho remunerado ou não.

Segundo o IEFP (2014a), o desempregado é o indivíduo com idade igual ou superior a 16 anos, que não tem um emprego e está imediatamente disponível para trabalhar, desta forma o desempregado inscreve-se nos Centros de Emprego do IEFP, com intuito de adquirir mais rapidamente uma colocação ou uma formação e/ou subsídio de desemprego.

### Estatísticas de desemprego em Portugal

Referente à evolução da taxa de desemprego em Portugal entre 1998 a 2017, observando a Figura 1, constatou-se que ocorreu um aumento progressivo das taxas de desemprego (com ligeiras oscilações), mas com o pico (17,7 %) no ano 2013.



Fonte: Boletim Mensal de Estatística – Setembro 2017 (INE, 2017, p. 30).

Figura 1. Evolução da Taxa de Desemprego em Portugal entre 1998 e 2017, segundo o INE (2017).

Analisando a Tabela 1, no 1º trimestre de 2014, a taxa de desemprego situou-se em 15,1%, o que corresponde a 788,1 mil pessoas na situação de desemprego (INE, 2014a). No 2º trimestre, verificou-se um recuo para 13,9%, representando uma diminuição de menos 59,2 mil pessoas desempregadas, pois a população desempregada passou a atingir 728,9 mil pessoas; no entanto é de referir que a taxa de inatividade dos 15 ou mais anos subiu ligeiramente nestes dois trimestres, comparativamente à taxa de desemprego que diminuiu (INE, 2014b).

Tabela 1

*Estatísticas de emprego por trimestre, do INE de 2013 e 2014\**

PORTUGAL		Ano 2013				2014	
Trimestre		1º	2º	3º	4º	1º *	2º
<b>População Total</b>	M I H L A R E S	10 468,4	10 456,6	10 443,8	10 428,4	10 406,2	10 393,7
<b>População activa</b>		5 281,4	5 290,9	5 289,3	5 276,8	5 215,0	5 243,5
<b>População Inativa</b>		5 187,0	5 165,7	5 154,5	5 151,6	5 191,2	5 150,03
<b>População empregada</b>		4 354,6	4 424,6	4 469,4	4 468,9	4 426,9	4 514,6
<b>População desempregada</b>		926,8	866,3	819,9	808,0	788,1	728,9
<b>Taxa de atividade</b>		50,5%	50,6%	50,6%	50,6%	50,1%	50,4%
<b>Taxa de inatividade (15 e mais anos)</b>		40,8%	40,7%	40,6%	40,7%	41,3%	41,0%
<b>Taxa de emprego (15 e mais anos)</b>		48,8%	49,6%	50,2%	50,2%	49,8%	50,8%
<b>Taxa de desemprego</b>		17,5%	16,4%	15,5%	15,3%	15,1%	13,9%

**Fonte:** INE (2014c) (Estatísticas de emprego 1º e 2º trimestre de 2014 e do Boletim Mensal de estatísticas de julho 2014) **Nota:** Valores calibrados tendo por referência as estimativas da população calculadas a partir dos resultados definitivos dos Censos 2011.

\* Os valores apresentados referem-se à data da recolha de dados.

Na região Centro, constatamos que a taxa de desemprego no primeiro trimestre foi de 11% e no segundo trimestre de 2014 foi de 10,4%, tendo diminuído 1 ponto percentual em relação ao trimestre homólogo e 0,6 pontos percentuais em relação ao trimestre anterior (INE, 2014a).

Mais especificamente, analisámos os dados estatísticos referentes ao IEFP (2014b) na Tabela 2, nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2014. Os pedidos de emprego neste trimestre são de cerca de 936,3 mil e o desemprego registado cerca de 698,7 mil. Salientamos que os “ocupados”, cuja definição consideramos ambígua, pois não define a condição de empregados ou desempregados, mas apenas trabalhadores em formação atinge cerca de 153,1 mil pessoas. Comparativamente com os dados do INE (2014a), os desempregados seriam 788,1 mil.

Tabela 2

*Pedidos de emprego, IEFP (2014b)*

Portugal	2014					
	1º Trimestre					
	Janeiro	%	Fevereiro	%	Março	%
PEDIDOS DE EMPREGO	<b>933 352</b>	<b>100,0</b>	<b>938 826</b>	<b>100,0</b>	<b>936 858</b>	<b>100,0</b>
Desemprego registado	705 327	<b>75,6</b>	700 954	<b>74,7</b>	689 825	<b>73,6</b>
Empregados	62 912	<b>6,7</b>	63 259	<b>6,7</b>	65 673	<b>7,0</b>
Ocupados	144 445	<b>15,5</b>	153 553	<b>16,4</b>	161 371	<b>17,2</b>
Indisponíveis temporariamente	20 668	<b>2,2</b>	21 060	<b>2,2</b>	19 989	<b>2,1</b>
Desemprego registado	<b>705 327</b>	<b>100,0</b>	<b>700 954</b>	<b>100,0</b>	<b>689 825</b>	<b>100,0</b>
Homens	345 764	<b>49,0</b>	345 319	<b>49,3</b>	339 137	<b>49,2</b>
Mulheres	359 563	<b>51,0</b>	355 635	<b>50,7</b>	350 688	<b>50,8</b>
< 25 anos de idade	93 606	<b>13,3</b>	93 306	<b>13,3</b>	90 952	<b>13,2</b>
≥ 25 anos de idade	611 721	<b>86,7</b>	607 648	<b>86,7</b>	598 873	<b>86,8</b>
< 1 ano de inscrição	375 382	<b>53,2</b>	370 054	<b>52,8</b>	356 650	<b>51,7</b>
≥ 1 ano de inscrição	329 945	<b>46,8</b>	330 900	<b>47,2</b>	333 175	<b>48,3</b>

Tabela 2 (Continuação)  
*Pedidos de emprego, IEFP (2014b)*

Portugal	2014					
	1º Trimestre					
	Janeiro	%	Fevereiro	%	Março	%
Primeiro Emprego	73 676	<b>10,4</b>	73 556	<b>10,5</b>	73 233	<b>10,6</b>
Novo Emprego	631 651	<b>89,6</b>	627 398	<b>89,5</b>	616 592	<b>89,4</b>
Nenhum Nível de Instrução	38 278	<b>5,4</b>	38 628	<b>5,5</b>	38 314	<b>5,6</b>
Básico - 1º Ciclo	149 875	<b>21,2</b>	149 842	<b>21,4</b>	148 709	<b>21,6</b>
Básico - 2º Ciclo	113 704	<b>16,1</b>	113 845	<b>16,2</b>	112 353	<b>16,3</b>
Básico - 3º Ciclo	142 122	<b>20,1</b>	142 212	<b>20,3</b>	140 080	<b>20,3</b>
Secundário	166 692	<b>23,6</b>	165 206	<b>23,6</b>	161 136	<b>23,4</b>
Superior	94 656	<b>13,4</b>	91 221	<b>13,0</b>	89 233	<b>12,9</b>

**Fonte:** Informação mensal do mercado de emprego (IEFP, 2014).

### Desemprego e saúde mental

O desemprego leva à perda de autoestima e sentimentos de inutilidade, manifestando-se através de mudanças de comportamento nas atividades de vida, tendo consequências negativas na saúde física e mental, aumentando os sintomas de somatização, depressão, ansiedade e ao mesmo tempo, diminuindo o bem-estar subjetivo (Garcy & Vagero, 2013; Herbig, Dragano, & Angerer, 2013; Linn, Sandifer, & Stein, 1985; Lundin, Lundberg, Allebeck, & Hemmingsson, 2012; Paul & Moser, 2009; Scheneider et al., 2011; Stuckler, Basu, Suhrcke, Coutts, & Mckee, 2009).

O efeito negativo do desemprego na saúde mental foi mais forte em países com um fraco nível de desenvolvimento económico, distribuição desigual de rendimentos, ou fracas medidas de proteção no desemprego em comparação com outros países. A intervenção de programas para desempregados foi moderadamente eficaz na melhoria da angústia relacionada com o desemprego nas pessoas continuamente desempregadas (Paul & Moser, 2009).

Os desempregados há mais de seis meses apresentavam menos esperança, menos bem-estar subjetivo e mais perturbações da Saúde Mental levando-nos a assumir que quanto maior o tempo de desemprego, maior o seu impacto na Saúde Mental (Rodrigues, 2012).

O desemprego de longa duração tem sido associado a um aumento nas dificuldades materiais, a um aumento da vergonha, a uma perda de estatuto social, ao aumento da ingestão de álcool, à deterioração da saúde mental e bem-estar, e ao desenvolvimento problemas de saúde mental (Garcy & Vagero, 2013).

Verificámos a existência de uma correlação negativa entre a esperança de trabalho e o desajustamento psicológico, e, por sua vez o rendimento mensal e o relacionamento amoroso associam-se positivamente com o nível de esperança de trabalho (Sampaio, 2013).

Numa revisão sistemática da literatura (Herbig et al., 2013), os autores concluíram que os desempregados de longa duração têm um risco pelo menos duas vezes maior de doença mental, particularmente depressão e transtornos de ansiedade, em comparação aos empregados; a sua mortalidade é mais elevada em 1,6 vezes (na Alemanha); o desamparo aprendido é um importante modelo explicativo psicológico; o desemprego também parece estar associado a maior risco de ataque cardíaco e acidente vascular cerebral.

A ligação entre o desemprego e a saúde mais precária é reforçada pelas crises macroeconómicas e enfraquecida por intervenções sociais governamentais. Os desempregados de longa duração acarretam uma maior carga de doenças, particularmente na doença mental, em relação aos empregados e aos desempregados de curta duração. O agravamento da doença aumenta com a duração do desemprego. Este círculo vicioso entre desemprego e doença apenas pode ser quebrado combinando os cuidados de saúde geralmente disponíveis, medidas especiais de promoção da saúde nos desempregados, e intervenções sociais. É de salientar que a situação é muitas vezes complicada por baixos níveis de suporte social, de satisfação com a vida e de autoestima.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que é determinante realizar estratégias ao nível de cada país, pois serão suscetíveis de ter um impacto significativo na redução das desigualdades de Saúde Mental e têm maior potencial para atingir grandes populações. Especificamente nesta temática, as intervenções políticas deverão incluir a redução da pobreza, proteção social em todo o ciclo de vida, promover o acesso ao emprego, dando ênfase ao bem-estar social para os desempregos (WHO, 2014), pelo que são as políticas sociais de desemprego que podem atenuar a invejável correlação entre desemprego e doença (Herbig et al., 2013).

## Desemprego e suicídio

A correlação das taxas de desemprego e a mortalidade por suicídio é bastante complexa e controversa, sendo o desemprego um fator de risco de suicídio, não apenas pela perda de rendimentos, mas sim pelas mudanças psicopatológicas que daí possam advir.

A crise financeira na Europa evidenciou as principais ameaças e oportunidades para a saúde na perspectiva de Karanikolos et al. (2013), considerando o aumento imediato dos suicídios e a diminuição das mortes no trânsito, outras consequências, tais como surtos de VIH, que surgiram como produto da contenção dos governos, principalmente na Grécia, Portugal e Espanha. Portugal adotou estritamente uma austeridade fiscal e aumentou a pressão sobre os seus sistemas de cuidados de saúde. Nestes países, os cortes no orçamento têm restringido o acesso aos cuidados de saúde verificando-se que os suicídios e surtos de doenças infecciosas estão a ser mais comuns. As decisões políticas sobre como reagir às crises económicas têm pronunciado efeitos indesejados para a saúde pública, mas as vozes de saúde pública têm permanecido praticamente em silêncio durante a crise económica, de acordo com Karanikolos et al. (2013).

O estudo sobre a Epidemiologia do Suicídio em Portugal, 1902-2010, para a compreensão do fenómeno e estudo de impacto do desemprego num tempo de crise, demonstrou que, de 1960 a 2010, taxas elevadas de desemprego tendem a coexistir no tempo com taxas elevadas de suicídio, independentemente dos fatores controlados. Em particular, quando a taxa de desemprego tende para 1% superior, a taxa de suicídio sobe, podendo ser cerca de 4,9% mais elevada, quando considerado o seu contexto histórico. Porém, não foram identificadas associações estatisticamente significativas de dependências de curto prazo entre desemprego e suicídio (Ramalheira, 2013).

Com a confirmação das taxas crescentes de desemprego nesta última década (INE, 2017) poderá ocorrer um aumento das taxas de suicídio, atendendo que segundo Ramalheira (2013, p. 132) “O máximo que se pode admitir é que, por exemplo, se as taxas de desemprego sustentadamente passarem a exibir valores superiores aos de há alguns anos atrás, as taxas de suicídio venham a exibir valores também superiores”.

No estudo de Martikainen e Valkonen (1996) sobre a mortalidade em homens e mulheres durante um período de rápido aumento do desemprego na Finlândia, os autores verificaram que os indivíduos que estavam desempregados durante a recessão finlandesa de 1990 tinham um risco aumentado de mortalidade em comparação com aqueles que continuavam empregados. Mas, comparativamente ao período anterior marcado pelo crescimento económico e taxas de desemprego baixas, o aumento do risco não foi tão acentuado. Sendo a mortalidade associada à presença de mais fatores de risco antes de serem desempregados (Martikainen & Valkonen, 1996).

Os estudos de coorte de Neeleman (2001), que incluíram 26.330 indivíduos, revelaram que aqueles com baixo estatuto socioeconómico e os desempregados tinham 2,2 vezes mais probabilidades de morrer por suicídio do que os de grupos socioeconómicos mais altos ou aqueles que estão empregados. Também nos estudos de autópsia psicológica controlada o desemprego era associado ao suicídio com um risco até nove vezes superior (Schneider et al., 2011).

Os desempregados do sexo masculino e os que tiveram doenças psiquiátricas apresentavam maior risco de suicídio, sendo que a capacidade de resolução de problemas sociais é um possível fator de proteção para o suicídio entre os desempregados (Chan, Yip, Wong, & Chen, 2007).

Depois de analisar os efeitos da crise económica em 26 países na União Europeia, Stuckler et al. (2009) constataram que a cada 1% de aumento do desemprego foi associado a um aumento de 0,79% do risco de suicídios em idades inferiores a 65 anos. Um aumento de mais de 3% do desemprego teve maior efeito em suicídios em idades mais jovens do que 65 anos, e também em causa de morte por abuso de álcool. Relativamente à interpretação do desemprego, é associado o aumento significativo, em curto prazo, ao número de mortes prematuras por violência intencional e à redução de mortes por acidentes de trânsito.

Em toda a União Europeia, Stuckler et al. (2009) não identificaram uma evidência significativa entre as taxas de mortalidade e o desemprego, no entanto com o aumento das taxas de desemprego, ocorriam oscilações na mortalidade, associadas às diferenças de proteção social adotadas perante a severidade das crises económicas.

O efeito negativo da situação de desemprego constitui um fator de risco relevante que contribui para o comportamento suicida, independentemente dos transtornos psiquiátricos diagnosticados (Schneider et al., 2011). Os indivíduos com problemas de saúde estão em maior risco de desemprego e também de suicídio, sendo que níveis mais elevados de absentismo por doença estão relacionados com um aumento do risco de desemprego subsequente, em ambos os sexos. O maior risco relativo de suicídio entre os desempregados parece ser, em parte, consequência da exclusão de indivíduos menos saudáveis do mercado de trabalho. Os resultados do desemprego, tais como a perda de rendimentos, privação material, perda de redes de suporte e estigma social podem ter efeitos independentes sobre a saúde e mortalidade, mas também pode aumentar o stresse vivenciado pelos desempregados (Lundin et al., 2012).

No estudo longitudinal levado a cabo na Suécia, com 3,4 milhões de homens e mulheres, sobre o desemprego e suicídio antes e depois da recessão, de Garcy e Vagero (2013), estes constataram que antes da recessão não havia excesso de mortalidade por suicídio e por causa indeterminada, mas após a recessão ocorreu uma elevada mortalidade

por causa indeterminada nos homens e mulheres desempregadas. Mas, apenas uma pequena parte pode ser justificada por problemas de saúde, durante a recessão. Estes autores verificaram também que após a recessão havia maior risco de mortalidade por suicídio nos homens desempregados, mas não nas mulheres. Referente à saúde mental, observaram que os problemas de saúde mental surgiram como resultado do desemprego, particularmente nos desempregados de longa duração. Todavia, não confirmaram que a perda e alteração da taxa de desemprego estivessem relacionadas com o aumento do risco de mortalidade por suicídio.

## **METODOLOGIA**

O estudo realizado foi um estudo exploratório, transversal, do tipo quantitativo, de nível descritivo e correlacional, não-probabilístico com amostragem por conveniência e por bola de neve baseado em elementos recolhidos através de um questionário constituído por duas partes, a primeira parte por um questionário sociodemográfico e a segunda parte com dois instrumentos de avaliação, validados para a população portuguesa: o Inventário de Razões para Viver (IRV) de Lineham et al. (1983), tradução e adaptação de Matias e Santos (2014) e o Inventário Depressivo de Beck (BDI; A. T. Beck, 1967), tradução e adaptação de Vaz Serra e Abreu (1973), visando identificar as variáveis intervenientes e a sua relação.

O estudo foi desenvolvido no período de janeiro, fevereiro e março de 2014, em zonas públicas do distrito de Leiria, nas cidades de Leiria, Pombal e Marinha Grande. A amostra deste estudo foi realizada a partir da população acessível dos desempregados com idades compreendidas entre 18 e 64 anos.

Os objetivos do estudo foram: caracterizar a população de desempregados da região de Leiria; analisar a relação entre razões para viver e depressão nos desempregados da região de Leiria e caracterizar os desempregados perante o risco de comportamentos suicidários, tentando identificar alguns fatores protetores como o suporte social, razões para viver, religião e fatores precipitantes como a depressão, dificuldades económicas, acontecimentos de vida negativos recentes, doenças, a falta de suporte social e o principal, o desemprego.

## **RESULTADOS**

A amostra do estudo foi constituída por 207 desempregados com idades compreendidas entre os 18 e 62 anos. Nos desempregados predomina o sexo feminino (66,7%), com a idade média de 35,21 anos, solteiro(a) (47,30%), com um ou mais filhos (53,60%).

A maioria (76,80%) vive com a família, em casa própria (39,60%) e com o ensino básico (40,20%). O maior número de elementos procura emprego (88,90%) há um ano ou mais (50,80%) e 54,40% não recebe subsídio de desemprego. Maioritariamente (90%) consideram que enfrentam dificuldades económicas, sendo que 36,30% tem empréstimos bancários, sendo que o crédito de habitação foi o mais referido. A situação de doença é também referida por 23,20% da amostra, constatando-se que 4,35% tem depressão diagnosticada. Praticam de forma assídua uma religião 19,10%, e consideram boa a sua rede de suporte social, destacando como mais importantes a família, amigos e vizinhos. Salientamos que consideram ter razões para viver apesar de um terço da amostra (35,30%) apresentar depressão, correspondendo 23,55% a depressão leve, 8,30% a moderada e 3,45% a grave.

No que concerne à análise global dos instrumentos aplicados, no Inventário de Razões para Viver, encontramos uma média global de 204,08 e um desvio padrão de 35,43; no Inventário Depressivo de Beck observamos uma média global de 8,36 e um desvio padrão de 9,06.

Verificamos que existe relação entre depressão e razões para viver, tendo-se constatado uma correlação negativa fraca entre o Inventário de Razões para Viver e o Inventário Depressivo de Beck, o que significa que à medida que aumentam as razões para viver, diminui ligeiramente o *score* do Inventário Depressivo de Beck, e vice-versa.

Os resultados obtidos revelam que as diferenças encontradas não se mostram estatisticamente significativas entre o género, pelo que não existe diferenciação em relação ao sexo, sendo a depressão igual nas mulheres e nos homens desempregados.

Relativamente à relação existente entre o estado civil, a depressão e o IRV, verificámos diferenças estatisticamente significativas em que os que têm companheiro (casados/as e união de facto), apresentam menos depressão ( $p = 0,003$ ) em relação aos que estão sozinhos (solteiros, viúvos e divorciados), mas referente às razões para viver, não foram encontradas diferenças significativas.

Observámos diferenças estatisticamente significativas ( $t = 3,103$ ;  $p = 0,002$ ) entre dificuldades económicas e depressão, assim, quem tem dificuldades económicas tem níveis maiores de depressão. Por sua vez, apenas se verificam diferenças significativas na dimensão das “Crenças de Sobrevivência e Mecanismos de Adaptação” e “Objeções morais” no Inventário Razões para Viver, sendo que pessoas com dificuldades económicas têm menos crenças de sobrevivência e mecanismos de adaptação e objeções morais que as outras.

Constámos que quem tem melhor rede de suporte social tem mais razões para viver (IRV) e menos depressão. Relativamente ao IRV, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas seguintes dimensões: Crenças de Sobrevivência e Mecanismos de Adaptação, Preocupações com os filhos e Medo do Suicídio e da Desaprovação Social.

Referente à dimensão do IRV Crenças de Sobrevivência e Mecanismos de Adaptação, foram encontradas diferenças entre quem considera ter uma má rede de suporte social e os restantes, tendo estes melhores *scores*.

Verificámos também que, quanto maior a duração do desemprego, maiores níveis de depressão, pelo que concluímos que há uma correlação positiva entre duração de desemprego e o *score* da depressão ( $p = 0,006$ ).

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A maioria da nossa amostra (73,90%) considera ter dificuldades económicas, em que 36,30% tem empréstimos bancários, sendo o empréstimo de habitação o mais comum. Estes dados vão no mesmo sentido dos dados do Banco de Portugal e INE em Março de 2014 em que os empréstimos bancários representam 65,9% do produto interno bruto (PIB) e que os empréstimos para consumo e outros fins representam 23,1 % do PIB (Banco de Portugal, 2014).

De acordo com o INE (2014d), no 1º trimestre de 2014, a capacidade de financiamento da economia portuguesa diminuiu para 1,7% do PIB, e, em consequência, a capacidade de financiamento das famílias diminuiu, atingindo 6,1% do PIB.

Este comportamento foi o resultado conjugado da redução de 0,3% do rendimento disponível e do aumento de 0,5% da despesa de consumo final, determinando uma redução de 5,8% da poupança. Em consequência, a taxa de poupança das famílias diminuiu para 11,9% (12,6% em 2013).

A redução do rendimento disponível das famílias foi determinada sobretudo pelo aumento dos impostos sobre o rendimento e o património (taxa de variação de 2%), enquanto as remunerações recebidas pelas famílias diminuíram 0,1%.

Também o inquérito à situação financeira das famílias em 2010, da responsabilidade do Banco de Portugal e do Instituto Nacional de Estatística, menciona que quase 40% das famílias estão endividadas, sendo que cerca de 25% das famílias têm hipotecas sobre a sua residência principal e que cerca de 13% das famílias endividadas têm encargos com a dívida superiores a 40% do seu rendimento (INE, 2012).

Atendendo que 54,4% dos desempregados não recebem subsídio de desemprego e também devido aos fatores anteriores descritos, é expectável que a grande maioria dos desempregados considerem ter dificuldades económicas.

No que concerne à depressão segundo com o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental de 2013 a prevalência de perturbações psiquiátricas nos adultos referentes às

perturbações depressivas foi de 7,9% na população geral, sendo 0,9% perturbações ligeiras, 4,7% perturbações moderadas e 2,3% graves (Almeida, 2013), na nossa amostra 23,55% apresentam depressão leve; 8,3% com depressão moderada e 3,45% com depressão grave. A depressão afeta fortemente os desempregados, atingindo valores superiores aos referidos na população em geral, sendo que esta população está subdiagnosticada. Estes dados também corroboram o estudo de Gomes (2003).

De salientar que 37 indivíduos (18,9% da amostra) vivenciaram um acontecimento de vida negativo há menos de um mês. Sendo que 10 indivíduos vivenciaram a morte de um familiar próximo ou a morte de cônjuge (4,8% da amostra) estes podem estar a vivenciar o luto sendo um processo de ajustamento (Sadock & Sadock, 2007). É de referir que 5 indivíduos (2,4% da amostra) vivenciaram dois ou mais acontecimentos de vida negativos, para além de estar numa situação de desemprego. Guidon e Smith citados por Rodrigues (2012) referem que a perda de emprego também desencadeia uma reação semelhante à do luto, descrita por sintomas de choque, trauma, confusão, impotência, medo, dor, depressão, sendo que quanto maior a associação entre a identidade pessoal e o trabalho, mais dolorosa é a perda; por este facto apresentam maior suscetibilidade para ficarem doentes quer física, quer mentalmente (Holmes & Rahe, citados por Mendes, 2002).

Relativamente a prática religiosa assídua, apenas 19,10% pratica uma religião. Também no estudo de Cachapa (2007), dos desempregados inquiridos, 19% assumiu ser praticante. Estes dados são de salientar pois constitui um fator protetor do suicídio (Azenha & Peixoto, 2014; Serviço Nacional de Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2013) sendo de referir que Neeleman, Halpern, Leon, e Lewis (1997) constataram uma correlação negativa entre fortes crenças religiosas e suicídio.

Referente à relação entre depressão e razões para viver, constatou-se que existe uma correlação negativa fraca entre depressão (BDI) e razões para viver (IRV), e também o estudo de Matias e Santos (2014) confirmou esta correlação negativa, assim à medida que aumenta a depressão diminuem as razões para viver, sendo que a depressão é o fator de risco do suicídio mais frequente (WHO, 2014; Serviço Nacional de Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2013).

No estudo transversal de Dimas, Pereira e Canavarro (2013), os autores analisaram a adaptação pessoal (sintomatologia psicopatológica e qualidade de vida), relacional (ajustamento diádico) e resiliência individual no contexto de desemprego. Os resultados referentes à sintomatologia psicopatológica mostraram mais depressão no grupo dos desempregados, tendo sido uma diferença marginalmente significativa. Não se registaram efeitos multivariados significativos relativamente ao género. Este resultado está de acordo com os nossos resultados, pelo que não existe diferenciação em relação

ao sexo, a depressão é igual nas mulheres e nos homens desempregados, situação diferente da população em geral em que a depressão é a principal causa de incapacidade para ambos os sexos, masculino e feminino, em que o peso da depressão é 50% maior para mulheres do que homens (WHO, 2008). No estudo epidemiológico de Saúde Mental em Portugal, constatou-se que as mulheres apresentam maior risco que os homens (OR = 2,30) de sofrerem de perturbações depressivas (Almeida, 2013).

Segundo Paul e Moser (2009), os homens apresentam mais angústia que as mulheres devido ao facto de que a identidade masculina está intrinsecamente associada ao ter um trabalho, motivo pelo qual, durante o desemprego estará severamente afetada. As mulheres desempregadas seriam menos afetadas, pois têm acesso a alternativas substitutas de emprego, como o trabalho doméstico, de modo que o desemprego seria vivenciado de forma mais negativa nos homens.

Os desempregados com relação conjugal assumida (casados e união de facto) apresentam menos depressão que os solteiros, viúvos e divorciados, verificámos diferenças estatisticamente significativas em que os que têm companheiro (casado(a)s e união de facto) apresentam menos depressão em relação aos que estão sozinhos (solteiros, viúvos e divorciados). Estes resultados corroboram o estudo de Almeida (2013) sendo que o grupo das pessoas separadas, divorciadas e viúvas apresentam um risco mais elevado de sofrer de perturbações depressivas, enquanto os que nunca casaram estão associados a maior risco de perturbações por abuso de substâncias e de controlo dos impulsos.

Todavia, relativamente às razões para viver não foram encontradas diferenças significativas, com exceção da dimensão Preocupações relacionadas com os filhos, da IRV. Segundo o Serviço Nacional de Saúde, Direção-Geral da Saúde (2013), as pessoas solteiras, viúvas ou divorciadas estão em maior risco de cometer suicídio, sendo o casamento um fator de proteção para o suicídio (McLean, Maxwell, Platt, Harris, & Jepson, 2008).

Os desempregados que têm dificuldades económicas têm maiores níveis de depressão e menos razões para viver, o que está de acordo com o estudo de Madianos, Economou, Alexiou, e Stefanis (2011) sobre depressão e dificuldades económicas em toda a Grécia em 2008 e 2009.

Por sua vez, apenas se verificam diferenças significativas na dimensão das Crenças de sobrevivência e mecanismos de adaptação e objeções morais no Inventário Razões para Viver, sendo que pessoas com dificuldades económicas têm menos crenças de sobrevivência e mecanismos de adaptação e objeções morais que as outras.

Constatámos que quem tem melhor rede de suporte social tem menos depressão, há diferenças significativas entre o tipo de rede de suporte social e a depressão, pelo que quem considera a rede de suporte social muito boa e boa tem menores níveis de

depressão comparativamente com os que consideram a rede de suporte insuficiente e/ou má. Numa revisão da literatura efetuada por Rodrigues e Madeira (2009) verificaram que a ausência de suporte social tem implicações negativas na saúde das pessoas, designadamente na sua saúde mental, sendo que a falta de suporte social associa-se a maior ocorrência de depressão. O suporte social aparece como um papel essencial na promoção e manutenção da saúde mental.

Relativamente ao IRV, constatámos que quem tem melhor rede de suporte social tem mais razões para viver, tendo sido encontradas diferenças significativas nas dimensões Crenças de sobrevivência e mecanismos de adaptação, Preocupações com os filhos e Medo do suicídio e da desaprovação social.

A rede de suporte social mais referida foi a família e amigos, o que corrobora também o estudo de Madeira (2013) quanto às fontes de suporte social e com percepções positivas.

Referente aos desempregados de longa duração, estes apresentam maiores níveis de depressão, pelo que há uma correlação positiva entre duração de desemprego e o *score* da depressão. Estes resultados corroboram vários estudos anteriores (Dimas et al., 2013; Mossakowski, 2009; Moorhouse & Caltabiano, 2007; Stankunas, Kalediene, Starkuviene, & Kapustinskiene, 2006).

Discutindo agora os resultados obtidos na nossa amostra para a vulnerabilidade de suicídio segundo os fatores de risco enunciados no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (Serviço Nacional de Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2013), constatámos com este estudo que o desemprego constitui um fator de risco para a saúde mental, bem como para o suicídio. A nossa amostra constituída por desempregados, acresce outros fatores de risco para o suicídio nomeadamente:

- o sexo e a idade sendo que 23 indivíduos são do sexo masculino encontram-se no intervalo dos 25 anos e 34 anos;
- o estado civil: 98 indivíduos são solteiros, 26 indivíduos divorciados e 3 indivíduos viúvos;
- a escolaridade baixa sendo que 12 indivíduos têm o ensino básico;
- não ter filhos: 96 indivíduos não têm filhos;
- isolamento social ou solidão sendo que 40 indivíduos vivem sozinhos;
- a profissão pelo que 3 indivíduos são agricultores;
- duração do desemprego: 105 indivíduos estão desempregados há um ano ou mais;
- presença de doença física ou crónica: 42 indivíduos têm doença, sendo que destes 11 indivíduos têm duas ou mais doenças;

- perdas financeiras e/ou graves dificuldades económicas: 147 indivíduos referem ter dificuldades económicas, 105 indivíduos não recebem subsídio de desemprego, sendo que 74 indivíduos têm empréstimos bancários, destes 12 indivíduos têm dois empréstimos;
- acontecimentos de vida negativos recentes: 37 indivíduos tiveram acontecimentos negativos recentes sendo que destes 8 indivíduos vivenciaram a morte de um familiar próximo e 2 indivíduos a morte do cônjuge;
- falta de apoio social: 21 Indivíduos consideram a sua rede sua suporte insuficiente e má;
- doença mental: 48 indivíduos apresentam depressão leve; 17 indivíduos apresentam depressão moderada; 7 indivíduos apresentam depressão grave, sendo que destes 11 indivíduos têm depressão diagnosticada.

Assim, podemos constatar que estes indivíduos têm maior vulnerabilidade ao suicídio.

### **Limitações da investigação e direções futuras**

Em relação às limitações do estudo, atendendo que é um estudo com uma amostra por conveniência, não se podem fazer inferências para a população em geral.

Deparámo-nos com a dificuldade de conseguir a amostra de desempregados, devido à não-colaboração das entidades responsáveis (IEFP), sugeríamos uma maior colaboração das entidades responsáveis por esta temática.

Salienta-se uma outra dificuldade, já que sendo as definições do INE e do IEFP diferentes nos conceitos de desempregado e empregado, isto dificulta a análise dos dados estatísticos referentes ao desemprego.

Sugeríamos para futuras investigações estudos “experimentais” sobre intervenções individuais, sociais e até mesmo políticas realizadas nos desempregados, com o intuito de diminuir o impacto do desemprego na Saúde Mental com a descrição dos benefícios obtidos, de forma a efetuar programas efetivos de apoio ao desempregado, com resultados positivos.

## **CONCLUSÃO**

O desemprego tem consequências negativas na Saúde Mental, principalmente a depressão, que afeta fortemente os desempregados, 23,55% apresentam depressão

leve, 8,3% com depressão moderada e 3,45% com depressão grave, atingindo valores superiores aos referidos na população em geral. Desta forma, verificámos a existência de uma correlação positiva entre a duração de desemprego e os níveis de depressão, sendo que os desempregados de longa duração (superior a um ano) têm maior risco de desenvolver depressão. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre a depressão e o sexo.

É de salientar que a nossa amostra, para além do desemprego, apresentava outros fatores de risco do suicídio, nomeadamente a doença mental (depressão), dificuldades económicas (73,9%), presença de doença física (23,2%), acontecimentos de vida negativos recentes (18,9%), suporte social deficiente (10,3% consideram a sua rede de suporte social insuficiente e má). Assim, os indivíduos que apresentavam estes fatores de risco encontram-se com maior vulnerabilidade para o comportamento suicidário.

Face a esta problemática, é importante desenvolver programas de intervenção de saúde mental para os desempregados, com a finalidade de minimizar os efeitos nefastos do desemprego na saúde do indivíduo, nomeadamente, efetuar um diagnóstico precoce da depressão, a identificação de outros fatores de risco, bem como, a realização de intervenções psicoterapêuticas que promovam a autoestima, a esperança, a resiliência, razões para viver, estratégias de *coping* e resolução de problemas e, se necessário, articular com o serviço social em situações graves de dificuldades económicas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J. M. (Coord.) (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1.º Relatório*. Lisboa, Portugal: Universidade de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas.
- Augusto, G. F. (2014). Mental health in Portugal in times of austerity. *The Lancet Psychiatry*, 1(2), 109-110. doi:10.1016/S2215-0366(14)70251-2
- Azenha, S., & Peixoto, B. (2014). Suicídio, cultura e religião. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e comportamentos autolesivos dos conceitos à prática clínica* (pp. 3-13). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Banco de Portugal. (2014). *Relatório do conselho de administração: A economia portuguesa*. Recuperado de [http://www.bportugal.pt/pt-pt/estudoseconomicos/publicacoes/relatorioanual/publicacoes/ra\\_pt.pdf](http://www.bportugal.pt/pt-pt/estudoseconomicos/publicacoes/relatorioanual/publicacoes/ra_pt.pdf)
- Cachapa, M. L. (2007). *Desemprego, qualidade de vida e stress um estudo na região de Lisboa* (Dissertação de Mestrado). Universidade Aberta. Lisboa, Portugal. Recuperada de [http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/704/1/TMCS\\_Maria%20LuzCachapa.pdf](http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/704/1/TMCS_Maria%20LuzCachapa.pdf)
- Chan, W. S., Yip, P. S., Wong, P. W., & Chen, E. Y. (2007). Suicide and unemployment: What are the missing links? *Archives Suicide Research*, 11(4), 327-335. doi:10.1080/13811110701541905

- Cruz, M. G. (2009). *O impacto do desemprego nos níveis da depressão, auto-estima e desânimo-aprendido estudo comparativo numa amostra de empregados e desempregados* (Dissertação de mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Portugal.
- Dimas, I. M., Pereira, M. D., & Canavarro, M. C. (2013). Ajustamento psicossocial, ajustamento diádico e resiliência no contexto de desemprego. *Análise Psicológica*, 1(31), 3-16. Recuperado de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v31n1/v31n1a01.pdf>
- Garcy, A. M., & Vagero, D. (2013). Unemployment and suicide during and after a deep recession: A longitudinal study of 3.4 million Swedish men and women. *American Journal of Public Health*, 103(6), 1031-1038. doi:10.2105/AJPH.2013.301210
- Gomes, J. C. (2003). *Desemprego, depressão e sentido de coerência: Uma visão do desemprego sob o prisma da saúde pública* (Dissertação de Mestrado). Universidade Nova de Lisboa, Portugal. Recuperado de [http://193.136.116.41/saboga/soc/pulic/04\\_01\\_sco\\_depressao\\_desemprego.pdf](http://193.136.116.41/saboga/soc/pulic/04_01_sco_depressao_desemprego.pdf)
- Herbig, B., Dragano, N., & Angerer, P. (2013). Health in the long-term unemployed. *Deutsches Aerzteblatt International*, 110(23-24), 413-421. Recuperado de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0077bdea-5e60-4c00-8e84-e69af13a0b31%40sessi onmgr15&vid=5&hid=25>
- Instituto do Emprego e Formação Profissional. (2014a). *Centros de emprego: Estatísticas mensais*. Recuperado de <https://www.iefp.pt/documents/10181/702409/Centros+de+Emprego+mar%C3%A7o+2014.pdf/b951b7a4-2704-4e27-924f-cf2ba0c57bf0>
- Instituto do Emprego e Formação Profissional. (2014b). *Informação mensal do mercado de emprego*. Recuperado de <https://www.iefp.pt/documents/10181/535009/Informa%C3%A7%C3%A3o+Mensal+mar%C3%A7o+2014.pdf/07a880ac-566b-4580-ab42-df59f866cd52>
- Instituto Nacional de Estatísticas. (2012). *Inquérito à situação financeira das famílias: 2010*. Recuperado de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=140152572&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=140152572&DESTAQUESmodo=2)
- Instituto Nacional de Estatísticas. (2014a). *Destaque: Estatísticas do emprego: 1º trimestre de 2014*. Recuperado de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=211340596&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=211340596&DESTAQUESmodo=2)
- Instituto Nacional de Estatísticas. (2014b). *Destaque: Estatísticas do emprego: 2º trimestre de 2014*. Recuperado de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=211340637&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=211340637&DESTAQUESmodo=2)
- Instituto Nacional de Estatísticas. (2014c). *Boletim mensal de estatísticas*. Recuperado de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=218579945&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=218579945&PUBLICACOESmodo=2)
- Instituto Nacional de Estatísticas. (2014d). *Destaque: Contas nacionais trimestrais por setor institucional: 1º trimestre de 2014*. Recuperado de [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=211351742&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=211351742&DESTAQUESmodo=2)
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Boletim mensal de estatísticas*. Recuperado de [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=304203515&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=304203515&PUBLICACOESmodo=2)

- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., ... Mckee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*, 381, 1323 – 1331. Recuperado de [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60102-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60102-6/fulltext)
- Linn, M. W., Sandifer, R., & Stein, S. (1985). Effects of unemployment on mental and physical health. *Journal Public Health*, 75(5), 502-506. Recuperado de <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.75.5.502>
- Lundin, A., Lundberg, I., Allebeck, P., & Hemmingsson, T. (2012). Unemployment and suicide in the Stockholm population: A register-based study on 771,068 men and women. *Journal Public*, 126, 371-377. Recuperado de [http://ac.els-cdn.com/S0033350612000364/1-s2.0-S0033350612000364-main.pdf?\\_tid=5c96142a-149e-11e3-8d4f-00000aab0f02&acdnat=1378215794\\_714c6976533e76de0bc5260ce3cafc8c](http://ac.els-cdn.com/S0033350612000364/1-s2.0-S0033350612000364-main.pdf?_tid=5c96142a-149e-11e3-8d4f-00000aab0f02&acdnat=1378215794_714c6976533e76de0bc5260ce3cafc8c)
- Madeira, S. C. (2013). *Relação entre as características da situação vivida, suporte social e resiliência, após a vivência de um acontecimento potencialmente traumático* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa, Portugal. Recuperado de [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10486/1/ulfpie046386\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10486/1/ulfpie046386_tm.pdf)
- Madianos, M., Economou, M., Alexiou, T., & Stefanis, C. (2011). Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: Two cross-sectional surveys nationwide. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 46, 943–952. Recuperado de <http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00127-010-0265-4>
- Martikainen, P. T., & Valkonen T. (1996). Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *Lancet*, 348(9032), 909-912. doi:10.1016/S0140-6736(96)03291-6
- Matias, J., & Santos, J. C. (2014). Inventário de razões para viver: Contributos para a validação para a população não clínica portuguesa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11(1), 13-18.
- Mclean, J., Maxwell, M., Platt, S., Harris, F., & Jepson, R. (2008). *Risk and Protective Factors for Suicide and Suicidal Behaviour: A Literature Review*. Edimburgo, Escócia: Scottish Government Social Research.
- Mendes, A. M. (2002). *Stress e imunidade: Contribuição para o estudo dos factores pessoais nas alterações imunitárias relacionadas com o stress*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Moorhouse, A., & Caltabiano, M. L. (2007). Resilience and unemployment: Exploring risk and protective influences for the outcome variables of depression and assertive job searching. *Journal of Employment Counseling*, 44(9), 115-125. Recuperado de [http://researchonline.jcu.edu.au/2202/1/16172\\_C1\\_2007.pdf](http://researchonline.jcu.edu.au/2202/1/16172_C1_2007.pdf)
- Mossakowski, K. N. (2009). The Influence of past unemployment duration on symptoms of depression among young women and men in the United States. *American Journal of Public Health*, 99(10), 1826- 1832. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2741513/pdf/1826.pdf>
- Neeleman, J. (2001). A continuum of premature death. Meta-analysis of competing mortality in the psychosocially vulnerable. *International Journal of Epidemiology*, 30(1), 154-162. Recuperado de <http://ije.oxfordjournals.org/content/30/1/154.full>

- Neeleman, J., Halpern, D., Leon, D., & Lewis, G. (1997). Tolerance of suicide, religion and suicide rates: An ecological and individual study in 19 western countries. *Psychological Medicine*, 27(3), 1165-1171. doi:10.1017/S0033291797005357
- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264-282. doi:10.1016/j.jvb.2009.01.001
- Ramalheira, C. M. (2013). *Epidemiologia do Suicídio em Portugal, 1902-2010: Base empírica para a compreensão do fenómeno e estudo de impacto do desemprego num tempo de crise* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina. Recuperado de [https://www.dropbox.com/s/46q58tqk1yb2i34/Epidemiologia%20do%20Suic%C3%ADdio%20em%20Portugal%20-%20Carlos%20P%20Ramalheira%20\(paper\).pdf](https://www.dropbox.com/s/46q58tqk1yb2i34/Epidemiologia%20do%20Suic%C3%ADdio%20em%20Portugal%20-%20Carlos%20P%20Ramalheira%20(paper).pdf)
- Rodrigues, E. C. (2012). *Dimensões psicológicas do desemprego: Relações entre a adaptabilidade, esperança, bem-estar e saúde mental* (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra, Portugal. Recuperado de <https://eg.sib.uc.pt/bitstream/10316/23460/1/TM%20Elsa%20Rodrigues.pdf>
- Rodrigues, V. B., & Madeira, M. (2009). Suporte social e saúde mental: Revisão da literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, 390-399. Recuperado de [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1293/2/390-399\\_FCS\\_06\\_-6.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1293/2/390-399_FCS_06_-6.pdf)
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Sampaio, M. S. (2013). *A situação de desemprego: Relações entre a esperança e o ajustamento psicológico* (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra, Portugal. Recuperado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/25387/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20de%20Mestrado.pdf>
- Schneider, B., Grebner, K., Schnabel, A., Hampel, H., Georgi, K., & Seudler, A. (2011). Impact of employment status and work-related factors on risk of completed suicide: A case-control psychological autopsy study. *Psychiatry Research*, 190(2-3), 265-270. doi:10.1016/j.psychres.2011.07.037
- Serviço Nacional de Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2013). *Plano nacional de prevenção do suicídio 2013/2017*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017.aspx>
- Stankunas, M., Kalediene, R., Starkuviene, S., & Kapustinskiene, V. (2006). Duration of unemployment and depression: A cross-sectional survey in Lithuania. *BMC Public Health* 6(1), 174-179. doi:10.1186/1471-2458-6-174
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & Mckee, M. (2009) - The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. *Lancet*, 374, 315-323. Recuperado de [http://users.ox.ac.uk/~chri3110/Details/crisis\\_lancet.pdf](http://users.ox.ac.uk/~chri3110/Details/crisis_lancet.pdf).
- Vaz Serra, A., & Abreu, J. L. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos: Ensaio de aplicação do inventário depressivo de Beck a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Separata da Coimbra Médica*, 20, 623-644.

World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Recuperado de: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf) ISBN 978 92 4 156371 0.

World Health Organization. (2014). *Health topics: Mental Health*. Recuperado de [http://www.who.int/topics/mental\\_health/en/](http://www.who.int/topics/mental_health/en/)

## CAPÍTULO VII

# RISCO SUICIDÁRIO EM ADULTOS LGBT

Marco Correia

Pedro Frazão

José Carlos Santos

## ENQUADRAMENTO

Segundo dados avançados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio constitui uma problemática emergente, sendo que a sua consumação atinge diariamente cerca de 3000 pessoas (uma a cada 40 segundos) e por cada pessoa que se suicida, 20 ou mais cometem tentativas de suicídio (Direcção Geral da Saúde [DGS], 2013). Outros indicadores do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) para 2013-2017 apresentam o suicídio como a 13<sup>a</sup> causa de morte em todo o mundo, a terceira nos grupos etários entre os 15 e 34 anos, e a segunda nos jovens com idades entre os 15 e 19 anos, o que faz com que seja uma das mais importantes questões de saúde pública da atualidade (DGS, 2013).

De acordo com dados recolhidos em 2014, o nosso país surge numa posição central no que diz respeito à média europeia das taxas de mortalidade por suicídio, com uma incidência de 11,7 pessoas por 100.000 habitantes (DGS, 2016; World Health Organisation [WHO], 2016). Ainda assim, este valor foi o mais elevado ao longo dos últimos dez anos apurados, representando um aumento de 16% face ao ano anterior, tal como avança o Jornal Expresso (2016). O coordenador do PNPS, Álvaro de Carvalho, destaca o aumento do número de suicídios nas faixas etárias mais jovens em 2014, particularmente entre as mulheres, bem como o recurso destas a métodos mais violentos. Estes factos traduzem uma necessidade premente de propulgar a investigação nestas faixas etárias (Jornal Expresso, 2016).

O PNPS, apresentado pela DGS (2013) para o intervalo de 2013 a 2017, mas que prevê uma extensão até ao ano de 2020, propõe um conjunto de estratégias de prevenção da ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas na população em geral.

Ademais, apresenta propostas diferenciadas para a intervenção em áreas geográficas consideradas prioritárias, bem como para contextos específicos nos quais se inclui a população lésbica, gay, bissexual e transsexual/transgénero (LGBT).

Em Portugal, os trabalhos académicos que tocam aspetos da vida de pessoas LGBT são raros e relativamente recentes, o que se deve a algumas particularidades históricas, sociais e políticas do nosso país. A escassez de documentos científicos sobre esta população é também evidente no estudo dos comportamentos autolesivos (Frazão, 2014). Segundo o mesmo autor (Frazão, 2014), as primeiras investigações nesta área surgiram nos EUA e, ainda que suscitassem algumas dúvidas quanto à sua validade, demonstravam que jovens homossexuais ou bissexuais apresentavam um risco de suicídio cerca de dois a três vezes superior ao dos seus pares heterossexuais e que cerca de 30% dos suicídios ocorridos na adolescência proviriam de jovens homossexuais.

A partir da década de 90, emerge uma nova geração de estudos dirigidos a esta população. Utilizando amostras mais representativas, estes trabalhos encontraram valores bastante significativos da prevalência de tentativas de suicídio em jovens lésbicas, gays e bissexuais (LGB). Destaca-se, igualmente, a relação existente entre estas condutas e a presença de comportamentos de género considerados atípicos, a adoção de uma identidade homossexual numa idade precoce, a existência de uma exteriorização a mais pessoas, a perda de amigos e a vitimização devido à orientação sexual (DGS, 2013; Frazão, 2014).

Ainda assim, parecem persistir alguns enviesamentos nestes estudos, visto que estas amostras seriam compostas por jovens LGB provenientes de contextos de apoio social e também devido à ausência de comparação com pares heterossexuais (Frazão, 2014). Por sua vez, o relatório realizado pelo *Suicide Prevention Resource Center* (2008) sublinha que os jovens LGB apresentam de um e meio a três vezes maior probabilidade de desenvolver ideação suicida do que os jovens heterossexuais, e de um e meio a sete vezes maior probabilidade de ter efetuado uma tentativa de suicídio. A mesma fonte salienta que, após uma revisão da literatura sobre o tema, é possível constatar que grande parte dos comportamentos da esfera suicidária ocorre entre adolescentes e jovens adultos. Em relação à população de transsexuais e transgéneros, os estudos são mais escassos, tendo em conta a sua invisibilidade, mesmo dentro da comunidade LGBT (Frazão, 2014).

Para além destas questões relacionadas com as amostras dos estudos, é extremamente importante e útil analisar os fatores de risco e os fatores protetores associados à prevalência do comportamento suicida, já que estes são extremamente úteis para compreender a prevalência do comportamento suicida (*Suicide Prevention Resource Center*, 2008). A identificação de fatores de risco permite controlar e, eventualmente, mitigar o problema de saúde. Por outro lado, a compreensão dos fatores protetores dos comportamentos da esfera suicidária permite delinear estratégias de intervenção e de prevenção face a estes

comportamentos (Moddy & Smith, 2013; Santos, 2006). No que concerne aos fatores de risco específicos para a população LGBT, as investigações realizadas nas últimas décadas apontam, de forma inequívoca, para a falta de apoio parental e para a vitimização pelos pares como variáveis determinantes para a adoção de comportamentos autodestrutivos em jovens LGB (Frazão, 2014). Como fatores protetores próprios desta população, a WHO (2014), faz sobressair a existência de relações interpessoais fortes, nomeadamente com a família e amigos, as crenças espirituais, os estilos de vida saudáveis promotores de bem-estar e as estratégias de *coping* positivas.

## JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Uma vez que a família e os grupos de pares constituem os principais laços relacionais de qualquer adolescente ou jovem adulto, os aspetos da dinâmica familiar tais como a ausência de suporte, a existência de conflitos e a rejeição desempenham um papel significativo no domínio dos fatores de risco de suicídio na população LGBT (Frazão, 2014; *Suicide Prevention Resource Center*, 2008). Um estudo apresentado pelo *Suicide Prevention Resource Center* (2008) demonstra que jovens adultos LGB que revelam fraco suporte familiar apresentam quatro vezes mais probabilidades de realizar tentativas de suicídio do que jovens LGB com um bom suporte familiar.

Os estudos realizados pela *Suicide Prevention Resource Center* (2008, 2014) refletem que a adoção de uma orientação sexual não-normativa e estigmatizada pode dilacerar os alicerces de suporte dos jovens LGBT. Este fato tem como consequência momentos de grande fragilidade emocional que, por sua vez, podem culminar em comportamentos autodestrutivos. Verifica-se, assim, uma necessidade inegável de efetuar um trabalho com as famílias destes indivíduos (Frazão, 2014).

Face ao que foi explanado, e considerando a escassez de estudos neste domínio realizados em Portugal, parece premente desenvolver processos de investigação que permitam compreender as relações existentes entre o suporte familiar e a prevalência de ideação e comportamentos da esfera suicidária entre jovens LGBT. Só assim poderão ser implementados programas de atuação sensíveis às necessidades específicas deste grupo especialmente vulnerável.

## METODOLOGIA

O presente trabalho de investigação emerge de uma inquietação provocada pela análise de vários estudos que demonstram a existência de uma correlação negativa entre o suporte

familiar percebido por jovens LGBT e risco de suicídio. Dada a carência de trabalhos de investigação neste âmbito em Portugal, justifica-se a pertinência do presente trabalho e a necessidade premente em abordar esta temática. Assim, a questão de investigação definida para este estudo foi: qual a relação existente entre o suporte familiar percebido e o risco de comportamentos da esfera suicidária em jovens adultos LGBT? Uma vez que a presente questão de investigação nos remete para a descrição e identificação de uma correlação entre variáveis ideação suicida e suporte familiar percebido, optou-se por um estudo quantitativo e transversal de cariz descritivo-correlacional. Foi ainda introduzida uma terceira variável, o índice de depressão avaliado nos participantes.

Para recolher os dados recorreu-se a uma bateria de avaliação composta por quatro questionários. Primeiramente, apresentou-se uma série de questões de avaliação sociodemográfica, de modo a controlar diversas variáveis atributo (idade, género, orientação sexual, etc.). As restantes frações da bateria incluíam três instrumentos validados para a população portuguesa, que permitiram ter acesso às variáveis dependentes e independentes acima descritas. Entre eles enumeram-se o Questionário de Ideação Suicida (QIS), a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e o Inventário Depressivo de Beck II (BDI-II).

O QIS pretende avaliar a gravidade dos pensamentos suicidas em adolescentes e adultos, apresentando um total de 30 itens para os quais são oferecidas sete opções de resposta que se traduzem numa pontuação final de zero a 180 pontos. Este instrumento foi desenvolvido por Reynolds (1988) e encontra-se validado para a população portuguesa por Ferreira e Castela (1999). Uma pontuação mais elevada no questionário corresponderá a uma maior recorrência de pensamentos suicidas (Ferreira & Castela, 1999).

A ESSS, criada e validada para a população portuguesa por Ribeiro (2011), mede o suporte social existente, considerando quatro áreas fundamentais: a satisfação com as amizades, a intimidade, a família e as atividades sociais (Ribeiro, 2011). É constituída por 15 afirmações que são apresentadas para autopreenchimento, devendo o indivíduo assinalar o seu grau de concordância numa escala de Likert com cinco posições. A pontuação varia entre 15 e 75, sendo que quanto maior o valor obtido, maior será o suporte social percebido (Ribeiro, 2011).

O BDI-II (Beck & Steer, 1987) constitui um dos instrumentos de autorrelato mais utilizados em todo o mundo para avaliar a sintomatologia depressiva em jovens adultos (Campos & Gonçalves, 2011). A escala é constituída por 21 afirmações, às quais os participantes devem responder de acordo com a forma como se sentiram ao longo das últimas duas semanas. A pontuação varia entre 0 e 63, permitindo classificar a depressão em mínima (0-13), leve (14-19), moderada (20-28) ou grave (29-63). Este instrumento encontra-se validado para a população portuguesa (Campos & Gonçalves, 2011).

A recolha de dados junto da população LGBT levanta alguns problemas, nomeadamente no que concerne à identificação de participantes, pelo que a técnica utilizada foi a disseminação do questionário através de sites oficiais de associações de suporte a indivíduos LGBT. Este tipo de identificação de participantes inclui-se na amostragem accidental e pressupõe a utilização de critérios de inclusão restritivos, de modo a garantir a fiabilidade dos resultados (Fortin, 2006). Assim, definiram-se como critérios de inclusão sujeitos LGBT, com idades superiores a 18 anos e inferiores a 30 anos. A recolha de dados foi realizada através do preenchimento do questionário *online*. Foram consideradas apenas respostas obtidas durante o limite temporal entre fevereiro e junho de 2017.

No sentido de assegurar o respeito pelos direitos éticos dos participantes neste estudo, foi solicitado um parecer à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). O estudo foi aprovado pela referida entidade (Parecer nº P369-1172016).

## RESULTADOS

A amostra accidental de participantes ( $n = 96$ ) incluiu jovens adultos com idades compreendidas entre os 18 e 30 anos ( $M = 23,95$ ;  $DP = 3,167$ ;  $Mo = 25$ ), maioritariamente do género masculino ( $n = 67$ ). Quanto ao local de residência, conseguiu-se uma boa dispersão pelo país, tendo emergido resultados do distrito de Lisboa (21,9%), Castelo Branco (17,7%), Porto (13,5%), Braga (10,4%), Setúbal (10,4%), Guarda (5,2%), Santarém (4,2%), Coimbra (3,2%), Aveiro (3,2%), Faro (2,1%), Leiria (2,1%), Viseu (2,1%), Évora (1%), Viana do Castelo (1%), Região Autónoma da Madeira (1%) e Região Autónoma dos Açores (1%). No que diz respeito à identidade de género, cerca de 3/4 da amostra de participantes (77,1%) referiu identificar-se com o seu género biológico, pelo que se pressupõe que os restantes (22,9%) se tratam de indivíduos transsexuais/transgéneros ou que, eventualmente, questionam uma visão dicotómica do género. No que diz respeito à sua orientação sexual, a grande maioria dos inquiridos reconhece uma orientação homossexual (66,7%) e os restantes reconhecem uma orientação heterossexual (15,6%), bissexual (13,5%) ou não-definida (4,2%).

Da interpretação dos dados relativos ao QIS, encontrou-se uma média de 41,30 ( $DP = 41,35$ ;  $min = 0$ ;  $máx = 153$ ). Na aplicação da ESSS, obteve-se uma média de 49,06 ( $DP = 12,13$ ;  $min = 20$ ;  $máx = 75$ ). Relativamente aos scores obtidos pela aplicação do BDI-II ( $M = 13,97$ ;  $Mo = 1$ ;  $DP = 13,29$ ), é possível verificar que cerca de metade da amostra (44,79%) possui algum tipo de depressão, entre leve (17,71%), moderada (14,58%) ou severa (12,5%).

Para correlacionar as variáveis ideação suicida, satisfação com o suporte social e depressão, recorreu-se ao teste de correlação de Pearson, tendo em conta os intervalos de *r* compreendidos entre 0-20 como indicadores de relação negligenciável, 20-40 fraca, 40-60 moderada, 60-80 forte e 80-100 muito forte (Bisquerra, Sarriera, & Martínez, 2004). Como se pode verificar nos resultados apresentados na Tabela 1, encontrou-se uma correlação negativa moderadamente significativa entre as variáveis ideação suicida e satisfação com o suporte social, uma correlação negativa fortemente significativa entre as variáveis depressão e satisfação com o suporte social e, por último, uma correlação positiva fortemente significativa entre as variáveis ideação suicida e depressão.

Tabela 1

*Correlações existentes entre as variáveis ideação suicida, satisfação com o suporte social e depressão*

		QIS	ESSS	BDI-II
QIS	Correlação de Pearson	1	-0,604*	0,760*
	Sig. (bilateral)		0,000	0,000
	N	96	96	96
ESSS	Correlação de Pearson	-0,604*	1	-0,658*
	Sig. (bilateral)	0,000		0,000
	N	96	96	96
BDI-II	Correlação de Pearson	0,760*	-0,658*	1
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	
	N	96	96	96

**ESSS:** Escala de Satisfação com o Suporte Social; **IDB(II):** Inventário Depressivo de Beck II; **QIS:** Questionário de Ideação Suicida.

\*a correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral)

De modo a compreender as relações existentes entre a variável ideação suicida e as várias subescalas da ESSS, foi utilizado o teste de correlação de Pearson. Como é possível verificar na Tabela 2, a satisfação com o suporte recebido pelos amigos e pelas pessoas íntimas parecem estar correlacionadas moderadamente e de forma negativa com a ideação suicida dos participantes no estudo. A correlação entre a satisfação com o suporte familiar recebido e ideação suicida mostrou ser fraca e negativa. Os resultados sugerem que a insatisfação com as atividades sociais parece ser o elemento menos preditor da ideação suicida.

Tabela 2

*Correlações existentes entre as variáveis ideação suicida e as várias subescalas da escala de satisfação com o suporte social*

		ESSS (AMIZADES)	ESSS (FAMÍLIA)	ESSS (INTIMIDADE)	ESSS (ATIVIDADES)
<b>QIS</b>	Correlação de Pearson	-0,517*	-0,399*	-0,565*	-0,310*
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000	0,002
	N	96	96	96	96

**ESSS:** Escala de Satisfação com o Suporte Social; **QIS:** Questionário de Ideação Suicida

\*a correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral)

## DISCUSSÃO

Como é possível verificar nos dados apresentados anteriormente, existe uma correlação negativa, moderadamente significativa, entre o suporte social percebido pelos jovens adultos LGBT e a ideação suicida. Dito de outro modo, parece evidente que, quanto mais satisfeitos estão estes indivíduos com o seu suporte social, menor é a recorrência de pensamentos e ideias suicidas. Numa revisão sistemática que incluiu 13 estudos (WHO, 2015), os resultados também apontam que a ausência de suporte social é um preditor da ideação suicida. Mais concretamente, no que diz respeito à população LGBT, alguns trabalhos de investigação recentes têm demonstrado a forte relação existente entre suporte social e ideação suicida (Mustanski & Liu, 2013; Tabaac, Perrin, & Rabinovitch, 2016).

Atentando nos resultados que expressam a relação existente entre a subescala suporte familiar e a ideação suicida, os dados obtidos neste estudo permitem concluir que existe uma relação negativa moderadamente significativa entre as duas variáveis. Estudos quantitativos recentes também sustentam a influência de um fraco suporte familiar na ideação suicida (Moody & Smith, 2013; Mustanski & Liu, 2013; Suicide Prevention Resource Center, 2008; Tabaac et al., 2016). No que diz respeito aos estudos qualitativos, também é possível verificar o mesmo padrão. Nestes trabalhos de investigação, os jovens LGBT referem-se comumente à existência de um ambiente de rejeição por parte das suas famílias face à sua orientação sexual como um dos principais fatores desencadeantes da ideação suicida (Diamond et al., 2011; Montoya, Sánchez-Loyo, Correa-Márquez, & Luna-Flores, 2015).

Na amostra em estudo é possível, ainda, constatar que, embora todas as dimensões do suporte social pareçam influenciar a ideação suicida, esta relação é mais forte no que concerne ao suporte proveniente das pessoas íntimas e dos amigos e menos preditiva no que diz respeito ao suporte oriundo da família e das atividades sociais. Contrariamente, outros trabalhos de investigação (Frazão, Santos, & Sampaio, 2014; Frey & Cerel, 2013) têm apontado que a família parece ser a componente do suporte social mais preponderante.

Tabaac et al. (2016), inquirindo um grupo de mulheres LGBT, mostraram que a variável suporte familiar parece predizer a ideação suicida e as tentativas de suicídio. Por outro lado, o suporte de outros significativos, para além da família, apenas parece estar relacionado com a ideação suicida e o suporte social global não surge relacionado com nenhuma destas variáveis. Na mesma linha de pensamento, os trabalhos de Mustanski e Liu (2013) demonstraram que, embora o suporte familiar esteja fortemente correlacionado com a história de tentativa de suicídio, o suporte dos grupos de pares não influencia a tentativa de suicídio. Estes resultados são transversais à comunidade de pessoas transsexuais/ transgéneros, demonstrando-se que o suporte familiar, mas não o das amigadas, está significativamente e negativamente associado à história de comportamentos suicidários (Moody & Smith, 2013)

Outro aspeto a referir prende-se com a correlação fortemente positiva existente entre as variáveis depressão e ideação suicida e, por outro lado, com a correlação negativa moderada entre depressão e suporte social. Um estudo desenvolvido na Nova Zelândia com 25.000 jovens adultos (Lucassen et al., 2015) demonstrou que, comparativamente com os seus pares heterossexuais, os indivíduos LGBT têm uma probabilidade significativamente maior de enfrentar ambientes familiares e escolares problemáticos, estando altamente suscetíveis de vir a sofrer de depressão e de realizar tentativas de suicídio.

Os dados apresentados por Lucassen et al. (2015), assim como os obtidos neste trabalho de investigação, levam-nos a considerar a possibilidade da existência de uma tríade única em jovens adultos LGBT. Esta tríade será caracterizada, numa primeira instância, pela fraca rede de suporte social que poderá condicionar ou coexistir com perturbações depressivas e, conseqüentemente, potenciar a adoção de comportamentos da esfera suicidária.

## CONCLUSÕES

Neste trabalho de investigação almejou-se dar resposta à seguinte questão de investigação: qual a relação existente entre o suporte familiar percebido e o risco de comportamentos da esfera suicidária em jovens adultos LGBT?. A análise dos dados estatísticos emergentes da amostra em análise permite-nos concluir que existe uma relação negativa e moderadamente significativa entre o suporte familiar percebido e a

ideação suicida. Em todos os domínios do suporte social, a família aparece em terceiro lugar no *ranking* de fatores que parecem predizer a ideação suicida, precedida pelas relações de intimidade e pelas relações de amizade. Este aspeto não é transversal a todos os estudos, sendo que a maioria demonstra que o suporte familiar é preponderante face aos restantes domínios do suporte social. A escassez de trabalhos de investigação neste domínio e a predominância de estudos de carácter transversal sugere a continuidade da investigação relativa a esta temática, dando oportunidade às metodologias longitudinais.

## **Limitações**

Do que se saiba, o presente estudo constitui um dos primeiros em Portugal a correlacionar as variáveis de ideação suicida e a satisfação com suporte de família, constituindo assim uma mais-valia para a compreensão do fenómeno suicida em jovens portugueses LGBT. Ainda assim, pelo facto dos resultados emergirem de uma amostra relativamente pequena, recolhida com uma metodologia acidental, reconhece-se a necessidade de acautelar a transposição dos achados deste trabalho para a restante população. Os estudos futuros deverão procurar utilizar amostras maiores e aleatórias, de forma a colmatar esta lacuna.

Visto tratar-se de um trabalho de investigação para cumprimento de provas académicas, este trabalho teve de se cingir obrigatoriamente a um limite temporal. Este aspeto, acrescido ao facto de divulgação dos questionários ter sido feita via *online*, acabou por condicionar a recolha de dados. Ao tratar-se de uma amostra acidental, o número de respostas obtidas dependeu exclusivamente da vontade dos participantes em colaborar no estudo. Eventualmente, com o alargamento da margem temporal definida para a recolha de dados, ter-se-ia conseguido uma amostra maior e mais representativa.

Ainda que com este estudo tenha sido encontrada uma relação negativa e moderadamente significativa entre o suporte familiar e a ideação suicida, acaba por ficar pouco claro que aspetos particulares das relações familiares estão associados a estes resultados. Em trabalhos de investigação futuros seria interessante explorar variáveis como a hostilidade, a coesão, a emoção expressa, entre outros aspetos da dinâmica familiar que possam constituir fatores de risco específicos para os jovens LGBT.

## **Implicações para a prática**

Tal como é ressaltado pela WHO (2015), ainda que exista uma necessidade premente de incrementar o número de estudos que correlacionem suporte familiar e social com os comportamento suicidários (nomeadamente através de estudos randomizados),

providenciar suporte social a indivíduos com comportamentos da esfera suicidária é uma intervenção que deve ser fortemente considerada pelos profissionais, já que possui uma excelente relação custo-benefício.

O presente trabalho de investigação permite-nos concluir que os vários domínios do suporte social, nomeadamente as relações de amizade e intimidade, mas também o suporte obtido pela família, influenciam diretamente os alicerces que sustentam a saúde mental dos jovens LGBT e, mais especificamente, a ocorrência de pensamento suicidas. Assim, parece premente que profissionais de saúde mental, nomeadamente enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria, desenvolvam estratégias de intervenção com as estas famílias, no sentido de incrementar os níveis de suporte percebido pelos jovens LGBT.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bastos, P. (2016, Janeiro 30). Nunca houve tantos suicídios. *Jornal Expresso*, 19.
- Beck, A., & Steer, R. (1987). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bisquerra, R., Sarriera, J., & Martínez, F. (2004). *Introdução à estatística: Enfoque informático com o pacote estatístico SPSS*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2011). The Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II): Preliminary psychometric data with two non clinical samples. *European Journal of Psychological Assessment*, 27, 258-264.
- Diamond, G., Shilo, G., Jurgensen, E., D'Augelli, A., Samarova, V., & White, K. (2011). How depressed and suicidal sexual minority adolescents understand the cause of their distress. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 15(2), 130-151. doi:10.1080/19359705.2010.532668
- Direcção Geral da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ferreira, J., & Castela, M. (1999). Questionário de ideação suicida (Q.I.S.). In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida, *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. II, pp. 123-130). Braga, Portugal: Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Fortin, M.-F. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Frazão, P. (2014). Comportamentos autodestrutivos em lésbicas, gays, bissexuais e transexuais/transgéneros. In C. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio, *Suicídio e comportamentos autolesivos: Dos conceitos à prática clínica* (pp. 405-413). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Frazão, P., Santos, J., & Sampaio, D. (2014). Família e suicídio. In C. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e comportamentos autolesivos: Dos conceitos à prática clínica* (pp. 135-143). Lisboa: Portugal: Lidel.

- Frey, L., & Cerel, J. (2013) Risk for suicide and the role of family: A narrative review. *Journal of Family Issues*, 36(6), 716-736. doi:10.1177/0192513X13515885
- Lucassen, M., Clark, T., Denny, S., Fleming, T., Rossen, F., Sheridan, J., . . . Robinson, E. (2015). What changed from 2001 to 2012 for sexual minority youth in New Zealand. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 51(4), 410-418. doi: 10.1111/jpc.12727
- Moddy, C., & Smith, N. (2013). Suicide protective factors among trans adults. *Archives Sexual Behavior*, 42(5), 739-752. doi:10.1007/s10508-013-0099-8
- Montoya, R., Sánchez-Loyo, L., Correa-Márquez, P., & Luna-Flores, F. (2015). Proceso de aceptación de la homosexualidad y la homofobia asociados a la conducta suicida en varones homosexuales. *Masculinidades y Cambio Social*, 4(1), 1-24.
- Mustanski, B., & Liu, R. (2013). A longitudinal study of predictors of suicide attempts among lesbian, gay, bisexual and transgender youth. *Archives of Sexual Behaviour*, 42, 437-448.
- Reynolds, W. (1988) *Suicidal ideation questionnaire: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Ribeiro, J. (2011). *Escala de satisfação com o suporte social*. Lisboa, Portugal: Placebo.
- Santos, M. (2006). Algumas considerações sobre o risco de suicídio. In B. Peixoto, C. Saraiva, & D. Sampaio, *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp. 151-162). Coimbra, Portugal: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Suicide Prevention Resource Center. (2008). *Suicide risk and prevention for lesbian, gay, bisexual and transgender youth*. Newton, Manhattan: Education Development Center.
- Tabaac, A., Perrin, P., & Rabinovitch, A. (2017). The relationship between social support and suicide risk in a national sample of ethnically diverse sexual minority woman. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 20(2), 116-125.
- World Health Organisation. *Preventing Suicide: A Global Imperative*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organisation. (2015). *Use of social support*. Recuperado de [www.who.int/mental\\_health/mhgap/evidence/suicide/q5/en](http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/suicide/q5/en)
- World Health Organisation. (2016). *World Health Statistics 2016*. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/resources/suicide/en](http://www.who.int/mental_health/resources/suicide/en)



## CAPÍTULO VIII

# COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS NA PSP

Joana Sarmento  
Rosa Simões  
Joel Araújo  
José Carlos Santos

## ENQUADRAMENTO

O suicídio é um fenómeno complexo e multifacetado (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2012) que atinge todo o mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio corresponde a cerca de metade das mortes violentas que todos os anos se observam, representando quase um milhão de mortes por ano em todo o mundo (World Health Organization, 2009). A palavra suicídio tem origem no latim e significa matar-se a si mesmo (Peixoto & Azenha, 2006). Segundo Durkheim (citado por Peixoto & Azenha, 2006), o suicídio pode ser descrito como todo o caso de morte que resulta direta e indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia o resultado (Peixoto & Azenha, 2006).

De acordo com o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017 (Direção Geral de Saúde [DGS], 2013), os atos suicidas contemplam as tentativas de suicídio e suicídio consumado. O conceito de tentativa de suicídio define o “ato levado a cabo por um indivíduo e que visa a sua morte mas que, por razões diversas, resulta frustrado” (DGS, 2013, p. 110). O termo suicídio consumado descreve “morte provocada por um ato levado a cabo pelo indivíduo com intenção de pôr termo à vida, incluindo a intencionalidade de natureza psicopatológica” (DGS, 2013, p. 110).

A OMS (WHO, 2009) alerta para o número anual de suicídios (mais frequente no homem) que a nível mundial aproxima-se de um milhão, estimando-se um valor de 1,5 milhões para o ano de 2020. O suicídio é terceira causa de morte entre os 15 e os 34 anos, sendo que há 20 vezes mais tentativas de suicídio (mais frequente na mulher) que suicídios (Silveira & Fonte, 2014).

O suicídio é assim um grave problema de saúde pública com forte impacto negativo na vida dos indivíduos e famílias, e na comunidade (Santos, 2014). Em Portugal, há uma média de 1000 suicídios por ano, verificando-se um aumento desde o ano de 2000 (OE, 2012). A dimensão deste problema aumenta se juntarmos as consequências emocionais que os comportamentos suicidários têm na vida dos familiares, amigos e colegas de trabalho (Peixoto, Saraiva, & Santos, 2014).

As causas do suicídio são complexas e determinadas por fatores de variada natureza (Santos, 2014), fatores biológicos, fatores de depressão, desesperança, isolamento social, relacionamento interpessoal e desemprego que, quando associados, potenciam e levam ao suicídio (OE, 2012). Desta forma, a incidência do suicídio é transversal à sociedade em geral, incluindo grupos sociais e profissionais onde se integram as forças de segurança, grupo no qual no ano de 2015 houve um aumento do número de suicídios (DGS, 2016). As forças de segurança são apontadas no atual Plano nacional de prevenção do suicídio (DGS, 2013) como um grupo vulnerável e para o qual devem ser adotadas estratégias adequadas às suas especificidades.

Neste sentido, é necessário garantir a adaptação de medidas indicadas para áreas geodemográficas prioritárias, nomeadamente zonas de maior incidência de ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas, (p. ex. o Alentejo), ou em contextos específicos (p. ex. serviços prisionais ou forças de segurança), que poderão justificar a elaboração e implementação de planos próprios (DGS, 2013).

A investigação e observações realizadas nas forças de segurança apontam para o facto de alguns militares apresentarem, devido à sua atividade, sentimentos de solidão e de angústia, manifestando dificuldade em lidar com estes sentimentos, bem como, dificuldade em desenvolver mecanismos de adaptação às circunstâncias da atividade militar (Peixoto et al., 2014). De acordo com um estudo realizado no Canadá, os casos de suicídios consumados estão associados a doença mental, abuso de álcool, problemas familiares, mas também após processos disciplinares (Cantor, Tyman, & Slatter citados por Mishara & Martin, 2012). Em Portugal, os casos de suicídios nas forças de segurança, na sua esmagadora maioria, são consumados com recurso a arma de fogo de serviço (DGS, 2013).

Neste sentido, torna-se premente trabalhar com esta população a prevenção dos comportamentos suicidários, pois tendo em conta que muitos suicídios são evitáveis, é imprescindível que existam programas de prevenção que se adaptem às características da população para o qual são dirigidos, aumentando assim a sua eficácia (OE, 2012). A restrição de uso e porte de arma a elementos que apresentem sinais ou sintomas de perturbação mental, nomeadamente ideação suicida, é um aspeto relevante e amplamente defendido nos programas de prevenção do suicídio nesta população tão específica (DGS, 2013). Sabemos também que a acessibilidade e disponibilidade de

meios de ajuda e mudança nos conceitos acerca da doença mental e da necessidade de ajuda psiquiátrica e psicológica revelam-se de enorme importância na prevenção do suicídio (Peixoto et al., 2014).

Desta forma, a prevenção do suicídio é crucial, apesar da sua complexidade, através da identificação de fatores de risco e sinais de alarme identificáveis. Hoje podemos aferir da eficácia das diferentes medidas de prevenção, tais como a diminuição do estigma associado ao suicídio, sensibilização e desenvolvimento de competências para detetar precocemente sinais de alarme, sinalização de casos de risco, prestação de ajuda imediata em situações de crise suicida e encaminhamento para os serviços de saúde mental (Brás, Cruz, & Saraiva, 2014). Assim, dada a natureza multideterminada do suicídio, a sua prevenção implica uma intervenção multifacetada em grupos específicos e na população geral, em diferentes contextos, conjugando estratégias diversificadas, de curto e longo prazo (Brás, Cruz, & Saraiva, 2014).

Vários estudos mencionam que é fundamental criar estratégias de prevenção de comportamentos suicidários que passem, essencialmente, pela promoção de formação dos profissionais sobre a doença mental, de forma a diminuir o estigma ainda muito enraizado na nossa sociedade, o que condiciona os pedidos de ajuda (Arensman et al., 2016; Pacheco 2016). Outra das estratégias referidas é a criação de formação de porteiros sociais dentro das forças de segurança para promover uma sinalização em tempo útil de possíveis casos de risco e a realização de um encaminhado célere e eficaz para serviços de saúde com disponibilidade de profissionais de saúde mental (Arensman et al., 2016; Fernandes, 2009; Pacheco 2016).

## **Justificação**

É hoje consensual que quanto maior for o risco da população-alvo, mais ativo e precoce deve ser o plano de prevenção. Por isso, nos últimos anos em Portugal, têm sido realizados esforços para responder a esta problemática. Exemplo disso foi a criação de um plano de prevenção de suicídio para as forças de segurança para 2016 - 2020 (Ministério da Administração Interna [MAI], 2016), onde são apontadas algumas estratégias de prevenção, nomeadamente:

- Aumento do número de ações de formação e sensibilização no âmbito da prevenção do suicídio, dirigidas a todo o efetivo policial, com particular incidência nos novos elementos, em consonância com os respetivos estabelecimentos de ensino e programas curriculares;
- Reforçar a prevenção através da sensibilização dos elementos policiais vocacionados para ligação com as subunidades de apoio psicológico;

- Redução do estigma associado à doença mental através da implementação de estratégias dirigidas ao efetivo policial;
- Divulgação alargada das medidas e dos recursos disponíveis.

Todavia, acreditamos que para realizar uma adequada prevenção dos comportamentos suicidários num grupo tão específico como este é fundamental realizarmos uma caracterização concisa, para que possamos depois atuar em consonância. Neste sentido, decidimos realizar um estudo para caracterização dos comportamentos suicidários dos elementos da Polícia de Segurança Pública (PSP).

## METODOLOGIA

Para que o fenómeno dos comportamentos suicidários na PSP seja melhor compreendido é fundamental a realização de um estudo que nos permita fazer uma correta caracterização dos mesmos, para que também a intervenção a realizar seja adequada, individualizada e eficaz. O estudo delineado tem como objetivos:

- Caracterizar os fatores de risco e de proteção dos comportamentos suicidários nos elementos da PSP;
- Propor medidas, com base nos resultados, para a prevenção dos comportamentos suicidários nos elementos da PSP.

É um estudo quantitativo, com aplicação de questionários aos elementos da PSP que estão no ativo e que aceitaram de forma voluntária participar no mesmo.

O questionário é disponibilizado *online* e é constituído por 5 partes. De seguida serão descritas as características de cada um dos instrumentos que compõem o questionário.

A primeira parte do questionário pretende realizar uma caracterização dos dados sociodemográficos: sexo, idade, estado civil e categoria profissional. Ainda na primeira parte do questionário foram realizadas algumas questões no que concerne aos comportamentos suicidários, para se conseguir realizar uma correta caracterização da mostra do estudo. As questões realizadas foram as seguintes:

- No último ano foi ou está a ser seguido por algum psicólogo ou psiquiatra? E, se sim, qual(ais) o(s) motivo(s)?
- Nos últimos 12 meses, vivenciou o suicídio de um familiar (ou amigo) muito próximo?
- Nos últimos 12 meses, vivenciou o suicídio de um polícia?

- Conhece algum polícia que se suicidou ou tentou suicidar?
- Conhece alguma outra pessoa que se suicidou ou se tentou suicidar?

Na segunda parte é utilizado o Inventário de depressão de Beck. Este inventário foi desenvolvido por Beck e colaboradores (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) e posteriormente traduzido e adaptado para Portugal por Vaz Serra e Pio Abreu (1973). Trata-se de um inventário de autorresposta que pretende avaliar a severidade dos sintomas depressivos. É constituído por 21 itens com as diferentes manifestações da depressão. A pontuação pode variar entre 0 e 63 valores. O inventário está organizado em seis parâmetros que avaliam sintomas depressivos do tipo afetivo, cognitivo, motivacional, delirante, físico e funcional (sono, apetite, peso e libido). Na versão portuguesa, a média das pontuações obtidas em indivíduos normais foi de  $3,87 \pm 4,85$ . A cotação do instrumento permite ainda que a intensidade da sintomatologia depressiva seja categorizada da seguinte forma: (a) 0-9 valores - não deprimido; (b) 10-17 valores - disforia; (c) 17-20 valores - estados depressivos leves; (d) 21-30 valores - depressão moderada; e (e)  $> 30$  valores - depressão severa. Para distinguir as pessoas deprimidas e não deprimidas, os autores consideraram o ponto de corte de 12 valores (Vaz Serra & Pio Abreu, 1973).

Na terceira parte é usado o Questionário de Ideação Suicida (QIS, Reynolds, 1988). A versão utilizada neste estudo foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Ferreira e Castela (1999). Este instrumento pretende avaliar a gravidade dos pensamentos suicidas em adolescentes e adultos. É composto por 30 itens que descrevem os pensamentos suicidas dos sujeitos avaliados, com possibilidade de resposta de 7 alternativas, que variam desde *nunca tive este pensamento* até *quase todos os dias*. Os resultados que se podem obter no QIS variam entre zero e 180 pontos, sendo que uma pontuação mais elevada no questionário corresponde a uma maior frequência de pensamentos suicidas no indivíduo. Os autores propõem alguns parâmetros para interpretação dos resultados. No estudo de Ferreira e Castela (1999), a média global da população não-clínica foi de 21,23 e o desvio padrão de 23,88.

Na quarta parte foi aplicada a Escala de Satisfação do Suporte Social (ESSS), desenvolvida por Pais Ribeiro (1999). Esta escala é constituída por 15 afirmações que são apresentadas para autopreenchimento. O sujeito deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação, numa escala de Likert com cinco posições: *concordo totalmente*, *concordo na maior parte*, *não concordo nem discordo*, *discordo a maior parte* e *discordo totalmente* (Pais-Ribeiro, 2011). A pontuação para a escala total pode variar entre 15 e 75 valores. A pontuação mais alta corresponde a uma perceção de maior suporte social. Não há pontos de corte que possam ser considerados como défices, havendo sempre a registar alguma satisfação com o suporte social, mesmo que seja baixo (Pais-Ribeiro, 2011).

Na última parte do questionário é utilizado o AUDIT (DGS, 2014), um instrumento que permite identificação precoce de padrões de uso de bebidas alcoólicas, considerados prejudiciais, bem como indicativos da existência de dependência alcoólica. Esse instrumento tem aplicabilidade como uma ferramenta de estudo epidemiológico em amostras da população em geral. O AUDIT pode ser aplicado por entrevista ou por autoadministração. Cada resposta é pontuada de zero a quatro, e as pontuações de cada resposta devem ser adicionadas no final. Assim, através das pontuações totais são identificados o uso de baixo risco (pontuações entre 0 e 7), o uso de risco (pontuações entre 8 e 15) e o uso nocivo (pontuações entre 16 e 19), bem como sintomas de dependência (pontuações de 20 ou mais). O total da pontuação obtida com a aplicação do AUDIT reflete o nível de risco do indivíduo em relação à utilização de bebidas alcoólicas (Santos, 2010).

A recolha de dados foi realizada no período compreendido de julho a novembro de 2017. Os dados obtidos através da aplicação dos instrumentos supracitados foram tratados estatisticamente, utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 23 (IBM SPSS Statistics 23).

## RESULTADOS

De seguida apresentamos a descrição dos resultados da caracterização da amostra. A amostra deste estudo é constituída por 442 pessoas, todas elas elementos no ativo na PSP. Relativamente à idade, verificamos que a média de idade dos elementos da amostra é de 44,25 anos, com um desvio padrão de 8,22, sendo a idade mínima de 22 anos e a idade máxima de 62 anos. A média de anos encontrada em estudo é ligeiramente mais alta da que é referida ser a média de idades dos 22 mil elementos da PSP a nível nacional, que é de 42,1 anos (PSP, 2017).

No que concerne ao sexo é evidente uma predominância do sexo masculino com 413 pessoas (93,40%), comparando com 29 pessoas do sexo feminino (6,60%).

Quanto ao estado civil, prevalece a categoria de casado(a)/união de facto (83,90%), seguida de categorias solteiro(a) (8,60%), divorciado(a) (7,00%) e viúvo(a) (0,50%). No que respeita ao número de filhos, 175 pessoas têm dois filhos (39,40%), 167 pessoas têm um filho (37,60%), 76 pessoas não têm nenhum filho (17,10%), 22 pessoas têm 3 filhos (5,00%), 3 pessoas têm quatro filhos (0,70%) e 2 pessoas têm 5 filhos (0,20%).

Do ponto de vista da carreira profissional, é importante referir que 74,90% da amostra deste estudo são agentes, 18,10% são chefes, 6,60% oficiais e 0,50% agentes principais. A média de tempo de serviço da amostra é de 21,30 anos, apresentando um desvio padrão de 8,62.

Quando questionados sobre se “No último ano foi ou está ser seguido por algum psicólogo ou psiquiatra?”, a maioria dos elementos respondem que *não* (85,50%) e 64 referem que *sim* (14,50%). Relativamente à questão “Nos últimos 12 meses, vivenciou o suicídio de um familiar (ou amigo) muito próximo?”, verificamos que a maioria respondeu *não* (407 respostas, isso é 92,10%); apenas 35 participantes (7,90%) referiram que *sim*. Por outro lado, quando questionados sobre “Nos últimos 12 meses, vivenciou o suicídio de um elemento policial?”, a maioria também menciona que *não*, com 302 respostas (68,30%), e as restantes 140 referem que *sim* (31,70%). No que concerne à questão “Conhece algum elemento policial que se suicidou ou tentou suicidar?”, há uma predominação no *sim* com 349 respostas (79,00%) e apenas 93 respostas negativas (21,00%). Ainda sobre esta temática, na pergunta “Conhece alguma outra pessoa que se suicidou ou se tentou suicidar?”, a maioria das pessoas (291) responde que *sim* (65,80%) e as restantes 151 referem que *não* (34,20%).

No que respeita ao BDI (Vaz Serra & Pio Abreu, 1973), no presente estudo verificamos que a pontuação variou entre 0 e 46 valores, com uma média de 8,56 e desvio padrão de 8,83. Relativamente às diferenças na pontuação obtida por pessoas com diferentes sexos, verificou-se que os participantes do sexo feminino apresentaram uma média mais alta ( $9,62 \pm 9,28$ ) que os participantes do sexo masculino ( $8,49 \pm 8,79$ ). Se considerarmos os pontos de corte para a depressão ligeira, moderada e grave, verificamos que 4,30% da amostra apresenta depressão grave, 6,80% moderada e 12,00% ligeira. O número total de pessoas com a sintomatologia depressiva era superior a 23,00%.

Em relação ao QIS (Ferreira e Castela, 1999), no presente estudo verificamos que a pontuação variou entre 0 e 159 valores, com uma média de 13,81 valores e um desvio padrão de 23,25. É ainda importante mencionar as diferenças entre pessoas com diferentes sexos. Mais uma vez verificamos uma média superior nos participantes do sexo feminino, sendo esta de 21,62 valores (com desvio padrão de 27,78). Os participantes do sexo masculino apresentaram uma média inferior, de 13,26 valores (com desvio padrão de 22,84).

Através do AUDIT (DGS, 2014), verificou-se que os participantes do estudo apresentam respostas com pontuações que variam entre 0 e 29, com a média de 3,99 e o desvio padrão de 3,46, verificando-se assim um uso de bebidas alcoólicas de baixo risco. No que concerne à doença mental constatamos, através do BDI, que cerca de 23,00% das pessoas contam com algum tipo de depressão, o que aumenta o risco de comportamentos suicidários.

Quanto à ESSS, verificamos que a pontuação variou entre 15 e 75, com uma média de 53,83 valores e um desvio padrão de 18,63. Quando comparada a pontuação obtida por participantes de diferentes sexos, constatou-se que os participantes do sexo masculino apresentaram uma média superior ( $54,07 \pm 13,05$ ) à dos participantes do sexo feminino ( $50,31 \pm 11,61$ ).

## DISCUSSÃO

No que concerne à idade, podemos constatar que a média de idades da nossa amostra é de 44,25 anos, sendo a idade mínima de 22 anos e a idade máxima de 62 anos. Quando comparamos estes valores com os referenciados no perfil dos elementos policiais que consumaram suicídio, a média de idade de 43 anos (Santos, 2017), média de idade muito próxima da média da amostra do nosso estudo. Também num estudo realizado em Portugal por Machado (2011), a idade da amostra apresenta-se com 79,50% de agentes com mais de 40 anos de idade, o que permite concluir do maior risco para o suicídio consumado de pessoas acima dos 40 anos.

Tal como seria de esperar, a amostra do estudo é predominantemente do sexo masculino, incluindo 413 homens (93,40%) e 29 mulheres (6,60%). Se nos focarmos na população da PSP, verificamos que os nossos dados são similares aos desta, na qual o sexo masculino representa 90,28% do total de trabalhadores e o sexo feminino 9,72% (PSP, 2016).

Do ponto de vista da categoria profissional é importante referir que na amostra do estudo a maioria dos elementos policiais são agentes. Este dado também vai ao encontro dos dados da PSP (2016) onde se refere que 84,50% do efetivo pertence à carreira de agente, 11,59% pertence à carreira de chefe e 3,91% pertence à carreira de oficial. De acordo com Santos (2017), os agentes principais com atividades operacionais são os que cometem mais suicídio. É importante aludir que no estudo referido as áreas de atuação/funções que existem em cada categoria profissional têm um forte impacto. O contexto onde o trabalho é efetuado e as envolvências do mesmo fazem com que o agente policial tenha que estar preparado para responder às diferentes situações que vai encontrar (Oliveira, 2008).

Quando questionados sobre “No último ano foi ou está a ser seguido por algum psicólogo ou psiquiatra?”, a maioria dos elementos respondem que não (85,50%) e apenas 64 referem que sim (14,50%). Sabemos hoje, que a melhor arma para evitar os suicídios é a prevenção e uma das estratégias de intervenção delineadas no Plano de prevenção do suicídio nas forças de segurança 2016-2020, é aumentar “a divulgação e facilitação da acessibilidade ao apoio psicológico e psiquiátrico com vista ao atendimento clínico regular nas Forças de Segurança” (MAI, 2016, p. 6). Também no estudo de Ferreira (2010), que incluiu elementos de PSP, quando questionados se haviam recebido no passado tratamento psicológico ou psiquiátrico, a maioria respondeu negativamente. De facto, uma das principais barreiras nos efetivos de polícia é aceitarem que precisam de ajuda, muito embora o número de consultas, nomeadamente no Gabinete de Psicologia da PSP, tenha vindo a aumentar significativamente. A prova disso é que no ano de 2005 este Gabinete realizou 2211 consultas, enquanto em 2004 o número das consultas não passou de 1700 (Machado, 2006).

Para conseguirmos perceber a dimensão que o suicídio tem no dia-a-dia dos agentes policiais, foram apresentadas questões sobre a vivência de suicídio com colegas de trabalho, familiares e outras pessoas. Através dos dados obtidos podemos perceber que um elevado número de elementos conhece algum elemento policial que se suicidou ou que se tentou suicidar. O que nos permite verificar que quando há um suicídio, este não é um fenómeno individual; trás repercussões para várias outras pessoas, existindo assim um conjunto de pessoas que ficam afetadas, desde os familiares até aos colegas. Tal como refere Cardoso (2016), a morte por suicídio de um familiar ou de um membro chegado da comunidade pode ter uma influência disruptiva e perturbadora na vida de uma pessoa. Perder alguém próximo é realmente devastador, e, para além da dor e do luto, a natureza da morte pode causar ainda mais stresse, culpa, raiva, ansiedade e angústia entre os sobreviventes.

Neste estudo, tal como já foi apresentado, foram aplicadas quatro escalas com o objetivo de avaliar dados que, segundo a bibliografia mencionada, têm um papel importante na caracterização dos comportamentos suicidários nos elementos da PSP, ajudando-nos assim a concretizar o objetivo deste estudo. Tal com mencionado anteriormente, a ideação suicida reportada em relação à amostra do estudo apresentou uma média de  $13,81 \pm 23,25$ . Se compararmos estes dados com outros estudos na população geral (Ferreira & Castela, 1999) verificamos que a média do nosso estudo é mais baixa.

No que diz respeito aos valores de depressão, verificamos que 4,30% da amostra apresenta depressão grave, 6,80% moderada e 12,00% ligeira, sendo superior a 23,00% o número das pessoas que contam com algum tipo de depressão. Estes dados são mais elevados que na população geral. Nomeadamente, de acordo com os dados da prevalência anual resultantes do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Almeida & Xavier, 2013), as perturbações psiquiátricas afetam mais de um quinto da população portuguesa (cerca de 22,90%). Deste valor global destacam-se as perturbações de ansiedade (16,50%) e as perturbações depressivas (7,90%). Também Santos e Queirós (2009), no estudo realizado com agentes da PSP, encontraram valores mais baixos (apesar de este ter utilizado um instrumento de avaliação diferente), ou seja 90,50% ( $n = 95$ ) da amostra encontra-se sem depressão. Contudo, 1,10% da amostra do estudo referido apresenta um grau de depressão considerado grave. Viana, Zenkner, Sakae e Escobar (2008) dizem que a depressão é o transtorno psiquiátrico presente num maior número de doentes em todos os estudos encontrados.

Ainda no que diz respeito ao consumo de álcool, é importante realizar uma breve reflexão sobre os resultados obtidos na nossa amostra. A média obtida através do AUDIT é de  $3,99 \pm 3,46$ , verificando-se, assim, um baixo risco de consumo de álcool. Contudo, as referências bibliográficas consultadas (e.g. Rebelo & Leal, 2010) demonstram que o alcoolismo é um fenómeno muito comum nas forças de segurança, defendendo os autores

que o álcool surge com um “escape” para estes elementos que se vêm afastados do seu lar e, por vezes, em processo de divórcio. Alguns investigadores relacionam o aumento do consumo de álcool pelos polícias com a presença de situações e acontecimentos stressantes (Passeira, 2011). Todavia, outro estudo nacional, com agentes da PSP, que analisou os suicídios consumados, também não identificou hábitos alcoólicos conhecidos (Santos, 2017), o que também se verificou no nosso estudo.

Na ESSS a amostra do estudo apresentou uma média de 53,83. Apesar de não haver pontos de corte sabemos que a uma pontuação mais alta corresponde uma maior perceção de suporte social. Este dado é importante porque, à luz do que hoje sabemos, o suporte social tem efeitos mediadores na proteção da saúde (Rutter & Quine, 1996). Numa revisão de investigação acerca de evidências epidemiológicas sobre a relação entre suporte social e saúde, realizada por Broadhead et al. (1983), concluiu-se que existe uma forte correlação entre estas duas variáveis. No seu estudo, Santos e Queirós (2008) afirmam que, comparativamente com a Guarda Nacional Republicana e a Polícia Judiciária, a PSP é a força mais insatisfeita no trabalho existindo na generalidade uma baixa satisfação com o trabalho realizado. Este facto é preocupante dada a importância que o contexto organizacional exerce no suicídio (Violanti, 2003).

## Limitações

A principal limitação que podemos encontrar na implementação deste estudo é na difusão e consequente adesão dos elementos da PSP no preenchimento do instrumento de colheita de dados. Por outro lado, uma das limitações verificadas é que o questionário é de autopreenchimento e é realizado *online*, não havendo assim a possibilidade de o investigador estar presente no preenchimento do mesmo.

## Implicações para a prática

Sabemos hoje que é premente o desenvolvimento de estratégias conducentes à redução da morbilidade, mortalidade e demais consequências dos comportamentos suicidários, que assentam essencialmente em programas de formação e educação na área da suicidologia, e na existência de um suporte assistencial. O suporte referido deve ser assegurado por profissionais de saúde mental e, especificamente, da área da suicidologia, tendo em conta a complexidade dos comportamentos autodestrutivos e o reconhecimento da existência de uma psicopatologia subjacente (DGS, 2013).

A realização deste estudo permite-nos perceber a importância da identificação dos fatores de risco e de proteção na PSP, no sentido de adequar os programas de

prevenção para este grupo profissional, mas também, para ajudar na definição de linhas orientadoras na prevenção dos comportamentos suicidários na PSP.

Acreditamos também que este estudo pode ser o ponto de partida para um conjunto de estudos, investigações, projetos e programas na área da prevenção dos comportamentos suicidários na PSP. Como Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria temos a responsabilidade da criação e implementação de projetos e programas que visam dar resposta às alterações de necessidades percecionadas na população.

## CONCLUSÕES

A PSP é uma das forças de segurança de Portugal, com uma estrutura bem definida e com características específicas que a tornam numa população de risco no que diz respeito ao suicídio. Os resultados encontrados neste estudo não nos permitem concluir se existe um fator que, isoladamente, de forma dramática, aumente o risco de suicídio. Todavia, neste estudo identificamos uma elevada percentagem de pessoas com sintomatologia depressiva, o que parece ser o fator de maior risco para o comportamento suicidário que, aliado ao consumo de álcool e ideação suicida, mesmo que não demasiado elevados, podem levar ao comportamento suicidário.

Quanto a diferenças encontradas entre os participantes de diferentes sexos, verificamos que as mulheres têm scores mais elevados de sintomatologia depressiva e de ideação suicida, e menor satisfação com o suporte social, quando comparadas com os homens, aumentando o risco de comportamentos suicidários, embora apresentem menos hábitos de consumo de álcool. Todavia, a diferença no número de respondentes no que diz respeito ao sexo, com larga maioria de homens, leva-nos a olhar para as conclusões com alguma cautela.

Apesar dos scores nas variáveis estudadas não serem elevados, com exceção da sintomatologia depressiva, o uso diário de uma arma de fogo aumenta a necessidade de uma vigilância / avaliação constante. É necessário também apelar à capacidade das polícias para a procura de ajuda e à disponibilidade de profissionais de saúde mental que, sem julgamentos a prestem de forma célere e capaz.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, J., & Xavier, M. (Coord.). (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1º relatório*. Recuperado de [http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria\\_imagens/Relatorio\\_Estudo\\_Saude-Mental\\_2.pdf](http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf)

- Arensman, E., Coffey, C., Griffin, E., Audenhove, C., Scheerder, G., Gusmao, R., ... Hegerl, U. (2016). Effectiveness of depression-suicidal behaviour gatekeeper training among police officers in three European regions: Outcomes of the optimising suicide prevention programmes and their implementation in Europe (OSPI-Europe) study. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(7), 1-10. doi:10.1177/0020764016668907
- Beck, A., Ward, H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives for General Psychiatry*, 4(6), 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Brás, M., Cruz, J., & Saraiva, C. (2006). Estratégias gerais de prevenção dos atos suicidas. In B. Peixoto, C. Saraiva & D. Sampaio (Eds.), *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp. 473-484). Coimbra, Portugal: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Broadhead, W., Kaplan, B., James, S., Wagner, E., Schoenbach, V., Grimson, R., ... Gehlbach, S. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117(5), 521-537. doi:10.1093/oxfordjournals.aje.a113575
- Cardoso, G. (2016). *Comportamentos autolesivos e ideação suicida nos jovens* (Tese de doutoramento). Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Portugal. Recuperado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/35146/1/Tese%20de%20Mestrado.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2013). *Plano nacional de prevenção do suicídio 2013-2017*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2014). *Norma 30: Detecção precoce e intervenção breve no consumo excessivo de álcool*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0302012-de-28122012.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2016). *Plano de prevenção do suicídio nas forças de segurança 2016-2020*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Fernandes, W. (2009). *O suicídio na guarda nacional republicana: A acção de comando na prevenção, contenção e reintegração* (Trabalho de investigação aplicada). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/8649>
- Ferreira, J., & Castela, M. (1999). Questionário da ideação suicida (Q.I.S.). In L. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 123-130). Braga, Portugal: Associação dos Psicólogos Portugueses/Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Ferreira, S. (2010). *Suicídio nas forças policiais: Um estudo comparativo na PSP, GNR e PJ* (Dissertação de mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7151>
- Machado, F. (2006, 16 de setembro). PSP: Cinco suicídios desde agosto do ano passado, só dez psicólogos para 22 mil polícias. *Correia da Manhã*. Recuperado de <http://www.cmjornal.pt/portugal/detalhe/so-dez-psicologos-para-22-mil-policias>

- Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 17 (4), 758-764. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
- Ministério de Administração Interna. (2016). *Plano de prevenção de suicídio para as forças de segurança. 2016-2020*. Gabinete da Ministra da administração Interna, Lisboa, Portugal.
- Mishara, B., & Martin, N. (2012). Effects of a comprehensive police suicide program prevention. *Crisis*, 33(3), 162-168. doi:10.1027/0227-5910/a000125
- Oliveira, J. (2008). *Traços de personalidade de elementos das forças de segurança: Um estudo comparativo na P.S.P. de Lisboa*. (Tese de doutoramento). Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicida*. Recuperado de [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp\\_mceesmp.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp_mceesmp.pdf)
- Pacheco, J. (2016). *Representações sociais do suicídio em futuros comandantes de polícia* (Dissertação de mestrado). Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna, Lisboa, Portugal. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/15559>
- Pais-Ribeiro, J. (1999). *Escala de satisfação com o suporte social*. Lisboa, Portugal: Placebo.
- Pais-Ribeiro, J. (2011). *Escala de satisfação com o suporte social*. Lisboa, Portugal: Placebo. Recuperado de [sp-ps.pt/uploads/publicacoes/118\\_c.pdf](http://sp-ps.pt/uploads/publicacoes/118_c.pdf)
- Passeira, A. (2011). *Stress laboral na PSP* (Dissertação de mestrado). Recuperado de [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4007/1/TESE\\_Stress%20Laboral%20na%20PSP\\_Andrea%20Passeira\\_CD.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4007/1/TESE_Stress%20Laboral%20na%20PSP_Andrea%20Passeira_CD.pdf)
- Peixoto, B., & Azenha, S. (2006). Aspectos históricos, filosóficos e conceptuais do suicídio. In B. Peixoto, C. Saraiva & D. Sampaio (Eds.), *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp. 19-54). Coimbra, Portugal: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Peixoto, B., Saraiva, C., & Santos, N. (2014). Prevenção do suicídio nas forças de segurança. In C. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio comportamentos autolesivos dos conceitos à prática clínica* (pp. 425-433). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Polícia de Segurança Pública. (2017). *Balanço social da PSP-2016*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Rebello, J., & Leal, J. (2010). Stress ou burnout dos profissionais de segurança. *Territorium: Revista Portuguesa de riscos, prevenção e segurança*, 19, 221-226. doi: 10.14195/1647-7723\_19\_25
- Reynolds, W. (1988). *Suicidal ideation questionnaire: Professional manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Rutter, D., & Quine, L. (1996). Social psychological mediators of the relationship between demographic factors and health outcomes: A theoretical model and some preliminary data. *Psychology and Health*, 11(1), 5-22. doi:10.1080/08870449608401974
- Santos, J. (2010). *Stresse profissional: Consumo de bebidas alcoólicas: Estudos numa amostra de enfermeiros*. Recuperado de [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1520/1/TD\\_JoseManuel.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1520/1/TD_JoseManuel.pdf)

- Santos, J. (2017). *Prevenção do suicídio e outros comportamentos autolesivos nas forças de segurança*. Recuperado de <https://www.portugal.gov.pt/media/24761284/20170131-seaai-suicidio-fs.pdf>
- Santos, M. (2014). Da proteção e do risco. In C. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio comportamentos autolesivos dos conceitos à prática clínica* (pp. 111-125). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Santos, S., & Queirós C. (2008, Janeiro-Fevereiro). *Um estudo exploratório sobre o suicídio nas forças policiais portuguesas*. Póster apresentado no 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/26824>
- Santos, S. & Queirós, C. (2009). *Um estudo exploratório sobre o suicídio nas forças policiais portuguesas*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10216/55892>
- Silveira, É., & Fonte, A. (2006). Adulto e comportamentos suicidários. In B. Peixoto, C. Saraiva & D. Sampaio (Eds.), *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp. 19-54). Coimbra, Portugal: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos: Ensaio de aplicação do "Inventário Depressivo de Beck" a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Separata de Coimbra Médica*, 20, 623-644.
- Viana, G., Zenkner, F., Sakae, T., & Escobar, B. (2008) Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(1), 38-43. doi:10.1590/S0047-20852008000100008
- Violanti, J. (2003). Suicide and the police culture. In D. Hackett & J. Violanti (eds), *Police Suicide: Tactics for Prevention* (pp. 55-65). Springfield, IL, USA: Charles C Thomas Pub Ltd
- World Health Organization. (2009). World suicide prevention day media release: Suicide prevention. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/)

## CAPÍTULO IX

# COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS EM TRABALHADORAS DO SEXO DE RUA E INTERIOR

Alexandre Teixeira  
Alexandra Oliveira  
Inês Areal Rothes  
José Carlos Santos

## ENQUADRAMENTO

O estudo dos comportamentos suicidários nas designadas populações ocultas ou escondidas, onde se inserem as prostitutas, constitui uma área emergente, mas ainda lacunar da investigação em suicidologia. Existem, porém, algumas evidências que as prostitutas constituem um grupo de risco relativamente ao suicídio e outros comportamentos suicidários (Clarke, Clarke, Roe-Sepowitz, & Fey, 2012).

A prostituição, sendo uma das atividades inseridas no designado trabalho sexual, pode ser entendida como uma troca comercial ou prestação de serviço, em que um dos intervenientes contribui com um valor económico, no sentido de obter uma interação sexual com um segundo interveniente que contribuí, desta forma, com o corpo, podendo ou não ter prazer e/ou envolvimento emocional (Teixeira, 2014).

Os comportamentos suicidários podem abranger uma complexidade e variedade ampla de comportamentos e respetivos resultados. Neste capítulo, adota-se a perspetiva que considera as tentativas de suicídio e comportamentos autolesivos, incluindo autointoxicações, autolesões e outro tipo de autoagressões intencionais independentemente do motivo e/ou do grau de intencionalidade suicida (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012).

Os poucos estudos disponíveis, especificamente desenhados para estudarem os comportamentos suicidários nesta população, estimam uma prevalência mais elevada de comportamentos suicidários nas prostitutas do que na população geral (Feng, et

al., 2014; Gilchrist, Gruer, & Atkinson, 2005; González-Forteza, Rodríguez, Fuentes de Iturbe, Veja, & Jiménez Tapia, 2014; Gu et al., 2014; Teixeira, 2014; Teixeira & Oliveira, 2017). De facto, tem vindo a ser reconhecido que, a par de agentes das forças de segurança, reclusos, Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (LGBT) e pessoas sem-abrigo, também as prostitutas apresentam taxas de suicídio superiores às da população geral (Santos, 2015). Assim, a prevenção dos comportamentos suicidários das prostitutas constitui um desafio importante, quer para a saúde pública e comunitária, incluindo a saúde mental, quer para a investigação em suicidologia.

Em Portugal, embora a importância do problema do suicídio em populações marginalizadas e estigmatizadas tenha sido reconhecida no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (Direcção-Geral da Saúde, 2013), a investigação empírica é muito recente, conhecendo-se até à data, apenas um estudo sobre comportamentos suicidários e ideação suicida em prostitutas (Teixeira & Oliveira, 2017). No referido estudo, de carácter exploratório, realizado com 52 prostitutas em contexto de rua na cidade do Porto, 44% das mulheres participantes já tinham tentado suicidar-se pelo menos uma vez e 46% apresentavam ideação suicida elevada (Teixeira & Oliveira, 2017).

No contexto internacional, apesar de Sanders, Cunningham, Platt, Grenfell, e Maciotti (2017) referirem que a maioria da literatura sobre a saúde mental das trabalhadoras do sexo é focada em stress pós-traumático, depressão e suicídio, a realidade é que poucas investigações são desenhadas para avaliarem especificamente a esfera dos comportamentos suicidários. Por norma, os estudos existentes, abordam os comportamentos suicidários marginalmente, sendo o enfoque dado às doenças sexualmente transmissíveis (Tang et al., 2015) à vitimização (Bungay, Halpin, Halpin, Johnston, & Patrick, 2012) ou à saúde mental (Bohórquez et al., 2010).

Como já referido, os poucos estudos existentes na área e que avaliam a prevalência dos comportamentos suicidários nas prostitutas apontam para frequências elevadas nesta população.

No estado de Hidalgo, no México, González-Forteza et al. (2014) encontraram uma frequência de risco de suicídio nas mulheres que se prostituíam superior à da população geral (39,8 e 3,0%, respetivamente). Na China, Gu et al. (2014) encontraram uma prevalência de ideação suicida e de tentativa de suicídio nos últimos seis meses de 44,7% e 26,8%, respetivamente, em mulheres que se prostituem. Já Gilchrist et al. (2005), numa amostra de mulheres consumidoras de drogas, encontraram uma maior proporção de tentativas de suicídio ao longo da vida e de sintomas depressivos entre as mulheres prostitutas que entre as não-prostitutas. Ao analisar dados oriundos de diferentes países há que ter em consideração os diferentes modelos de regulação do trabalho sexual e da prostituição, altamente influenciados pela cultura, e que pode ser

mais ou menos estigmatizante da prática da prostituição e das mulheres prostitutas. Esta consideração fundamenta a elaboração de investigação a nível nacional e regional. Para além da existência de indicadores acerca das prostitutas enquanto grupo de risco de comportamentos suicidários, a investigação na área justifica-se pela escassez de investigação sobre os fatores que influenciam a suicidalidade nesta população, no sentido de melhor informar as políticas preventivas e de intervenção. A doença mental, a vitimação, o consumo de drogas, o contexto onde exercem a sua prática, défices ao nível do suporte social, entre outros, podem contribuir para o maior risco de suicídio encontrado em estudos anteriores entre estas mulheres (Gilchrist et al. 2005; Teixeira & Oliveira, 2017).

O estudo, no qual se baseia este capítulo, teve como principal objetivo elucidar a relação entre a suicidalidade destas mulheres e determinadas variáveis sociodemográficas, psicossociais, variáveis relacionadas com a saúde mental, história de vida e ainda variáveis específicas relacionadas com a prática da prostituição. Desta forma, pretende-se contribuir para o conhecimento dos fatores de risco de comportamentos suicidários nesta população. Neste capítulo abordam-se as características sociodemográficas das mulheres participantes e as características da sua atividade de prostituição; descrevem-se os resultados relativos à avaliação da suicidalidade – ideação e tentativas de suicídio e as suas relações com o contexto da prática da prostituição – rua versus interior, o consumo de drogas e a saúde/doença mental. Considera-se contexto de interior quando atividade da prostituição é exercida em casas, apartamentos, bares ou similares. Os outros fatores estudados, potencialmente relacionados com a ideação e tentativas de suicídio destas mulheres, tais como a vitimação e o suporte social, serão alvo de outras publicações em curso.

De acordo com a literatura existente e os dados disponíveis acerca dos fatores de risco, quer específicos para esta população (Clarck et al. 2012; Gilchrist et al. 2005; Teixeira & Oliveira, 2017), quer para a população geral (Bertolote, Fleischman, De Leo, & Wasserman, 2004) formularam-se as hipóteses de investigação. As seis hipóteses testadas no presente capítulo foram:

- Hipótese 1: As mulheres que exercem a prostituição em contexto de rua apresentam ideação suicida mais elevada que as mulheres que exercem em contextos de interior;
- Hipótese 2: As prostitutas de rua mais provavelmente tentam suicidar-se que as prostitutas de interior;
- Hipótese 3: As prostitutas que consomem drogas apresentam ideação suicida superior às que não consomem;
- Hipótese 4: As prostitutas consumidoras de drogas mais provavelmente tentam suicidar-se que as não-consumidoras;

- Hipótese 5: As prostitutas com diagnóstico de doença mental apresentam ideação suicida superior às que não têm diagnóstico de doença mental;
- Hipótese 6: As prostitutas com doença mental mais provavelmente tentam suicidar-se que as sem doença mental.

## MÉTODO

### Participantes

A amostra do presente estudo foi constituída por mulheres trabalhadoras do sexo, que exerciam a sua atividade de prostituição nas regiões do Porto, Coimbra e Lisboa. As potenciais participantes foram recrutadas de forma a garantir a participação no estudo de mulheres que exerciam a prostituição em contexto de rua e de mulheres que exerciam em contexto de interior. Para participarem neste estudo estas mulheres tinham que ter um nível de português que lhes permitisse entender as questões colocadas. Foi utilizado ainda um último critério de inclusão, que se prendia com a maioria das participantes: não foi incluída neste estudo qualquer mulher com menos de 18 anos de idade.

### Procedimentos de recolha de dados

As potenciais participantes foram recrutadas por um processo de amostragem por conveniência, através da colaboração de organizações não-governamentais (ONG), que desenvolvem trabalho na área da redução de riscos e minimização de danos, junto desta população, nas áreas urbanas do Porto, Coimbra e Lisboa. Foram os profissionais destas instituições que apresentaram o entrevistador às potenciais participantes. Apesar da prática da prostituição não ser criminalizada em Portugal, o estigma associado ao trabalho sexual e especificamente às mulheres que o levam a cabo, continua muito presente na cultura portuguesa. Desta forma, as trabalhadoras do sexo, e muito especialmente, as prostitutas, fazem parte do que vem sendo designado na literatura metodológica por populações ocultas ou escondidas, e para o estudo das quais os métodos não-aleatórios são adequados (Faugier & Sargeant, 1997).

As entrevistas foram realizadas por um investigador nos locais de trabalho das prostitutas – rua, bares e apartamentos. Às mulheres convidadas a participar no estudo foi explicitado que a recusa em participar não afetaria os serviços de apoio prestados pelos profissionais das instituições colaboradoras. Foram também explicados os objetivos do estudo e o que a participação voluntária implicaria. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

e da unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). Os dados foram recolhidos através de um protocolo preenchido pelo investigador-entrevistador, tendo o anonimato e a confidencialidade dos mesmos sido assegurados.

## Instrumentos

O protocolo de recolha de dados é constituído por uma entrevista semi-estruturada, construída para o efeito e composta por três instrumentos, adaptados e validados para a população portuguesa. Os três instrumentos usados foram: o Questionário de Ideação Suicida de Reynolds (QIS), na sua versão portuguesa de Ferreira e Castela (1999); o *Social Support Questionnaire 6* (SSQ6), versão portuguesa de Pinheiro e Ferreira (2002) e o *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES), versão portuguesa de Santos e Maia (2003). Através da entrevista recolheram-se dados sobre a família, carreira na prostituição, vitimização, consumo de substâncias (drogas e álcool), comportamentos suicidários ao longo da vida e dados relativos à saúde mental. Foram ainda recolhidos dados sociodemográficos.

O Questionário de Ideação Suicida de Reynolds (QIS) foi usado para avaliar a ideação suicida das participantes. O QIS é constituído por 30 itens que avaliam pensamentos relativos ao suicídio numa escala tipo *Likert* de 1 *nunca pensei* a 7 *pensei sempre*, incluindo pensamentos suicidas desde pouco a muito graves. Para efeitos de avaliação, cada item é cotado de 0 a 6, num sentido crescente de gravidade, variando assim a pontuação total entre 0 e 180 (Ferreira & Castela, 1999). A versão portuguesa do QIS mostrou boa fiabilidade (alfa de Cronbach = 0,96) e também boa validade, com pontuações positivamente correlacionadas com as pontuações obtidas no Inventário da Depressão de Beck (Ferreira & Castela, 1999). A pontuação média para a população Portuguesa reportada por Ferreira e Castela (1999) foi de 23,04 (*DP* = 25,65).

O *Social Support Questionnaire 6* (SSQ6) foi usado para avaliar a perceção e a satisfação com o suporte social e o *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES) para avaliar autoestima das participantes. A sua descrição e respetivos resultados serão alvo de publicações em curso.

## Análise de dados

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o IBM SPSS Statistics versão 21.0. Calcularam-se estatísticas descritivas, usando como habitualmente as médias e os desvios padrões, as frequências e as percentagens. Para testar a existência de diferenças na suicidalidade das mulheres participantes, considerando a ideação suicida

e as tentativas de suicídio, devidas ao contexto da atividade de prostituição (rua ou interior), ao consumo ou não de drogas e à história de saúde mental (existência ou não de doença mental) foram usados testes *t* de *student* para amostras independentes e testes de qui-quadrado.

## RESULTADOS

### Características das participantes

Participaram neste estudo 301 mulheres das regiões do Porto, Coimbra e Lisboa. As idades das participantes variaram entre os 19 e os 70 anos ( $M = 37,7$ ;  $DP = 11,1$ ) e a maioria eram portuguesas (57,1%). As características sociodemográficas das mulheres participantes estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1  
*Características das participantes*

	<i>N</i>	%
<b>Participantes</b> ( $N = 301$ )		
Porto	110	36,5
Coimbra	65	21,6
Lisboa	126	41,9
<b>Nacionalidade</b> ( $N = 301$ )		
Portuguesa	172	57,1
Brasileira	96	31,9
Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP)	23	7,6
Outros	10	3,4
<b>Idade</b> ( $N = 300$ ) varia 19-70 anos $M = 37,7$ ; $DP = 11,1$		
<32	99	33,0
32-42	97	32,0
>42	104	34,7

Tabela 1 (Continuação)  
*Características das participantes*

	N	%
<b>Estado civil (N = 300)</b>		
Solteira	158	52,7
Divorciada	71	23,7
Casada	49	16,3
União de facto	12	4,0
Viúva	10	3,3
<b>Com filhos (N = 301)</b>		
Sim	215	71,4
Não	84	27,9
Grávida	2	0,7
<b>Contexto de prostituição (N = 301)</b>		
Rua	124	41,2
Interior	177	58,8
<b>Anos de prostituição (N = 301) varia 0,05-37 anos M = 7,8; DP = 8,2</b>		
<12 meses	43	14,3
1-2 anos	55	18,3
3-4 anos	49	16,3
5-10 anos	73	24,3
>10 anos	81	26,9
<b>Escolaridade (N = 301)</b>		
Sem escolaridade	18	6,0
1º ciclo ensino básico	40	13,3
2º ciclo ensino básico	54	17,9
3º ciclo ensino básico	79	26,2
Ensino secundário	83	27,6
Frequência universitária	20	6,6
Ensino superior	7	2,3

## Características da atividade de prostituição

Relativamente às características da atividade da prostituição, 41% das participantes exercem a atividade sexual em contexto de rua e 59% em bares e apartamentos, ou seja, em contextos designados de interior. A experiência de prostituição das participantes está descrita na Tabela 2.

Tabela 2

*Características da atividade de prostituição*

	N	%
<b>Contexto de prostituição (N = 301)</b>		
Rua	124	41,2
Interior	177	58,8
<b>Anos de prostituição (N = 301) varia 0,05-37 anos M = 7,8; DP = 8,2</b>		
<12 meses	43	14,3
1-2 anos	55	18,3
3-4 anos	49	16,3
5-10 anos	73	24,3
>10 anos	81	26,9
<b>Razões/motivos da iniciação da prostituição (N = 212)</b>		
Económicos – carência económica, falta de trabalho, dívidas, manter nível de vida melhor/luxos	149	70,3
Vida familiar	26	12,3
Opção pessoal/curiosidade	17	8,0
Obrigada por terceiros (companheiro/proxeneta/mãe)	11	5,2
Consumo drogas	9	4,2
<b>Alguma vez pensou em deixar a prostituição</b>		
Sim	273	91,0
Não	23	9,0

Tabela 2 (Continuação)

*Características da atividade de prostituição*

	N	%
<b>Razões/motivos da manutenção da prostituição (N = 210)</b>		
Económicos – carência económica, falta de trabalho, dívidas, manter nível de vida melhor/luxos	184	87,6
Vida familiar	11	5,2
Opção pessoal/curiosidade	8	3,8
Obrigada por terceiros (companheiro/proxeneta/mãe)	2	1,0
Consumo drogas	5	2,4
<b>Rendimento mensal médio da atividade prostituição (N = 295)</b>		
< 500 €	97	32,9
500 a 1000 €	80	27,1
1000 a 1500 €	44	14,9
> 1500 €	74	25,1
<b>Razões/motivos porque gostaria de cessar a prostituição (N = 189)</b>		
Razões ligadas à atividade da prostituição – cansaço, medo da violência, não gostar, não compensar	79	41,8
Desejo de uma vida normal – dignidade, outros objetivos de vida	67	35,4
Razões ligadas à saúde	22	11,6
Vida familiar	21	11,4
<b>Os familiares têm conhecimento da prática de prostituição (N = 298)</b>		
Sim	121	40,6
Não	177	59,4

**Ideação suicida e tentativas de suicídio**

Na Tabela 3, descrevem-se as participantes relativamente à suicidalidade, apresentando os valores médios para a ideação suicida e a prevalência das tentativas. São ainda descritos os

métodos usados nas tentativas de suicídio e a prevalência dos antecedentes suicidários na família. Relativamente à ideação suicida, verificou-se que o valor médio obtido na amostra de prostitutas é mais elevado que a média obtida para a população Portuguesa relatada por Ferreira e Castela (1999). Das participantes que responderam afirmativamente quando se perguntou se alguma vez se tentaram suicidar, mais de metade (63,8%) são recorrentes e 23,3% têm antecedentes familiares de comportamentos suicidários. Para cerca de 20,0% a última tentativa de suicídio ocorreu nos últimos 12 meses.

Tabela 3

*Ideação suicida e tentativas de suicídio*

	N	%
<b>Ideação suicida</b> (N = 285) varia 0-148 pontos M = 32,6; DP = 38,6		
<b>Tentativas de suicídio</b> (N=301)		
Sim	85	28,2
Não	216	71,8
<b>Há quanto tempo foi a última tentativa</b> (N = 82)		
< 12 meses	16	19,5
1-2 anos	22	26,8
2-3 anos	14	17,1
5-10 anos	13	15,9
> 10 anos	17	20,7
<b>Métodos utilizados nas tentativas de suicídio</b> (N = 84)		
Intoxicação medicamentosa ou <i>overdose</i> de drogas ilícitas	52	61,9
Cortes na pele com objetos cortantes	10	11,9
Enforcamento	8	9,5
Precipitação	4	4,8
Combinação de vários métodos	4	4,8
Afogamento	3	3,6
Acidente carro intencional	3	3,6
<b>Antecedentes familiares de tentativas de suicídio</b> (N = 301)		
Sim	70	23,3
Não	231	76,7

## Fatores relacionados com a suicidalidade

Contexto da prática de prostituição - rua e interior

Como já referido, 41,2% da amostra exerciam a sua atividade de prostituição na rua e 58,8% em apartamentos e bares, ou seja, em contextos de interior.

De acordo com o esperado verificou-se uma ideação suicida significativamente mais elevada nas prostitutas de rua ( $M = 39,17$ ;  $SD = 41,71$ ) que nas prostitutas de interior ( $M = 28,63$ ;  $SD = 36,06$ ;  $t(201) = 2,18$ ,  $p = ,031$ ;  $\eta^2 = 0,02$ ), embora a magnitude das diferenças de médias fosse pequena. Assim, confirmou-se a hipótese 1.

Ao contrário do previsto, a proporção de prostitutas de rua que já tentaram o suicídio (25,0%) não é significativamente diferente da proporção de prostitutas de interior que já tentaram o suicídio, sendo inclusivamente esta última superior (30,5%) [ $\chi^2$ (Yates' correction) = 0,84,  $df = 1$ ,  $p = ,360$ ]. Assim, a hipótese 2 não foi confirmada.

Consumos de drogas

Cerca de 11,0% da amostra ( $N = 32$ ) consumiu drogas no último mês, 16,0% ( $N = 48$ ) no último ano e 29,0% ( $N = 87$ ) já consumiram drogas em algum momento da vida.

De acordo com o esperado as prostitutas consumidoras de drogas apresentaram pontuações significativamente mais elevadas de ideação suicida ( $M = 54,2$ ;  $DP = 39,5$ ) que as prostitutas não-consumidoras ( $M = 28,6$ ;  $DP = 37,1$ ;  $t(283) = -4,21$ ,  $p = ,003$ ;  $\eta^2 = 0,03$ ) quando se consideram os consumos no último mês. As diferenças entre estes dois grupos – consumidoras e não-consumidoras – verificaram-se igualmente quando se consideram os consumos no último ano e em algum momento da vida e com magnitude de efeito mais elevadas à medida que se considera o período de tempo mais alargado. A ideação suicida média foi mais elevada nas prostitutas que consumiram drogas no último ano ( $M = 54,2$ ;  $DP = 39,5$ ) do que nas prostitutas que não consumiram ( $M = 28,6$ ;  $DP = 37,1$ ;  $t(283) = -4,21$   $p = ,000$ ,  $\eta^2 = 0,06$ ). A ideação suicida média foi igualmente mais elevada nas prostitutas que consumiram drogas em algum momento das suas vidas ( $M = 53,8$ ;  $DP = 40,1$ ) do que nas prostitutas que nunca consumiram ( $M = 24,2$ ;  $DP = 34,6$ ;  $t(129,7) = -5,84$ ,  $p = ,000$ ,  $\eta^2 = 0,11$ ). Assim, confirmou-se a hipótese 3.

No mesmo sentido, verificou-se que a proporção de prostitutas consumidoras de drogas que já tentaram o suicídio (52,9%) foi significativamente superior à proporção das prostitutas não-consumidoras (18,2%). [ $\chi^2$ (Yates' correction) = 34,96,  $df = 1$ ,  $p = ,000$ ], quando considerados os consumos ao longo da vida. Da mesma forma, a proporção de prostitutas que consumiram no último ano (54,2%) foi significativamente superior

às que não consumiram (23,3%) [ $\chi^2(\text{Yates' correction}) = 17,45, df = 1, p = ,000$ ]. Este resultado verificou-se também quando se consideraram os consumos no último mês: a proporção prostitutas que efetuaram consumos durante os últimos 30 dias com tentativas de suicídio (53,1%) foi significativamente superior às que não consumiram (25,3%) [ $\chi^2(\text{Yates' correction}) = 9,61, df = 1, p = ,002$ ]. Assim, confirmou-se a hipótese 4.

## Saúde mental

Cerca de metade das participantes referiu ter tido um diagnóstico de doença mental (49,2%), sendo que 38,0% destas mulheres estão atualmente em acompanhamento psicológico ou médico. Porém uma percentagem não desprezível (16,0%) referiu não ter tido seguimento por parte de profissionais de saúde na sequência deste diagnóstico. Cerca de 25,0% destas mulheres com diagnóstico psicopatológico estiveram internadas. A patologia mais frequentemente relatada foi a depressão (57,1%), seguindo-se a ansiedade (20,4%), a comorbilidade entre as duas anteriores (6,3%), a doença bipolar (4,8%) e outras (2,7%). A doença mental foi diagnosticada há menos de um ano em 17,9% destas mulheres, para 28,6% este diagnóstico aconteceu entre 1 a 3 anos atrás, para 25,7% entre 5 a 10 anos e para 27,9% foi há mais de 10 anos que a psicopatologia foi identificada.

De acordo com o esperado as participantes com diagnóstico de doença mental apresentaram pontuações significativamente mais elevadas de ideação suicida ( $M = 43,42; DP = 40,73$ ) que as participantes sem diagnóstico de doença mental ( $M = 22,34; DP = 33,41; t(267,1) = -4,77 p = ,000, \eta^2 = 0,07$ ). Assim, confirmou-se a hipótese 5.

Por fim, verificou-se que a proporção de prostitutas com diagnóstico de doença mental que já tentaram o suicídio (40,5%) foi significativamente superior à proporção das mulheres sem diagnóstico de doença mental que o tentaram (16,3%) [ $\chi^2(\text{Yates' correction}) = 20,56, df = 1, p = ,000$ ]. Assim, confirmou-se a hipótese 6.

## DISCUSSÃO

Os comportamentos suicidários em populações marginalizadas e estigmatizadas, também ditas de populações ocultas, é uma área lacunar da investigação em suicidologia. O objetivo deste estudo, e particularmente deste capítulo, foi caracterizar as prostitutas de rua e de interior e a sua atividade profissional, avaliar a ideação suicida e determinar a prevalência ao longo da vida dos comportamentos suicidários e caracterizar as participantes relativamente a potenciais fatores de risco e protetores dos

comportamentos suicidários. Tendo em vista estes objetivos, foram entrevistadas 301 mulheres, incluindo prostitutas que exerciam a sua atividade na rua e prostitutas cuja prática da prostituição ocorria em bares e apartamentos. Especificamente, neste capítulo abordaram-se: o contexto de prostituição rua versus interior, o consumo de drogas e a saúde/doença mental. Pretendeu-se assim, em termos genéricos, contribuir para a construção de conhecimento empírico nesta área e para a elaboração de medidas ou práticas preventivas baseadas na evidência. Ao longo da discussão abordam-se alguns dos principais resultados do estudo e algumas das suas principais implicações, assim como se indicam algumas sugestões para futuras análises e investigação.

De acordo com os estudos anteriores na área (Clarke et al., 2012; Teixeira & Oliveira, 2017), o presente estudo vem reforçar que as ideias suicidas e as tentativas de suicídio são comuns entre as prostitutas. Este estudo mostrou que a ideação suicida nesta população tende em média a ser superior à da média da população geral. Estes resultados fortalecem a pertinência de elaborar medidas preventivas especificamente direcionadas para esta população.

Outro dos principais resultados encontrados neste estudo e alvo deste capítulo é a confirmação da doença mental e dos consumos de drogas enquanto fatores de risco para os comportamentos suicidários e da sua considerável prevalência na amostra deste estudo. Cerca de metade das prostitutas entrevistadas relataram ter sido diagnosticadas com algum tipo de doença mental e cerca de 30,0% consumiram drogas em algum período da sua vida.

Em relação ao contexto da prostituição, os resultados apresentados neste capítulo não confirmaram totalmente as hipóteses formuladas. De facto, verificou-se uma ideação tendencialmente mais elevada nas prostitutas de rua que nas que trabalham em bares e apartamentos, embora com uma magnitude entre as diferenças baixa. Mas a proporção de prostitutas de rua que já tentaram o suicídio não é significativamente diferente da encontrada nas prostitutas de interior. Ou seja, os resultados obtidos parecem indicar que o contexto rua versus interior, por si só, é pouco preponderante na suicidalidade destas mulheres. Na literatura encontram-se estudos em que a prevalência de comportamentos suicidários é mais elevada nas prostitutas de rua, mas também estudos que contrariam esta tendência (Shahmanesh et al., 2009). Assim, sugere-se que se efetuem análises incluindo outras variáveis que possam moderar ou mediar esta relação, funcionando enquanto fatores de risco ou protetores, como por exemplo, o suporte social, o isolamento, características da vida familiar e a vitimação. Ainda a este propósito, de referir um resultado relativo a estas mulheres e à prática da prostituição e que reforça a característica oculta da população, do estigma associado a esta atividade e do isolamento em que se podem encontrar estas mulheres: 59,0% dos familiares das prostitutas entrevistadas desconheciam que elas se prostituíam.

O uso de drogas nesta população tem índices elevados e tem vindo a ser associado ao aumento de fatores adversos ligados à prática da prostituição (Clark et al., 2012; Gilchrist et al., 2005). Neste estudo, os consumos de drogas, verificados numa percentagem considerável da amostra, surgem associados a ideação suicida mais elevada e a uma maior prevalência de tentativas de suicídio. Este resultado está de acordo com o encontrado em estudos anteriores (Gilchrist et al., 2005). Estes dados reforçam a pertinência de implementar um plano de formação na área específica dos comportamentos suicidários dirigido aos profissionais psicossociais dos serviços comunitários de intervenção na área das drogas e redução de riscos e minimização de danos. Esta abordagem de redução de riscos e danos é uma área da saúde pública considerada fundamental e reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (2008) enquanto conjunto de boas práticas. Entre os objetivos principais desta intervenção estão a redução da mortalidade através da identificação precoce e tratamento de patologias que podem estar associadas ao consumo, assim como a promoção da saúde em termos gerais (Organização Mundial de Saúde, 2008). Esta intervenção tem sido dirigida prioritariamente para a prevenção VIH/SIDA e Portugal tem recebido o reconhecimento internacional de exemplo de boas práticas na área. Uma vez que estas práticas de redução de danos estão sedimentadas no nosso país, poder-se-á antever que a introdução de práticas direcionadas para a deteção de risco suicidário e subsequente intervenção preventiva, através das equipas que já atuam com estas populações, seja eficaz. Ou seja, a formação dos designados técnicos de terreno ou proximidade, equipas de ruas e outros profissionais da área psicossocial na prevenção do suicídio, terá potencialidade para reduzir os comportamentos suicidários nesta população. A este propósito acresce ainda que na maioria dos países europeus a taxa global de mortes por suicídio é mais elevada que a taxa global de mortes por SIDA (infecção pelo VIH; EUROSTAT, 2018). Ainda que se tratem de dados relativos à população geral, é mais um argumento válido que justifica investimento na área específica alvo deste capítulo.

A associação entre problemas de saúde mental e os comportamentos suicidários é fortemente apoiada por evidências empíricas, salientando-se a depressão entre os principais fatores de risco (Bertolote et al., 2004). O presente estudo confirma a alta prevalência de problemas de saúde mental entre as mulheres prostitutas, estando de acordo com resultados encontrados em investigações anteriores (Gilchrist et al., 2005; Teixeira & Oliveira, 2017). O presente estudo encontrou também, tal como era esperado, uma associação entre a presença da doença mental e a suicidalidade destas mulheres. As mulheres diagnosticadas com doença mental apresentaram em média uma ideação suicida mais elevada e uma maior propensão para tentarem o suicídio. Acresce que uma percentagem não desprezível das mulheres refere que, apesar de terem recebido um diagnóstico indicando doença mental, não foram seguidas relativamente à mesma. Estes resultados aconselham uma especial atenção à articulação entre os serviços comunitários existentes de apoio psicossocial e as equipas de intervenção especializadas em saúde mental, no sentido da agilização ao acesso a estes profissionais de saúde.

## CONCLUSÃO

Os dados do presente estudo, apresentados neste capítulo, assim como dados de estudos anteriores, indicam que as mulheres que se prostituem constituem um grupo de risco relativamente aos comportamentos suicidários. Entre os vários fatores que podem influenciar o risco de suicídio desta população, a elevada prevalência de problemas de saúde mental e de consumo de drogas, associam-se de forma clara à existência de tentativas de suicídio e a níveis mais elevados de ideação suicida. Importa agora perceber, nomeadamente através de novas análises, procurando estabelecer modelos de moderação, o papel de outros fatores quer adversos (e.g. vitimação), quer protetores (e.g. suporte social). As ações preventivas direcionadas para esta população serão tanto mais específicas e adaptadas, quanto mais se conhecer acerca dos fatores de risco e dos fatores protetores, considerando-se quer fatores comuns à população geral, quer fatores específicos ligados à prática da prostituição. Ambicionando a construção de uma suicidologia compreensiva e abrangente, seria importante também, perceber a suicidalidade destas mulheres, através das suas próprias explicações, razões e interpretações das relações da mesma com as suas experiências de vida. Sugere-se assim a continuidade deste estudo em que seja privilegiada a entrevista semi-estruturada enquanto metodologia de recolha de dados e a análise qualitativa das narrativas das mulheres prostitutas.

Para terminar importa referir que existem algumas limitações metodológicas neste estudo e neste capítulo em particular, que se devem ter em consideração perante as implicações dos resultados. Em primeiro lugar, os resultados apresentados, são preliminares, não estando concluído todo o plano de análises e podendo ainda existir eventuais ajustes e correções estatísticas. Em segundo lugar, a presença de doença mental neste estudo foi avaliada através da medida de autorrelato de ter recebido ou não algum diagnóstico. Seria interessante cruzar com dados resultantes de instrumentos de autorresposta que avaliem a psicopatologia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bertolote, J. M., Fleischman, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: Revisiting the evidence. *Crisis, 25*(4), 147-155. doi: 10.1027/0227-5910.25.4.147
- Bohórquez, I. M., Caballero, S., Carrera, L., Chávez, R., Espinoza, R., Flores, L., . . . Pereyra, H. (2010). Factores asociados a síntomas depresivos en trabajadoras sexuales. *Anales de la Facultad de Medicina, 71*(4), 277-282. doi: 10.15381/anales.v71i4.108
- Bungay, V., Halpin, M., Halpin, P., Johnston, C., & Patrick, D. (2012). Violence in the massage parlor industry: Experiences of Canadian-born and immigrant women. *Health Care for Women International, 33*(3), 262-284. doi: 10.1080/07399332.2011.603868

- Clarke, R., Clarke, E., Roe-Sepowitz, D., & Fey R. (2012). Age at entry into prostitution: Relationship to drug use, race, suicide, education level, childhood abuse, and family experiences. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 22(3), 270–289. doi: 10.1080/10911359.2012.655583
- Direção-Geral da Saúde DGS (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017. Programa Nacional para a Saúde Mental 2013/2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde.
- EUROSTAT (2018). *Eurostat database: Causes of death*. Recuperado de [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth\\_cd\\_asdr2&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_asdr2&lang=en) (consultado a 7Jan 2018)
- Faugier, J., & Sargeant, M. (1997). Sampling hard to reach populations. *Journal of Advanced Nursing*, 26(4), 790–797. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.00371.x
- Ferreira, J., & Castela, M. (1999). Questionário de ideação suicida (Q.I.S.) [Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ)]. In M. Simões, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 123-130). Braga, Portugal: APPORT/SHO.
- Gilchrist, G., Gruer, L., & Atkinson, J. (2005). Comparison of drug use and psychiatric morbidity between prostitute and non-prostitute female drug users in Glasgow, Scotland. *Addictive Behaviors*, 30(5), 1019-1023. doi: 10.1016/j.addbeh.2004.09.003
- González-Forteza, C., Rodríguez, E. M., Fuentes de Iturbe, P., Vega, L., & Jiménez Tapia, A. (2014). Correlatos psicosociales de depresión y riesgo de suicidio en trabajadoras sexuales del Estado de Hidalgo, México. *Salud Mental*, 37(4), 349-354. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n4/v37n4a9.pdf>
- Gu, J., Lau, J. T., Li, M., Li, H., Gao, Q., Feng, X., . . . Hao, Y. (2014). Socio-ecological factors associated with depression, suicidal ideation and suicidal attempt among female injection drug users who are sex workers in China. *Drug and Alcohol Dependence*, 144, 102-110. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.08.011
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373–2382. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5
- Organização Mundial de Saúde. (2009). *Management of common health problems of drug users*. New Delhi, India: Author.
- Pinheiro, M. R., & Ferreira, J. A. (2002). O questionário de suporte social: Adaptação e validação da versão portuguesa do Social Support Questionnaire (SSQ6). *Psicologica*, 30, 315-333.
- Sanders, T., Cunningham, S., Platt, L. Grenfell, P., & Maciotti, P. (2017). *Reviewing the occupational risks of sex workers in comparison to other 'risky' professions*. London, UK: University of Leicester.
- Santos, J. C. (2015). Suicide: Can we prevent the most mysterious act of the human being? *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Ed. Esp. 2, 7-8. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe2/nspe2a01.pdf>
- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 8(2), 253-268. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16170/2/SantoseMaia2003000077930.pdf>

- Shahmanesh, M., Wayal, S., Cowan, F., Mabey, D., Copas, A., & Patel, V. (2009). Suicidal behavior among female sex workers in Goa, India: The silent epidemic. *American Journal of Public Health, 99*(7), 1239-1246. doi: 10.2105/AJPH.2008.149930
- Tang, Z., Zhang, C., Li, X., Liu, Y., Su, S., Zhou, Y., & Shen, Z. (2015). HIV risk among female sex workers with different patterns of drug use behaviors in Southwest China: A cross-sectional study. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV, 27*(3), 293-300. doi: 10.1080/09540121.2014.980214
- Teixeira, A. (2014). Comportamentos suicidários em prostitutas. In C. Braz Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e comportamentos autolesivos: Dos conceitos à prática clínica* (pp. 435-443). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Teixeira, A., & Oliveira, A. (2017). Exploratory study on the prevalence of suicidal behavior, mental health, and social support in female street sex workers in Porto, Portugal. *Health Care for Women International, 38*(2), 159-166. doi: 10.1080/07399332.2016.1192172



## CAPÍTULO X

# QUALIDADE DE VIDA, STRESS, ANSIEDADE E IDEIAÇÃO SUICIDA EM DOENTES CRÓNICOS INSUFICIENTES RENAIIS EM HEMODIÁLISE

António Manuel da Cruz Oliveira Fernandes  
José Carlos Santos

## ENQUADRAMENTO

Os rins são fundamentais na manutenção da homeostasia e na eliminação dos produtos finais do metabolismo e outros produtos tóxicos. São órgãos responsáveis por: modular a excreção de água, sódio, potássio, cálcio, magnésio, cloro, hidrogénio, fosfato e bicarbonato, mantendo constante o volume e a composição do líquido extra celular; manter o equilíbrio hidroelectrolítico e o equilíbrio acido-base; excretar os produtos do metabolismo azotado como a ureia, a creatinina e o ácido úrico; desempenhar funções endócrinas como segregar eritropoietina, renina, prostaglandinas, quininas entre outras (Pataca citado por Tavares, 2012).

A Insuficiência Renal Crónica (IRC), um problema de saúde pública a nível mundial, caracterizada pela sua progressividade, que decorre da perda da função renal, impedindo a eliminação eficaz de resíduos metabolizados pelo organismo. Esta condição não contempla uma expectativa de cura, mas sim, o prolongamento da cronicidade com acompanhamento e tratamento adequados (Thomas & Alchieri, 2005).

Existe uma degradação da função renal de forma gradual e irreversível, tendo um grande impacto no contexto social. O aumento da esperança média de vida e consequentemente envelhecimento populacional, proporciona um acréscimo das doenças crónicas como a diabetes e a Hipertensão Arterial (HTA), que são algumas causas da IRC (Fermi, 2010).

Estima-se que cerca de 800.000 portugueses sofram de IRC (Vinhas, 2007), embora a grande maioria não tenha conhecimento, ou seja, a IRC pode afetar cerca de um em

cada dez Portugueses adultos. Anualmente, iniciam hemodiálise ou fazem transplantes, aproximadamente 2000 portugueses pois os seus rins perdem a função completa (Macário, 2016). Em 2015, e de acordo com o Relatório do Gabinete de Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (Macário, 2016):

- 2.352 doentes iniciaram tratamento substitutivo da função renal (2106 Hemodiálise (HD), 229 diálise peritoneal e 17 transplantados);
- Existiam 18.928 doentes em tratamento substitutivo da função renal, com idade média de 66,79 anos (em HD e diálise peritoneal);
- Em HD existiam 6.788 homens e 4.739 mulheres, em diálise peritoneal 444 homens e 307 mulheres e havia 4.149 homens e 2.514 mulheres transplantadas (Macário, 2016).

Quando a IRC evolui para falência terminal, a função renal tem de ser substituída por uma das técnicas de substituição disponíveis como o transplante renal, a diálise peritoneal ou a HD. Nenhuma destas técnicas tem como objetivo curar a patologia renal mas sim substituir a sua função.

A HD, como terapêutica de substituição renal, é a mais frequente a nível mundial. Esta técnica permite, utilizando uma máquina e um circuito extra corporal, passar o sangue da pessoa através de um dialisador (“rim artificial”), com o objetivo de remover os produtos tóxicos acumulados, eliminar os líquidos em excesso e repor substâncias em falta. O sangue flui através das membranas semipermeáveis do dialisador, que são simultaneamente banhadas por um líquido chamado banho dialisante e, por um processo de difusão e osmose, realizando-se as trocas de líquidos, eletrólitos e toxinas do sangue para o banho. O sangue e o banho circulam em direções opostas através do dialisador, para manter no máximo, os gradientes químicos e osmóticos. Para remover os líquidos, aplica-se uma pressão hidrostática positiva ao sangue e uma pressão hidrostática negativa ao banho. A diferença entre os dois valores representa a pressão transmembranária e conduz à remoção dos líquidos do espaço vascular, por um processo designado de ultrafiltração (Marchão, Cachado, Matias, Sousa, & Pimenta, 2011).

Quando uma pessoa é afetada por uma doença crónica tem de modificar o seu estilo de vida de modo a poder viver o melhor possível com as alterações/limitações impostas pela doença. De acordo com as características das pessoas e da sua interação com o meio envolvente, algumas ajustar-se-ão melhor e mais facilmente que outras. A estas alterações dá-se o nome de ajustamento ou adaptação, sendo que, o ajustamento serve para designar o comportamento resultante dessa interação, momento a momento, com o meio envolvente, enquanto a adaptação é mais estrutural (Pais-Ribeiro et al., 2010).

A incapacidade dos doentes para se ajustarem à doença pode levar a efeitos negativos como a não-adesão ao tratamento ou a percepção de diminuição da Qualidade de Vida (QdV). Por outro lado, esta incapacidade apresenta-se como uma variável psicológica que aumenta a ansiedade e depressão.

Segundo Feroze, Martin, Reina-Patton, Kalantar-Zadeh e Kopple (2010), são muitos os desafios que surgem às pessoas com IRC e que iniciam HD como: gestão da doença (adesão ao tratamento e terapêutica); ajustamento à dieta e redução de fluidos; manutenção dos relacionamentos com amigos, família e trabalho; adaptação (coping) à raiva, medo, ansiedade, frustração e tristeza por ter uma doença crónica; aceitar a disrupção do seu quotidiano; confronto com a sua própria mortalidade e esperança média de vida mais curta; ou aceitação da necessidade de hospitalizações frequentes.

É relevante a importância dos enfermeiros na identificação do tipo de transição que a pessoa está a vivenciar, para que possam desenvolver um plano de intervenção que seja adequado às necessidades reais da pessoa (Mota, Rodrigues, & Pereira, 2011).

A IRC é uma doença que transforma a vida da pessoa de forma determinante. O seu impacto biopsicossocial é multifatorial pois estão sujeitos aos fatores inerentes de uma doença crónica e, às restantes alterações do seu quotidiano devido à sua obrigatoriedade de dependência do tratamento. Cada pessoa encara de forma diferente a IRC mas é comum lidarem com situações de medo, perdas reais ou simbólicas e carência afetiva, tendo que modificarem quase na totalidade os seus hábitos de vida (Feroze et al, 2010; Frazão, Ramos, & Lino, 2011; Machado & Car, 2003).

Os sinais de ansiedade incluem preocupação, apreensão, inquietação e podem surgir sem que a presença de uma ameaça real seja conhecida, podendo parecer aos outros mesmo desproporcional à intensidade da emoção (Suriano, Lopes, Macedo, Michel, & Barros, 2009).

Para Carpenito-Moyet (2008), a ansiedade é um “estado em que o indivíduo ou grupo apresenta sentimento de desconforto (apreensão) e ativação do sistema nervoso autónomo em resposta a uma ameaça vaga, inespecífica” (p. 56).

Níveis elevados ou um período de tempo indeterminado de ansiedade, pode fazer com que esta seja paralisadora e gere mau estar, comprometendo o processo de adaptação e respetivo sucesso do tratamento. Pode inclusive torná-lo mais doloroso, reduzindo consideravelmente a QdV, além de poder evoluir para depressão (Barbosa & Radomile, 2006).

As características da IRC e da HD favorecem o aumento dos níveis de ansiedade devido à presença constante de situações ameaçadoras que a pessoa enfrenta. De entre os fatores que contribuem para esse aumento, destacam-se a restrição da dieta, diminuição

da capacidade sexual, alterações nas relações sociais e familiares, mudança do aspeto físico, medo de morrer e situação de trabalho/económica (Machado & Car, 2003).

Uma situação indutora de stresse é uma condição importante para a pessoa, criando-lhe um grau de exigência para o qual ela não se sente capaz nem tem recursos pessoais ou sociais para ultrapassar. O stresse é uma resposta necessária e adaptativa mas quando é intenso, repetitivo e prolongado, é suscetível de determinar consequências preocupantes que podem lesar o bem-estar psíquico da pessoa. O stresse tem repercussões consideráveis sobre a pessoa pois diminui a QdV (Serra, 2005). Por outro lado o stresse é útil pois se torna propulsivo, ou seja, constitui uma fonte de impulso que faz com que a pessoa tome decisões e resolva problemas, ajudando-a também a melhorar o seu funcionamento e aptidões (Serra, 2005).

O stresse do quotidiano é geralmente enfrentado por mecanismos de defesa ou compensação, tais com a alimentação, o exercício físico, a atividade sexual e consumo de substâncias aditivas (álcool ou tabaco). Devido às limitações impostas pelo tratamento da HD e à própria IRC, a pessoa não pode utilizar estes mecanismos (Ferreira & Anes, 2010).

A depressão é provavelmente o transtorno psiquiátrico mais comum nas pessoas com IRC (Almeida & Meleiro, 2000). Esta continua largamente a ser subdiagnosticada. Existem evidências de que a depressão diminuiu a aderência ao tratamento, diminui a QdV, é um fator de risco para a mortalidade cardiovascular, aumenta até 5% a taxa de suicídio e, conseqüentemente, é um preditor independente e potente de menor sobrevivência (Almeida & Meleiro, 2000).

De acordo com o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS; 2013-2017), ideação suicida são pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida, podendo apresentar-se sob a forma de desejos e/ou plano para cometer suicídio não havendo necessariamente passagem ao ato (Direcção-Geral da Saúde, 2013).

Num estudo longitudinal feito por Junior et al. (2008), sobre o risco de suicídio em doentes em hemodiálise, os resultados revelam que a ideação suicida relaciona-se com a mortalidade por IRC em todas as suas fases, seja na diálise seja no pós-transplante.

A ideação e tentativa de suicídio estão associadas à depressão e ansiedade na população em geral. A elevada taxa de suicídio está associada à fraca qualidade de vida, sendo crucial identificar nas pessoas com IRC em HD as relações entre os problemas psicológicos e o risco de suicídio (Chen et al., 2010).

O sentimento de depressão manifestado por desânimo, desespero, desesperança, pessimismo e impotência face às limitações da IRC em HD leva-os a pensar se valerá a pena continuar a viver deste modo (Wauters citado por Ferreira & Anes, 2010).

QdV é um conceito subjetivo relacionado com as percepções da pessoa envolvendo fatores culturais, modelos mentais, necessidades e expectativas que influenciam a definição (Dias, 2008).

A OMS define QdV como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (World Health Organization, 1997).

Há cerca de 40 anos atrás, as pessoas com IRC em fase terminal tinham determinado uma morte a curto prazo, mas os tratamentos de substituição da função renal mudaram esse desfecho. Para que isto fosse possível foi necessário um trabalho intenso focado no objetivo de lhes prolongar a vida. Nos dias de hoje, havendo já uma razoável sobrevida para estas pessoas, adiciona-se um novo objetivo que é a sua QdV (Almeida, 2003).

Qualquer uma das modalidades de substituição da função renal, apresenta vantagens e desvantagens para a pessoa mas, todas impõem mudanças ao estilo de vida, limitações e uma nova percepção da QdV. A monitorização da QdV nas pessoas com IRC em HD é necessária, pois existe a relação desta com a falta de adesão, aumento das taxas de internamento e mortalidade (Figueiredo, 2012).

### **Justificação do estudo**

Ao pesquisar bibliografia nacional e internacional sobre a temática escolhida, embora existam diversos estudos sobre QdV, depressão, ansiedade, stresse e suicídio, constatámos que eram escassos os trabalhos onde correlacionassem estas diversas componentes da saúde mental nas pessoas com IRC em HD. Considerámos ainda, fruto da nossa experiência profissional, a exercer funções numa unidade de transplantação renal e, convivendo diariamente com pessoas que procuram no transplante a melhor terapia substitutiva da função renal com a esperança de melhorar os níveis de QdV e saúde mental, que era importante avaliar estas duas dimensões.

Deste modo, foram traçados os seguintes objetivos: i) caracterizar a saúde mental através da depressão, da ansiedade, do stresse e da ideação suicida; ii) caracterizar a qualidade de vida nas pessoas com insuficiência renal crónica em hemodiálise; iii) analisar a relação entre a qualidade de vida, a ansiedade, stresse e a ideação suicida nas pessoas com insuficiência renal crónica em hemodiálise; e iv) analisar a qualidade de vida, a depressão, a ansiedade, stresse e a ideação suicida nas pessoas com insuficiência renal crónica em hemodiálise, em função do género, do tempo em HD e medicação.

## METODOLOGIA

Tendo em conta os objetivos delineados, foi desenvolvido um estudo quantitativo, transversal e descritivo-correlacional.

Para esta investigação e por questões logísticas e de acessibilidade, foi considerada como população do estudo, as pessoas com IRC em HD, dos centros de HD de Aveiro, Águeda, Coimbra e Pombal, constituindo uma amostra por conveniência.

Foram incluídos no estudo todas as pessoas que aceitaram livremente participar na investigação. Foram dadas as informações necessárias aos enfermeiros chefes dos respetivos centros, que informaram a restante equipa, de como proceder à entrega dos questionários junto das pessoas.

Os dados foram recolhidos entre julho e novembro de 2013, num total de 105 inquiridos validados numa população total de cerca de 410.

Para a recolha de dados foi elaborado um questionário com duas partes distintas, de forma a caracterizar a população no que respeita aos dados sociais e às variáveis de saúde mental. Foram utilizadas as seguintes escalas:

- Kidney Disease and Quality of Live-Short Form (KDQOL-SF), original de Hays et al. (1997) e validada para Portugal por Ferreira & Anes (2010);
- Questionário de Ideação Suicida (QIS), original de Reynolds (1988) e validada para Portugal por Ferreira e Castela (1999);
- Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS), original de Lovibond e Lovibond (1995) e validada para Portugal por Apóstolo, Mendes e Azeredo (2006).

As escalas utilizadas revelaram boa consistência interna com valores de Alfa de Cronbach, na sua amirria entre 0,71 e 0,91. Foi ainda realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov tendo sido constatada não haver uma distribuição normal da amostra, pelo que na análise estatística foram usados testes não-paramétricos.

A aplicação dos questionários foi autorizada pelos autores e pelos centros de hemodiálise. Os respondentes deram o seu consentimento informado de forma livre e esclarecida.

## RESULTADOS

Verificou-se que a maioria dos 105 inquiridos, concretamente 69,5%, era do sexo masculino. As idades situaram-se entre 28 e 87 anos, sendo a média  $62,78 \pm 13,32$  anos. 32,4% das

peças com IRC em HD tinham idades compreendidas entre 70 e 80 anos, seguidos de 27,6% cujas idades se situaram entre 60 e 70 anos e de 20% cujas idades estavam compreendidas entre 50 e 60 anos. Metade dos elementos da amostra tinha, pelo menos, 65 anos.

Quanto à escolaridade, verificámos que 41,9% das pessoas com IRC em HD possuíam, apenas, o 1º Ciclo do Ensino Básico, seguindo-se 19% que tinham o 2º Ciclo do mesmo nível de ensino e de 12,4% que disseram possuir o 3º Ciclo. Verificámos, também, que 10,5% apenas sabiam escrever e que 1,9% eram analfabetos.

No que concerne à constituição do agregado familiar, constatou-se que 44,7% viviam com o cônjuge e 22,8% coabitavam com o cônjuge e filhos. Verificámos, ainda, que 12,3% viviam sozinhos.

Quanto aos aspetos relacionados com a doença que caracterizam a amostra em estudo, verificámos que o tempo em HD se situou entre 1 e 22 anos, sendo a média  $3,83 \pm 4,11$  anos. A maioria das pessoas com IRC em HD, concretamente 68,6%, fazia HD há menos de 5 anos e metade referiu tempos iguais ou inferiores a 2 anos.

Quanto ao tempo decorrido entre o diagnóstico da IRC e o início da HD, constatámos que 55,2% dos elementos da amostra referiu valores inferiores a 5 anos e metade indicou tempos iguais ou inferiores a 2 anos. Os valores observados situaram-se entre 0 e 48 anos, sendo a média  $6,53 \pm 9,01$  anos.

Quase todas as pessoas com IRC em HD, exatamente 93,3%, consideraram que possuíam a informação prévia sobre a doença.

Relativamente ao tempo gasto no trajeto de residência ao centro de hemodiálise, verificámos que os inquiridos indicaram valores entre 3 e 60 minutos sendo a média  $25,38 \pm 14,78$  minutos. Verificámos, ainda, que 27,6% referiram tempos entre 30 e 40 minutos, seguidos de 20,9% que indicaram entre 10 e 20 minutos e de 20% que referiram tempos entre 20 e 30 minutos. Metade dos elementos da amostra indicou tempos de residência ao centro iguais ou inferiores a 25 minutos.

No que concerne à medicação, constatou-se que 19% tomavam ansiolíticos, 6,7% antidepressivos e 9,5% tomavam ambos os grupos de medicamentos (ansiolítico e antidepressivo). Agrupando as categorias de medicamentos, verificámos que 45,9% dos elementos da amostra tomavam ansiolítico, antidepressivo e/ou antipsicótico e 54,1% tomavam outros tipos de medicamentos.

Os resultados médios da escala DASS, conforme se pode ver na Tabela 1, revelam que os elementos da amostra demonstraram baixos níveis de depressão, ansiedade e stresse.

Tabela 1

*Resultados da avaliação da depressão, ansiedade e stresse*

Escola DASS		s	xmin	xmáx
Depressão	4,50	4,83	0	20
Ansiedade	4,41	4,19	0	18
Stresse	5,52	5,05	0	19
Global	14,43	13,02	0	51

Podemos afirmar, de acordo com a Tabela 2, que a generalidade dos inquiridos não revelou risco de suicídio. Constatámos também que a maioria, concretamente 89,5%, não apresentava risco de suicídio. No entanto, 8,6% evidenciavam esse risco.

Tabela 2

*Resultados da avaliação da gravidade dos pensamentos suicidas*

Escola QIS	n	%
Sem risco	94	89,5
Com risco	9	8,6
Sem avaliação	2	1,9

$\bar{x} = 11,45$ ;  $Md = 3,00$ ;  $s = 24,07$ ;  $xmin = 0$ ;  $xmáx = 162$

Os elementos da amostra em estudo revelaram maior QdV, nas dimensões encorajamento do pessoal de diálise, qualidade da interação social, sintomas/problemas, função cognitiva e função sexual. Por sua vez as dimensões peso da doença renal e atividade profissional forma as que apresentaram scores mais baixos, conforme podemos constatar na Tabela 3.

Tabela 3

*Resultados da avaliação da qualidade de vida da pessoa com IRC em HD*

<b>EscaLa ESRD</b>	<b>s</b>	<b>xmin</b>	<b>xmáx</b>	
Sintomas/problemas	78,20	13,06	47,92	100,00
Efeitos da doença renal na vida diária	73,25	21,24	21,88	100,00
Peso da doença renal	34,15	24,73	0,00	93,75
Atividade profissional	34,15	42,48	0,00	100,00
Função cognitiva	76,91	19,89	33,33	100,00
Qualidade da interação social	81,46	15,02	46,67	100,00
Função sexual	76,83	27,75	0,00	100,00
Sono	63,84	22,84	22,50	100,00
Apoio social	73,98	28,88	0,00	100,00
Encorajamento do pessoal de diálise	84,14	18,33	37,50	100,00
Satisfação do doente	70,32	21,89	33,33	100,00
Saúde geral	56,19	19,92	0,00	100,00

Foi feita análise inferencial relacionando as diferentes variáveis tendo sido encontrada uma correlação fraca ( $r = 0,35$ ,  $p = 0,012$ ) estatisticamente significativa, após a realização do coeficiente de correlação de Spearman, entre a idade e a ideação suicida.

Para analisar a relação entre a medicação e as diferentes variáveis foi utilizado o teste U de Mann-Whitney, o qual permitiu constatar existem diferenças estatisticamente significativas em termos de depressão ( $p = 0,023$ ), stresse ( $p = 0,016$ ) e no global ( $p = 0,021$ ). Na gravidade dos pensamentos suicidas não foi observada diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,158$ ). As pessoas que tomam ansiolíticos, antidepressivos e/ou antipsicóticos têm scores mais elevados na depressão, ansiedade e no global da escala DASS.

Os scores encontrados revelam ainda uma diferença na questão de género, após a utilização do teste U de Mann-Whitney, existindo diferença estatisticamente significativa nas dimensões ansiedade ( $p = 0,038$ ), stresse ( $p = 0,024$ ) e global da escala DASS-21 ( $p = 0,049$ ). Existe também diferença estatisticamente significativa na escala referente à gravidade dos pensamentos suicidas ( $p = 0,015$ ). Os valores observados para as medidas de tendência central revelam que as pessoas do género feminino tendem a revelar maiores níveis de ansiedade e de stresse.

## DISCUSSÃO

No presente estudo, constituído por 105 pessoas com IRC em HD, 69,5% são do sexo masculino com média de idade de 62,78 anos, o que não é muito diferente da população global em HD, de acordo os dados da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, referente a 2013, 58,6% das pessoas em HD são do sexo masculino e a idade média de 66,89 anos. Diversos estudos em pessoas com IRC em HD, reforçam o género masculino como predominante neste tipo de população (Castro, Caiuby, Draibe, & Canziani, 2003). Já Neugarten, Acharya e Silbiger (2000) referem que, tendo em conta o género, o homem com IRC tem uma diminuição da função renal mais rápida que a mulher.

Verificou-se que 41,9% possuíam apenas o 1º ciclo do ensino básico. No estudo de Castro et al. (2003), onde avaliam a QdV em pessoas com IRC em HD, 48% da sua amostra tem 4 anos de escolaridade. Sabe-se que as pessoas com mais anos de estudo, podem possuir capacidades intelectuais capazes de criar melhor adaptação emocional às consequências da IRC e respetivo tratamento (Guedes e Guedes, 2012; Martins e Cesarino, 2005).

Relativamente ao agregado familiar, 44,7% vivem com o conjugue e 12,3% sozinhos. Porém, as pessoas que coabitam com outras pessoas revelaram pior estado de saúde, não indo ao encontro dos estudos realizados por Pietrovski e Dall'Agnol (2006) e Guedes e Guedes (2012) onde fica evidente a importância atribuída à família, como uma das formas de contribuição para o processo de adaptação e recuperação. Poderemos pensar que as pessoas que vivem sozinhas podem estar mais adaptadas a esta condição de doença ou que as pessoas que coabitam com outras pessoas possam ter divergências, particularidades e responsabilidades entre elas que influenciem o estado de saúde. Por outro lado, o tempo em HD é em média de 3,83 anos sendo que a maioria das pessoas (68,6%) fazia HD há menos de cinco anos, o que poderá levar a pensar que estariam numa fase mais inicial de adaptação, com um processo de cronicidade menos prolongado. Nesta linha de pensamento, Guedes e Guedes (2012), sugerem que as pessoas com maior tempo de tratamento em HD, apresentam progressivos comprometimentos das relações familiares e sociais.

O tempo decorrido entre o diagnóstico da IRC e a HD é inferior a cinco anos para 55,2%, e quase todas as pessoas (93,3%), consideram que possuíam informação prévia sobre a doença, o que pode constituir um bom indicador de cuidados de saúde. Segundo Arredondo, Rangel e Icaza (1998), para que a pessoa com IRC possa optar por um tipo de tratamento, deve ser-lhe indicado um seguimento prévio em consulta de nefrologia, ou seja, deve ser referenciado atempadamente à consulta de esclarecimento. Já Santos citado por Tavares (2012), reforça a ideia de que as pessoas com IRC, em que se preveja o início de HD, sejam informadas sobre a sua doença, os diversos tratamentos de modo

a que com as suas características clínicas, sociais e psicológicas, possam participar conjuntamente com a equipa na escolha do tratamento. Por outro lado, o tratamento de HD, em contexto de urgência, não carece de diferenciação para a consulta de esclarecimento sobre as diferentes modalidades (Direção-Geral da Saúde, 2012).

Em relação ao tempo gasto entre a residência e o centro de HD, verificou-se uma média de 25,38 minutos, havendo contudo algumas pessoas com percursos superiores a 50 minutos, o que aumenta a “carga da doença”.

No que diz respeito à medicação, verificou-se que 19% tomavam ansiolíticos, 6,7% antidepressivos, 9,5% ansiolítico e antidepressivo e 1% antidepressivo e antipsicótico. Segundo a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (2014), entre 2000 e 2012, houve um aumento da utilização de antidepressivos e antipsicóticos, sendo que os ansiolíticos não tendo um crescimento acentuado, apresentam o maior nível de consumo comparativamente com os outros países europeus. Em estudos como o de Hedayatil, Bosworth, Kuchibhatla, Kimmel e Szczech (2006), refere-se que menos de metade das pessoas com IRC em HD, diagnosticadas com depressão, estavam a fazer antidepressivos e cerca de metade destes, a fazer doses baixas. Sintomas como a anorexia, insónia, fadiga, diminuição do apetite sexual e sensação de falta de energia, são comuns nas pessoas com IRC em HD o que dificulta a distinção do diagnóstico de depressão (Almeida & Meleiro, 2000). Segundo Feroze et al. (2010), os ansiolíticos são os mais utilizados para aliviar os episódios de pânico e ansiedade. Todavia, os elementos da amostra em estudo revelaram boa QdV nas dimensões encorajamento do pessoal de diálise, qualidade da interação social, sintomas/problemas, função cognitiva e função sexual. Por outro lado, as dimensões peso da doença renal e atividade profissional foram aquelas em que evidenciaram pior QdV. Guedes e Guedes (2012), na sua revisão da literatura sobre QdV em pessoas com IRC em HD, citam que todos os estudos evidenciaram comprometimento nas diferentes dimensões analisadas da QdV.

As pessoas inquiridas evidenciaram um razoável estado de saúde, sendo mais elevada nos aspetos relacionados com as dimensões função social, dor e desempenho emocional e mais baixa em termos de vitalidade e saúde em geral. Estes achados vão ao encontro do estudo de Castro et al. (2003), que reforça o resultado reduzido para a dimensão vitalidade e elevados nas dimensões dor, função social e desempenho social. Também Martins e Cesarino (2005), no seu estudo reforçam a perda de QdV na dimensão vitalidade mas por outro lado, referem diminuição no desempenho físico e emocional. Por sua vez, Kusumota, Marques, Haas, e Rodrigues (2008), na investigação onde avaliam a QdV de pessoas em HD, distinguem-se os adultos (18-59 anos) dos idosos (> 60 anos), verificando-se que existe mais QdV para a dimensão função emocional com o avançar da idade, pressupondo um melhor ajustamento ao seu estado de saúde ou a uma situação de maior conformismo e/ou aceitação.

A média de idades no nosso estudo é superior a 60 anos, o que poderá reforçar o referido estudo.

Constatou-se que os elementos da amostra apresentaram baixos níveis de depressão, ansiedade e stresse, sendo que o stresse era o nível mais alto comparado com a depressão e ansiedade. Também Valle, Souza e Ribeiro (2013), demonstraram no seu estudo que as pessoas com IRC em HD estão mais vulneráveis ao stresse. No estudo de Feroze et al. (2010), as pessoas com IRC em HD, estão mais ansiosas nos dias de tratamento e os níveis de ansiedade aumentam durante o procedimento do tratamento, podendo assim justificar os baixos níveis na escala DASS pois, os inquiridos, maioritariamente foram preenchidos no domicílio. Por outro lado, Hedayatil et al. (2006), no seu estudo sugerem que a prevalência da depressão é maior quando é usada uma entrevista estruturada em vez de questionários de autorresposta para diagnóstico. Hong (1987), citado por Almeida e Meleiro (2000), diz-nos que a maior parte das pessoas com IRC que desenvolveram episódios depressivos, fizeram-no antes do início da HD, sendo uma resposta ao diagnóstico de IRC. Estes autores referem ainda que, embora existam muitos fatores stressantes criados pela IRC, muitas pessoas adaptam-se surpreendentemente bem às novas condições. Sendo que os sintomas depressivos podem surgir como parte de um processo temporário de adaptação a uma nova condição. Almeida (2003) faz referência, num estudo multicêntrico prospetivo 10 dias após o início da HD que, 44% das pessoas apresentavam sintomas depressivos e relacionaram-se com pior QdV. Acrescenta ainda que a depressão foi mais frequente nas pessoas sem conhecimento prévio da doença. Assim sendo, nos resultados obtidos no presente estudo, verificou-se que a amostra apresenta baixos níveis de depressão que poderão estar relacionados com o facto de 93,3% possuírem informação prévia antes de iniciarem tratamento de HD.

Em relação aos níveis de ideação suicida, 8,6% das pessoas com IRC em HD evidenciaram risco de suicídio. Estes valores são mais baixos do que os identificados por Junior et al. (2008), num estudo longitudinal de três anos (etapas), onde pretenderam identificar a presença de risco de suicídio, a evolução e a mortalidade e concluíram que, existe uma alta prevalência de risco de suicídio e, a mortalidade associada a esta condição é elevada sendo que, o risco de suicídio na primeira etapa foi de 16,4%, na segunda de 24,5% e na terceira de 6,4%. Também o estudo de Macaron et al. (2014), sobre ansiedade, depressão e ideação suicida em doentes libaneses em HD, identificou 37% de prevalência de ideação suicida. Estes estudos reforçam a ideia de que a níveis mais baixos de depressão correspondem a níveis mais baixos de risco de suicídio. Os valores encontrados, no nosso estudo, são mais baixos que em estudos semelhantes, e isto poderá ser devido à utilização de diferentes instrumentos bem como amostras com características diferentes.

A gravidade dos pensamentos suicidas está relacionada com os níveis de depressão, ansiedade e stresse, ou seja, podemos afirmar que as pessoas mais deprimidas, mais ansiosas e com mais stresse tendem a evidenciar maior gravidade dos pensamentos

suicidas. Segundo Almeida e Meleiro (2000), a mortalidade por suicídio nas pessoas com IRC é verificada há décadas e é a mais grave complicação da depressão, ideia reforçada por Saraiva (2014), sendo que, existem diferenças na avaliação dos comportamentos suicidários nesta população podendo dever-se em grande parte às diferentes opiniões sobre conceitos. Para minimizar a diferença de opiniões sobre o comportamento suicida, um dos objetivos do PNPS (2013-2017), foi de uniformizar conceitos visando um melhor conhecimento da realidade.

Não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre a depressão, ansiedade, stress e o tempo em HD. Todavia verificamos que as pessoas que estão há mais tempo em HD tendem a revelar maiores scores na ideação suicida. Este resultado não reforça o estudo de Junior et al. (2008), onde referem que a variável tempo de diálise não está associada ao risco de suicídio. Ford e Kaserman (2000) referem uma correlação negativa entre o tempo em HD e a ideação suicida, mas o fator idade isolado contribui para a probabilidade de ideação suicida. Por outro lado, Almeida e Meleiro (2000), referem que estudos têm demonstrado que a possibilidade de ocorrer depressão major é inversamente proporcional ao tempo de tratamento em HD.

A gravidade dos pensamentos suicidas está relacionada com a QdV e o estado de saúde da pessoa com IRC em HD pois, as pessoas com melhor QdV e estado de saúde tendem a evidenciar menor gravidade dos pensamentos suicidas. Verificámos que as pessoas com melhor função cognitiva e emocional têm melhor QdV e estado de saúde e, tendem a evidenciar menor gravidade dos pensamentos suicidas. Almeida (2003), refere que, a fase pré-diálise é um período que se reveste de extrema importância devendo haver um acompanhamento de uma equipa de saúde mental, com o objetivo de prevenir e tratar. Esta equipa pode ajudar na escolha de uma modalidade de tratamento substitutivo da função renal compatível com o perfil psicossocial da pessoa, assim como na identificação daqueles mais vulneráveis à doença mental. Para além da importância do acompanhamento pré-dialise, parece-nos de extrema importância, o acompanhamento durante a fase de tratamento de HD. Esta ideia é reforçada por Bayat et al. (2012), que referem que as pessoas com IRC em HD precisam de maior apoio emocional e ajuda dos outros e têm também uma pronunciada sensibilidade psiquiátrica. De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (Ordem dos Enfermeiros, 2010), destacamos: recolher informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental das pessoas, incluindo a promoção da saúde, proteção da saúde e a prevenção da perturbação mental (deve avaliar os fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental assim como fatores predisponentes de perturbação mental na comunidade e grupo; executar uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental da pessoa; executar uma avaliação das capacidades internas da pessoas e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental; avaliar o impacto que o problema de saúde

mental tem na QdV e bem-estar da pessoa, com ênfase na funcionalidade e autonomia); executar cuidados baseados na evidência de forma a promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a QdV da pessoa, tendo em consideração as respostas da pessoa a problemas de saúde (avaliar o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stresse e crises situacionais; diferenciar os estados fisiológicos, as perturbações orgânicas ou restantes problemas da pessoa associados a alterações relacionados com tratamentos; avaliar o nível de risco da pessoa, nomeadamente relativo ao suicídio e outros comportamentos autodestrutivos); implementar intervenções de modo a ajudar a pessoa a adaptar-se à situação saúde/doença (fornecer orientações às pessoas para promover a saúde mental; promover a adesão ao tratamento em pessoas com perturbação ou doença mental; implementar intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental; educar e ajudar a pessoa na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares; implementar intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições; Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Os níveis de depressão, ansiedade e stresse estão relacionados com a QdV e o estado de saúde da pessoa com IRC em HD pois, as pessoas que revelaram melhor QdV e estado de saúde tendem a evidenciar níveis mais baixos de depressão, ansiedade e stresse. Neste estudo, verificou-se baixos níveis de depressão e um razoável estado de saúde, sendo uma das dimensões mais elevadas a dor e indo ao encontro do estudo de Shkurti e Shtiza (2014), em que encontraram uma associação entre a dor (moderada e severa) e sintomas depressivos. Almeida e Meleiro (2000) dizem-nos que nas pessoas com IRC a perceção negativa do seu estado de saúde está associada ao seu estado de depressão e a QdV parece ser fortemente influenciada pelos sintomas depressivos.

Os níveis de depressão, ansiedade e stresse são influenciados pela diferente toma de medicação, mas não há diferenças no score da ideação suicida. Assim, as pessoas medicadas com ansiolítico, antidepressivo e/ou antipsicótico tendem a evidenciar níveis mais elevados de depressão, ansiedade e stresse. Constata-se que existem evidências estatísticas que confirmam esta hipótese em termos de depressão, ansiedade e stresse mas não em termos da gravidade dos pensamentos suicidas. Verificou-se ainda que as pessoas medicadas com ansiolítico, antidepressivo e/ou antipsicótico tendem a evidenciar níveis mais elevados de depressão, ansiedade e stresse. Pode-se ter verificado estes resultados pois as pessoas podem estar numa fase inicial de medicação ou doses subterapêuticas, como referem Hedayati et al. (2006) que metade as pessoas com IRC em HD medicadas com antidepressivos, fazem-nos em doses subterapêuticas. Esta dosagem reduzida pode explicar que a QdV e o estado de saúde são diferentes consoante a medicação que a pessoa toma pois, as pessoas medicadas com ansiolítico, antidepressivo e/ou antipsicótico tendem a demonstrar menor QdV e menor estado de saúde. Ou seja, poderá ser necessário reajustar a terapêutica.

Os níveis de depressão, ansiedade e stresse e a gravidade dos pensamentos suicidas são diferentes consoante o género pois, observou-se que as mulheres tendem a revelar maiores níveis de depressão, ansiedade e de stresse e evidenciaram maior gravidade dos pensamentos suicidas que os homens. Nifa e Rudnicki (2010), no seu estudo, referem que o género feminino apresenta maiores níveis de depressão, reforçam ainda com pesquisas de outros autores, indicando que as mulheres pontuam mais nas escalas de depressão, justificando as diferenças entre géneros para a questão da influência das alterações hormonais no desenvolvimento de sintomatologia depressiva. Martins e Cesarino (2005) acrescentam ainda que o número de casos entre mulheres com níveis de depressão, é o dobro dos homens. Por outro lado, Macaron et al. (2014), no seu estudo, não encontraram associação das variáveis demográficas, como o género, com a depressão, ansiedade e ideação suicida.

A QdV e o estado de saúde não são diferentes consoante o género, indo ao encontro dos estudos de Martins e Cesarino (2005) e Santos (2006), que aferem não haver diferenças na relação QdV e género, apesar de se verificarem diferenças na ansiedade, depressão e stresse, embora o instrumento utilizado para a QdV não reflita estas diferenças. Por outro lado, Higa, Kost, Soares, Morais e Polins (2008) referem que no seu estudo os homens apresentam piores resultados e Lopes et al. (2007) demonstram que são as mulheres em HD que apresentam menor QdV.

## CONCLUSÕES

No presente estudo, 69,5% das pessoas inquiridas são do sexo masculino, com média de idade de 62,78 anos e 41,9% apresentavam o 1º ciclo do ensino básico.

Relativamente ao agregado familiar, 44,7% vivem com o cônjuge e 12,3% vive só.

A média de tratamento em HD foi de 3,83 anos e 68,6% fazia HD há menos de 5 anos.

O tempo gasto entre a residência e o centro de HD foi de 25,38 minutos.

Ao caracterizar a saúde mental através da depressão, da ansiedade, do stresse e da ideação suicida concluímos que a amostra apresentou baixos níveis de depressão, ansiedade e stresse, sendo o stresse o nível mais alto das três variáveis.

No que respeita à QdV nas pessoas com IRC em HD, a amostra revelou boa QdV nas dimensões encorajamento do pessoal de diálise, qualidade de interação social, sintomas/ problemas, função cognitiva e função sexual, embora as dimensões peso da doença renal e atividade profissional foram aquelas que evidenciaram pior QdV.

A QdV no que respeita ao estado de saúde é razoável, sendo mais elevada nos aspetos relacionados com as dimensões função social, dor e desempenho emocional e mais baixa nas dimensões vitalidade e saúde em geral.

Quando analisámos a relação entre a QdV, a ansiedade, stresse e a ideação suicida nas pessoas com IRC em HD, verificámos que as pessoas mais deprimidas, mais ansiosas e com mais stresse, tendem a evidenciar maior gravidade dos pensamentos suicidas. O risco de suicídio evidenciou-se em 8,6%.

As pessoas com melhor QdV e estado de saúde evidenciaram menor gravidade dos pensamentos suicidas.

As pessoas que revelaram melhor QdV e estado de saúde, tenderam a evidenciar níveis mais baixos de depressão, ansiedade e stresse.

Ao analisarmos a QdV, a depressão, a ansiedade, stresse e a ideação suicida nas pessoas com IRC em HD, em função do género, do tempo em HD e medicação, foi possível concluir que as pessoas medicadas com ansiolítico, antidepressivo e/ou antipsicótico tendem a evidenciar níveis mais elevados de depressão, ansiedade e stresse e menor QdV e menor estado de saúde.

No que respeita ao género, as mulheres tendem a evidenciar maiores níveis de depressão, ansiedade, stresse e maior gravidade dos pensamentos suicidas, não havendo diferenças no que respeita à QdV.

Verificou-se também que quanto maior o tempo em HD maior a gravidade dos pensamentos suicidas.

O modo como cada pessoa vive a IRC e a HD é único e pessoal, dependendo de vários fatores como o perfil psicológico, condições ambientais e sociais. Há várias oportunidades para melhorar a QdV destas pessoas para além das prescrições da HD. É muito importante relembrar que o transplante constitui a forma mais eficaz de substituição renal, de modo a melhorar eficazmente a QdV.

## **Limitações**

A primeira diz respeito ao preenchimento longo do questionário que se pode ter demonstrado um pouco cansativo e desmotivador para os inquiridos, embora fosse de resposta rápida o número de folhas era dissuasor.

A segunda limitação refere-se às dificuldades de acesso à população em estudo, pois houve múltiplas dificuldades em conseguir as diferentes autorizações que variaram

consoante os centros e cada um tinha particularidades diferentes. Ainda relacionado com o tipo de população, e segundo informações que nos foram fornecidas nos centros, é habitual haver a solicitação aos utentes para participarem em estudos internos ou externos, o que também pode não ter contribuído para a adesão ao estudo.

### **Implicação para a prática**

De acordo com alguns estudos, as intervenções cognitivo-comportamentais são uma indispensável componente da intervenção em saúde mental nas pessoas com IRC em HD e, quando adequadamente elaboradas, geram uma ampla gama de benefícios. Estas intervenções podem e devem ser desenvolvidas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, de acordo com as suas competências e responsabilidades.

Constitua uma mais-valia os centros de HD incluírem profissionais que cuidem desta população com conhecimentos e competências, utilizando um diálogo significativo com as pessoas para que possam explorar os indutores de stresse, as estratégias de adaptação, os medos e desafios particulares de cada um, de forma a facilitar o seu processo de adaptação.

Devem também ser desenvolvidos programas de intervenção que façam parte dos protocolos de atuação e estabelecer alianças terapêuticas com a pessoa, família e/ou cuidadores informais

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Almeida, A. M. (2003). Revisão: A importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevivência do portador de insuficiência renal crônica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 4(25), 209-214. Recuperado de <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjY1Z6TjrzYAhWCb1AKHRjdDV4QFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fjbn.org.br%2Fexport-pdf%2F398%2F25-04-06.pdf&usg=AOvVaw046ChCur7VslXfxKmdlc2S>
- Almeida, A. M., & Meleiro, A. M. (2000). Depressão e insuficiência renal: Uma revisão. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 22(1), 27-35. Recuperado de [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiUh5SCj7zYAhUOKFAKHdGyCF8QFggsMAA&url=http%3A%2F%2Fjbn.org.br%2Fexport-pdf%2F604%2F22-01-05.pdf&usg=AOvVaw3wGtb2qnJqWzC\\_OONMN49z](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiUh5SCj7zYAhUOKFAKHdGyCF8QFggsMAA&url=http%3A%2F%2Fjbn.org.br%2Fexport-pdf%2F604%2F22-01-05.pdf&usg=AOvVaw3wGtb2qnJqWzC_OONMN49z)
- Apóstolo, J., Mendes, A., & Azeredo, Z. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6), 863-871. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000600006>

- Arredondo, A., Rangel, R., & Icaza, E. (1998). Costo-efectividad de intervenciones para insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Saúde Pública*, 32(6), 556-565. doi: 10.1590/S0034-89101998000600009
- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. (2014) *A utilização de psicofármacos no contexto de crise económica*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/infarmed/monitorização\\_do\\_mercado/observatório/estudos\\_realizados](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/infarmed/monitorização_do_mercado/observatório/estudos_realizados)
- Barbosa, V. C., & Radomile, M. E. (2006). Ansiedade pré-operatória no hospital geral. *Psicópia: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, 2(3), 45-50.
- Bayat, A., Kazemi, R., Toghiani, A., Mohebi, B., Tabatabaee, M. N., & Adibi, N. (2012). Psychological evaluation in hemodialysis patients. *Journal of Pakistan Medical Association*, 62(3 suppl. 1), 1-5.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2008). *Manual de diagnósticos de enfermagem* (10ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Castro, M., Caiuby, A. V., Draibe, S. A., & Canziani, M. E. (2003). Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Revista Associação Médica Brasileira*, 49(3), 245-249. doi: 10.1590/S0104-42302003000300025
- Chen, C. K., Tsai, Y. C., Hsu, H. J., Wu, I. W., Sun, C. Y., Chou, C. C., . . . Wang, L. J. (2010). Depression and suicide risk in hemodialysis patients with chronic renal failure. *Psychosomatics*, 51(6), 528-528.e6. doi: 10.1176/appi.psy.51.6.528
- Dias, M. O. (2007-2008). O desenvolvimento e a qualidade de vida no centro agenda actual: Duas realidades complementares. *Gestão e Desenvolvimento*, 15-16, 3-19. Recuperado de [http://z3950.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD15\\_16/gestaodesenvolvimento15\\_16\\_3.pdf](http://z3950.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD15_16/gestaodesenvolvimento15_16_3.pdf)
- Direcção-Geral da Saúde. (2012). *Tratamento conservador médico da insuficiência renal crónica estágio 5* (Norma nº 017/2011, de 28 de Setembro, actualizada em 14 de Junho de 2012). Lisboa, Portugal: Autor.
- Direcção-Geral da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Fermi, M. R. (2010). *Diálise para enfermagem: Guia prático* (2ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.
- Feroze, U., Martin, D., Reina-Patton, A., Kalantar-Zadeh, K., & Kopple, J. D. (2010). Mental health, depression, and anxiety in patients on maintenance dialysis. *Iranian journal of Kidney Diseases*, 4(3), 173-180. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Kamyar\\_Kalantar-Zadeh/publication/45151321\\_Mental\\_Health\\_Depression\\_and\\_Anxiety\\_in\\_Patients\\_on\\_Maintenance\\_Dialysis/links/09e4151014cb09a157000000/Mental-Health-Depression-and-Anxiety-in-Patients-on-Maintenance-Dialysis.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Kamyar_Kalantar-Zadeh/publication/45151321_Mental_Health_Depression_and_Anxiety_in_Patients_on_Maintenance_Dialysis/links/09e4151014cb09a157000000/Mental-Health-Depression-and-Anxiety-in-Patients-on-Maintenance-Dialysis.pdf)
- Ferreira, J., & Castela, M. (1999). Questionário de Ideação Suicida (Q.I.S.). In M. Simões, M. Gonçalves & L. Almeida, *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (pp. 123-130). Braga: APPORT/SHO.

- Ferreira, P. L., & Anes, E. J. (2010). Medição da qualidade de vida de insuficientes renais crônicos: Criação da versão portuguesa do KDQOL-SF. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(1), 31-39. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v28n1/v28n1a04.pdf>
- Figueiredo, A. P. (2012). Qualidade de vida e doenças crônicas [Editorial]. *Revista Ciência & Saúde*, 5(1), 1. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/11262/7696>
- Ford, J. M., & Kaserman, D. L. (2000). Suicide as an indicator of quality of life: Evidence from dialysis patients. *Western Economic Association International*, 18(4), 440-448. doi: 10.1111/j.1465-7287.2000.tb00040.x
- Frazão, C., Ramos, V., & Lira, A. (2011) Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise. *Rev. enferm. UERJ*, 19(4), 577-582. Recuperado de <http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a12.pdf>
- Guedes, K. D., & Guedes, H. M. (2012). Qualidade de vida do paciente portador de insuficiência renal crônica. *Revista Ciência & Saúde*, 5(1), 48-53. doi: 10.15448/1983-652X.2012.1.9734
- Hays, R., Kallich, J., Mapes, D., Coons, S., Amin, N., Carter, W., & Kamberg, C. (1997). *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF [superscript] tm), Version 1.3: A Manual for Use and Scoring* (pp. 1-39). Santa Monica, Calif.: RAND.
- Hedayati1, S. S., Bosworth, H. B., Kuchibhatla, M., Kimmel, P. L., & Szczech, L. A. (2006). The predictive value of self-report scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients. *Kidney International*, 69(9), 1662-1668. doi: 10.1038/sj.ki.5000308
- Higa, K., Kost, M. T., Soares, D. M., Morais, M. C., & Polins, B. R. (2008). Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(nº especial), 203-206. doi: 10.1590/S0103-21002008000500012
- Junior, J., Souza, C., Oliveira, I., Miranda, R., Teles, C., & Neto, J. (2008). Risco de suicídio em pacientes em hemodiálise: evolução e mortalidade em três anos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(1), 44-51. <https://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852008000100009>
- Kusomota, L., Marques, S., Haas, V. J., & Rodrigues, R. A. (2008). Adultos e idosos em hemodiálise: Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(nº especial), 152-159. doi: 10.1590/S0103-21002008000500003
- Lopes, G. B., Martins, M. T., Matos, C. M., Amorim, J. L., Leite, E. B., Miranda, E. A., & Lopes, A. A. (2007). Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise. *Revista Associação Médica Brasileira*, 53(6), 506-509. doi: 10.1590/S0104-42302007000600017
- Lovibond, S., & Lovibond, P. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales* (2nd ed.). Sydney: Psychology Foundation of Australia.
- Macário, F. (2016). *Relatório Gabinete de Registo da SPN: Tratamento Substitutivo Renal da Doença Renal Crônica Estadio V em Portugal*. Presentation, Vilamoura, Portugal. Recuperado de [http://www.bbg01.com/cdn/clientes/spnefro/noticias/129/REGISTO\\_DRC2016.pdf](http://www.bbg01.com/cdn/clientes/spnefro/noticias/129/REGISTO_DRC2016.pdf)
- Macaron, G., Fahed, M., Matar, D., Bou-Khalil, R., Kazour, F., Nehme-Chlela, D., & Richa, S. (2014). Anxiety, depression and suicidal ideation in lebanese patients undergoing hemodialysis. *Community Mental Health Journal*, 50(2), 235-238. doi: 10.1007/s10597-013-9669-4

- Machado, L. R., & Car, M. R. (2003). A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: Entre o inevitável e o casual. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 37(3), 27-35. doi: 10.1590/S0080-62342003000300004
- Marchão, C., Cachado, A. S., Matias, T., Sousa, T., & Pimenta, S. (2011). Insuficiência renal crônica terminal: Manifestações clínicas e opções terapêuticas. In Frenesius Medical Care (Ed.), *Manual de hemodiálise para enfermeiros* (pp. 49-78). Lisboa, Portugal: Almedina.
- Martins, M. R., & Cesarino, C. B. (2005). Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(5), 670-676. doi: 10.1590/S0104-11692005000500010
- Mota, L. A., Rodrigues, L. F., & Pereira, I. M. (2011). A transição no transplante hepático: Um estudo de caso. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 19-26. doi: 10.12707/R111102
- Moura, J. A., Jr., Souza, C. A., Oliveira, I. R., Miranda, R. O., Teles, C., & Neto, J. A. (2008). Risco de suicídio em pacientes em hemodiálise: Evolução e mortalidade em três anos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(1), 44-51. doi: 10.1590/S0047-20852008000100009
- Neugarten, J., Acharya, A., & Silbiger, S. R. (2000). Effect of gender on the progression of nondiabetic renal disease: A meta-analysis. *Journal of the American Society of Nephrology*, 11(2), 319-329. Recuperado de <http://jasn.asnjournals.org/content/11/2/319.full.pdf>
- Nifa, S., & Rudnicki, T. (2010). Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise. *Revista da SBPH*, 13(1), 64-75. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n1/v13n1a06.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R., Cardoso, H., Mendonça, ... & Martins-da-Silva, A. (2010). O ajustamento à doença crônica: aspectos conceptuais. In: I. Leal, & J. Pais-Ribeiro (Edts.). *Psicologia da saúde: sexualidade género e saúde* (pp.147-156). Lisboa, Portugal: Edições ISPA. ISBN:978-972-8400-98-9
- Pietrovski, V., & Dall'Agnol, C. M. (2006). Situações significativas no espaço-contexto da hemodiálise: O que dizem os usuários de um serviço? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(5), 630-635. doi: 10.1590/S0034-71672006000500007
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República nº 35 – 2ª Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Reynolds, W. (1988). *Suicidal Ideation Questionnaire: Professional Manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Santos, P. R. (2006). Relação do sexo e da idade com o nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *Revista Associação Médica Brasileira*, 52(5), 356-359. doi: 10.1590/S0104-42302006000500026
- Saraiva, C. B. (2014). *Depressão e suicídio: Um guia clínico nos cuidados de saúde primários*. Lisboa, Portugal: Lidel.

- Serra, A. V. (2005). *O stress na vida todos os dias* (3ª ed.). Coimbra, Portugal: Gráfica de Coimbra.
- Shkurti, E., & Shtiza, D. (2014). Mental characteristics of hemodialysis patients. *Journal of Educational and Social Research*, 4(1), 143-146. Recuperado de <http://www.mcser.org/journal/index.php/jesr/article/view/1830/1829>
- Sociedade Portuguesa de Nefrologia. (2013). *Doentes DRC-Vd prevalentes em hemodiálise Distribuição por género*. Gabinete de Registo da SPN.
- Suriano, M. L., Lopes, D. C., Macedo, G. P., Michel, J. L., & Barros, A. L. (2009). Identificação das características definidoras de medo e ansiedade em pacientes programadas para cirurgia ginecológica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(nº especial), 928-934. doi: 10.1590/S0103-21002009000700016
- Tavares, M. (2012). *A (Re)Construção da Mudança: Viver em Diálise Peritoneal* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Thomas, C. V., & Alchieri, J. C. (2005). Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à hemodiálise. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 57-64. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v4n1/v4n1a07.pdf>
- Valle, L. S., Souza, V. F., & Ribeiro, A. M. (2013). Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Estudos de Psicologia*, 30(1), 131-138. doi: 10.1590/S0103-166X2013000100014
- Vinhas, J. (2007). DRC- Doença Renal Crónica – Um problema de saúde Pública. *Nefrêmea*, 133, 13-14. Recuperado de [http://www.apir.org.pt/wp-content/uploads/2016/06/Revista\\_Neframea\\_N.%C2%BA\\_133.pdf](http://www.apir.org.pt/wp-content/uploads/2016/06/Revista_Neframea_N.%C2%BA_133.pdf)
- World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of substance Abuse. (1997). *WHOQOL: Measuring quality of life*. Geneva, Switzerland: Author.



# SECÇÃO 4

## INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO





## CAPÍTULO XI

# INVENTÁRIO DE RAZÕES PARA VIVER: CONTRIBUTOS PARA A VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO NÃO-CLÍNICA PORTUGUESA

Joana Margarida Simões Matias  
José Carlos Santos

## ENQUADRAMENTO

Os comportamentos suicidários têm sido uma realidade sempre presente nas sociedades. Esta situação complexa, que esconde vários fatores determinantes e explicativos, tem mobilizado o interesse de especialistas e de diversas áreas do saber, na tentativa de analisar as suas diversas facetas e de sobretudo encontrar soluções de prevenção. Estão presentes em todos os países e culturas e são influenciados por fatores socioeconómicos, familiares, interpessoais, culturais, genéticos, psicológicos e psiquiátricos (Direção Geral de Saúde, 2013). Estes atos devem ser entendidos como um sinal de perturbação e como o culminar de situações de crise e sofrimento que atingem proporções descontroladas.

A conduta suicidária torna-se então num verdadeiro desafio para os serviços de saúde mental, particularmente no que respeita à compreensão dos fatores psicológicos que a ela predispõem e a precipitam, nomeadamente fatores de vulnerabilidade (perfeccionismo, impulsividade, pessimismo e baixa capacidade de resolução de problemas), fatores predisponentes (baixa autoestima, rigidez cognitiva; pensamento dicotómico; estilo atributivo disfuncional; perspetiva distorcida do tempo pessoal) e fatores precipitantes (perceção de dor psicológica insuportável; constrição cognitiva; ansiedade elevada; decisão de morrer) (Cruz, 2006). Assim, em cada conduta suicidária estão envolvidas, como anteriormente mencionado, variáveis sociais, psicológicas e biológicas, que levam a entender os comportamentos da esfera suicidária como situações multideterminadas, obrigando a uma abordagem multidisciplinar, dada a confluência de diversos fatores (Saraiva, 2006).

De acordo com a literatura, os fatores de proteção dos comportamentos suicidários são fatores que atuam como elementos que, de certa forma, impedem a pessoa de realmente considerar a autodestruição como uma possível saída. A prevenção do suicídio baseia-se no reforço dos fatores ditos protetores, ou de proteção, e concomitantemente na diminuição dos fatores de risco, tanto a nível individual como coletivo (Direção Geral de Saúde, 2013).

Entre os fatores de proteção encontram-se o bom relacionamento familiar, os cuidados parentais preservados, o apoio familiar, as relações de confiança (fatores familiares); as boas habilidades sociais, a iniciativa no pedido de ajuda e de conselhos, a noção de valor pessoal, a abertura para novas experiências e aprendizagens, as estratégias comunicacionais desenvolvidas, a recetividade à ajuda de terceiros, a noção e empenho em projetos de vida (estilo cognitivo e personalidade); os valores culturais, o lazer, a prática de atividade física, a pertença a um grupo religioso, as boas relações com amigos e colegas, o apoio de pessoas relevantes e amigos que não apresentem comportamentos aditivos (fatores culturais e sócio-demográficos); uma dieta saudável, a boa qualidade do sono (fatores ambientais), entre outros (WHO, 2014).

Os programas de prevenção do suicídio devem ser delineados, não apenas para a promoção dos fatores protetores mas também para reverter ou reduzir fatores de risco (Direção Geral de Saúde, 2013). Na prática clínica, as enormes dificuldades em avaliar o risco de comportamentos suicidários e a intencionalidade dos mesmos quando estes ocorrem, depreende-se com a dificuldade no estabelecimento de critérios operacionais das definições dos conceitos e das estratégias psicoterapêuticas adequadas a estas situações. Por tudo isto, torna-se fulcral a existência e utilização de instrumentos para avaliação do risco de comportamentos suicidários, uma vez que a avaliação pode fornecer uma primeira abordagem acerca do risco de suicídio de um indivíduo, assim como pode ajudar as pessoas mais suscetíveis, através de programas de intervenção em saúde mental. Para além disto, os instrumentos de avaliação constituem-se como aspetos essenciais em processos de investigação nesta área de extrema importância.

Durante os últimos 30 anos, surgiram diversos instrumentos no sentido de avaliar o potencial suicida de um indivíduo, sendo estes apenas um dos passos de uma das fases de todo o processo.

O *Reasons for Living Inventory* (Inventário de Razões para Viver) foi elaborado por Marsha Linehan, Judith Goodstein, Stevan Nielsen e John Chiles em 1983, a fim de avaliar as características adaptativas nos comportamentos suicidários, nomeadamente no suicídio, baseando-se no facto de que a crença em algo significativo para viver (sobrevivência, família, filhos, medo da morte, medo da desaprovação social e objeções morais), independentemente da sua forma, e as suas expectativas são significativas para a não-adoção de comportamentos suicidários. Assim, o Inventário de Razões para Viver

(RFLI) foi desenvolvido com o intuito de avaliar as crenças, medos e preocupações dos indivíduos, como atributos adaptativos contra os comportamentos suicidários. De acordo com este modelo, os indivíduos com razões mais fortes para viver estão mais propensos a resistir ao stresse e à desesperança. Deste modo, o Inventário de Razões para Viver assume-se como um instrumento de autorrelato que, através da avaliação da opinião do indivíduo, pode contribuir para a inibição do comportamento suicida.

Na base de conceção deste inventário está a adoção da conceção de *coping* de Marsha Linehan e seus colaboradores que o define como um dos poucos instrumentos que se baseia numa teoria cognitivo-comportamental, a qual assume padrões cognitivos que medeiam o comportamento suicidário.

O Inventário de Razões para Viver (RFLI; Linehan et al., 1983) é um questionário constituído por 48 itens, os quais avaliam uma série de crenças que diferenciam o indivíduo suicida de indivíduos não-suicidas e que pode ser visto como uma medida do comprometimento de um indivíduo para várias razões para não cometer suicídio caso este pensamento ocorra. Este inventário é um dos poucos instrumentos cuja abordagem é baseada nos mecanismos de *coping* adaptativos que estão ausentes no indivíduo com ideação suicida. Os 48 itens que constituem o Inventário de Razões para Viver são avaliados através de uma escala tipo-Likert que varia de 1 (extremamente sem importância) a 6 pontos (extremamente importante), avaliando as diversas crenças relacionadas com as razões para não cometer o suicídio, caso este pensamento ocorra.

A adaptação às crenças e expectativas faz deste Inventário um instrumento diferente de todos os outros instrumentos de avaliação da ideação suicida, dos pensamentos autodestrutivos e das expectativas, podendo ser utilizado para a avaliação dos fatores protetores em contextos psicoterapêuticos e de aconselhamento, bem como para a avaliação de diferenças e mudanças de atitude relativas a comportamentos suicidários em estudantes universitários (Innamorati et al., 2006), daí que seja diversamente aplicado tanto em investigação como na prática clínica. A sua formulação positiva faz do Inventário de Razões para Viver um instrumento amplamente utilizado.

Relativamente à sua estrutura, o Inventário de Razões para Viver (Linehan et al., 1983), tem seis subescalas: Crenças de Sobrevivência e *Coping* (SCB), Responsabilidade para com a Família (RF), Preocupações relacionadas com os Filhos (CRC), Medo de Suicídio (FS), Medo da Desaprovação Social (FSD) e Objeções Morais (MO). A subescala Crenças de Sobrevivência e *Coping* (SCB) é constituída por 24 itens, sendo esta a maior deste inventário, a subescala Responsabilidade para com a Família (RF) engloba 7 itens, a subescala Preocupações relacionadas com os Filhos (CRC) abrange 3 itens, a subescala Medo de Suicídio (FS) é composta por 7 itens, a subescala Medo da Desaprovação Social (FSD) tem 3 itens e, por último, a subescala Objeções Morais (MO) tem 4 itens.

Para as pontuações totais e subescala, o total é dividido pelo número de itens, com pontuações mais altas indicando razões mais fortes para viver.

Dentro das razões positivas para não cometer o suicídio, caso este pensamento ocorra, estão as subescalas Crenças de Sobrevivência e *Coping* (SCB), Responsabilidade para com a Família (RF) e Preocupações relacionadas com os Filhos (CRC). Por outro lado, as subescalas Medo de Suicídio (FS), Medo da Desaprovação Social (FSD) e Objeções Morais (MO) encontram-se associadas a razões negativas (Kissane e McLaren, 2006).

Tendo em conta as propriedades psicométricas do Inventário de Razões para Viver (Linehan et al., 1983), bem como a sua ampla utilização pelo mundo e em diferentes contextos como forma de prever pessoas em risco de adotar comportamentos suicidas, assim como o crescente aumento dos comportamentos suicidas em Portugal, surge a necessidade de uma versão portuguesa do Inventário de Razões para Viver (RFLI) e uma validação da mesma, dadas as possíveis diferenças nos valores de vida e características psico-linguísticas.

## METODOLOGIA

Neste estudo, o processo de tradução e retroversão do Inventário de Razões para Viver de Linehan et al. (1983) decorreu de outubro de 2010 a junho de 2011. Inicialmente foi necessária fazer a tradução da versão original em Inglês para Português por um especialista que domina a língua, o conteúdo e a amostra do estudo, sendo posteriormente, realizada a retroversão da mesma a qual foi efetuada por uma tradutora, processo que decorreu de setembro de 2010 a março de 2011. Posteriormente, a versão original, a versão traduzida e a retroversão foram analisadas por um painel de peritos constituído por Professor Doutor Carlos Braz Saraiva, Professor Doutor Francisco Alte da Veiga, Dr. Nuno Madeira, Dr.<sup>a</sup> Adelaide Craveiro e Professor Doutor José Carlos Santos.

Neste estudo, foi realizado um pré-teste numa amostra de 42 pessoas com idades compreendidas entre os 18 e os 66 anos de idade. Da sua análise verificou-se que: as instruções do questionário são suficientes e adequadas, todas as questões são compreendidas, as opções de resposta inicialmente elaboradas *Nada Importante* e *Algo Sem Importância*, suscitavam algumas dúvidas, tendo sido reformuladas para *Irrelevante* e *Muito Pouco Importante*.

O instrumento de recolha de dados é então composto por 4 partes: na primeira parte é utilizado um questionário de caracterização sócio-demográfica (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, área de residência (rural ou urbana) e agregado familiar). A segunda parte é constituída pelo Inventário de Razões para Viver (Linehan et al., 1983), na terceira encontra-se o Inventário Clínico de Auto-Conceito (Vaz Serra, 1986) e por último, o Inventário de Depressão de Beck (Vaz Serra & Pio Abreu, 1973).

Relativamente ao processo de colheita de dados, considera-se que no estudo, o processo de amostragem é não-probabilística, do tipo acidental ou por conveniência, composta pelos alunos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, seus familiares e pessoas suas conhecidas através da divulgação do instrumento de recolha de dados por correio eletrónico, através de um link. A autora autorizou a tradução e a validação da escala para Portugal.

## RESULTADOS

A amostra do estudo é constituída por 505 sujeitos, maioritariamente do sexo feminino (69,5%). Relativamente ao estado civil, verifica-se que os sujeitos são na sua maioria solteiros (56,8%), 54,7% dos sujeitos inquiridos são trabalhadores por conta de outrem e a maioria reside em meio urbano. Pode-se ainda afirmar que a amostra contempla todos os níveis de literacia, abrangendo sujeitos sem escolaridade até sujeitos com doutoramento, sendo que o nível habilitacional com maior número de sujeitos é a licenciatura (50,7%). Por último, pode-se afirmar que existe uma maior percentagem (30,3%) dos inquiridos a residirem com pais e irmãos.

No que concerne à estatística descritiva do estudo, verificou-se que o valor médio do Inventário de Razões para Viver era de 211,10, com mínimo de 48, máximo de 288 e desvio-padrão de 34,52 (Tabelas 1, 2 e 3); o Inventário Clínico de Auto-Conceito tinha um valor médio de 71,98, com mínimo de 20, máximo de 94 e desvio-padrão de 8,66; e, por último, no Inventário de Depressão de Beck obteve-se um valor médio de 5,20, com mínimo de 0 (zero), máximo de 63 e desvio-padrão de 6,59.

Tabela 1

*Total de Variância explicada pelas cinco dimensões do Inventário de Razões para Viver*

Fatores	Valores Iniciais (Somatório de Extração de Cargas)			Somatório da Rotação de Cargas		
	Total	% Variância	% Cumulativa	Total	% Variância	% Cumulativa
1	14,965	31,176	31,176	12,297	25,619	25,619
2	6,645	13,843	45,019	6,337	13,202	38,821
3	2,873	5,985	51,004	4,114	8,570	47,391
4	2,253	4,693	55,697	3,078	6,412	53,803
5	2,059	4,291	<b>59,988</b>	2,969	6,185	<b>59,988</b>

Tabela 2

*Análise Fatorial com rotação Varimax, com cinco dimensões, do Inventário de Razões para Viver para a população não-clínica portuguesa*

Fatores	Itens do Inventário de Razões para Viver
1	Item 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 29
2	Item 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44
3	Item 25, 26, 27, 28, 30, 31
4	Item 32, 33, 34
5	Item 45, 46, 47, 48

Tabela 3

*Estudo da fidedignidade (consistência interna) do Inventário de Razões para Viver para a população não-clínica portuguesa*

	Alfa de Cronbach	Metade-Metade	
		Spearman Brown	Guttman
<b>Inventário de Razões para Viver (global)</b>	0,94	0,57	0,55
<b>Inventário de Razões para Viver (Sub-Escalas):</b>			
• <b>Crenças de Sobrevivência e Mecanismos de Adaptação (SCB)</b>	0,95	0,93	0,92
• <b>Medo do Suicídio e da Desaprovação Social (FS – FSD)</b>	0,90	0,87	0,87
• <b>Responsabilidade para com a Família (RF)</b>	0,82	0,85	0,85
• <b>Preocupações relacionadas com os Filhos (CRC)</b>	0,99	0,99	0,88
• <b>Objeções Morais (MO)</b>	0,83	0,87	0,86

No que diz respeito à correlação entre os itens e a escala total (consistência Interna do Item), verifica-se que todos eles satisfazem o critério de correlação com a escala total ( $r > 0,40$ ).

Relativamente à Validade Convergente do Item, ou seja, à correlação dos itens com a subescala ou dimensão a que pertence, verifica-se que todos eles satisfazem o critério de existência de uma magnitude superior a  $r=0,40$ .

Quanto à Validade Discriminante, verifica-se que todos os itens exibem uma correlação com a escala a que pertencem superior em 10 pontos à correlação com a subescala a que não pertencem. Assim, conclui-se que a maioria dos itens avaliam a dimensão a que pertencem, quer no que respeita à escala total, quer no que respeita a cada uma das subescalas.

Quanto à correlação entre subescalas do Inventário de Razões para Viver, pode-se afirmar que existe uma correlação significativa entre cada uma das subescalas, e entre estas e a escala global. O valor desta correlação varia entre 0,18 e 0,78, evidenciando uma certa dependência entre as subescalas.

Relativamente à correlação (correlação de Pearson) entre o Inventário de razões para Viver e o Inventário Clínico de Auto Conceito, e entre o Inventário de Razões para Viver e o Inventário de Depressão de Beck verificou-se uma correlação significativa (0,54 e -0,24 respetivamente)

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A tradução do Inventário de Razões para Viver foi efetuada à luz das propriedades psicométricas, confiabilidade e validade convergente e discriminante.

Através da análise dos resultados pode-se afirmar que, no presente estudo a análise fatorial de seis dimensões não foi coincidente com a versão original do Inventário de Razões para Viver. Perante tais resultados, foi necessário fazer uma análise fatorial confirmatória a cinco dimensões a qual explica 59,988% dos resultados do estudo. Nesta análise, verificou-se que o item 29 “Amo e divirto-me demasiado com a minha família e não os conseguiria deixar” se associava a uma nova dimensão Crenças de Sobrevivência e Mecanismos de Adaptação ao invés da dimensão Responsabilidade para com a Família. Este item faz referência ao amor e sentimento de pertença e bem-estar na família, fatores que poderão ser entendidos como parte integrante dos mecanismos de adaptação do indivíduo, pelo que o item é congruente com a dimensão Crenças de Sobrevivência e Mecanismos de Adaptação.

A análise fatorial confirmatória revelou também que as dimensões Medo do Suicídio e Medo da Desaprovação Social se associavam, não permitindo uma separação entre as questões individuais e sociais, reforçando o conceito medo como uma forma protetora contra o suicídio relacionada com as questões culturais e individuais da pessoa.

No que concerne à fidelidade, esta foi avaliada através do Alfa de Cronbach e do método Metade- Metade (com correção de Spearman Brown e de Guttman). Verificou-se que a versão portuguesa do Inventário de Razões para Viver tem uma boa consistência interna no sentido em que se observa uma grande homogeneidade dos itens, apresentando um valor de Alpha de Cronbach entre 0,82 e 0,95 para as subescalas do Inventário de Razões para Viver e valores entre 0,85 e 0,99 no método Metade- Metade com correção de Spearman Brown e entre 0,85 e 0,92 com correção de Guttman.

A fim de avaliar a validade de constructo procedeu-se a uma análise correlacional (correlação de Pearson) entre a versão portuguesa do Inventário de Razões para Viver (com cinco dimensões) e o Inventário Clínico de Auto-Conceito (Vaz Serra, 1986), sendo expectável uma correlação positiva. Dos resultados obtidos verificou-se a existência de uma correlação positiva e significativa entre estes dois instrumentos (correlação de 0,54). A expectativa de uma correlação positiva e significativa baseia-se no facto de o auto-conceito ser um fenómeno íntimo e pessoal que caracteriza a forma como cada pessoa se percebe a si mesma, influenciando as razões que a mesma identifica para viver. Dado que o Auto-Conceito resulta da observação do Eu como objeto ou agente da própria ação, influenciando de forma direta a forma de estar do indivíduo. As pessoas com auto-conceito consistente, positivo e realista comportam-se de modo saudável, confiante e construtivo, e caracterizam-se por serem seguras, confiantes, com respeito próprio e sem necessidade da aprovação dos outros, sentem-se menos ameaçadas por tarefas difíceis, pessoas ou situações, sentem-se confortáveis na relação com os outros e têm menor distorção da percepção da realidade, identificando mais razões para viver. Daí a correlação positiva entre o Inventário de Razões para Viver e o Inventário Clínico de Auto-Conceito utilizado.

No presente estudo, avaliou-se ainda a existência de uma correlação negativa e significativa (-0,24) entre a versão portuguesa do Inventário de Razões para Viver (com cinco dimensões) e o Inventário de Depressão de Beck (validado por Vaz Serra & Pio Abreu, 1973). Tal facto seria também expectável uma vez que a depressão surge como a entidade nosológica mais frequentemente relatada e presente em mais de metade dos comportamentos suicidários, sustentada pelo humor depressivo, pensamento dicotómico, isolamento, constrição da mente, desesperança, o que faz com que a pessoa tenha dificuldade em identificar razões para viver. Assim, era expectável que uma pessoa com valor superior no Inventário de Depressão de Beck, apresentasse um valor inferior no Inventário de Razões para Viver, e vice-versa.

Por tudo isto, pode-se afirmar que a versão portuguesa do Inventário de Razões para Viver apresenta uma boa validade de constructo, convergente e discriminante, significando que este inventário mede aquilo que se pretende medir. Como tal, pode-se concluir que estamos perante um instrumento de avaliação válido e fidedigno, o qual pode ser muito útil quer para a investigação quer para a prática clínica.

Uma vez que na amostra a percentagem de sujeitos com Habilitações Literárias superiores ou iguais ao grau académico de Bacharelato eram superiores às verificadas para a população geral, procedeu-se a uma análise fatorial no sentido de perceber se este facto influenciaria, ou não, os resultados. Da sua análise verificou-se que as habilitações Literárias não influenciavam a análise fatorial do Inventário de Razões para Viver para a população não-clínica portuguesa.

## CONCLUSÃO

A elaboração deste trabalho de investigação permite sistematizar e planificar o trabalho desenvolvido, no sentido de validar para a população não-clínica portuguesa o Inventário de Razões para Viver, o qual nos fornece uma visão positiva ao dar ênfase às razões para não se cometer o suicídio, caso este pensamento ocorra.

Considera-se a intencionalidade suicida como um fator de risco relevante, relacionada com comportamentos de autoagressão futuros. Estes achados sugerem que a avaliação baseada em instrumentos de medição do risco de suicídio e nos fatores protetores são relevantes para a prevenção de comportamentos suicidários. Deste modo, surge a pertinência de validação para a população não-clínica portuguesa do Inventário de Razões para Viver.

A tradução do Inventário de Razões para Viver foi efetuada tendo por base as propriedades psicométricas do instrumento, a confiabilidade, a validade convergente e a validade discriminante. Após a análise fatorial confirmatória conclui-se que as qualidades psicométricas do Inventário de Razões para Viver são bastante satisfatórias para a população não-clínica portuguesa, possuindo grandes semelhanças com o original, ficando disponível mais uma ferramenta para uma melhor caracterização da saúde mental da população.

Como limitações a este estudo, consideram-se a amostragem não-probabilística, devendo os seus resultados serem extrapolados com prudência, bem como o processo de colheita de dados ter sido efetuado via eletrónica, o que poderia ter sido uma desvantagem/limitação à participação no estudo por parte de alguns sujeitos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cruz, J. (2006). Memórias traumáticas, auto-narrativas e conduta suicida: Um ensaio terapêutico. In P. Costa, C. M. Pires, J. Veloso, & C. T. Pires, *Stresse Pós-traumático: Modelos, abordagens e práticas* (pp. 47-70). Leiria, Portugal: Editorial Diferença.

- Direção Geral de Saúde, Grupo de trabalho para o Programa Nacional para a Saúde Mental. (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio: 2013-2017*. Lisboa, Portugal. Autor.
- Innamorati, M., Pompili, M., Ferrari, V., Cavedon, G., Soccorsi, R., Aiello, S., ... Tatarelli, R. (2006). Psychometric properties of the reasons for living inventory in Italian university students. *Individual Differences Research, 4*(1) 51-56.
- Kissane, M., & McLaren, S. (2006). Sense of belonging as a predictor of reasons for living in older adults. *Death Studies, 30*(3), 243-258.
- Linehan, M., Godstein, J., Nielsen, S. & Chiles, J. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The reasons for living inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(2), 276-286
- Saraiva, C. B. (2006). *Estudos sobre o Para-Suicídio: O que leva os jovens a espreitar a morte*. Coimbra, Portugal: Autor.
- Vaz Serra, A. (1986). O Inventário Clínico de Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica, 7*(2), 67-84.
- Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I –Ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica, 20*, 623-644.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/exe\\_summary\\_english.pdf](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf)

## CAPÍTULO XII

# AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO: ÍNDICE NGASR - VERSÃO PORTUGUESA

Jorge Façanha

José Carlos Santos

## ENQUADRAMENTO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio (IASP), todos os anos, cerca de 1 milhão de pessoas, comete suicídio em todo o mundo, estimando-se que em 2020 o número atinja 1,5 milhões. Este número é superior ao número de mortes por homicídio e resultantes de cenários de guerra (Santos, 2012a; World Health Organization [WHO], 2014).

Suicidam-se diariamente em todo o mundo cerca de 3000 pessoas, o que corresponde a uma morte a cada 40 segundos, sendo que por cada pessoa que se suicida, 20 ou mais realizam tentativas de suicídio WHO (2014)

A taxa de suicídio em Portugal em 2014 encontra-se em linha com a média da União Europeia: 11 pessoas por cada 100 mil habitantes. Nesse ano, 1223 pessoas morreram por suicídio - 925 homens e 298 mulheres (Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2017).

Não sendo um problema específico de Portugal, o suicídio consta das prioridades do país dado que nos programas de saúde prioritários se encontra o Programa Nacional Para a Saúde Mental (PNSM ) apresentando como Metas de Saúde 2020, aumentar em 30% o número de ações no âmbito dos programas de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais, desenvolvidos pelo PNSM e, como implementação, o objetivo de dinamizar a aplicação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2013).

O PNPS 2013-2017 considera o suicídio como um fenómeno complexo e multifacetado, fruto da interação de fatores de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social (Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2013).

Estes comportamentos representam um grave problema de saúde pública e os custos económicos associados ao suicídio são da ordem dos biliões de euros (Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2013).

Segundo dados do estudo *The Global Burden of Disease*, na Europa, as perturbações psiquiátricas eram responsáveis por 40% dos anos vividos com incapacidade, destacando-se claramente entre as 10 principais causas gerais de incapacidade, doenças como a depressão, alcoolismo, esquizofrenia e doença bipolar. Na última revisão deste estudo (Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2012), as perturbações depressivas representam já a terceira causa de carga global de doença (primeira nos países desenvolvidos), estando previsto que passem a ser a primeira causa a nível mundial em 2030, com agravamento plausível das taxas correlacionadas de suicídio e parassuicídio (DGS, 2012).

A associação entre depressão e suicídio é inegável. As doenças mentais, particularmente a depressão, são o fator de maior risco para o suicídio (WHO, 2014). As perturbações depressivas são a terceira causa de carga global de doença (primeira nos países desenvolvidos), estando previsto que passem a ser a primeira a nível mundial em 2030 (WHO, 2014). Pela forte e significativa associação entre suicídio e doença mental, uma parte importante da avaliação do indivíduo, com comportamento da esfera suicidária, será a avaliação psiquiátrica e psicossocial abrangente, assim como uma avaliação do risco de suicídio a curto e longo prazo (Ministry of Health, New Zealand Guidelines Group, 2003; Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2009).

## **Instrumentos de avaliação de risco de suicídio**

As questões utilizadas na avaliação e as ferramentas de rastreio do risco de suicídio, nomeadamente os instrumentos, questionários e escalas, não devem ser entendidas nem utilizadas como *checklist* ou como meio de obtenção de uma pontuação para determinar o nível de risco. Elas pretendem ajudar o enfermeiro a avaliar significados, motivos e intenções de um utente que possa estar em risco de suicídio. O profissional deve utilizar cumulativamente os fatores de risco, e os seus significados para o utente, para efetivamente conseguir obter uma avaliação mais precisa do risco (Armes, 2007).

Numa revisão da literatura, com base em documentos publicados desde 2002, Armes (2007) apresenta um conjunto de instrumentos para avaliação de risco de suicídio, sendo

que apenas o *Reasons for Living Inventory* (RFL) de Linehan et al. (como citado por Armes, 2007) se encontra validado para a população portuguesa (Matias & Santos, 2014).

São inúmeros os fatores que devem ser considerados quando se avalia a adequação de ferramentas de avaliação de risco. Será fundamental que incluam detalhes sobre as propriedades psicométricas dos instrumentos, bem como outras questões técnicas que descrevam a sua utilidade. Nesta perspetiva, propriedades como confiabilidade e validade devem ser revistas e consideradas, a fim de entender a confiabilidade, significado e aplicação dos dados obtidos a partir de uma ferramenta de avaliação (RNAO, 2009).

O *Nurses Global Assessment of Suicide Risk* (NGASR) foi desenvolvido no Reino Unido, numa unidade de Saúde Mental assente em práticas baseadas na evidência. Cutcliffe e Barker (2004), em contexto de internamento, consideram a deteção da intenção suicida, problemática e complexa. A problemática da deteção da intenção suicida é demonstrada em diversos estudos, nomeadamente no estudo realizado por Morgan e Priest (citados por Cutcliffe & Barker, 2004), em que dos 27 utentes internados em unidade de psiquiatria que se suicidaram, em contexto de internamento ou 3 meses após a alta, apenas em 10 casos foram introduzidas medidas preventivas, o que demonstra que nos restantes ocorreu uma subestimação do risco de suicídio. Esta foi uma das evidências que esteve na base do desenvolvimento do instrumento de avaliação de risco de suicídio NGASR, dado que antes da sua existência, a avaliação do risco de suicídio realizada pelos enfermeiros era unicamente determinada pelo julgamento clínico.

Embora o julgamento clínico seja treinado e desenvolvido ao longo do tempo, exige experiência e sensibilidade para a situação particular, o que em equipas menos experientes pode constituir uma fragilidade. Existia a necessidade de uma ferramenta baseada na evidência, que pudesse complementar o julgamento clínico, e que, simultaneamente, não o impossibilitasse.

Foi reconhecido que o NGASR se constitui como uma ferramenta que facilita o desenvolvimento do julgamento clínico dos enfermeiros menos experientes e, simultaneamente, serve de complemento no caso do julgamento clínico realizado pelos mais experientes (Cutcliffe & Barker, 2004; MacDonald, 2015).

A literatura apresenta um conjunto de variáveis específicas relacionadas com o aumento do risco de suicídio, nomeadamente, a desesperança, a existência de um plano de suicídio ou o *términus* recente de um relacionamento. Não podemos considerar a existência de um preditor isolado para o risco de suicídio, mas sim um conjunto de variáveis preditivas. A utilização de uma ferramenta de avaliação do risco de suicídio permite avaliar a possível influência dessas variáveis preditivas, garantindo que, pelo menos, parte da avaliação clínica foi baseada em evidências, constituindo-se como uma mais-valia.

No desenvolvimento de um instrumento de avaliação do risco de suicídio importa reconhecer que questões de alto risco, para um indivíduo, não podem ser generalizadas para a população e que, simultaneamente, fatores de alto risco de suicídio para a população não se constituem como fatores de risco para um indivíduo em particular.

O NGASR é um índice e uma grelha de observação de pontuação simples, constituído por 15 itens, e construído para que toda a informação, necessária à atribuição da pontuação de cada uma das variáveis preditivas, possa ser recolhida durante a entrevista de enfermagem. As principais variáveis foram obtidas tendo em conta a evidência empírica e a análise racional e que resumidamente abaixo descrevemos: 1 – Os sentimentos de desesperança têm uma correlação elevada com o risco de suicídio. Estudos recentes sugerem que o sentimento de desesperança, muitas vezes associado a um estado depressivo, em lugar do estado depressivo em si, indica um maior risco de suicídio. A desesperança não é específica de estados depressivos. De forma a complementar a avaliação existe um conjunto de instrumentos que permite avaliar a desesperança e que podem ser utilizados pelo enfermeiro de saúde mental; 2 - Os eventos de vida stressantes podem desafiar e diminuir as estratégias individuais de *coping*, bem como podem exacerbar determinadas situações na vida da pessoa. Por sua vez, esta pode começar a pensar em suicídio, como forma de fuga ao *stress*; 3 - Algumas condições, tais como, alucinações e crenças delirantes podem contribuir para aumentar a desesperança. Algumas alucinações e/ou crenças podem ainda conter mensagens mais explícitas de automutilação ou destruição. Não existe uma relação direta para a tentativa de suicídio mas podem incentivar a pessoa a suicidar-se; 4 - A relação entre depressão e suicídio encontra-se descrita de forma vasta e extensa na literatura e em diversos estudos. Nas situações em que a depressão se manifesta na forma de perda de interesse ou prazer, tal pode ser considerado como potencial risco de suicídio adicional. As manifestações de perda de interesse ou prazer podem surgir não unicamente em pessoas com diagnóstico de depressão mas também outras formas de doença mental ou física; 5 - Há um aumento do risco associado à diminuição das interações sociais e afastamento social, podendo ser um dos primeiros sinais de alerta. Esta situação não está relacionada com o facto de algumas pessoas, por circunstâncias de vida, passarem algum tempo sozinhas, mas com alterações no padrão de interação interpessoal e social; 6 - A verbalização de intenção suicida nem sempre é sinónimo de verdadeira intencionalidade, existindo um conjunto de evidências que demonstram que estas manifestações representam a expressão de diferentes necessidades. Todos estes sinais devem ser tidos em linha de conta e não devem ser ignorados dado que podem representar pensamentos de suicídio. Alguns *gritos de socorro* não foram percecionados como tal, tendo passado despercebidos como é referido na literatura; 7 - A evidência de um plano de suicídio representa um importante fator de risco. Nas situações em que se verifica a tentativa de manter este plano em sigilo assume particular importância. O plano de suicídio pode acidentalmente ser descoberto, através de expressões verbais, ou pela

presença de sinais físicos; 8 – O historial familiar de problemas psiquiátricos graves ou suicídio assume particular relevância podendo agravar sentimentos de desesperança e inevitabilidade. O suicídio, de membros da família importantes, pode assumir-se como um modelo social para pessoas em situação de desespero; 9 - Um processo de luto recente ou *términus* de uma relação devem ser considerados como fatores de risco significativos. Em situações de luto não resolvido e, em particular, nas situações de morte de uma pessoa próxima ou significativa a perda da esperança é frequente; 10 - O historial de psicose aumenta o risco de suicídio. Apesar de nem todas as pessoas com psicose terem pensamentos suicidas, o seu processo de raciocínio apresenta-se alterado; 11 – O risco de suicídio é ligeiramente maior nas pessoas viúvas, ou que perderam o seu parceiro; 12 - Qualquer indicador ou evidência de tentativa de suicídio prévia é um indicador significativo, do risco atual ou futuro; 13 – O historial de privação socioeconómica, tais como habitação pobre, desemprego e baixa qualidade de vida, parecem estar associados com o aumento do risco; 14 - O historial de álcool, ou o seu consumo excessivo, está associado a um maior risco de suicídio, tendo particular importância quando o conceito de suicídio é associado a um ato espontâneo e a pessoa recorre ao consumo de álcool para ganhar *coragem* para executar o ato suicida; 15 - A presença de doença terminal, em algumas pessoas, leva a considerar o suicídio como forma de lidar com a dor física ou psicológica, com as limitações e deteriorações globais e/ou como meio de tomar o controlo no *términus* da vida com vista a um final digno.

Algumas das variáveis encontram-se interligadas, no entanto o enfermeiro deve avaliar a presença/influência de cada um destes fenómenos como variáveis individuais. Ao longo da entrevista o enfermeiro deve destacar as variáveis preditivas que acredita serem especialmente relevantes para o utente e que permitirá obter uma pontuação total do índice. Esta pontuação representa uma estimativa numérica do grau de risco de suicídio e, nas situações em que a avaliação seja repetida, permite fornecer indicadores das alterações do risco de suicídio, devendo sempre ser complementado com outros dados relevantes.

Das variáveis que compõem o NGASR, a cinco delas foi atribuída pontuação três, sendo variáveis que apresentam uma forte correlação estatística com elevado grau de risco de suicídio, corroborado por Beck et al. (citados por Cutcliffe e Barker, 2004). Às restantes 10 variáveis foi atribuído pontuação de um.

Determinar o grau de risco representa uma dificuldade adicional na criação de qualquer ferramenta de avaliação e, em particular, dada a complexidade da ideação suicida. Pelo tipo de fenómeno, os autores anteriores, baseados no estudo de Cutcliffe e Ramcharan (2002), em entrevistas realizadas a familiares de cerca de 70 pessoas que se suicidaram, observaram que existiria um intervalo ou um contínuo de risco suicida. Desta forma, foram traduzidos em quatro níveis de risco de suicídio: *risco baixo, intermédio, elevado e muito elevado*. Uma pontuação menor ou igual a 5 indica um nível de risco baixo e

sugere um nível 4 de envolvimento; uma pontuação entre 6 e 8 indica um nível de risco intermédio e sugere um nível 3 de envolvimento; uma pontuação entre 9 e 11 indica um nível de risco elevado e sugere um nível 2 de envolvimento; uma pontuação maior ou igual a 12 indica um nível de risco muito elevado e sugere um nível 1 de envolvimento.

Esta avaliação do risco de suicídio encontra-se intrinsecamente ligada com o processo de avaliação e com os subseqüentes cuidados a prestar ao utente suicida, constituindo-se como um alicerce para a interação com o utente suicida.

## **Justificação do estudo**

Com o aumento provável de casos de depressão, verificar-se-á, concomitantemente, um agravamento provável das taxas de suicídio e comportamentos autolesivos (WHO, 2014). Não há como prever quem cometerá ou não suicídio, mas é possível avaliar o risco individual que cada pessoa apresenta, baseado nos fatores de risco e de proteção, investigados na entrevista clínica (Bertolote, Mello-Santos, & Botega, 2010). Estes fatores devem por isso ser considerados na avaliação do risco de suicídio, ajudando os profissionais de saúde na tomada de decisão acerca das intervenções a colocar em prática, contribuindo assim para uma diminuição do risco (Santos, 2012b). Avaliar o nível de risco da pessoa, nomeadamente relativo ao suicídio, e a outros comportamentos autodestrutivos são competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Existem, na literatura, alguns instrumentos/escalas que permitem realizar a avaliação do risco de suicídio pelos profissionais de saúde, no entanto, nenhuma está validada para a população portuguesa. O NGASR constitui-se como um instrumento capaz de dar resposta a esta necessidade - nenhum estudo foi conduzido com o intuito de adaptar este instrumento para a população portuguesa. Foi definido como objetivo deste estudo, contribuir para a tradução, adaptação e validação do índice NGASR para a população portuguesa, bem como avaliar as suas propriedades psicométricas em utentes com sintomatologia depressiva e fatores de risco para comportamentos suicidários.

## **METODOLOGIA**

A adaptação cultural de uma medida de saúde, que permita a sua utilização num país diferente do país de origem requer uma metodologia específica de forma a tornar essa medida válida. A adaptação transcultural do NGASR foi realizada utilizando uma metodologia que visa testar as suas propriedades psicométricas e equivalência para a população portuguesa.

Iniciou-se a tradução do NGASR recorrendo à técnica da retroversão ou método inverso baseado em Fortin (2003), tendo sido realizada a tradução da versão original em inglês,

por um especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e por um professor de inglês, nativo, bilingue, tendo-se obtido a versão em português designada Versão 1. Seguidamente as duas versões, original e Versão 1, foram analisadas por uma pessoa de nacionalidade portuguesa, residente num país de língua inglesa, o que permitiu obter a Versão 2 do NGASR. Foi realizada a retrotradução, da Versão 2 para a língua inglesa, por uma pessoa bilingue, especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Previamente foi obtido parecer positivo, emitido pelo autor do NGASR, para a utilização do instrumento na realização deste estudo.

Por forma a verificar a validade de conteúdo foi realizado um painel constituído por 4 peritos, com formação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria com utilização fluente da língua inglesa. O contributo destes especialistas foi organizado segundo a técnica de Delphi, tendo como objetivo encontrar um consenso de opiniões dos vários peritos. A análise deste painel de peritos centrou-se na pertinência das perguntas, realizada comparação das várias versões quanto à equivalência idiomática e conceptual do conteúdo dos itens e no que diz respeito à semântica.

Foi consensual que o índice avalia a presença de fatores de risco para comportamentos suicidários e avalia o risco para comportamentos suicidários e desta forma obteve-se a versão definitiva do NGASR - versão portuguesa.

Posteriormente foi realizado um préteste, tendo sido aplicado o NGASR - versão portuguesa revelando compreensão dos conteúdos enunciados e fácil preenchimento.

A população alvo, neste estudo, foi constituída por todas as pessoas com fatores de risco para comportamentos suicidários. Recorreu-se a um tipo de amostragem não-probabilística, do tipo acidental, constituída por pessoas com fatores de risco para comportamentos suicidários, que estiveram presentes (no internamento ou na consulta externa) no momento da recolha de dados e que aceitaram participar voluntariamente no estudo.

Relativamente ao instrumento de colheita de dados, foi construído um questionário composto por duas partes. A parte I composta por questões relativas a variáveis sociodemográficas, pelo Questionário de Ideação Suicida (QIS), Inventário Depressivo de Beck (BDI) e pela *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS-21). A segunda parte era composta pelo NGASR - versão portuguesa, aplicado em contexto de entrevista.

## RESULTADOS

Seguidamente serão apresentados os resultados da aplicação dos testes estatísticos para avaliar as propriedades psicométricas do instrumento de medida NGASR. O processo de

tradução e adaptação cultural do NGASR não revelou nenhuma interpretação incorreta e/ou nenhuma ambiguidade nas versões finais do NGASR - versão portuguesa.

Após a aplicação do instrumento de recolha de dados, torna-se imperativo verificar a sua fidelidade e de forma a conhecermos a homogeneidade dos enunciados dos itens, procedemos à análise da consistência interna dos mesmos. Para determinar a validade de conteúdo procedeu-se à realização de uma reunião com painel de peritos (com formação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria) tendo sido obtido consenso que o índice avalia a presença de fatores de risco para comportamentos suicidários e avalia o risco para comportamentos suicidários.

De forma a garantir a validade de critério, optou-se por realizar uma regressão linear entre o NGASR e o QIS, BDI e DASS-21.

Verificou-se que existe uma forte associação linear positiva ( $R = 0,830$ ) entre o NGASR e as medidas QIS, BDI e DASS-21. Pela realização do Teste F verificou-se uma relação entre o NGASR e o QIS, BDI e DASS-21 estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), o modelo mostra-se adequado para descrever essa relação com um  $R$  quadrado próximo de 0,70 (Pestana & Gageiro, 2003). Em relação ao Teste  $t$  as diferenças encontradas foram estatisticamente significativas para as medidas.

Realizada a análise da relação do NGASR separadamente para cada um dos instrumentos tendo-se verificado a existência de uma forte associação linear positiva entre o NGASR e o QIS e entre o NGASR e o BDI respetivamente ( $R = 0,71$  e  $R = 0,75$ ) e uma relação moderada ( $R = 0,63$ ) entre o NGASR e a DASS-21. As relações encontradas foram, para todos os instrumentos, estatisticamente significativas ( $p = 0,000$ ). O índice NGASR apresenta boa validade de critério quando analisada a sua relação com outros instrumentos que avaliam a ideação suicida, a depressão e a depressão, ansiedade e *stress*.

Para determinar a validade de constructo foi realizada análise fatorial de componentes principais com rotação varimax que evidenciou seis fatores sendo que as variáveis preditivas são explicadas em 66,92% da variância total (Tabela 1).

Os fatores apresentados pela rotação varimax não permitem a definição de uma nomenclatura ou categorização dos itens que a constituem, tendo por base a literatura.

Tabela 1

*Comparação da utilização do NGASR em outros estudos*

	<i>n</i>	Nº de fatores	Variância Total
NGASR- versão portuguesa	109	6	66,92%
Shin et al. (2012)	106	6	63,40%
Veen, Weeghel, Koekkoek, e Braam (2015)	45	5	55,00%
Kozel (2011)	61	-	-

Globalmente o índice NGASR tem um comportamento semelhante à sua validade noutros contextos, pelo que se acredita que a sua aplicação seja fiável para a população portuguesa.

## DISCUSSÃO

Iremos em seguida apresentar os pontos principais de discussão suscitados pela análise dos resultados obtidos e a sua comparação com dados encontrados em estudos similares.

Na amostra em estudo a média de idade dos elementos foi de 43,07 anos, com idade mínima de 19 anos e a idade máxima de 79 anos. 34,9% da amostra (representando a maioria) situa-se no intervalo entre os 41 e 50 anos. Uma investigação realizada por Kozel (2011) na Suíça, para testar empiricamente a validade de critério da versão alemã do NGASR, obteve uma média de idades semelhante de 43,8 anos, sendo a idade mínima de 20 e máxima de 81 anos.

Relativamente ao sexo, verificou-se o predomínio de pessoas do sexo feminino (67%), semelhante ao obtido no estudo realizado por Kozel (2011) que auferiu uma amostra maioritariamente feminina (54,1%).

Analisando o tamanho da amostra, comparativamente com outros estudos de validação do NGASR disponíveis, verificou-se que a amostra do estudo realizado em Portugal é a que apresenta um maior número de elementos, com um valor semelhante à amostra do estudo realizado por Shin et al. (2012) na Coreia do Sul ( $n = 106$ ). Em outros estudos de validação do NGASR, as amostras utilizadas foram significativamente menores, sendo que Kozel (2011) utilizou uma amostra de 61 utentes e Veen et al. (2015), utilizou uma amostra constituída por 45 utentes.

Nos resultados obtidos com a utilização do NGASR, no que respeita ao nível de risco de suicídio, verificou-se que na literatura disponível não são apresentados resultados obtidos em outros estudos. Na amostra em estudo verificou-se que, a maioria dos utentes correspondente a 40,40% da amostra, apresentam uma pontuação  $\geq 12$ , o que significa um risco muito elevado de suicídio. O nível de risco baixo (pontuação  $\leq 5$ ) foi o menos pontuado, 14,70% da amostra. O nível de risco intermédio (pontuação 6-8) e o nível de risco elevado (pontuação 9-11) apresentam respetivamente 23,90% e 21,10%. Estes resultados estão de acordo com os dados encontrados na literatura que defendem que a associação entre depressão e suicídio é inegável e que as pessoas com episódio depressivo major apresentam risco de suicídio cerca de 20 vezes mais elevado (Lönnqvist, citado por Botega, 2006).

Veen et al. (2015) obtiveram uma correlação intraclasse de 0,70. Shin et al. (2012), no estudo realizado para avaliar a confiabilidade, através coeficiente de correlação intraclasse total, obtiveram um valor de 0,890 (variando de 0,722 a 1,000). Kozel (2011) recorreu à realização do coeficiente de Kappa, tendo obtido um valor entre 0,18 (plano de suicídio) e 0,73 (Alucinações auditivas/ideias de perseguição).

A validade de conteúdo foi obtida através da realização de um painel de peritos com formação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, onde foi consensual que o índice avalia a presença de fatores de risco para comportamentos suicidários e avalia o risco para comportamentos suicidários. Este consenso vai ao encontro ao obtido por Cutcliffe e Barker (2004), em que um painel de peritos avaliaram a existência de variáveis em falta e afirmaram não parecer existir omissões de variáveis no índice NGASR. Como resultado permitem-nos afirmar que o teor de validade de conteúdo parece ser suficientemente garantida.

Para averiguar a validade de critério, realizou-se uma regressão linear entre o NGASR e o QIS, BDI e DASS-21. Verificou-se que existe uma forte associação linear positiva ( $R = 0,830$ ) entre o NGASR e as medidas QIS, BDI e DASS-21. Foram ainda realizados testes de inferência estatística, verificando-se pela realização do teste  $F$  uma relação entre o NGASR e o QIS, BDI e DASS-21 estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ). O modelo mostra-se adequado para descrever essa relação com um  $R$  quadrado próximo de 0,70 (Pestana & Gageiro, 2003). Também os resultados encontrados para o teste  $t$  foram estatisticamente significativos.

Estes resultados demonstram que o índice NGASR apresenta boa validade de critério quando analisada a sua relação com outros instrumentos que avaliam a ideação suicida, a depressão e a depressão, ansiedade e *stress*. A relação estimada pode ser, de facto, inferida para o universo.

Nos estudos encontrados na literatura não são realizadas análises comparativas entre o NGASR e o QIS, BDI e ou DASS-21.

Nos estudos de validação do NGASR em outros países, foram utilizados para avaliar a validade de critério, outros instrumentos diferentes dos que utilizamos. Veen et al. (2015) utilizaram o SIS e encontrou uma correlação linear significativa entre o score do NGASR e o *score* do SIS ( $R = 0,698$ ,  $p = 0,00$ ). Segundo Brown (2001) a BSI é moderadamente correlacionada com o BDI com coeficientes de correlação entre 0,58 e 0,69. Segundo Miller (como citado por Brown, 2001) foi encontrada uma correlação significativa entre o *Modified Scale for Suicide Ideation* (MSSI) e o BDI ( $r = 0,34$ ). Estes dados reforçam a correlação entre o BDI e a ideação suicida.

A avaliação da validade de constructo do NGASR foi realizada através da análise dos componentes principais. Tendo em consideração o tamanho da amostra, não consideramos prioritário o valor de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) obtido. A análise fatorial de componentes principais com rotação varimax evidenciou seis fatores, utilizando o critério para a retenção dos fatores com valores próprios superiores a 1, as 15 variáveis preditivas são explicadas em 66,92% da variância total. Estes resultados são semelhantes aos obtidos por Shin et al. (2012) que apresenta seis fatores e que explicaram 63,4% da variância total. Por sua vez, Veen et al. (2015), obteve, após rotação varimax, uma solução de cinco fatores que explicam 55% da variância total. Não foram revelados, pelos autores acima referidos, os itens constituintes de cada um dos fatores que permitem fazer uma análise comparativa com a distribuição obtida na nossa amostra.

Os fatores apresentados pela rotação varimax não permitem a definição de uma nomenclatura ou categorização dos itens que a constituem, tendo por base a literatura. No entanto, tal como defende Martins (2006), dificilmente a validade de constructo será estabelecida por um único estudo, devendo ser constituída por vários estudos que investigam a teoria do constructo particular que está a ser medido. Só com o acumular dos resultados os investigadores descobrem limitações e criam novas medidas para corrigir possíveis problemas. O autor acrescenta ainda que quanto mais evidências de validade de conteúdo, critério e constructo de um instrumento existirem, maiores são as evidências que de facto se está a medir o que se pretende medir.

Globalmente o índice NGASR tem um comportamento semelhante à sua validade noutros contextos, pelo que se acredita que a sua aplicação seja fiável para a população portuguesa. Desta forma, pensamos ter contribuído para a adaptação e validação do NGASR - versão portuguesa.

## CONCLUSÃO

Com o presente estudo pretendemos contribuir para tradução, adaptação e validação do índice NGASR para a população portuguesa e paralelamente analisar as suas

propriedades psicométricas. Seleccionámos uma amostra constituída por 109 pessoas com sintomatologia depressiva a quem foi aplicado o instrumento. Foram avaliadas a sua consistência interna e validades. Dos resultados encontrados ressaltam os seguintes: Verificou-se que o sexo feminino apresenta média mais elevada no QIS (45,50), BDI (21,94) e NGASR (9,67) e mais baixa na DASS-21 (33,08); A maioria dos utentes (40,40%) possuem um risco muito elevado de suicídio, sendo o nível de risco baixo o menos pontuado correspondente a 14,70% da amostra; Os itens mais presentes no NGASR foram: “Evidência de depressão/perda de interesse ou perda de prazer” (83,50%), “Acontecimento stressante recente, por exemplo, perda do emprego, preocupações financeiras, ação judicial pendente” (73,40%), “Evidência de afastamento social” (68,80%), “Historial de privação socioeconómica” (58,70%) e “Presença/Influência da desesperança” (56,90%); O processo de tradução e adaptação cultural do NGASR não revelou nenhuma interpretação incorreta e nenhuma ambiguidade nas versões finais do NGASR - versão portuguesa; Para a validade de conteúdo, obtida através de um painel de peritos, foi consensual que o índice avalia a presença de fatores de risco para comportamentos suicidários e o risco de comportamentos suicidários; O índice NGASR apresenta boa validade de critério quando analisada a sua relação com o QIS, BDI e DASS-21 ( $R = 0,830$ ), sendo os resultados obtidos estatisticamente significativos ( $p < 0,05$ ); Verificou-se a existência de uma forte associação linear positiva entre o NGASR e o QIS e entre o NGASR e o BDI (respetivamente  $R = 0,71$  e  $R = 0,75$ ) e uma relação moderada ( $R = 0,63$ ) entre o NGASR e a DASS-21. As relações encontradas foram, para todos os instrumentos, estatisticamente significativas ( $p = 0,000$ ); A análise fatorial de componentes principais com rotação varimax evidenciou seis fatores e as 15 variáveis preditivas são explicadas em 66,92% da variância total.

## Limitações

Quanto às limitações do estudo destaca-se o método de amostragem adotado, dado que o método não-probabilístico de seleção da amostra é entendido pela maioria dos autores consultados como menos desejável que o método probabilístico. Também se poderá constituir como limitação do estudo o facto da aplicação do instrumento não ter sido realizada sempre pelo mesmo investigador, podendo levar a diferentes interpretações sobre a consideração como presentes/ausentes de alguns fatores de risco. No entanto, houve a preocupação de realizar uma reunião com todos os enfermeiros que colaboraram na aplicação deste instrumento para esclarecer dúvidas e diminuir a subjetividade na classificação dos itens. Tratando-se do primeiro estudo realizado no nosso país acerca deste índice, sugere-se que mais estudos sejam desenvolvidos para reforçar a confiabilidade deste instrumento.

## Implicações para a prática

Através dos resultados alcançados, pensamos ter colaborado para uma melhor compreensão da importância da avaliação do risco de suicídio em pessoas com fatores de risco para comportamentos suicidário e sintomatologia depressiva. Acreditamos ser possível, através da avaliação do risco de comportamento suicidários, contribuir para a prescrição de intervenções adequadas, capazes de diminuir o número de suicídios. Apesar das limitações já consideradas, acreditamos igualmente que foi possível realizar uma primeira aproximação do problema de pesquisa na realidade, apontando um caminho a ser explorado em futuras pesquisas, assim como servir de base a novos estudos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Armes, A. (2007). *Suicide prevention: Toolkit for implementing national patients safety goal*. Recuperado de <http://books.google.pt/books?id=Np6ADjUHOCYC&pg=PA32&lpg=PA32&dq=NGASR+suicide&source=bl&ots=QzntgyNIAd&sig=LgxQmPmiReM9Ae8lYrLSDmj6e4&hl=ptPT&sa=X&ei=oa9dUoaeJcajhgeS6YH oBw &ved=0CHEQ 6AEwCA#v=onepage&q&f=true>.
- Bertolote, J., Mello-Santos, C., & Botega, N. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(Supl. 2), 587-595. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a05.pdf>.
- Botega, N. (2006). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* (2ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Brown, G. (2001). *A review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania.
- Cutcliffe, J., & Barker, P. (2004). The nurses' global assessment of suicide risk (NGASR): Developing a tool for clinical practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, p. 393-400.
- Cutcliffe, J., & Ramcharan, P. (2002). Leveling the playing field? Exploring the merits of the ethics-as-process approach for judging qualitative research. *Qualitative Health Research*, 12(7), 1000-1010.
- Fortin, M.-F. (2003). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* (3ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Kozel, B. (2011). *Die Kriteriumsvalidität der deutschen Version der Nurses' Global Assessment of Suicide Risk - Scale* (NGASR - Scale; Tese de Doutorado). Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/265612813\\_Die\\_Kriteriumsvalidita\\_der\\_deutschen\\_Version\\_der\\_NursesGlobal\\_Assessment\\_of\\_Suicide\\_Risk\\_Scale\\_NGASR-Scale](https://www.researchgate.net/publication/265612813_Die_Kriteriumsvalidita_der_deutschen_Version_der_NursesGlobal_Assessment_of_Suicide_Risk_Scale_NGASR-Scale)
- Kozel, B., Rieder, P., Grieser, M., & Abderhalen, C. (2007). Nurses' global assessment of suicide risk - Skala (NGASR): Die interrater-reliabilität eines instrumentes zur systematisierten pflegerischen einschätzung der suizidalität. *Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit*, 1(1), 17-26.

- MacDonald, D. (2015). *The Nurses' global assessment of suicide risk*. Recuperado de <http://dustinkmacdonald.com/nurses-global-assessment-suicide-risk-ngasr/>.
- Martins, G. A. (2006). Sobre Confiabilidade e Validade. *RGBN*, 8(20), 1-12.
- Matias, J., & Santos, J. (2014). Inventário de razões para viver: Contributos para a validação para a população não clínica portuguesa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, 9 - 14.
- Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (2012). *Programa Nacional para a Saúde Mental: Orientações programáticas*. Recuperado de [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio. 2013- 2017*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ministry of Health, New Zealand Guidelines Group. (2003). *The Assessment and management of people at risk of suicide: Best practice evidence-based guideline*. Wellington, New Zealand: Author.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Recuperado de [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20129\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfSMental.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20129_2011_CompeticenciasEspecifEnfSMental.pdf).
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo. ISBN 972-618-297-2.
- Registered Nurses' association of Ontario. (2009). *Assessment and care of adults at risk for suicidal ideation and behaviour: Nursing best practice guideline shaping the future of nursing*. Ontario, Canada: Author.
- Santos, J. (2012a). *Prevenção do suicídio ao redor do mundo: Fortalecer fatores protetores, promovendo a esperança*. Recuperado de [em:http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/DiaMundial\\_Prevencao\\_Suicidio.aspx](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/DiaMundial_Prevencao_Suicidio.aspx) .
- Santos, J. (Coord.). (2012b). *Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Shin, H. Y., Shin, Y. S., Ju, J. H., Jang, H. S., Hong, J. Y., Jeon, H. J., Yu, B. H. (2012) A Study on Reliability and Validity of the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) for Psychiatric Inpatients. *Journal of Korean Academy Psychiatric Mental Health Nursing*, 21(1), 21-29. Recuperado de <http://www.jkpmhn.org/DOLx.php?id=10.12934/jkpmhn.2012.21.1.21>.
- Veen, M., Weeghel, I., Koekkoek, B., & Braam, A. (2015). Structured assessment of suicide risk in a psychiatric emergency service: Psychometric evaluation of the Nurses' global assessment of suicide risk scale schaal (NGASR). *International Journal of Social Psychiatry*, 61(83), 287-296.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Washington, DC: Author.





UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO  
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ENFERMAGEM



Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra



UNIÃO EUROPEIA  
Fundo Europeu  
de Desenvolvimento Regional

**FCT** Fundação  
para a Ciência  
e a Tecnologia