



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E
CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO**

GIRLIANI SILVA DE SOUSA

**VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM *RISCO DE SUICÍDIO* EM
IDOSOS**

Recife
2018

GIRLIANI SILVA DE SOUSA

**VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM *RISCO DE SUICÍDIO* EM
IDOSOS**

Tese apresentada como requisito à obtenção do título de doutor no programa de Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Orientador: Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a. Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli

Recife

2018

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Gláucia Cândida, CRB4-1662

S725v Sousa, Girliani Silva de.
Validação do diagnóstico de enfermagem: risco de suicídio em idosos / Girliani Silva de Sousa. – 2018.
132 f.: il. ; 30 cm.

Orientador: Everton Botelho Sougey.
Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, 2018.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Diagnóstico de Enfermagem. 2. Enfermagem Psiquiátrica. 3. Estudos de Validação. 4. Suicídio. 5. Idoso. I. Sougey, Everton Botelho. (Orientador). II. Título.

616.8 CDD (22.ed.) UFPE (CCS2018-122)

GIRLIANI SILVA DE SOUSA

**VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM *RISCO DE SUICÍDIO* EM
IDOSOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de doutor em Neurociências.

Aprovada em: 23/02/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dra. Suzana de Oliveira Manguiera
Universidade Federal de Pernambuco – CAV

Prof. Dr. Leonardo Machado Tavares
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dra. Tatiana de Paula Santana Silva
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes
Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey
(Presidente da Banca)
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

A todos os idosos pela disponibilidade e pela acolhida ímpar em suas casas. A confiança para compartilhar as angústias e dores psicológicas foi algo surpreendente e gratificante.

Ao meu orientador, prof. Dr. Everton Botelho, por acreditar no meu trabalho, pelo apoio nessa trajetória e pelas orientações que sempre me levaram a profunda reflexão.

A minha coorientadora, profa. Dra. Jaqueline Perrelli, pela amizade construída nessa jornada, pelo apoio incondicional, pela acolhida a minha passagem temporária no Centro Acadêmico de Vitória, pelas valiosas orientações e pelos nossos cafés sempre tão cheios de carinho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela oportunidade de desenvolver esta pesquisa, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela bolsa de estudos e a Secretária Municipal de Saúde de Recife, por meio da Vigilância Epidemiológica pela disponibilidade para o desenvolvimento do campo desta investigação, em especial a Claudia e ao Henrique, pela atenção, zelo, ajuda partilhada e pelo belíssimo trabalho desenvolvido junto a Prefeitura de Recife.

A todos os profissionais de saúde, principalmente, os agentes comunitários de saúde, que se sensibilizaram, se mobilizaram e ajudaram na localização dos idosos. Foi muito valioso ver tanta gente acreditando no potencial desse trabalho e despertando a atenção para um tema ainda tão invisível em nossa sociedade.

Ao prof. Dr. Marcos Venícios, pela disponibilidade e atenção compartilhada no percurso desse trabalho. Os pequenos encontros e as trocas de e-mails mudaram o rumo desse trabalho e permitiram a ampliação de horizontes e possibilidades.

Aos professores do departamento de pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, em especial, a profa. Sandra, pela construção de novos conhecimentos, novos olhares para a ciência e pelo carinho em nossos encontros.

As professoras Suzana Oliveira, Luciana Barros e Maria Lucia Gurgel que participaram da banca da qualificação, as sugestões possibilitaram o refinamento e o aprimoramento desse trabalho.

Aos colegas do Núcleo de Pesquisa e Avaliação Comportamental em Grupos de Risco – NPEASQ – CGR, pelos momentos e aprendizados compartilhados.

Aos colegas de turma do programa de pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, pela amizade construída e pelo amparo nos momentos de aflições.

Aos meus amigos, Lua em CAPES, pela união em grupo e pelo ombro amigo partilhado, a força construída, os momentos de descontração e o laço afetivo foram alicerces fundamentais na reta final desse trabalho.

Aos meus grandes amigos cearenses e amados, minha eterna gratidão, pela torcida sempre vivida, pelo companheirismo e pela injeção de ânimo quando eu mais precisava.

A minha família, por sonhar junto comigo e pelos momentos gratificantes e revigorantes de afeto e amor.

Ao meu pai, minha fonte de inspiração e de orgulho.

Ao meu companheiro, Felipe, pelo carinho, pelas conversas e pelo amor que se transformaram em incentivo, energia e criatividade para a produção desse trabalho.

Ao mestre criador do universo, a minha eterna gratidão.

RESUMO

O estudo teve o objetivo de validar os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio em idosos. Esta investigação seguiu os referenciais metodológicos da Psicometria, modelo de validação de diagnósticos de enfermagem e do modelo Integrado Motivacional-Volitivo do Comportamento Suicida. Trata-se de uma pesquisa metodológica executada em três etapas: revisão integrativa da literatura, análise de conteúdo e validação clínica. A revisão integrativa subsidiou a identificação dos fatores de risco relacionados ao diagnóstico em estudo e a elaboração das definições constitutivas e operacionais. Posteriormente, realizou-se a análise de conteúdo dessas definições por uma amostra de 15 especialistas. Aplicou-se o teste binomial para verificar se a proporção de especialistas que consideraram cada fator de risco, definição constitutiva ou definição operacional como adequados foi igual ou superior a 0,85. O nível de confiança adotado foi de 5,0%. A validação clínica dos fatores de risco foi executada por meio de um estudo caso-controle, com amostra de 21 casos e 84 controles residentes no município de Recife-PE. O desfecho estudado foi a ocorrência da tentativa de suicídio. Os participantes foram localizados por meio da ficha de notificação de tentativa de suicídio fornecida pela Vigilância Epidemiológica, e por meio das Unidades de Saúde da Família do município de Recife – PE. Houve o pareamento quanto ao sexo, estado civil e distribuição geográfica. Os dados foram coletados no período de novembro de 2016 a junho de 2017. Foram utilizados um questionário de caracterização sócio-demográfica, roteiro de avaliação dos fatores de risco elaborado a partir das definições operacionais, escalas de Depressão Geriátrica (GDS-15), Ideação suicida de Beck (BSI), *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) e avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de Lawton. Os fatores de risco foram dispostos em blocos hierárquicos de acordo com o Modelo Integrado Motivacional-Volitivo do Comportamento Suicida. Foram realizados testes de associação por meio do qui-quadrado e a medida da força de associação entre as variáveis pela *Odds Ratio* (OR). Adotou-se como critério para a permanência das variáveis $p < 0,05$. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, com o CAAE: 47567415.3.0000.5208. Foram atendidos todos os aspectos éticos da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. A revisão integrativa evidenciou 54 fatores de risco, dos quais 23 não constam na taxonomia da NANDA-I. Os especialistas fizeram alterações gramaticais e sugeriram a retirada do fator de risco rigidez comportamental. Os demais itens foram validados como relevantes para o

rastreio do diagnóstico de enfermagem Risco de Suicídio. Um total de 28 fatores de risco foram validados clinicamente para uma triagem diagnóstica para risco de suicídio em idosos; destes, 17 não estão indexados na taxonomia da NANDA-I, são eles: ansiedade, hostilidade, incapacidade de expressar sentimentos, incapacidade de pedir ajuda, problemas econômicos, violência intrafamiliar, apatia, baixa autoestima, dependência funcional, fracasso, frustração, incapacidade funcional, infelicidade, tristeza, autonegligência, depressão e plano suicida. Recomenda-se a incorporação desses fatores de risco à taxonomia da NANDA-I para tornar o rastreio do diagnóstico mais preciso, o que favorece o planejamento de intervenções preventivas a esse evento adverso no contexto de idosos.

Palavras-chave: Diagnóstico de enfermagem. Enfermagem Psiquiátrica. Estudo de validação, Suicídio. Idosos.

ABSTRACT

The study had the goal to validate the risk factors of the nursing diagnosis Suicide Risk among the elderly. This investigation followed the methodologic referential of Psychometry, validation model of nursing diagnoses, and the Integrated Motivational-Volitional Model of Suicide Behavior. It is a methodological research carried out in three stages: firstly, the identification was done, throughout integrative revision of literature, of the risk factors related to the diagnosis in study and the elaborations of constitutive and operational definitions. Subsequently, an analysis of content was done by 15 specialists. The binomial test was applied to verify the proportion of suitability of the items. The items were suited with proportions equal or higher than 0,85. The level of confidence adopted was of 5%. Lastly, a clinical variation of risk factors was applied with a method of case-control, with samples of 21 cases and 84 controls living in the city of Recife-PE. The studied outcome was the occurrence of attempted suicide. There was the annealing according to sex, marital status, and geographic distribution. The data were collected between November 2016 and June 2017, with the application of the sociodemographic questionnaire, the evaluation script of risk factors, and use of the Geriatric Depression Scale (GDS-15), Beck Scale for Suicidal Ideation (BSSI), Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), and the evaluation of The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADLs). The participants were located through the notification sheet of attempted suicide provided by the Epidemiological Surveillance, and through Family Health Care Unities from the city of Recife – PE. The risk factors were disposed in hierarchical blocks according to the Integrated Motivational-Volitional model of Suicide Behavior. The criteria for the continuity of the variables $p < 0,05$ was adopted. Association tests were done using the chi-square, and the measure of strength of association between variables by Odds Ratio (OR). The project was approved by the Committee of Ethics in Research of the Health Sciences Center of the Federal University of Pernambuco, with the CAAE: 47567415.3.0000.5208. All ethical aspects of Resolution nº 466/12 of the National Health Council were fulfilled. The integrative revision found 54 risk factors, 23 of which don't appear in the taxonomy of NANDA-I. The specialists did grammatical changes and suggested the removal of the strict behavioral risk factor. The other items were validated as relevant to the tracking of the nursing diagnosis in study. Twenty-eight risk factors were indicated as clinically valid for a diagnostic triage for the risk of suicide from reports of the elderly; seventeen of those are not indexed in the taxonomy of NANDA-I: anxiety, hostility, inability to express feelings, inability to ask for help, economic issues, intrafamilial violence,

apathy, low self-esteem, functional dependency, failure, frustration, functional incapacity, unhappiness, sadness, self-neglect, depression, and suicidal plan. The incorporation of these risk factors to the taxonomy of NANDA-I is recommended in order to make the tracking of diagnosis more precise, which favors the planning of preventive interventions to this adverse event.

Keywords: Nursing diagnosis. Psychiatric nursing. Validation study. Suicide. Elderly.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANA	<i>American Nursing Association</i>
AIVDs	Atividades Instrumentais de Vida Diária
BSI	Escala de Ideação Suicida de Beck
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CINAHL	<i>Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CLAVES	Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DE	Diagnóstico de Enfermagem
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GDS-15	Escala de Depressão Geriátrica Abreviada de Yesavage
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe
MEDLINE	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NANDA-I	NANDA - Internacional
OR	<i>Odds Ratio</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PE	Processo de Enfermagem
PsycINFO	<i>Behavioral and Social Science Research</i>
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Descrição dos passos do modelo referencial de Psicometria.....35
- Figura 2 – Esquema explicativo do referencial metodológico adotado na pesquisa.....39

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação dos níveis de evidência Melnyk, Fineout-Overholt, 2005.....57

LISTA DE TABELAS

Diagnóstico de enfermagem Risco de Suicídio em idosos: revisão integrativa

Tabela 1. Descrição dos motivos de exclusão dos artigos.....	56
Tabela 2. Fatores de risco psicológicos encontrados nas publicações revisadas.....	58
Tabela 3. Fatores de risco físicos e demográficos encontrados nas publicações revisadas	59
Tabela 4. Fatores de risco relacionados às emoções encontradas nas publicações revisadas	60
Tabela 5. Fatores de risco situacionais encontrados nas publicações revisadas.....	61

Validação dos fatores de risco e suas definições para o diagnóstico de enfermagem *Risco de suicídio* em idosos

Tabela 6. Análise por especialistas das definições conceituais e operacionais dos fatores de risco do nível distal do diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio. Recife, PE, Brasil, 2017.....	79
Tabela 7. Análise por especialistas das definições conceituais e operacionais dos fatores de risco do nível intermediário do diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio. Recife, PE, Brasil, 2017.....	80
Tabela 8. Análise por especialistas das definições conceituais e operacionais dos fatores de risco do nível proximal do diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio. Recife, PE, Brasil, 2017.....	81

Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “risco de suicídio” em idosos

Tabela 9. Fatores associados ao diagnóstico risco de suicídio, de acordo com as características socioeconômicas e demográficas; Recife, PE, Brasil, 2018.....	100
Tabela 10. Fatores de risco relacionados aos eventos da vida e aspectos comportamentais de idosos, Recife, PE, Brasil, 2018.....	101
Tabela 11. Fatores de risco relacionados aos processos psicológicos complexos que formam a ideação suicida em idosos, Recife, PE, Brasil, 2018.....	102
Tabela 12. Fatores de risco relacionados a transformação da ideação em tentativa de suicídio de idosos, Recife, PE, Brasil, 2018.	103

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1. INTRODUÇÃO	21
1.1 HIPÓTESE.....	24
2. OBJETIVOS	25
2.1 Geral.....	25
2.2 Específicos	25
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	26
4. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	32
4.1 Psicometria.....	32
4.2 Modelo de Validação de Diagnóstico de Enfermagem	35
4.2.1 Revisão Integrativa.....	36
5. MÉTODO.....	39
5.1 Etapa 1: Análise de conceito: Risco de suicídio.....	40
5.2 Etapa 2: Validação por especialistas	40
5.3 Etapa 3: Validação clínica do diagnóstico de enfermagem Risco de Suicídio.....	41
6. RESULTADOS	44
7. DISCUSSÃO.....	45
8. CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICES.....	52
APÊNDICE A - Diagnóstico de enfermagem Risco de Suicídio em idosos: revisão integrativa.....	53
APÊNDICE B - Validação dos fatores de risco e suas definições para o diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio em idosos	72
APÊNDICE C - Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “risco de suicídio” em idosos	91
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os enfermeiros especialistas	111
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os idosos	112
APÊNDICE F - Instrumento de coleta de dados para análise de conceito.....	113
APÊNDICE G - Ficha 1 - Roteiro de caracterização sociodemográfica dos participantes	115
APÊNDICE H - Roteiro de avaliação dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio	116
ANEXOS.....	122

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	123
ANEXO B - Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura	124
ANEXO C -Escala de depressão geriátrica de Yesavage – versão reduzida (GDS-15).....	126
ANEXO D: Escala de Ideação suicida de Beck – BSI.....	127
ANEXO E - SRQ – 20	129
ANEXO F - ESCALA DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA (AIVD)	131

APRESENTAÇÃO

Este capítulo apresenta algumas reflexões sobre a vivência da autora da tese na prática de pesquisa, a fim de mostrar a articulação dessa experiência com o tema da tese.

Para iniciarmos o diálogo, compartilho a citação de Spink (2003): “talvez, não tenhamos sido nós que escolhemos a história, mas fomos escolhidos por ela”. Desse modo, são os temas de pesquisas, de investigações, de estudo e de criações que nos escolhem e não o contrário.

Dessa forma, a aproximação inicial com o tema de suicídio aconteceu com a leitura de *Madame Bovary*, em que pela primeira vez a pesquisadora teve a percepção da complexidade existencial em viver. Como nos diz Meneghel (2016), o suicídio é uma ação humana universal, é nos momentos mais desesperadores e nas piores situações em nossas vidas que o desejo de morrer perpassa em nossa existência.

Em 2011, a temática do suicídio tornou-se a dissertação da autora no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza. O desenvolvimento do estudo foi possível devido a inserção da pesquisadora pesquisa multicêntrica do CLAVES/FIOCRUZ “*É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídios de idosos no Brasil e possibilidades de atuação do setor saúde*”, coordenada pela professora Cecília Minayo.

Pesquisar sobre suicídio é uma tarefa árdua, que exige do pesquisador uma imersão no tema. Os anos no mestrado permitiram o aprofundamento na temática. Falar sobre o suicídio não é fácil, é um tema complexo que desperta as lembranças mais dolorosas que as pessoas carregam em suas memórias e é um assunto carregado de estigma e preconceito.

Durante o mestrado, a pesquisa foi do tipo qualitativa, com entrevistas em profundidade com familiares de idosos que cometeram suicídio. A apropriação do roteiro de entrevista ocorreu pela técnica da dramatização, em que ambos os pesquisadores eram ora entrevistadores ora entrevistados

Essa experiência proporcionou saberes além da teoria, pois estimulou que ao nos colocarmos no lugar do outro, pudéssemos aflorar a empatia, o respeito pela história do indivíduo, sem emitir julgamento, opinião ou agir com preconceito. Além disso, proporcionou que nossos próprios sentimentos, como o medo e a ansiedade diante dessa

temática, fossem revelados e dialogados. Outro ponto importante dessa estratégia tange à familiaridade que tivemos com o instrumento – o utilizamos com maior desenvoltura e estávamos preparadas para as situações inesperadas que poderiam surgir durante as entrevistas.

O trabalho de campo foi bastante árduo, foram entrevistas difíceis, eles choravam, se emocionavam, buscavam explicações para o ato e nos questionavam: “Será que meu filho pode repetir o ato do pai? Será que o suicídio está no sangue?”, ou “Será que meu irmão está sofrendo no outro lado por ter tirado a própria vida?”. E todos agradeceram a oportunidade de poder falar sobre o assunto, alguns admitiram que era a primeira vez que falavam sobre o acontecimento. A realização da entrevista mostrou-se extremamente terapêutica, especialmente porque houve encaminhamento das famílias que apresentaram sofrimento emocional, como tristeza e isolamento social.

A receptividade das pessoas revelou a necessidade de conversar sobre o evento traumático sem serem julgadas ou criticadas. Dos mais variados gestos, o mais marcante sem dúvida era o agradecimento em alguns rostos e um certo alívio, por finalmente, terem alguém para conversar sobre o assunto.

Com essa pesquisa, houve a comprovação de alguns mitos que envolvem o fenômeno, os idosos dão pistas verbais que as suas forças para viver estão se esvaziando, tentam verbalizar o seu sofrimento psicológico, mas esbarram na invisibilidade dos familiares e amigos em identificar esse sofrimento que, em muitos casos, se vê travestido no pensamento de que “todo idoso é assim calado, isolado, no canto dele”.

O Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento

A aproximação da autora da tese com o programa de pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento ocorreu pelo desejo de aprofundar a temática. Esse desejo se concretizou com a aproximação ao professor Dr. Everton Botelho, professor efetivo do programa de pós-graduação e coordenador do grupo de pesquisa intitulado “Núcleo de Pesquisa e Avaliação Comportamental em Grupos de Risco”, inserido no Núcleo de Assistência, Ensino e Pesquisa dos Transtornos Afetivos pertencente à Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e registrado desde 1992 no

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), em que desenvolve estudos metodológicos envolvendo a temática do suicídio.

Movida pelo desejo de continuar estudando a temática do suicídio de idosos em outra vertente, houve o ingresso no grupo de pesquisa e aprofundamento nos estudos dessa temática e, motivada pelo professor Dr. Everton, houve a elaboração de um projeto de tese que agregasse uma contribuição efetiva para a enfermagem psiquiátrica calcada na área de concentração neuropsicopatologia e na linha de pesquisa: Ciência Cognitiva e Comportamento.

Fortalecer a interface entre a Enfermagem e a Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento potencializa a interdisciplinaridade e aprofunda os conhecimentos cognitivos e comportamentais fundamentais para o desenvolvimento da presente tese.

Após ingressar neste programa, a aproximação à Dra. Jaqueline Galdino, enfermeira e doutora pelo mesmo programa, como coorientadora desse trabalho possibilitou a instrução e orientação no método da validação de diagnósticos de enfermagem.

Essa oportunidade concretizou o desejo de continuar estudando a temática, agora enfocando aspectos comportamentais, com a (re)aproximação dos diagnósticos de enfermagem e a possibilidade de desenvolver um estudo validando o diagnóstico de enfermagem *Risco de suicídio* aplicado a população alvo de idosos.

Portanto, ingressar nesse programa de pós-graduação ampliou o horizonte para a aquisição de conhecimentos necessários para o desenvolvimento deste estudo. Por sua vez, esta investigação se torna relevante e fundamental também para a área de enfermagem psiquiátrica, uma vez que existe uma escassez de enfermeiros investigando o fenômeno do suicídio.

Cursar as disciplinas e participar do grupo de pesquisa gerou constantemente a novos questionamentos, a compreensão do método científico, à apropriação dos conhecimentos da clínica na neuropsicopatologia, ao aprofundamento do fenômeno do suicídio e ao desvelamento de conceitos que são fundamentais para a adequação de uma metodologia rígida, criteriosa e adequada para medir o diagnóstico de enfermagem *Risco de suicídio* em idosos.

A tese está organizada pela introdução, em que buscamos aproximar o leitor do tema principal, situando os fatores de risco para o suicídio em idosos, com

embasamento na literatura nacional e internacional. Posteriormente, trazemos a hipótese e os objetivos do estudo.

Por conseguinte, há um capítulo dedicado a fundamentação teórica que serve como orientação para o entendimento da história do suicídio e seus pressupostos teóricos, com a citação de importantes estudiosos na área, como Durkheim e Shneidman.

O capítulo seguinte intitulado Referencial teórico-metodológico dedica-se a apresentação dos passos do método de Validação de Diagnósticos de Enfermagem e a utilização do Pasquali e da Revisão Integrativa da Literatura. No método ocorre há explicação das etapas do estudo.

Os resultados e a discussão encontram-se localizados nos apêndices por se tratar de artigos científicos. Este estudo originou três artigos científicos correspondentes as três etapas desenvolvidas no estudo.

Por fim, as considerações finais trazem uma síntese dos objetivos alcançados nessa pesquisa, das limitações encontradas no percurso e nos desdobramentos na temática sobre risco de suicídio em pessoas idosas.

Ressalta-se que este estudo recebeu financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela portaria Nº. 76, de 14 de abril de 2010, por meio de bolsa de doutorado do programa de demanda social da UFPE.

1. INTRODUÇÃO

O panorama da população brasileira revela o crescimento acelerado e contínuo da população idosa. No Brasil, dados recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam para o crescimento populacional de pessoas com 60 anos ou mais acima da média mundial, passando de 9,8% em 2005 para 14,3% em 2015. Em 2016, em números absolutos, o Brasil obteve um contingente de 26 milhões de pessoas idosas (IBGE, 2016).

O processo de envelhecimento populacional no Brasil está associado às doenças decorrentes do prolongamento da vida e às antigas doenças negligenciadas em um contexto com iniquidades econômicas e sociais que desafiam os sistemas de saúde e de seguridade social.

Chama-se a atenção para a predominância de doenças crônicas e de transtornos mentais em pessoas idosas, em muitos casos, de progressão gradual e alta capacidade de afetar e reduzir a autonomia, independência e as relações sociais desses indivíduos (OPAS, 2009). Com efeito, envelhecer é um processo e, nessa organização interna e externa, alguns idosos podem enfrentar dificuldades para se adaptar e aceitar as limitações e incapacidades que, quando prolongadas e cristalizadas, podem culminar em sintomas depressivos, evoluir para depressão e para a perda do sentido de viver.

Nesse sentido, o suicídio de idosos configura-se como relevante problema de saúde pública. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014) estima 804.000 mortes por suicídio no mundo, em 2012, com a taxa global de 15,0 mortes por 100.000 pessoas entre homens e 8,0 por 100.000 entre mulheres. Observa-se taxas mais elevadas entre homens e mulheres acima de 70 anos.

No Brasil, cerca de 1.200 pessoas com 60 anos ou mais morrem a cada ano em decorrência de suicídio (PINTO, et al, 2012). A mortalidade por suicídio de idosos no período de 1996 a 2007 no Brasil foi, em média, 7,6%, com variação entre 1,1 e 19,7% (PINTO, et al, 2012). A OMS destaca que, para cada suicídio, haveria mais de 20 pessoas que o tentam sem alcançar êxito. Na população idosa essa proporção é menor, ou seja, a cada quatro tentativas de suicídio, um suicídio é consumado (WHO, 2014; CONWELL, 2014), o que alerta para a letalidade desse fenômeno nessa população.

Investigações brasileiras com idosos que tentaram suicídio advogam que esses indivíduos apresentavam transtorno mental. A depressão esteve associada a 70% dos

casos em nível mundial, seguida por conflitos familiares, ausência de suporte social, isolamento social, solidão, problemas financeiros e doenças crônico-degenerativas e terminais que resultam em limitações físicas e perda da autonomia e dependência (CAVALCANTE; MINAYO, 2015; FIGUEIREDO, et al, 2015; MENEGHEL, et al, 2015). Condizente com as evidências científicas, a tentativa de suicídio em idosos é um evento complexo e multicausal, em que fatores sociais, físicos, econômicos e culturais estão associados.

Pesquisa nos EUA revelou que dois terços ou mais de idosos que tiveram o suicídio consumado faziam algum tipo de acompanhamento clínico nos serviços de atenção primária e procuraram atendimento nesses serviços nos trinta dias que antecederam sua morte (CONWELL; THOMPSON, 2008). No Brasil, chama-nos atenção o fato das pessoas idosas terem buscado verbalizar suas dores psicológicas aos seus familiares e amigos e procurado serviços de saúde nos dias que antecederam o suicídio. Autópsias psicossociais realizadas no Brasil narraram que os idosos deram pistas verbais do desejo de morrer; no entanto, tais mensagens não foram compreendidas pelos familiares e, em muitos casos, houve a descrença de que o indivíduo pudesse dar cabo de sua vida (FIGUEIREDO, et al, 2012).

O manual de prevenção do suicídio destinado a profissionais da saúde em atenção primária sinaliza que quando o idoso narra a sua descrença pela vida e ausência de motivos para continuar a viver, ele quer ser ouvido efetivamente para recuperar a esperança de que os fracassos e fragilidades podem ser superados (OMS, 2000). A Estratégia Saúde da Família (ESF) mostra-se como modelo de atenção à saúde mais adequada para o desenvolvimento de ações preventivas para o risco de suicídio em idosos (FIGUEIREDO, et al, 2012). Torna-se essencial que, durante o atendimento ao idoso, as ações do enfermeiro da ESF sejam permeadas pela valorização da experiência de vida e do contexto social e cultural dos idosos, identificando ideações e comportamentos suicidas para que seja desenvolvido o processo de enfermagem com intervenções efetivas para a prevenção do ato suicida.

Nessa perspectiva, compreende-se que os DE constituem elementos fundamentais para a assistência de enfermagem, pois possuem a finalidade de interpretar cientificamente os dados coletados no histórico de enfermagem e, desse modo, orientam o planejamento e a implementação das intervenções para a obtenção dos resultados em saúde. Por conseguinte, os DE devem ter um escopo teórico

fundamentado em evidências científicas capazes de conferir confiabilidade e validade aos fenômenos que estão sendo medidos.

A confiabilidade de um DE pode ser obtida pela sua validação. Esse processo de validação possibilita que o enfermeiro aprofunde o conjunto de indicadores clínicos que permitem descrever uma realidade que pode ser observada na interação do ser humano com o ambiente, sendo tais indicadores influenciados pelos aspectos culturais, sociais, psicológicos e econômicos (GORDON, 1994; CHAVES, 2008).

Nesse contexto, este estudo questiona: 1. Quais os fatores associados ao diagnóstico de enfermagem *Risco de suicídio* em idosos apontados na literatura? Como eles podem ser definidos e mensurados? 2. Existem outros fatores de risco do referido diagnóstico não contemplados na taxonomia da NANDA-I que se manifestam na população idosa? 3. Quais fatores de risco podem auxiliar na identificação do DE *Risco de suicídio* em idosos?

1.1 HIPÓTESE

A tese se fundamenta na hipótese de que existem outros fatores de risco para o suicídio de idosos não contemplados na taxonomia da NANDA-I. Assim, com o intuito de responder aos questionamentos e testar a hipótese deste estudo, objetivou-se revisar e validar os fatores de risco do diagnóstico *Risco de suicídio* em idosos. Este DE, por descrever os fatores de risco para o suicídio a que a pessoa idosa pode estar exposta, subsidia a assistência de enfermagem na avaliação inicial, quando se coleta os dados para identificar a presença do diagnóstico de risco e assim auxiliar no planejamento de ações de prevenção.

O conhecimento produzido irá possibilitar melhor identificação do diagnóstico na prática clínica, portanto, espera-se que com o olhar específico sobre a saúde dos idosos seja possível promover um melhor cuidado ao averiguar e analisar os fatores de risco para o suicídio, superando modelos excludentes, monolíticos e redutores que regem sobre esse fenômeno.

Para alcançar o objetivo proposto, este estudo terá como referencial metodológico o modelo proposto por Lopes, Silva e Araújo (2012) em todas as etapas da validação do diagnóstico de enfermagem *Risco de suicídio*. Este modelo é composto de três etapas: análise de conceito, análise de conteúdo por especialistas e análise da acurácia de indicadores clínicos. Para subsidiar a construção dos conceitos e validade dos conteúdos, adotar-se-á também os princípios da Psicometria para construção de instrumentos psicológicos (PASQUALI, 2010).

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

- Validar os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem *Risco de suicídio*, presente na taxonomia da NANDA-I, em idosos no município de Recife, Pernambuco.

2.2 Específicos

- Identificar elementos e evidências empíricas que subsidiem a construção de definições conceituais e operacionais dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem *Risco de suicídio* em idosos;
- Validar com os especialistas a relevância, a clareza, a precisão e a simplicidade das definições constitutivas e operacionais dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem *Risco de suicídio* em idosos;
- Identificar os principais fatores de risco do diagnóstico de enfermagem *Risco de suicídio* que determinam a ocorrência da tentativa de suicídio na população investigada a partir do método caso-controle;
- Analisar a associação de fatores de risco do diagnóstico de enfermagem *Risco de suicídio* com a tentativa de suicídio em idosos no município de Recife, Pernambuco.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Suicídio – um pouco de história

No século XIX (1897), o sociólogo francês Émile Durkheim lançou o livro intitulado: “*O suicídio: estudo sociológico*”. Durkheim teve influência na longa tradição do pensamento europeu sobre o suicídio. No século XVIII, o suicídio era visto como problema moral, já no século seguinte passou a ser estudado como “crescente problema social”. Nessa lógica, Durkheim conceitua o suicídio como: “*todo o caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado*” (Durkheim, 1982, p.16). O autor enfatiza o caráter sociológico ao referir que o suicídio corresponde à relação pessoa e sociedade em três padrões: *o suicídio egoísta* reforça o individualismo, em que a pessoa se afasta do convívio com a sociedade “*e se calcará nos seus interesses particulares*” (Durkheim, 1982, p.162); *o suicídio altruísta* está relacionado à integração do ser humano às normas e condutas da sociedade, pois “*o homem se mata facilmente quando está por demais integrado na sociedade*” (Durkheim, 1982, p.168); e por fim *o suicídio anômico*, em que a pessoa se acha sem função social, “*decorre de que as atividades dos homens estão desregradas e que isto os faz sofrerem*” (Durkheim, 1982, p.204). Por conseguinte, seja pelo egoísmo, altruísmo ou anomia, a pessoa percebe o enfraquecimento de suas forças vitais para continuar a viver e se aproxima para o desejo de morrer (DURKHEIM, 1982).

Entre outros livros sobre a história do suicídio, merecem destaque o estudo do francês George Minois (1996/1999), intitulado *Histoire du Suicide*, o qual aborda a idade média, a renascença e o iluminismo para demonstrar como o homem europeu mudou nessas épocas. Donne, em seu livro intitulado *Biathanatos*, publicado postumamente em 1647, discute se o suicídio é contrário à lei da natureza, à lei da razão e à lei de Deus e adota que o fenômeno é uma inclinação natural, haja vista que ele ocorre em todos os lugares e nas mais diferentes idades (VIEIRA, et al, 2013).

Igualmente relevante é o livro de Karl Menninger, *Man Against Himself*, por trazer à tona o suicídio em uma perspectiva psicológica. Influenciado por Freud, pai da psicanálise, Menninger argumenta que o suicídio ocorre quando há predomínio da pulsão de morte e das tendências autodestrutivas (explícitas ou implícitas). Nessa

lógica, a pulsão morte corresponde às forças que sustentam os conflitos (ódio, destruição, guerra e forças destrutivas) e a pulsão vida são as forças internas de controle dos impulsos (libidinais e destrutivas). O autor advoga que o suicídio ocorre à medida que uma pessoa se torna inimiga de si mesma, em que incidem três motivos: a) o desejo de matar; b) o desejo de ser morto c) o desejo de morrer, que resulta da tensão entre os impulsos de vida e de morte, da manifestação de *Eros* e de *Thanatos* (VIEIRA, et al, 2013).

Freud também trouxe contribuições teóricas importantes para a compreensão da dinâmica do suicídio. Conforme esse autor, o *id* contém a nossa energia psíquica básica e se expressa por meio da redução da tensão: “*desconhece o julgamento de valores, o bem e o mal, a moralidade*” (Freud, 1933, p.74). As forças do *id* buscam reduzir a tensão por meio de uma satisfação imediata sem considerar as circunstâncias da realidade. O *ego* é um mediador entre o *id* e as circunstâncias do mundo externo. Expressa a racionalidade e tem consciência da realidade e, dessa forma, controla e regula o *id*. O *superego* representa a moralidade, é o “*defensor da luta em busca da perfeição*” (Freud, 1933, p.67). O *superego* é um censor das funções do *ego* e encontra-se em constante conflito com o *id*, exprime sentimento de culpa e medo de punição.

Para Freud, a melancolia é uma perda do objeto amado e, em vez de se conformar com essa situação, ocorre uma revolta e um empobrecimento do *ego*. Tal rebelião é o cerne da melancolia que, se instalada como uma ferida aberta que suga a libido, desencadeia um desânimo profundamente penoso, cessação de interesse pelo mundo externo, diminuição dos sentimentos de autoestima, o que resulta em uma repreensão de si mesmo. A perda da autoestima é tão completa que toda esperança de a recuperar é abandonada. O *ego* se percebe desamparado pelo *superego* e se deixa morrer (FREUD, 1976 apud WERLANG, 2001).

Consoante a isso, Shneidman (2004) argumenta que o suicídio é uma dor psicológica insuportável que resulta no ato consciente de auto aniquilamento, melhor compreendido como mal-estar multidimensional em um indivíduo vulnerável que define um tema-problema para o qual o autoextermínio é percebido como melhor solução.

Edwin Shneidman, considerado o pai da suicidologia, rompeu com o paradigma de culpabilização do ato ao defender a ideia de que o suicídio não deveria ser questionado por “Onde?”, mas sim por: Quando? Como? Por quê? Posto isso, esse autor criou a *autópsia psicológica*, que consiste em investigação imparcial, retrospectiva, cujo objetivo é buscar a compreensão sobre os aspectos psicológicos da morte. As

informações são coletadas por familiares, amigos e profissionais de saúde. São analisados: o modo de vida, a história comportamental, os elementos caracterológicos, como: grau de ambivalência, qualidade das funções cognitivas e qualidade de dor psíquica. É um método importante para avaliar, após a morte, o que estava na mente da pessoa (SHNEIDMAN, 2004).

David Lester (1972) revisou e sistematizou as pesquisas sobre suicídio entre 1882 e 1969 e publicou o livro *Why people killthemselves*. Lester (1972) advoga que o estudo do comportamento suicida depende da observação e é difícil saber a real intenção do ato observado, se esperava ser ajudado ou se desejava morrer. Nesse sentido, recomenda que no estudo de tentativa de suicídio sejam observados três tipos de atitudes: gestual (comportamento que sugere uma intenção letal), ambivalência (tentativa não letal e moderada) e séria (tentativa potencialmente letal). Ouvir as pessoas que tentaram o suicídio pode ajudar a compreender o fenômeno, momento no qual se pode conhecer diretamente a pessoa.

Minayo e Cavalcante (2010; 2012) compreendem o suicídio como multicausal e singular, em que cada pessoa reage e interpreta o sofrimento que a atinge de modo particular (CAVALCANTE, *et al*, 2012). Consoante a isso, ampliaram a perspectiva psicológica originada por Shneidman (2004) e a renomearam de *autópsia psicossocial*. Denotam que essa expressão abarca a complexidade do tema do suicídio e integram os aspectos antropológicos, psicológicos e sociais à análise dos estados emocionais e existenciais da pessoa (VIEIRA, *et al*, 2013).

Observa-se, atualmente, avanços nos estudos envolvendo o suicídio, com a utilização de pesquisas com metodologia rigorosa, como exemplificação: coorte, revisões sistemáticas da literatura e caso-controle. Tal fato legitima a importância de investigar esse fenômeno, nas mais diferentes faixas etárias e nos diferentes cenários, visto que chama atenção a nível mundial o elevado nível de suicídio, o que denota o sofrimento emocional desses indivíduos que resulta no ato autodestrutivo.

Validação de diagnósticos de enfermagem

A enfermagem utiliza conhecimentos e práticas para direcionar suas ações de cuidado visando ofertar uma assistência com qualidade a seus pacientes. As ações de enfermagem se baseiam num referencial metodológico-científico denominado Processo de Enfermagem (PE).

O Processo de Enfermagem (PE) surge como um método de trabalho para direcionar e organizar as atividades em consonância com as necessidades de saúde dos pacientes. O PE se constitui em cinco etapas dinâmicas e inter-relacionadas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação das intervenções e avaliação da assistência (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

O PE está associado ao uso de classificações de diagnósticos, nos quais o raciocínio clínico se baseia na formulação de hipóteses diagnósticas que serão afirmadas ou refutadas para o estabelecimento de metas e a elaboração de intervenções para o suporte diagnóstico identificado (BARROS, 2009).

Os Diagnósticos de Enfermagem (DE) são as interpretações científicas dos dados levantados sobre as condições clínicas dos pacientes. Eles servem para orientar o planejamento e a implementação das intervenções para a obtenção dos melhores resultados em saúde (LUNNEY, 2010). Esse termo foi utilizado pela primeira vez em 1953 pela enfermeira americana Vera Fry, que identificou cinco áreas de necessidades dos pacientes, caracterizando, assim, a ideia de um diagnóstico na área da enfermagem. (FARIAS, et al, 1990).

Posteriormente, em 1973, a Associação Americana de Enfermeiras (ANA – *American Nurses Association*) reuniu-se para elaborar uma proposta de classificação dos DE. A partir dessa iniciativa novas conferências foram realizadas, até que em 1980 foram gerados, refinados e classificados os termos diagnósticos. Em decorrência desse processo, em 1982 houve a criação da Associação Norte Americana de Diagnóstico de Enfermagem (NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*). Atualmente, o nome oficial da associação é *NANDA International* (NANDA-I) (BARROS, 2009).

As conferências da NANDA-I acontecem a cada dois anos para a revisão dos diagnósticos da taxonomia anterior, com a retirada de diagnósticos, reformulação de diagnósticos a partir de evidências científicas consistentes e inclusão de novos. Após cada conferência é lançado um livro com os diagnósticos devidamente atualizados.

A NANDA-I classifica e ordena os focos dos DE de acordo com a estrutura da Taxonomia II em três níveis: domínios, classes e diagnósticos de enfermagem. A Taxonomia II é baseada no uso dos Padrões Funcionais de Gordon. Na edição de 2015-2017, a NANDA-I contém 13 domínios, 47 classes e 234 diagnósticos (NANDA, 2015).

Meu primeiro contato com os diagnósticos de enfermagem ocorreu na graduação em enfermagem, principalmente nos estágios de prática clínica em que, amparados pela classificação diagnóstica presente na NANDA-I, investigávamos a

presença e a frequência de sintomas, fatores de risco e fatores relacionados para determinar a presença do diagnóstico de enfermagem. Nessa ótica, é fundamental ao enfermeiro a observação do paciente, a investigação por meio do discurso do sujeito e, principalmente, pelos seus gestos, a crítica, o questionamento e a reflexão sobre o caso.

Nesse ensejo, os diagnósticos de enfermagem têm sido descritos na classificação diagnóstica da NANDA-I para padronização de uma linguagem que possa ser empregada por enfermeiros de todo o mundo. O diagnóstico de enfermagem é uma estratégia essencial para o exercício de enfermagem. Por meio da cientificidade, ele confere validade ao corresponder o estado verdadeiro dos fenômenos que estão sendo medidos e, dessa forma, poderá contribuir para o desenvolvimento do conhecimento para a prática da enfermagem (NANDA, 2015).

Adicionalmente, a literatura chama atenção para que sejam testados, validados e refinados todos os componentes do diagnóstico de enfermagem, como o título, a definição e as características definidoras/fatores de risco que os envolvem. Tal procedimento se justifica porque os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I contém uma lista de características definidoras/fatores de risco que possuem pouca evidência empírica, distanciando a utilização dos diagnósticos na prática, restringindo seu uso apenas nas atividades de ensino (FEHRING, 1987; CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

Apesar de, desde 1980, termos estudos sobre validação de diagnóstico de enfermagem, Guedes *et al* (2009), ao investigar a produção científica brasileira envolvendo a validação de diagnósticos de enfermagem, encontrou uma escassez de estudos envolvendo validação de diagnósticos de risco. Adicionalmente, a validação de diagnósticos de enfermagem de fenômenos psicossociais também é escassa na literatura mundial.

A taxonomia da NANDA-I descreve pela primeira vez o DE *Risco de suicídio* no ano de 2000, inserido no domínio Segurança/Proteção, na classe Violência. Este DE foi revisado em 2013 e é definido como “vulnerabilidade à lesão autoinfligida que ameaça a vida”. A NANDA-I (2015) apresenta uma listagem que inclui fatores comportamentais, demográficos, físicos, psicológicos, situacionais, sociais e verbais. Uma limitação a esse DE consiste em não ter fatores de risco direcionados de forma específica para adolescentes, adultos e idosos.

A proposta deste estudo é validar e revisar os fatores de risco do DE *Risco de suicídio* em idosos, posto que o presente diagnóstico apenas foi revisado na NANDA-I

em 2000 e em 2015, o que reforça a necessidade deste estudo. Portanto, legitimar os fatores de risco e o diagnóstico de enfermagem *Risco de suicídio* permitirá o emprego adequado do mesmo à prática clínica, o que pode resultar em importantes implicações para a enfermagem nas três vertentes de atuação – ensino, pesquisa e assistência –, oferecendo subsídios para implementação de intervenções que visem à atenção das necessidades dos idosos e que possam contribuir para a prevenção do suicídio.

Logo, a importância do conhecimento técnico-científico sobre o risco de suicídio e as inconsistências do processo de raciocínio diagnóstico impulsionaram o desenvolvimento deste estudo, levando a questionar se os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem *Risco de suicídio* descrito pela NANDA-I realmente representam a resposta do idoso à dimensão psicossocial.

4. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

4.1 Psicometria

Os diagnósticos de enfermagem possuem a capacidade para medir respostas psicossociais aos problemas de saúde e processos de vida. Para isso devem apresentar uma padronização de linguagem e devem ser tratados como um construto para a compreensão das respostas dos fenômenos humanos, para o refinamento do julgamento crítico e utilização na prática clínica. Nessa perspectiva, a psicometria, como recurso metodológico, contribui potencialmente para o refinamento dos construtos que representam os diagnósticos de enfermagem.

A psicometria consiste na medida do comportamento do organismo por meio de processos mentais, ou seja, a psicometria busca explicar o sentido que têm as respostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas, tipicamente chamadas de itens (PASQUALI, 2009). A psicometria assume relevância por pretender estudar fenômenos psicológicos com a interface da estatística. Por esse motivo, o uso das escalas, especialmente aquelas que buscam medir aspectos psicossociais, está cada vez mais difundido e inserido na prática clínica das ciências da vida.

Para tanto, a construção e a validação das escalas na prática clínica precisam ser baseadas em fundamentos teóricos para que possam ter relevância e efetivamente medir o fenômeno específico do comportamento humano na prática clínica. Nessa linha de raciocínio, o conceito de validade pode ser interpretado como a legitimidade da representação comportamental, ou seja, o construto só será válido se medir aquilo a que se propõe (PASQUALI, 2010).

A psicometria baseia-se em três etapas fundamentais para a construção de instrumentos psicológicos: (1) procedimentos teóricos; (2) procedimentos empíricos e (3) procedimentos analíticos (PASQUALI, 2010).

Os procedimentos teóricos dizem respeito: (1) ao sistema psicológico: estabelecimento da teoria sobre o construto; (2) à propriedade: a definição dos atributos do construto; (3) à dimensionalidade: a exploração da estrutura interna e semântica do construto e (4) à definição: conceito claro e preciso dos fatores para os quais se quer construir o instrumento de medida. Os procedimentos teóricos enfocam a operacionalização do construto em itens fundamentados na literatura existente sobre a

construção do instrumento de medida. Isso resultará nas definições constitutivas e nas definições operacionais do conceito (PASQUALI, 2010).

Definir constitutivamente um construto representa definir os termos e a semântica de uma resposta psicossocial que não pode ser observada diretamente, mas representa-se por comportamentos observáveis. Elas situam o construto exata e precisamente dentro da teoria do construto, dando, portanto, as balizas e os limites que ele possui (PASQUALI, 2010).

Definir operacionalmente um construto corresponde à elaboração dos itens e expressões da representação comportamental do construto. Essa elaboração irá constituir a validade do instrumento de medidas psicológicas. Para isso, deve se basear na legitimidade da representação empírica, comportamental e dos traços latentes (os construtos). É fundamental que ela seja o mais abrangente possível e realmente operacional (PASQUALI, 2010).

Acredita-se que o uso de um instrumento que mensure o risco de suicídio por meio de indicadores relevantes a idosos possibilite identificar e acompanhar os fatores de risco para implementação de intervenções de enfermagem. Adicionalmente, a discriminação dos indicadores a partir de definições conceituais e operacionais pode conferir maior precisão e medição.

Outro critério do polo teórico é a operacionalização, que consiste na definição operacional do construto e criação dos itens do instrumento. Para a construção de cada item individualmente são considerados os seguintes critérios: critério comportamental; de objetividade ou de desejabilidade; de simplicidade; de clareza; de relevância; de precisão; de variedade; de modalidade; de tipicidade; de credibilidade; e, por fim, para a construção do instrumento como um todo, são incluídos os critérios de amplitude e de equilíbrio.

A seguir, a descrição de cada critério utilizado no estudo:

(1) **Critério comportamental:** O item deve expressar um comportamento, permitindo ao sujeito uma ação clara e precisa.

(2) **Critério de simplicidade:** Cada item deve expressar uma única ideia, evitando itens autoexplicativos de termos que podem confundir o sujeito.

(3) **Critério da clareza:** O item deve ser de fácil compreensão, utilizando terminologias simples e frases curtas, considerando a linguagem e grau de compreensão da população meta.

(4) **Critério de relevância:** A frase ou expressão deve ter consistência com o atributo definido, evitando que o mesmo insinue outro atributo diferente do que foi definido.

(5) **Critério de precisão:** O item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo.

(6) **Critério da amplitude:** O conjunto dos itens deve cobrir toda a extensão de magnitude desse atributo.

Por fim, a análise teórica dos itens consiste na investigação semântica e consideração sobre a validade do seu conteúdo.

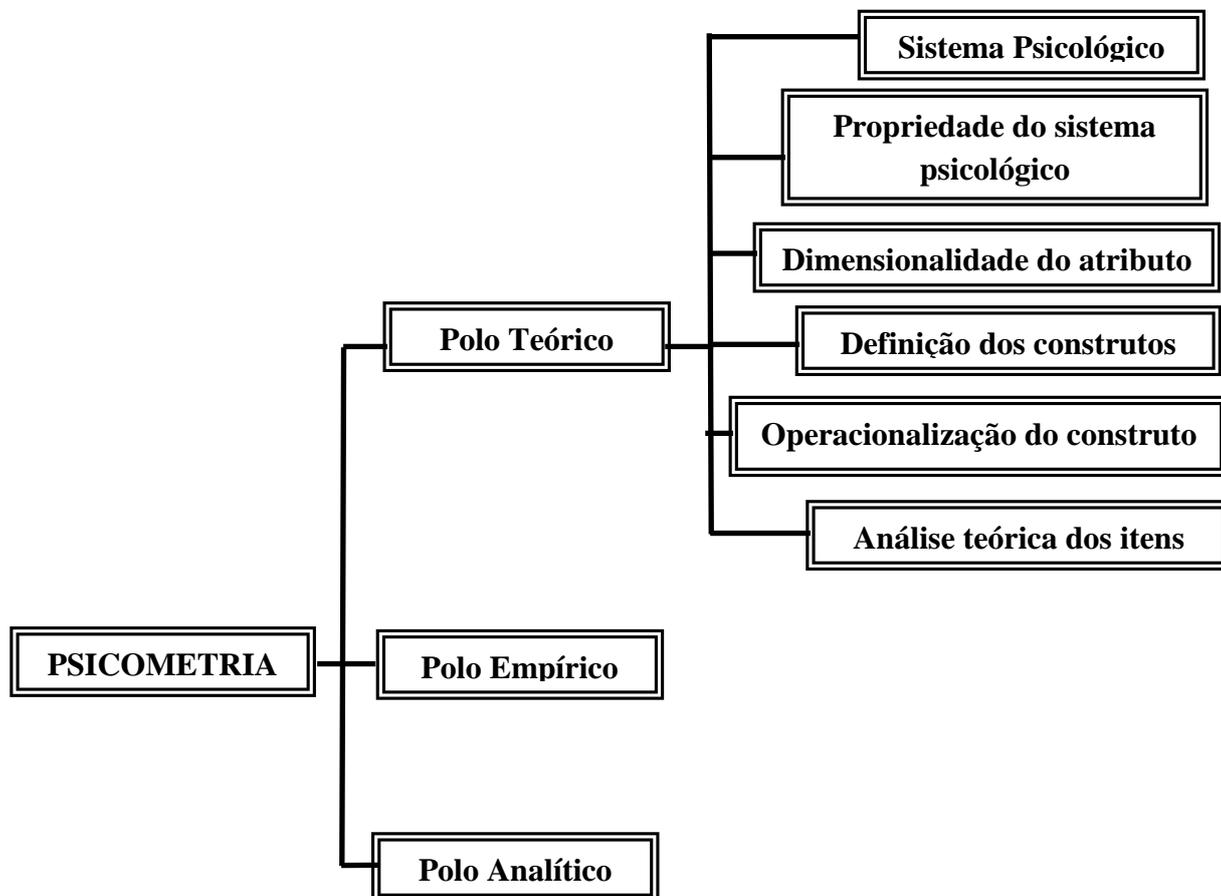
O julgamento dos itens elaborados é realizado por um grupo de especialistas que possui experiência com o conceito e deve possuir familiaridade com a psicometria. A partir do julgamento dos especialistas, os itens podem ser reformulados ou retirados, de acordo com os critérios estabelecidos previamente.

Os **procedimentos empíricos** correspondem ao planejamento da aplicação do instrumento piloto e à devida coleta da informação, os quais, segundo a validade de conteúdo, compõem o início da validação do instrumento. Selecionar-se-á uma amostra de sujeitos representativa da população alvo, em que se analisará a dificuldade, a discriminação e a validade dos itens utilizando-se análises estatísticas (PASQUALI, 2010).

Os **procedimentos analíticos** se referem aos procedimentos de análises estatísticas por meio do coeficiente de consistência interna (*alfa de Cronbach*) ou análise fatorial a serem efetuados para estimar a validade e a fidedignidade do instrumento (confiabilidade) e para explicar as covariâncias (as intercorrelações) dos itens; levam em conta os aspectos de estabilidade, equivalência e homogeneidade. Esses conjuntos de procedimentos indicarão a solidez psicométrica da ferramenta e permitirão avaliar a coerência do seu conteúdo com o conceito de *risco de suicídio*.

Portanto, torna-se essencial a utilização da psicometria com vistas à operacionalização de seus indicadores clínicos para a construção de instrumentos. Considerando a estreita relação teoria-medida, a aplicação da psicometria ao conceito de *risco de suicídio* pode fornecer argumentos que fundamentarão o refinamento desse conceito, bem como maior acurácia em sua aplicação na prática clínica, uma vez que se trata de um conceito que não pode ser observado diretamente, mas pode ser representado por comportamentos observáveis.

Figura 1: Descrição dos passos do modelo referencial de Psicometria (Pasquali, 2010).



Fonte: Elaboração do autor a partir de Pasquali (2010), Recife, 2016.

4.2 Modelo de Validação de Diagnóstico de Enfermagem

Este estudo se guiará pelas etapas para validar um diagnóstico de enfermagem de acordo com Lopes, Silva e Araújo (2012). As etapas correspondem a: (1) análise de conceito e (2) análise do conteúdo por especialistas. A escolha deste modelo se deve ao rigor metodológico e tratamento estatístico dos dados.

A primeira etapa corresponde à análise de conceito. O objetivo consiste em determinar os atributos particulares e característicos de um conceito, possibilitando o desenvolvimento de um instrumento de pesquisa capaz de medir a presença das características para a ocorrência de um determinado fenômeno. Lopes, Silva e Araújo (2012) advogam que a meta da análise de conceito é identificar atributos, antecedentes e consequentes do diagnóstico de enfermagem em estudo, sendo estes componentes utilizados para a revisão da definição do diagnóstico (atributos), identificação das

características definidoras (consequentes) e fatores relacionados (antecedentes), bem como a construção de definições operacionais para cada indicador clínico. Para o alcance dessa etapa, serão adotadas as etapas da revisão integrativa da literatura.

A etapa seguinte diz respeito à análise de conteúdo, a qual engloba a investigação do material oriundo da análise de conceito por especialistas. Lopes, Silva e Araújo (2012) sugerem estimar o tamanho amostral baseando-se na proporção de especialistas para que se considere um componente diagnóstico adequado, a fim de estabelecer os parâmetros a serem utilizados em fórmula específica. Não existe consenso na literatura sobre a definição de quem é o especialista. Nesse sentido, leva-se em consideração a experiência clínica e na pesquisa sobre o fenômeno abordado, bem como o conhecimento teórico.

A proposta de Lopes, Silva e Araújo (2012) é de utilizar dois grupos de especialistas: um composto por enfermeiros com prática clínica de pelo menos cinco anos e supostamente expostos ao diagnóstico de enfermagem e outro por especialistas no diagnóstico em si ou no domínio ao qual o diagnóstico pertence.

O objetivo desta etapa é estimar a proporção dos especialistas que consideram adequada a inclusão de cada indicador clínico como componente do diagnóstico de enfermagem, as definições conceituais e operacionais construídas para cada indicador e a definição construída ou revisada do diagnóstico (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012). A análise é feita por um cálculo da média ponderada e pela utilização do teste binomial.

A última etapa consiste na análise da acurácia de fatores etiológicos. Para esta etapa, Lopes, Silva e Araújo (2013) propõem estudos de caso-controle para análise de fatores etiológicos. Estudos de caso-controle baseiam-se na comparação de dois grupos definidos a partir da presença ou não de um diagnóstico. Uma vantagem desse estudo é que ele permite análise de múltiplos possíveis fatores etiológicos. Isso exige o cegamento do avaliador, o pareamento e utilização de técnicas estatísticas específicas para produzir análises ajustadas, como as regressões logísticas, as quais minimizam e controlam os vieses de seleção, memória, revisão e avaliação.

4.2.1 Revisão Integrativa

Mendes, Silveira e Galvão (2008) asseveram que a revisão integrativa consiste na análise e síntese de múltiplos estudos empíricos e teóricos publicados que possibilitarão a compreensão crítica e reflexiva mais abrangente de um determinado fenômeno ou problema de saúde. A revisão integrativa, portanto, é um método de

pesquisa que tem o potencial de desenvolver ciência em enfermagem, informação em pesquisa, prática e clínica baseada em evidências.

Adicionalmente, outros autores apontam que seguir os passos da revisão integrativa de modo criterioso garante o alcance dos objetivos, possibilitando a realização da análise dos dados de forma minuciosa, reflexiva e crítica ao se examinar as teorias adotadas, estabelecer a relação entre os resultados, métodos e sujeitos e, por fim, identificar as convergências e divergências na literatura sobre o tema (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Em suma, a revisão integrativa da literatura irá contribuir para a compreensão das dimensões do conceito de risco de suicídio, colaborando para a edificação do conhecimento sobre o tema. Produzir uma revisão integrativa sobre risco de suicídio fornece um importante arcabouço para estabelecer o conhecimento sobre o fenômeno, fundamentando a teoria e favorecendo a prática do cuidado em saúde mental.

A revisão integrativa conglomerada seis etapas de acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008):

- (1) **Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa:** inicia-se com a formulação de hipóteses ou questão norteadora de pesquisa relacionada a um raciocínio teórico que tenha relevância para a saúde.
- (2) **Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura:** encontra-se interligada com a primeira etapa; trata-se da busca nas bases de dados para identificação dos estudos empíricos e teóricos a serem incluídos na revisão. O revisor deve estabelecer, documentar e justificar os critérios de inclusão e exclusão para viabilizar uma avaliação crítica minuciosa quanto à seleção dos estudos, a fim de obter a validade interna da revisão.
- (3) **Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos:** o revisor reúne, organiza e sumariza as informações de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo. O nível de evidência dos estudos deve ser avaliado a fim de determinar a confiança no uso de seus resultados e fortalecer as conclusões que irão gerar o estado do conhecimento atual do tema investigado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).
- (4) **Avaliação dos estudos incluídos na revisão da literatura:** os estudos selecionados passam por uma análise minuciosa, reflexiva e crítica e, portanto, deve-se levar em conta a experiência do pesquisador. A competência clínica contribui na

avaliação crítica dos estudos e auxilia na tomada de decisão para a utilização dos resultados de pesquisa na prática clínica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Os estudos são analisados quanto aos critérios de autenticidade, qualidade metodológica e produção de novos conhecimentos.

(5) **Interpretação dos resultados:** comparação dos dados evidenciados nos estudos com o conhecimento já existente. É o momento em que o pesquisador emerge nos dados para aprofundar a discussão das informações, levantando lacunas de conhecimento e sugerindo caminhos para novos estudos.

(6) **Apresentação da revisão/síntese do conhecimento:** nessa etapa são sintetizadas as evidências obtidas das pesquisas analisadas e apresentadas de forma clara e confiável. É importante o esclarecimento sobre os detalhes explícitos nas pesquisas primárias, para que o leitor possa avaliar a pertinência, adequação e detalhamento dos aspectos relativos dos estudos incluídos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

5. MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico para validação do diagnóstico de enfermagem *Risco de suicídio*. Esse tipo de estudo é o mais adequado para legitimar e validar fatores de risco em uma população específica (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Desse modo, buscar-se-á melhorar a validade e confiabilidade de ferramentas de coletas de dados, apurando os métodos usados em outras investigações, a fim de aumentar o controle e reduzir ameaças à validade interna e externa do processo metodológico. A partir desse método, é possível utilizar um mesmo instrumento em diversas pesquisas, bem como desenvolver uma ferramenta de qualidade (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para alcance do objetivo proposto, este estudo será realizado em três etapas inter-relacionadas: (1) análise de conceito; (2) validação de conteúdo e (3) validação clínica, as quais, para fins didáticos, serão abordadas separadamente.

Os procedimentos desse estudo serão organizados de acordo com os princípios da análise de conceito (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008), da Psicometria para construção de instrumentos psicológicos (PASQUALI, 2010), do modelo de validação de diagnósticos de enfermagem proposto por Lopes, Silva e Araújo (2012) e do estudo do tipo caso-controle (LOPES, 2013), conforme figura 2:



FIGURA 2: Esquema explicativo do referencial metodológico adotado na pesquisa. Recife, 2018. Fonte: pesquisadora.

5.1 Etapa 1: Análise de conceito: Risco de suicídio

O primeiro passo para validar um construto é a sua estruturação teórica, a qual consiste em resgate da literatura científica sobre a produção de determinado conhecimento. Portanto, esta etapa busca construir o conhecimento sobre o fenômeno do risco de suicídio, identificando as evidências científicas disponíveis na literatura sobre a definição e os indicadores clínicos desse fato na população de idosos.

Denomina-se por “análise do conceito” o método utilizado para explicitar e sumarizar o que está compreendido e amplamente divulgado na literatura sobre um conceito existente. Para isso, é necessário que o pesquisador faça uma imersão em toda a evidência empírica disponível sobre um determinado fenômeno tendo a atenção de refletir sobre o tema ao trazer concepções convergentes, divergentes e, até mesmo, escassas sobre determinado assunto.

Pasquali enfatiza a importância de fazer um rigoroso levantamento da literatura quanto às evidências empíricas sobre o fenômeno a ser estudado, para que seja possível elaborar os procedimentos teóricos com maior precisão e clareza sobre o construto que o instrumento pretende medir (PASQUALI, 2010).

É importante que se utilize instrumentos teóricos para melhor organização e compreensão do saber científico. Neste estudo, as ferramentas metodológicas utilizadas foram: a Psicometria (Pasquali, 2010) e a revisão integrativa de acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008).

O procedimento metodológico desta etapa está descrito no artigo intitulado: “Diagnóstico de Enfermagem Risco de Suicídio em idosos: Revisão integrativa”, apresentado no Apêndice A.

A revisão integrativa subsidiou a análise de conceito do diagnóstico Risco de Suicídio, a identificação de fatores de risco para esse fenômeno e a elaboração de definições constitutivas e operacionais para esses fatores. Após essa etapa, tais elementos foram validados por especialistas, o que correspondeu a segunda etapa deste estudo.

5.2 Etapa 2: Validação por especialistas

A validação por especialistas teve como finalidade analisar o conteúdo do diagnóstico *Risco de suicídio* (fatores de risco e definições). Para tanto, o objetivo específico foi: averiguar, junto a especialistas, a adequação das definições conceituais e operacionais dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem em estudo, bem como a

pertinência dos indicadores clínicos (fatores de risco) identificados na primeira etapa deste estudo (revisão integrativa).

A validação de conteúdo de um diagnóstico é o alicerce para seu aperfeiçoamento e sua aplicabilidade na prática clínica (NANDA, 2015). Nesse sentido, é imprescindível buscar a apreciação de *experts* no fenômeno em estudo para identificar a representação dos fatores etiológicos para determinado diagnóstico. Portanto, o objetivo principal da validação de conteúdo por especialistas é estimar a proporção dos que consideram adequada ou inadequada a inclusão ou modificação de cada fator etiológico como componente do diagnóstico de enfermagem, bem como as definições conceituais e operacionais elaboradas para cada indicador e a definição construída ou revisada do diagnóstico (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012). Espera-se que os *experts* argumentem e justifiquem suas escolhas com rigor científico e seriedade do seu papel.

Esses autores também discorrem sobre a importância de ter peritos capacitados para avaliar os indicadores clínicos e a revisão do diagnóstico de enfermagem (aspectos fisiológicos e psicossociais), uma vez que a enfermagem não possui padrões de referência ideais para os diagnósticos de enfermagem devido à limitação de não poder medir de modo preciso as respostas humanas quanto à presença ou ausência de determinado diagnóstico de enfermagem (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

Adotando os critérios sugeridos por Lopes, Silva e Araujo (2012), que determinam que os dois grupos de especialistas sejam compostos por enfermeiros com experiência na prática clínica com a população supostamente exposta ao diagnóstico de enfermagem e por peritos no diagnóstico em si ou no domínio ao qual o diagnóstico pertence, os participantes desta fase do estudo foram enfermeiros especialistas que dominem a taxonomia da NANDA-I e/ou o fenômeno do suicídio de idosos. O percurso metodológico desta fase está descrito no artigo intitulado: “Validação por especialistas dos fatores de risco e suas definições conceituais e operacionais para o diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio em idosos” indexado no Apêndice B.

Após a validação de conteúdo, procedeu-se à validação clínica dos fatores de risco considerados adequados pelos especialistas.

5.3 Etapa 3: Validação clínica do diagnóstico de enfermagem Risco de Suicídio

Esta etapa foi executada a partir de um estudo caso-controle de base populacional. Lopes, Silva e Araújo (2013) afirmam que estudos de caso-controle são recomendados para análise de fatores de risco de diagnósticos de enfermagem de risco. A amostra foi

composta por idosos que tentaram suicídio (caso) e idosos que não tentaram o suicídio (controle).

Os estudos do tipo caso-controle são considerados retrospectivos por partirem de um desfecho já definido e têm por objetivo verificar a possível existência de uma associação causal entre a exposição aos fatores em estudo e a ocorrência do agravo. Para isso, formam-se grupos de casos e controles, respectivamente, portadores e não portadores da variável de desfecho, a fim de investigar acerca da exposição prévia a condições consideradas de risco. Trabalha-se com a hipótese inicial de que o grupo de casos seja o mais exposto aos fatores de risco, o que permite inferir sobre a realidade investigada (LOPES, 2013).

No delineamento de base populacional, casos e controles são selecionados de uma mesma população dentro de uma área geográfica e de um período de tempo pré-definidos. Pesquisas com esse desenho têm limitada implicação ética, uma vez que não existe intervenção nem observação prospectiva de exposições a riscos.

Pesquisas com esse desenho metodológico podem apresentar vieses de seleção, de memória e de registro (LOPES, 2013). O viés de seleção corresponde ao momento de composição dos grupos ou no pareamento dos controles. Para controlar e evitar tais erros, definiu-se no presente estudo rigorosos critérios de inclusão e exclusão, considerando os casos de tentativa de suicídio localizados e confirmados por meio das fichas de notificação de tentativa de suicídio no sistema de Vigilância Epidemiológica, além de controlar as variáveis do estudo para evitar confusões na interpretação dos dados.

O viés de memória remete ao fato de as lembranças associadas ao diagnóstico estarem mais presentes nos dias posteriores a tentativa de suicídio e tornarem-se cada vez mais escassas com o passar do tempo. Para evitar a perda dessas lembranças e seguindo a recomendação da literatura sobre o tema, optou-se por casos que tivessem efetuado a tentativa de suicídio no período de um ano. A literatura reforça que esse fenômeno ocasiona marcas e feridas emocionais e psicológicas na vida do indivíduo, o que garante a presença dessas lembranças (SHNEIDMAN, 2004). A fim de evitar respostas não condizentes, optou-se por um questionário com respostas dicotômicas (sim/não) e a aplicação dele pela pesquisadora responsável para esclarecer as variáveis em estudo e eventuais dúvidas.

O viés de registro diz respeito à inexatidão, incompletude ou mesmo à padronização dos registros (LOPES, 2013). Para evitá-lo, realizou-se treinamento da

pesquisadora responsável com o objetivo de garantir validade interna aos resultados e poder de inferência sobre a população. Vale ressaltar que este delineamento não requer o mascaramento de participantes ou aferidores visto não realizar intervenções em nenhum dos grupos.

O percurso metodológico desta fase está descrito no artigo intitulado: “Validação clínica dos fatores de risco para o diagnóstico de enfermagem *Risco de suicídio* em idosos” (Apêndice C).

6. RESULTADOS

Os resultados da análise de conceito do DE *Risco de suicídio* em idosos encontram-se no artigo intitulado “Diagnóstico de enfermagem Risco de Suicídio em idosos: revisão integrativa”, localizado no Apêndice A. Esse artigo foi aceito para publicação na Revista Gaúcha de Enfermagem.

O artigo intitulado “Validação dos fatores de risco e suas definições para o diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio em idosos”, localizado no Apêndice B, faz menção à validação de conteúdo das definições conceituais e operacionais do DE *Risco de suicídio* em idosos. Esse artigo será submetido para publicação na Revista Brasileira de Enfermagem.

Os resultados da validação clínica localizam-se no artigo intitulado “Validação clínica dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem *Risco de suicídio* em idosos: estudo de caso-controle”, indexado no Apêndice C. Esse artigo representa a síntese da pesquisa realizada em campo, momento no qual testaram-se as hipóteses desta pesquisa. O artigo será submetido para publicação no *Journal Advanced Nursing*.

7. DISCUSSÃO

A validação dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de Suicídio em pessoas idosas comprovou a hipótese do estudo de que há outros fatores não contemplados na taxonomia da NANDA-I.

Antes de tudo, é preciso esclarecer que a taxonomia da NANDA-I trabalha com os fatores de risco categorizando-os em: comportamentais, demográficos, físicos, psicológicos, situacionais, sociais e verbais. Neste estudo, usamos o Modelo Integrado Motivacional-Volitivo do Comportamento Suicida para dar magnitude aos fatores de risco por explorar os contextos de vida e os processos psicológicos envolvidos no risco de suicídio em idosos. Este modelo considera que existe um “aprisionamento” no qual o indivíduo se vê sem soluções para gerir os fatores estressores e isso é uma motivação para o comportamento suicida, ao vê-lo como único meio de escapar dos seus problemas (O’CONNOR, 2011).

Nessa linha de raciocínio, há três blocos hierarquizados que se interligam entre si e culminam no ato suicida. O primeiro bloco intitulado de nível distal corresponde aos fatores de risco em relação aos eventos ocorridos ao longo da vida e aos aspectos comportamentais do indivíduo. Nossa hipótese era que havia 27 fatores de risco relacionados ao diagnóstico de enfermagem neste bloco; entretanto, a validação clínica evidenciou que apenas nove tiveram associação significativa com o desfecho.

Nesse contexto, nossa hipótese se comprovou ao demonstrar que dos nove fatores de risco, seis não estão presentes na taxonomia da NANDA-I: ansiedade, hostilidade, incapacidade de expressar sentimentos, incapacidade de pedir ajuda, problemas econômicos e violência intrafamiliar. A avaliação da enfermagem deve englobar aspectos psicológicos relacionados aos traços de personalidade e necessita romper com o paradigma de que a velhice é acompanhada por sentimentos negativos.

Apesar da NANDA-I considerar “economicamente desfavorecido” como fator de risco, acreditamos que há diferenças significativas entre ele e problemas econômicos. Sabemos que a velhice é acompanhada da aposentadoria e, com isso, pode haver uma redução na renda pessoal. Paralelamente a essa realidade, o processo de envelhecer pode envolver gastos expressivos com medicamentos, consultas médicas, sucumbindo até a falência.

Outro fator de risco presente na taxonomia da NANDA-I se refere à vida familiar problemática. Observamos que esse fator de risco não é preciso o suficiente para auxiliar o enfermeiro no rastreamento do diagnóstico. Por conseguinte, em nosso estudo, o fator de risco “violência intrafamiliar” se mostra como importante componente a ser investigado pela enfermagem.

O segundo bloco ou nível intermediário se referem aos processos psicológicos complexos que formarão a ideação suicida. Dos 17 fatores de risco listados, 11 apresentaram associação significativa com o desfecho. Destes, apenas três estão presentes na taxonomia NANDA-I: desesperança, isolamento social e mudança acentuada de atitude e de comportamento. Recomenda-se a inclusão desses novos fatores de risco: apatia, baixa autoestima, dependência funcional, fracasso, frustração, incapacidade funcional, infelicidade e tristeza.

Diferentemente do apontado pela literatura, doenças crônico-degenerativas não apresentaram associação significativa com o desfecho. A hipótese explicativa se baseia na nossa amostra ser de idosos jovens, aqueles que têm entre 60 e 65 anos, o que reduz a probabilidade de ter doenças que causem prejuízo à qualidade de vida.

Por outro lado, encontrou-se a dependência e a incapacidade funcional. Desse modo, esses fatores devem ser averiguados em idosos, especialmente pelo risco de eles se sentirem um fardo para a família e isso os aproximar da vulnerabilidade para o comportamento suicida. Ressalta-se que esta pesquisa investigou as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), as quais são relacionadas com atividades de cuidado com a casa, familiares e administração do ambiente. Outras escalas podem complementar a avaliação multidimensional da capacidade funcional da pessoa idosa.

Os sentimentos evidenciados pelos idosos são fontes valiosas de informações sobre as emoções que eles estão vivenciando perante os eventos estressantes. Apatia, baixa autoestima, fracasso, frustração, infelicidade e tristeza demonstram o sofrimento psíquico, que quando não tratado pode evoluir para o suicídio.

O terceiro bloco ou nível proximal diz respeito às variáveis envolvidas na transformação da ideação em tentativa de suicídio. Dos oito fatores, apenas três não estão indexados na taxonomia da NANDA-I: autonegligência, depressão e plano suicida. Em pessoas idosas, a autonegligência pode ocorrer como uma característica sintomática de transtornos de humor ou uma tentativa passiva de suicídio. Deve-se investigar também se ela não é oriunda das limitações físicas impostas nessa faixa etária.

A depressão é o transtorno de humor de maior prevalência na população idosa e seus sintomas devem ser rastreados por meio da escala de depressão geriátrica, recomendada pela Organização Mundial de Saúde. Ela é de fácil compreensão e rápido preenchimento com perguntas dicotômicas.

Adicionalmente, recomenda-se a aplicação do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) para investigar sintomas físicos e psicoemocionais que revelem sofrimento mental. É um instrumento que pode ser aplicado em todos os níveis de serviços de saúde.

Vale destacar também que nessa população específica ocorre o planejamento do ato fatal, o que difere de outras faixas etárias. Portanto, a aplicação da escala de ideação suicida de Beck pode favorecer o reconhecimento da presença da ideação suicida e auxiliar na investigação do planejamento do suicídio para que sejam realizadas intervenções de enfermagem imediatas e eficazes.

A incorporação desses fatores de risco à taxonomia da NANDA-I é capaz de tornar a avaliação do enfermeiro mais precisa e irá auxiliá-lo na tomada de decisão com intervenções de enfermagem que busquem mudar o padrão de pensamento das pessoas idosas com o objetivo de reduzir o risco para o suicídio.

8. CONCLUSÃO

Algumas limitações deste estudo tangem ao número restrito de participantes, justificado pela dificuldade em localizá-los, bem como à subnotificação dos casos de tentativa de suicídio e ao silêncio legitimado em torno do fenômeno.

Este estudo evidenciou novos fatores de risco a serem incorporados ao diagnóstico de enfermagem *Risco de suicídio da NANDA – I*, aplicado ao contexto de idosos: ansiedade, hostilidade, incapacidade de expressar sentimentos, incapacidade de pedir ajuda, problemas econômicos, violência intrafamiliar, apatia, baixa autoestima, dependência funcional, fracasso, frustração, incapacidade funcional, infelicidade, tristeza, autonegligência, depressão e plano suicida.

Adicionalmente, esta investigação mostra que é necessária a avaliação integral da saúde física e mental da pessoa idosa para o rastreamento do diagnóstico em estudo. Isso atesta que a validação clínica propicia a avaliação do enfermeiro de forma mais acurada acerca do *Risco de Suicídio*.

As intervenções de enfermagem devem ser implementadas numa perspectiva de valorização da pessoa idosa, o que exige dos profissionais ações que visem a mudança no padrão de pensamento, bem como que considerem a história de vida dessas pessoas. Como resultados de enfermagem, espera-se a redução do risco de suicídio e o aumento da qualidade de vida com dignidade na velhice.

REFERÊNCIAS

BARROS, A.L.B. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, s.n, p. 863-867, 2009.

BRASIL. **Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde**. Aprovam diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos (revoga as seguintes resoluções: 196/96, 404/08 e 303/00). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176p

CAVALCANTE, F.G.; MINAYO, M.C.S. Estudo qualitativo sobre tentativas e ideias suicidas com 60 pessoas idosas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2015, v.20, n.6, p.1655-1666, 2015.

_____.; MINAYO, M.C.S. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.8, p. 1943-1954, 2012. .

CIULLA, L. et al. Suicide risk in the elderly: data from Brazilian public health care program. **J Affect Disord**, v.152-154, s/n, p.513-6, 2014.

CHAVES, E.C.L. **Revisão do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual**. 2008. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

CHAVES, E.C.L.; CARVALHO, E.C.; ROSSI, L.A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Rev. Eletr. Enferm**, v.10, n.2, p.513-15, 2008.

CONWELL, Y.; THOMPSON, C. Suicidal behavior in elders. **Psychiatr Clin North Am**, v.31, n.2, p.333-356, 2008.

CONWELL, Y. Desafios para a prevenção de suicídios na idade avançada. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1652-1653, 2015.

DURKHEIM, E. **O Suicídio: Um Estudo Sociológico**. Rio de Janeiro: Zahar. Editores, 1982.

FARIAS, F. et al. **Diagnóstico de enfermagem: uma abordagem conceitual e prática**. João Pessoa. Santa Marta, 1990.

FEHRING, R.J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart Lung**, v.16, n.6, p. 625-29, 1987.

FIGUEIREDO, A.E.B. et al. Suicídio de idosos: impactos na família brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.8, p.1993-2002, 2012

FREUD, S. **O Ego e o Id** (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 19). Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Originalmente publicado em 1923).

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.13, n.1, p.188-93, 2009.

GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application**. 3rd ed. St. Louis: Mosby, 1994.

GUEDES, N.G. et al Validação de diagnóstico de enfermagem: estudo bibliográfico. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 52. **Anais**. Fortaleza: ABEn, 2009.

IBGE. Censo Demográfico 2013: resultados preliminares da amostra. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2013/Resultados_Preliminares_Amostra/tabelas_de_resultados.zip>. Acesso em: 10 jul 2016.

LESTER, D. **Why people kill themselves**. A Summary of Research Findings on Suicidal Behavior. Springfield, Illinois, USA: Charles C. Thomas Publisher, 1972.

LOPES, M.V.O.; SILVA, V.M.; ARAÚJO, T.L. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. **International Journal of Nursing Knowledge**, v.23, n.3, p.134-139, 2012.

LOPES, M.V.O. **Análise de dados epidemiológicos**. In: ROUQUAYROL, M.Z; SILVA, M.G.C. Epidemiologia e Saúde. 7ed. Rio de Janeiro. MedBook, 2013. 709p.

LOPES, M.V.O.; SILVA, V.M.; ARAÚJO, T.L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, n.5, p.649-55, 2013.

LUNNEY, M. Use of critical thinking in the diagnostic process. **Int J Nurs Terminol Classif**, v.21, n.2, p.82-8, 2010.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, v.17, n.4, p.758-64, 2008.

MENEGHEL, S.N. et al. Tentativa de suicídio em mulheres idosas – uma perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.6, p. 1721-30, 2015.

MENEGHEL, S.N. Algumas reflexões acerca do suicídio e do comportamento suicida. IN: MINAYO, M.C.S.; FIGUEIREDO, A.E.B.; SILVA, R.M. **Comportamento suicida de idosos**. 1ed. Fortaleza: editora: UFC, 2016.

MINAYO, M.C.S; CAVALCANTE, F.G. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1721-1730, 2015.

MINAYO, M.C.S; MENEGHEL, S.N; CAVALCANTE, F.G. Suicídio de homens idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.10, p.2665-74, 2012.

MINAYO, M.C.S; CAVALCANTE, F.G. Estudo compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.12, p.2405-2415, 2013.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação**. 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015.

O'CONNOR, R.C. Towards an integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. In **International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice**. Ed. Wiley; 2011, p.181-198.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra: OMS, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Preventing suicide: a global imperative**. Genebra: OMS, 2014.

OPAS. Rede Interagencial de Informações para Saúde. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília, DF: OPAS; 2009. **Informe de situação e tendências: demografia e saúde**. p. 17-34. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). (Série Informe de Situação e Tendências)

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.43, s/n, p. 992-999, 2009.

PASQUALI, L. cols. Instrumentação Psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.

PINTO, L.W.; ASSIS, S.G.; PIRES, T.O. Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1963-1972, 2012.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem – Avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

SHNEIDMAN, E. **Autopsy of a Suicidal Mind**. Oxford: Oxford University Press, 2004.

SPINK, P. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psicologia e Sociedade**, v.15, n.2, p.18-42, 2003.

VIEIRA, L.J.E. et al. **Caminho epistemológico de uma abordagem do suicídio: as autópsias psicossociais**. In: JORGE, M.S.B.; SILVA, R.M.; CATRIB, A.M.F. A transversalidade epistemológica da saúde coletiva: saberes e práticas. 1ed. Fortaleza: editora UECE. 2013.

WERLANG, B.G.; BOTEAGA, N. Introdução. Em N. Botega & B.S.G. Werlang (Orgs.). **Comportamento suicida** (pp. 17-18). Porto Alegre: Artmed. 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Diagnóstico de enfermagem Risco de Suicídio em idosos: revisão integrativa

Sousa GS, Perrelli JGA, Botelho ES

Diagnóstico de enfermagem Risco de Suicídio em idosos: revisão integrativa

Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2017-0120

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0120>

Diagnóstico de enfermagem Risco de Suicídio em idosos: revisão integrativa

Diagnosis of nursing Risk of Suicide in elderly: integrative review

Diagnóstico de enfermería Riesgo de Suicidio en ancianos: revisión integrativa

Girliani Silva de Sousa¹

Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli²

Everton Botelho Sougey¹

Como citar este artigo:

Sousa GS, Perrelli JGA, Sougey EB. Diagnóstico de enfermagem Risco de Suicídio em idosos: revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2017-0120. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0120>.

RESUMO

Objetivo: Analisar a literatura específica acerca dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem *Risco de Suicídio* de idosos.

Método: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada em junho de 2015 nas bases de dados *MEDLINE*, *PsycINFO* e *CINAHL*, sem limite temporal.

Resultados: Foram analisados 80 artigos. Sugere-se a inclusão de 23 fatores de risco na taxonomia da NANDA-I: apatia; agitação; baixa autoestima; descuido com a medicação; incapacidade de pedir ajuda; incapacidade de expressar sentimentos; plano suicida; rigidez; incapacidade funcional; problemas visuais; tristeza; hostilidade; ansiedade; fracasso; frustração; infelicidade; desonra; frequentes visitas a médico com sintomas vagos; privação social; desvalorização social; violência psicológica; violência intrafamiliar e violência financeira.

Conclusão: O risco de suicídio apresentado na taxonomia da NANDA – I necessita de refinamento e adaptação ao contexto de idosos, sobretudo para averiguação dos fatores de risco que não estão contidos na referida classificação.

Palavras-chave: Diagnóstico de enfermagem. Suicídio. Idoso. Revisão.

ABSTRACT

Objective: *To analyze the specialized literature regarding risk factors in nursing diagnosis for suicide risks in elderly.*

Method: *This is an integrative literature review carried out during June 2015 in the following databases with no time limit: MEDLINE, PsycINFO and CINAHL.*

Results: *A total of 80 full papers were analyzed. It was suggested the inclusion of 23 risk factors in NANDA-I taxonomy: apathy; unrest; low self esteem; Carelessness with medication; Inability to ask for help; Inability to express feelings; Suicidal plan; Rigidity; Functional disability; Visual problems; sadness; hostility; anxiety; failure; frustration; Unhappiness; dishonor; Frequent visits to a physician with unclear symptoms; Social deprivation; Social devaluation; psychological violence; Intrafamilial violence; and financial violence.*

Conclusion: *The risks for suicide presented in NANDA-I taxonomy needs to be refined and adapted to the elderly reality. Furthermore, a review is also recommended for that risk factors not included in this classification.*

Keywords: *Nursing diagnosis. Suicide. Aged. Review.*

RESUMÉN

Objetivo: *Analizar la literatura específica acerca de los factores de riesgo en el diagnóstico de enfermería sobre los riesgos de suicidio en ancianos.*

Método: *Revisión completa en la literatura realizada en junio del 2015 sobre la base de datos MEDLINE, PsycINFO y CINAHL, sin límite de tiempo.*

Resultados: *Fueron analizados 80 artículos. Se sugiere la introducción de 23 factores de riesgo en la Taxonomía de NANDA-I: apatía, agitación, auto estima baja, descuido con la medicación, incapacidad de pedir ayuda, incapacidad de expresar sentimientos, pensamientos suicidas, incapacidad funcional, problemas visuales, tristeza, hostilidad, ansiedad, fracaso,*

frustración, infelicidad, deshonor, visitas frecuentes al médico con síntomas vagos, comportamientos antisociales, violencia psicológica, actitudes violentas dentro del seno familiar.

Conclusión: *el riesgo de suicidio presente en la taxonomía de NANDA-I necesita de mejoras y adaptación para ser aplicado en ancianos, sobre todo para aclarar los factores de riesgo que no se encuentran en esta clasificación.*

Palabras clave: *Diagnóstico de enfermería. Suicidio. Anciano. Revisión*

INTRODUÇÃO

O suicídio é um grave problema de saúde pública, sobretudo na população idosa que aumenta de forma exponencial em nível mundial⁽¹⁻²⁾. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que as taxas de suicídio sejam mais elevadas em pessoas com idade acima de 70 anos em quase todas as regiões do planeta⁽³⁾. Fato que chama atenção é a estreita relação entre tentativas e efetivação do suicídio: entre os jovens, essa relação é de 100 a 200 tentativas para uma morte consumada; na população idosa, a cada duas a três pessoas tentando o ato sem êxito, ocorre um óbito⁽⁴⁻⁵⁾.

No Rio Grande do Sul, Brasil, encontrou-se que 15,9% dos idosos estavam em risco de suicídio⁽⁶⁾. O suicídio de idosos é mais planejado e deliberado do que em outras faixas etárias⁽⁷⁾, o que reforça a necessidade do enfermeiro ter conhecimento acerca dos fatores relacionados com o diagnóstico de enfermagem (DE) *Risco de suicídio* nessa população para identificar, compreender e tratar as vulnerabilidades para esse fenômeno.

Nesse contexto, a taxonomia da NANDA – I apresenta o fenômeno *Risco de suicídio* composto por 47 fatores de risco e definido como vulnerabilidade à lesão autoinfligida que ameaça a vida⁽⁸⁾. Acredita-se que esses fatores de risco sugeridos pela NANDA-I para o referido diagnóstico necessitam ser refinados, uma vez que alguns fatores apresentam relação com o risco de suicídio⁽¹⁻²⁾ e, no entanto, não constam na taxonomia⁽⁸⁾. Dessa forma, objetivou-se analisar a literatura específica acerca dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem *Risco de Suicídio* de idosos.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura elaborada a partir da proposta de Ganong⁽⁹⁾. A primeira fase, referente à pergunta condutora, teve o seguinte questionamento: quais os fatores associados ao diagnóstico de enfermagem *Risco de suicídio* em idosos? Posteriormente, seguiu-se para a segunda fase denominada: seleção dos estudos.

A busca dos artigos ocorreu nas bases de dados: *Medline* (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), *Psycinfo* (Behavioral and Social Science Research) e *Cinahl* (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). Utilizaram-se os seguintes descritores: suicídio, idosos e enfermagem. Utilizaram-se duas estratégias de busca com os descritores selecionados: a primeira os cruzou utilizando o ícone AND e na segunda estratégia os cruzamentos foram realizados por meio do ícone OR. O levantamento dos estudos ocorreu no mês de junho de 2015. Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos que respondam à temática, publicados em português, espanhol ou inglês, sem limite temporal e disponíveis integralmente online.

A pesquisa nas bases de dados resultou em 2.624 artigos, os quais passaram por uma pré-seleção por meio da leitura dos títulos e dos resumos. Ao término dessa fase foram pré-selecionados 119 artigos que foram lidos na íntegra, resultando em 80 artigos. Os motivos da exclusão de 2.544 estudos encontram-se descritos na Tabela 1.

Tabela 1 – Descrição dos motivos de exclusão dos artigos

Motivo de exclusão do artigo	n
Indisponíveis na íntegra	9
Cartas editoriais e anais de evento	20
Prevenção do suicídio	29
Artigos redigidos nos idiomas francês, alemão e japonês	241
Epidemiologia do suicídio na população em geral	279
Idosos institucionalizados	313
Autonegligência, quedas e homicídios	323
Ideação e tentativa de suicídio	330

Artigos repetidos em uma ou mais base de dados	920
Total de artigos que não atenderam os critérios de inclusão	2.544

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A terceira fase correspondeu à caracterização dos estudos. Para isso, extraíram-se dos artigos as informações: (1) Dados gerais sobre o artigo; (2) Características metodológicas e (3) Descrição dos fatores de risco do DE *Risco de suicídio* em idosos. A quarta e a quinta fase dizem respeito à análise dos dados primários dos estudos incluídos na revisão integrativa e à interpretação dos dados, evidenciando as singularidades e as peculiaridades dos artigos acerca do tema central. A sexta fase corresponde a sumarização da revisão integrativa articulando aos fatores que levaram os idosos a morrer por suicídio. Nesta revisão, a qualidade dos estudos foi avaliada de acordo com a classificação do nível de evidência das pesquisas de Melnyk, Fineout-Overholt⁽¹⁰⁾ (Quadro 1).

Nível	
I	Evidências oriundas de relevantes revisões sistemáticas ou meta-análises de todos os ensaios clínicos randomizados controlados ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados
II	Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado
III	Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização
IV	Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados
V	Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos
VI	Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo
VII	Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas.

Quadro 1 - Classificação dos níveis de evidência

Fonte: Melnyk, Fineout-Overholt⁽¹⁰⁾

Concomitantemente, após leitura exaustiva dos artigos incluídos na presente revisão, articularam-se os dados evidenciados nos resultados das pesquisas, o conhecimento teórico

nesta temática e as implicações para a prática clínica da enfermagem. A partir da discussão e interpretação dos resultados, argumenta-se com base na literatura a inclusão de novos fatores de risco do DE *Risco de suicídio* em idosos indexados na taxonomia da NANDA-I. A última etapa corresponde à síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados. Dessa forma, as evidências dos fatores de risco foram agrupadas quanto aos aspectos psicológicos, demográficos, físicos, emocionais e situacionais.

RESULTADOS

A distribuição geográfica dos artigos selecionados^(1-2,4,6,11-85) concentrou-se na Europa (47%), Estados Unidos (29,3%) e Ásia (15%). Destaca-se que 7,5% foram desenvolvidos no Brasil. No tocante à área de publicação, 52,7% concentraram-se na psiquiatria, 39,9% na geriatria (39,9%) e 7,4% na saúde pública. Nos últimos cinco anos, obteve-se um número expressivo de publicações (39,2%).

Sobre a classificação do nível de evidência dos estudos e seus desenhos metodológicos, 61,8% possuem o nível IV, ou seja, são estudos de coorte e de caso-controle, seguido de 22,3% com nível VI, que corresponde a único estudo descritivo ou qualitativo, e 15,9% apresentam nível V, caracterizado por revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos.

Sobre os fatores de risco psicológicos (tabela 2), sugere-se o acréscimo de novos fatores de risco à taxonomia da NANDA I: apatia, agitação, baixa autoestima, descuido com a medicação, incapacidade de pedir ajuda, incapacidade de expressar sentimentos, plano suicida e rigidez comportamental. Ademais, sugere-se a alteração de três fatores já existentes: de recuperação eufórica de uma depressão profunda para súbita recuperação de uma depressão profunda; de transtorno psiquiátrico para transtorno mental; e a junção de ameaças de matar-se e verbalização do desejo de morrer para ideação suicida.

Tabela 2 - Fatores de risco psicológicos encontrados nas publicações revisadas

Fatores psicológicos	n	%
Depressão ^(1-2,4,6-7,11-61,80)	55	68,5
Transtorno mental ^(1-3,6,14-18-19,21-22,24,28-29,33-34,37,39,41,43,45,47-48,59-64,66-68)	37	46,2

Ideação suicida ^(1,4,6,12,14,25,29,34-35,37,41-43,45-46,48,51-54,59-61,65,69-72,78-79)	27	33,7
História de tentativa de suicídio ^(1,4,6,15,19,22,25,38,44,47,49,53-55,62-63,66,69-71,74-76)	20	25,0
Incapacidade de pedir ajuda ^(1-2,12-14,19,22,35,39,41,50,73-78)	14	17,5
Rigidez comportamental ^(1-2,7,12,22-25,37,43,59,62,76,78)	12	15,0
Doenças psicóticas primárias (esquizofrenia e doença esquizoafetiva) ^(1,4,16,19,23,25,28,33,37,39,43,47,53)	11	13,7
Incapacidade de expressar sentimentos ^(2,12-14,22,37,45,52,75,78-79)	11	13,7
Transtorno bipolar ^(1,6,17-18,23,28,37,43,45)	9	11,2
Plano suicida ^(1,4,48,53-54,65,69-70)	8	10,0
Abuso infantil ^(53,55,67,76,78-79,81,85)	8	10,0
Baixa autoestima ^(1,4,7,24,43,45,64)	7	8,7
Descuido com a medicação ^(1,48,53,62,66)	5	6,2
Transtorno de personalidade ^(4,16,34,42)	4	5,0
Apatia ^(1,41,43,52)	4	5,0
Armazenamento de medicamentos ^(37,43,62,66)	4	5,0
Fazer testamento ^(2,53,54,63)	4	5,0
Agitação ^(1-2,48)	3	3,7
Mudança acentuada de atitude ^(1,48)	2	2,5
Súbita recuperação em relação a um quadro de depressão profunda ⁽¹⁾	1	1,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Com relação aos de risco físicos contidos na tabela 3, sugere-se o acréscimo da incapacidade funcional e dos problemas visuais na NANDA I, assim como a utilização das expressões doenças crônico-degenerativas e doenças terminais para referir-se, respectivamente, às enfermidades físicas e enfermidades terminais.

Tabela 3 - Fatores de risco físicos e demográficos encontrados nas publicações revisadas

Fatores de risco físicos	n	%
Doenças crônico-degenerativas ^{(1-3,6-7,11-13,19-21,22,24-27,31-33,36-39,41,43-46,48,50,58-60,62-}	49	61,2

65,67,69,71,73,76-82)		
Incapacidade funcional ^(1-2,4,7,11,13,22,24-27,29,31,36-37,39,41,43,45-48,52-53,59-60,69,73,76,78-79)	28	35,0
Doenças terminais ^(1,7,21-22,25-26,29-31,37,41,43,45-48,52-54,58,62,69,78-79)	23	28,7
Dor crônica ^(1,7,13,22,24,28,32,37,41,43,45-48,53,69,76,78-79)	18	22,5
Problemas visuais ^(1,13,37,41,46,82)	6	7,5
Fatores de risco demográficos	n	%
Sexo masculino ^(1-2,13,19-22,24-27,29,32-34,37-39,42,45,49,54,57,60,62,64,67,69,78-81)	28	35,0
Viuuvez ^(1,4,7,19,22-25,29,36-38,39,42-43,45-46,49,51-55,58,60,62-63,69,72)	26	32,5
Divórcio ^(1,4,6,7,21,24-27,37,39,42-43,45-47,53-55,60-63,65,68-69,71,72)	25	31,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Quanto aos sentimentos vivenciados pelos idosos que efetivaram o suicídio (Tabela 4), salienta-se que os fatores tristeza, hostilidade, ansiedade, fracasso, frustração, infelicidade e desonra não estão presentes na NANDA-I. Dessa forma, sugere-se a inclusão dos mesmos na taxonomia.

Tabela 4 - Fatores de risco relacionados às emoções encontradas nas publicações revisadas

Fatores de risco relacionados às emoções	n	%
Solidão ^(1-2,11,13,20,24,26-28,29-31,37,39,41,43,45-46,48,49,52,55,67,71,76,78-79,83)	26	32,5
Desesperança ^(1-2,4,11,13,27,30,35,37,41-43,52-53,55,60,62,74-76,78,80)	22	27,5
Tristeza ^(1,13,14,24,29,41,43,45-46,48,52-55,64,71,74,78-80)	20	25,0
Hostilidade ^(2,7,12-13,14,24,34,39,42-44,48,59-61,62,70,73,78-79)	18	22,5
Ansiedade ^(1-2,12,14,16,24,32,37,41,43,46,51-52,59,70,73)	16	20,0
Fracasso ^(1,37,41-43,45,52-54,59,64,76,78-80,83)	16	20,0
Frustração ^(1,25,36-38,41,44,51,63,79)	8	10,0
Culpa ^(1,14,25,41,55,78)	6	6,2
Infelicidade ^(1,39,41,43,60)	5	7,5
Desonra ^(25,52,78-79)	4	5,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Sobre os fatores de risco situacionais (Tabela 5), a NANDA I os divide em: situacionais e de risco sociais. Sugere-se a utilização de uma única nomenclatura: fatores de risco situacionais. Ademais, não constam na referida taxonomia: frequentes visitas a médico com sintomas vagos, privação social, desvalorização social, violência psicológica, violência intrafamiliar, violência financeira e autonegligência.

Tabela 5 - Fatores de risco situacionais encontrados nas publicações revisadas

Fatores de risco situacionais	n	%
Abuso de álcool ^(1,4,7,13-15,17-19,21,23-26,31-33,37,40-41,43,45-46,48,51,60-61,67-68,73,75,81)	33	41,2
Conflito Familiar ^(1-3,7,21,22,27,29,36-39,43,45-46,48,51,53,63,65,71-73,76-77,81)	27	33,7
Apoio social insuficiente ^(1-3,7,13,22,26-28,35-37,43,45-47,48,52-54,62-63,65,71,73,7,81-83)	26	32,5
Problemas financeiros ^(1-2,13,21,22-25,27,36,38,45-46,48,51,53,63-64,71-73,77-78,80-81,85)	25	31,2
Dependência funcional ^(1-3,7,13,21,22-27,29,36-38,43,45-47,53,59,68-69,71,73,76,78)	24	30
Frequentes visitas ao médico com sintomas vagos ^(1,7,13-14,27-28,31,33,37,41,48,56-57,61,69,71,80-82,85)	19	23,7
Morar só ^(1-3,6,11,13,19,22,37,41,43,48-49,55,57,59-61,67,79)	20	25,0
Perda de relacionamento significativo ^(1,6,7,22-24,37,43,45,48,52-54,63,65,71,74,76,81)	18	22,5
Isolamento social ^(1,3,7,11,24,41,43,45,48-49,51,54,68,71,74,77,81,83)	18	22,5
Perda da autonomia ^(1-2,13,24,29,36-38,43,45-46,48,52,78-79)	15	18,7
Aposentadoria ^(1,4,36,41,45-46,49,53,65,76,78-79,84)	13	16,2
Privação social ^(1,19,45-46,48,53,60,72,78-79)	10	12,5
Desvalorização social ^(1,41,45-47,48,53,74,76,78-79)	10	12,5
Luto ^(1,7,37,45-46,52-53,72,74,79)	10	12,5
Abandono ^(1,22,45,48,52,78,79)	7	8,7
Acesso a meios letais ^(1-2,22,37,47-48)	6	7,5
Violência psicológica ^(46,48,52-53,55,77)	6	7,5
Violência intrafamiliar ^(46,48,53,55,60,79)	6	7,5
Violência financeira ^(48,52-53,60,79)	5	6,2
Autonegligência ^(48,53)	2	2,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

DISCUSSÃO

Detectou-se a escassez de estudos na área da enfermagem voltados para o tema de suicídio de idosos. Nesse sentido, reforça-se também a escassez de pesquisas na América Latina, especificamente no contexto brasileiro.

A literatura enfatiza que, dentre os fatores psicológicos relacionados ao DE *Risco de suicídio* em idosos, os mais frequentes são os transtornos mentais. A exceção ocorre na China, em que transtornos mentais em idosos que se suicidaram são raros⁽³⁸⁾.

Estudo conduzido no Canadá⁽²²⁾ encontrou que idosos com depressão podem apresentar até sete vezes mais chance de cometer suicídio do que aqueles sem depressão. Estudo de coorte em Hong Kong⁽⁵⁰⁾ revelou que a depressão esteve associada em 21,9% dos casos de morte por suicídio em mulheres e 15,5% em homens. Estudos no Brasil⁽⁵²⁾, na Austrália⁽²⁵⁾ e na Europa⁽⁸²⁾ encontraram que a depressão assume múltiplas faces no suicídio de idosos, aparece como diagnóstico primário ou secundário, como sintoma associado a outras morbidades^(12,20,22,25-26,31-32,36,38,59-60,64,67-69,71,73,77-78,81-82) ou como reação a estressores sociais.

Estudo na Austrália⁽⁷²⁾ revelou que 42% dos idosos que efetivaram o suicídio expressaram verbalmente o desejo de morrer, 25% tinham o pensamento de que a vida não valia mais a pena, 21% pensaram em tirar a vida e 7% fizeram plano suicida. Estudo no Brasil^(45-47,52) revelou que os idosos verbalizaram o desejo de morrer, no entanto, os familiares e amigos não levaram a sério o problema ou não reconheceram essas pistas verbais como ideias suicidas^(45-47,52).

Ainda neste contexto, atenta-se para a inexistência do DE Ideação suicida na NANDA-I, o qual julgamos ser pertinente para pensar no planejamento e implementação de ações de enfermagem com foco na prevenção do suicídio.

Os idosos que morreram por suicídio possuíam histórico de tentativa de suicídio. Essa proporção variou de 11% a 52%^(20,29,31,33,62,69,72,73,81). Cerca de 11 a 27%^(19-21,62,70,73,80) desses idosos repetiram o ato com menos de um ano, utilizando métodos mais violentos⁽⁸⁰⁾.

Os eventos traumáticos na infância estão associados ao suicídio. São experiências de vida marcadas por luto do pai na infância⁽⁸⁰⁾, oferta insuficiente e inadequada de cuidado

materno e paterno^(67,75,78), história de abuso sexual⁽⁶⁷⁾ e violência intrafamiliar⁽⁸⁴⁾. Esses acontecimentos podem refletir nos mecanismos de enfrentamento aos eventos estressantes na vida desses indivíduos.

No que tange aos fatores físicos, investigações sobre doenças crônico-degenerativas e suicídio de idosos^(22,26,28,31,39,58,60,68-69,82) reportaram associações significativas do ato autodestrutivo com doenças cardiovasculares; doença pulmonar crônica; problemas de visão; diabetes mellitus; incontinência urinária; doença reumatoide e com doenças terminais, especialmente, câncer de próstata e pulmão no homem e câncer de mama na mulher. No Brasil^(45-46,78-79), a impotência sexual esteve associada ao suicídio de homens.

Pessoas idosas diagnosticadas com sete ou mais doenças tiveram nove vezes maior risco de suicídio comparado àquelas que não possuíam diagnósticos⁽²⁹⁾. Junto a essas doenças, a ocorrência de dores severas por mais de seis meses potencializa o risco de suicídio^(28,32,68).

Dentre os fatores relacionados ao sentimento, os estudos^(7,12,14,22,39,43,59,78) evidenciaram que esses idosos possuíam traços de personalidade para baixa consciência de si, instabilidade emocional, manifestada por sentimentos como ansiedade, melancolia e tristeza, pouca abertura para experiências, inflexibilidade e hostilidade. Estudo qualitativo⁽⁷⁸⁾ evidenciou que os idosos eram intolerantes, controladores, rígidos e introvertidos. Tais características fazem com que os idosos tenham mais dificuldade em gerenciar os desafios do envelhecimento.

Mais da metade dos idosos que se suicidaram residiam sozinhos^(1-3,6,11,13,21,23,37,41,43,48-49,55,57,59-61,67,79). Sentimentos de solidão e falta de conectividade com a sociedade se configuram como preditivo para o suicídio^(1,12,26,30,37,39,43,57,63,74,83). O apoio social inadequado amplia o horizonte do desamparo e os idosos se veem fragilizados por terem poucos amigos e familiares nos quais possam confiar^(20,26,29-31,41,45,51-53,67-69,73,78-79). Estudo na Nova Zelândia⁽⁶⁷⁾ assinalou que 27% dos casos de suicídio poderiam ser evitados com apoio social adequado.

Os estudos evidenciam fatores situacionais e demográficos que não constam na NANDA-I: a aposentadoria em que o idoso perde a sua identidade social; sobrecarga econômica, em que o dever de ser o provedor da família o faz se sentir fracassado na tarefa; a privação social e a perda da autonomia, situações em que o idoso passa a residir com os filhos e

perde seu espaço social; violência financeira, psicológica e intrafamiliar, em que o idoso é humilhado e desprezado pela família^(1-2,37,39,41,43,45,48,52-53,55,62,67,73,78-79).

CONCLUSÃO

Aponta-se a existência de lacunas entre os fatores de risco para o DE *Risco de suicídio*, o que pode fragilizar a decisão do enfermeiro quanto à atribuição da presença ou ausência desse fenômeno. Sugere-se a inclusão de 23 novos fatores de risco para o DE *Risco de suicídio*: apatia; agitação; baixa autoestima; descuido com a medicação; incapacidade de pedir ajuda; incapacidade de expressar sentimentos; plano suicida; rigidez; incapacidade funcional; problemas visuais; tristeza; hostilidade; ansiedade; fracasso; frustração; infelicidade; desonra; frequentes visitas a médico com sintomas vagos; privação social; desvalorização social; violência psicológica; violência intrafamiliar; e violência financeira. Recomenda-se, para maior acurácia, a realização de novos estudos para o aprofundamento sobre essa temática e para a produção do conhecimento sobre esse diagnóstico. Ademais, é fundamental a realização da validação por especialistas e da validação clínica para confirmação desses resultados.

Limitações do estudo: a busca dos artigos foi executada por um único pesquisador, quando se orienta que seja feita aos pares; e a escassez de estudos brasileiros sobre risco de suicídio como um DE, o que restringiu a discussão dos dados e comparação com outros países.

Ao ampliar e inserir novos fatores de risco do DE *Risco de suicídio*, este estudo constrói caminhos para a prevenção do suicídio na população idosa, pois ao produzir novos conhecimentos em busca de decifrar esse fenômeno, cria novas possibilidades para o cuidado de enfermagem na promoção da saúde mental do idoso e da melhoria da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicide in elderly people: a literature review. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(4):750-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000400020>.
2. Conwell, Y. Suicide in later life: Challenges and priorities for prevention. *Am J Prev Med*. 2014;47(3S2):244-50. doi: <http://dx.org/10.1016/j.amepre.2014.05.040>.
3. American Association of Suicidology [Internet]. Elder suicide facts sheet [cited 2016 Sep 13]. Available from: <http://www.sciencedaily.com>.

4. O'Connell H, Chin A-V, Cunningham C, Lawlor BA. Recent developments: suicide in older people. *BMJ*. 2004;329(7471):895-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.329.7471.895>.
5. Pinto LW, Assis SG, Pires TO. Suicide mortality in people aged 60 and over in Brazilian municipalities between 1996 and 2007. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(8):1963-72. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800007>.
6. Ciulla L, Nogueira EL, Silva Filho IG, Tres GL, Engroff P, Ciulla V, et al. Suicide risk in the elderly: data from Brazilian public health care program. *J Affect Disord*. 2014;152-154:513-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.090>.
7. Conwell Y, Duberstein PR. Suicide in elders. *Ann NY Acad Sci*. 2001Apr;932(1):132-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1749-6632.2001.tb05802.x>.
8. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed; 2015.
9. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. 1987 Mar;10(1):1-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/nur.4770100103>.
10. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005. p. 3-24.
11. Hill RD, Gallagher D, Thompson LW, Ishida T. Hopelessness as a measure of suicide intent in the depressed elderly. *Psychol Aging*. 1988;3(3):230-2. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.3.3.230>.
12. Duberstein PR. Openness to experience and completed suicide across the second half of life. *Int Psychogeriatr*. 1995;7(2):183-98. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610295001967>.
13. Johnston M, Walker M. Suicide in the elderly: recognizing the signs. *Gen Hosp Psychiatry*. 1996;18(4):257-60. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0163-8343\(96\)00039-4](http://dx.doi.org/10.1016/0163-8343(96)00039-4).
14. Forsell Y, Jorm AF, Winblad B. Suicidal thoughts and associated factors in an elderly population. *Acta Psychiatr Scand*. 1997;95(2):108-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb00382.x>.
15. Conwell Y. Management of suicidal behavior in the elderly. *Psychiatr Clin North Am*. 1997[cited 2016 Sep 13];20(3):667-83. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0193953X05703361/pdf?md5=d40aebc607a2a2da837805c5f5e73a3d&pid=1-s2.0-S0193953X05703361-main.pdf>
16. Seidlitz L, Conwell, Y, Duberstein P, Cox C, Denning, D. Emotion traits in older suicide attempters and non-attempters. *J Affect Disord*. 2001;66(2-3):123-31. doi: [https://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00300-1](https://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00300-1).
17. Conner KR, Conwell Y, Duberstein PR. The validity of proxy-based data in suicide research: a study of patients 50 years of age and older who attempted suicide. II. Life events, social support, and suicidal behavior. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104(6):452-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00091.x>.

18. Harwood D, Hawton K, Hope T, Jacoby R. Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16(2):155-65. doi: [http://dx.doi.org/10.1002/1099-1166\(200102\)16:2<155::AID-GPS289>3.0.CO;2-0](http://dx.doi.org/10.1002/1099-1166(200102)16:2<155::AID-GPS289>3.0.CO;2-0).
19. Rubio A, Vestner AL, Stewart JM, Forbes NT, Conwell Y, Cox C. Suicide and Alzheimer's pathology in the elderly: a case-control study. *Biol Psychiatry*. 2001;49(2):137-45. doi: [https://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223\(00\)00952-5](https://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(00)00952-5).
20. Rubenowitz E, Waern M, Wilhelmsson K, Allebeck P. Life events and psychosocial factors in elderly suicides: a case control study. *Psychol Med*. 2001;31(7):1193-202. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291701004457>.
21. De Leo D, Padoani W, Scocco P, Lie D, Bille-Brahe U, Aresman E, et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO multicentre study of suicidal behaviour. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16(3):300-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.337>.
22. Quan H, Arboleda-Florez J, Fick GH, Stuart HL, Love EJ. Association between physical illness and suicide among the elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002[cited 2016 Sep 13];37(4):190-7. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs001270200014.pdf>.
23. Waern M, Runeson B, Allebeck P, Beskow J, Rubenowitz E, Skoog I, et al. Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. *Am J Psychiatry*. 2002;159(3):450-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.159.3.450>.
24. Conwell Y, Duberstein PR, Caine ED. Risk factors for suicide in later life. *Biol Psychiatry*. 2002;52(3):193-204. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01347-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01347-1).
25. Snowdon J, Baume P. A study of suicides of older people in Sydney. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002;17(3):261-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.586>.
26. Turvey C, Conwell Y, Jones MP, Phillips C, Simonsick E, Pearson JL, et al. Risk factors for late-life suicide: a prospective, community-based study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2002;10(4):398-406. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00019442-200207000-00006>.
27. Charney D, Reynolds CF, Lewis L, Lebowitz BD, Sunderland T, Alexopoulos GS, et al. Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Arch Ger Psychiatry*. 2003;60(7):664-72. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.60.7.664>.
28. Leuret S, Vaille EP, Mulliez A, Gerbaud L, Jalenques I. Elderly suicide attempters: characteristics and outcome. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21(11):1052-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.1605>.
29. Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, Kopp A, Redelmeier DA. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med*. 2004;164(11):1179-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.164.11.1179>.
30. Chou, KL. Reciprocal relationship between suicidal ideation and depression in Hong Kong elderly Chinese. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;21(6):594-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.1535>.

31. Koponen H, Viilo K, Hakko H, Timonen M, Rochow VBM, Sarkioja T, et al. Rates and previous disease history in old age suicide. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22(1):38-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.1651>.
32. Tadros G, Salib E. Elderly suicide in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22(8):750-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.1734>.
33. Karvonen K, Rasanen P, Hakko H, Timonen M, Rochow VBM, Sarkioja T, et al. Suicide after hospitalization in the elderly: a population based study of suicides in Northern Finland between 1988-2003. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(2):135-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.1853>.
34. McGirr A, Renaud J, Bureau A, Sequin M, Lesage A, Turecki G. Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychol Med*. 2008;38(3):407-17. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291707001419>.
35. Britton PC, Duberstein PR, Conner KR, Heisel MJ, Hirsch JK, Conwell, Y. Reasons for living, hopelessness, and suicide ideation among depressed adults 50 years or older. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008;16(9):736-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/JGP.0b013e31817b609a>.
36. Chen CS, Yang MS, Yang MJ, Chang SJ, Chueh KH, Su YC, et al. Suicidal thoughts among elderly Taiwanese aboriginal women. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(10):1001-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2024>.
37. Conwell Y, Thompson C. Suicidal behavior in elders. *Psychiatr Clin North Am*. 2008;31(2):333-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2008.01.004>.
38. Li X, Xiao Z, Xiao S. Suicide among the elderly in mainland China. *Psychogeriatrics*. 2009;9(2):62-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1479-8301.2009.00269.x>.
39. Conwell Y, Duberstein PR, Hirsch JK, Conner KR, Eberly S, Caine ED. Health status and suicide in the second half of life. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010;25(4):371-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2348>.
40. Gibbs LM, Dombrowski AY, Morse J, Siegle GJ, Houck PR, Szanto, K. When the solution is part of the problem: problem solving in elderly suicide attempters. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24(12):1396-404. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2276>.
41. Kjolseth I, Ekeberg O, Steihaug S. Elderly people who committed suicide: their contact with the health service. What did they expect, and what did they get? *Aging Ment Health*. 2010;14(8):938-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2010.501056>.
42. Voshaar RCO, Kapur N, Bickley H, Williams A, Purandare, N. Suicide in later life: A comparison between cases with early-onset and late-onset depression. *J Affect Disord*. 2011;132(1-2):185-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.008>.
43. Conwell Y, Van Orden K, Caine ED. Suicide in older adults. *Psychiatr Clin North Am*. 2011;34(2):451-68. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2011.02.002>.

44. Levy TB, Barak Y, Sigler M, Aizenberg D. Suicide attempts and burden of physical illness among depressed elderly inpatients. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011;52(1):115-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2010.02.012>.
45. Sousa, GS, Silva RM, Figueiredo AEB, Minayo MCS, Vieira LJES. [Circumstances surrounding the suicide of elderly people]. *Interface.* 2014;18(49):389-402. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0241>. Portuguese.
46. Cavalcante FG, Minayo MCS. Psychological and psychosocial autopsies of elderly people who died as a result of suicide in Brazil. *Cienc Saude Coletiva.* 2012;17(8):1943-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800002>.
47. Richard-Devantoy S, Jollant F, Kefi Z, Turecki G, Olié JP, Annweiler C, et al. Deficit of cognitive inhibition in depressed elderly: a neurocognitive marker of suicidal risk. *J Affect Disord.* 2012;140(2):193-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.006>.
48. Barrero SAP. Suicide risk factors among the elderly. *Cienc Saude Coletiva.* 2012;17(8):2011-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800012>.
49. Martiello MA, Giacchi MV. Ecological study of isolation and suicide in Tuscany (Italy). *Psychiatry Res.* 2012;198(1):68-73. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.11.013>.
50. Sun WJ, Xu L, Chan WM, Lam TH, Schooling CM. Depressive symptoms and suicide in 56,000 older Chinese: a Hong Kong cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012;47(4):505-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-011-0362-z>.
51. Jonson M, Skoog I, Marlow T, Fassberg MM, Waern, M. Anxiety symptoms and suicidal feelings in a population sample of 70-year-olds without dementia. *Int Psychogeriatr.* 2012;24(11):1865-71. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610212000993>.
52. Cavalcante FG, Minayo MCS, Mangas RMN. [Different aspects of depression in suicide among the elderly]. *Cienc Saude Coletiva.* 2013;18(10):2985-94. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000023>. Portuguese.
52. Minayo MCS, Cavalcante FG. [A comprehensive study on suicide among older women in seven Brazilian cities]. *Cad Saude Pública.* 2013;29(12):2405-15. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00048013>. Portuguese.
53. Ojagbemi A, Oladeji B, Abiona T, Gureje O. Suicidal behaviour in old age: results from the Ibadan study of ageing. *BMC Psychiatry.* 2013;13:80. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-13-80>.
54. Holm AL, Lyberg A, Berggren I, Cutcliffe J, Severinsson, E. Shadows from the past: the situated meaning of being suicidal among depressed older people living in the community. *Crisis.* 2014;35(4):253-60. doi: <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000259>.
55. Cheung G, Casey J. Few older people in New Zealand who commit suicide receive specialist psychogeriatric services. *Australas Psychiatry.* 2014;22(4):386-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1039856214537693>.
56. Torresani S, Toffol E, Scocco P, Fanolla A. Suicide in elderly South Tyroleans in various residential settings at the time of death: a psychological autopsy study. *Psychogeriatrics.* 2014;14(2):101-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/psyg.12046>.

57. Erlangsen A, Stenager E, Conwell Y. Physical diseases as predictors of suicide in older adults: a nationwide, register-based cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50(9):1427-39. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-015-1051-0>.
58. Hung GC, Kwok CL, Yip PSF, Gunnell D, Chen, YY. Predicting suicide in older adults: a community-based cohort study in Taipei City, Taiwan. *J Affect Disord.* 2015;172:165-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.037>.
59. Oude Voshaar RC, van der Veen DC, Hunt I, Kapur N. Suicide in late-life depression with and without comorbid anxiety disorders. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2016;31(2):146-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.4304>.
60. Park JY, Han JW, Jeong H, Jeong HG, Kim TH, Yoon IY, et al. Suicidal behaviors in elderly Koreans: one-month-point prevalence and factors related to suicidality. *J Affect Disord.* 2013;150(1):77-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.02.025>.
61. De Leo D, Draper BM, Snowdon J, Kolves K. Suicides in older adults: a case-control psychological autopsy study in Australia. *J Psychiatr Res.* 2013;47(7):980-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.02.009>.
62. Zeppegno P, Manzetti E, Valsesia R, Siliquini R, Ammirata G, De Donatis O, et al. Differences in suicide behaviour in the elderly: a study in two provinces of Northern Italy. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2005;20(8):769-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.1354>.
63. Inoue K, Tanil H, Fukunaga T, Abe S, Nishimura F, Kimura Y, et al. Psychosomatic tendency for suicide among the elderly in Mie Prefecture, Japan. *Psychogeriatrics.* 2007;7(2):44-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1479-8301.2006.00159.x>.
64. Demirçin S, Akkoyun M, Yilmaz R, Gökdoğan MR. Suicide of elderly persons: towards a framework for prevention. *Geriatr Gerontol Int.* 2011;11(1):107-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0594.2010.00660.x>.
65. Conwell Y, Raby WN, Caine ED. Suicide and aging. II: the psychobiological interface. *Int Psychogeriatr.* 1995;7(2):165-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610295001955>.
66. Beautrais AL. A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide Life Threat Behav.* 2002;32(1):1-9. doi: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1521/suli.32.1.1.22184/epdf>.
67. Préville M, Hébert R, Boyer R, Bravo G, Seguin M. Physical health and mental disorder in elderly suicide: a case-control study. *Aging Ment Health.* 2005;9(6):576-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607860500192973>.
68. Chi I, Yip PSF, Yu GKK, Halliday P. A study of elderly suicides in Hong Kong. *Crisis.* 1998;19(1):35-46. <http://doi.org/10.1027/0227-5910.19.1.35>.
69. Scocco P, De Leo D. One-year prevalence of death thoughts, suicide ideation and behaviours in an elderly population. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2002;17(9):842-6. doi: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.691/epdf>.
70. Mills PD, Watts BV, Huh TJ, Boar S, Kemp J. Helping elderly patients to avoid suicide: a review of case reports from a National Veterans Affairs database. *J Nerv Ment Dis.* 2013;201(1):12-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e31827ab29c>.

71. Conner KR, Duberstein PR, Conwell Y. The validity of proxy-based data in suicide research: a study of patients 50 years of age and older who attempted suicide. I. Psychiatric diagnoses. *Acta Psychiatr Scand.* 2001;104(3):204-9. doi: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0447.2001.00405.x/abstract>.
72. Liu IC, Chiu CH. Case-control study of suicide attempts in the elderly. *Int Psychogeriatr.* 2009;21(5):896-902. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610209990056>.
73. Klinger J. Suicide among seniors. *Australas J Ageing.* 1999;1(3):114-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6612.1999.tb00110.x>
74. Kageyama T. Views on suicide among middle-aged and elderly populations in Japan: their association with demographic variables and feeling shame in seeking help. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2012;66(2):105-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1819.2011.02313.x>.
75. K jls th I, Ekeberg  , Steihaug S. Why do they become vulnerable when faced with the challenges of old age? Elderly people who committed suicide, described by those who knew them. *Int Psychogeriatr.* 2009;21(5):903-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610209990342>.
76. Duberstein PR, Conwell Y, Conner KR, Eberly S, Caine ED. Suicide at 50 years of age and older: perceived physical illness, family discord and financial strain. *Psychol Med.* 2004;34(1):137-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291703008584>.
77. Meneghel SN, Gutierrez DMD, Silva RMS, Grubits S, Hesler LZ, Ceccon RF. Suicide in the elderly from a gender perspective. *Cienc Saude Coletiva.* 2012;17(8):1983-92. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800009>.
78. Minayo MCS, Meneghel SN, Cavalcante FG. Suicide of elderly men in Brazil. *Cienc Saude Coletiva.* 2012;17(10):2665-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000016>.
79. De Leo D, Padoani W, Lonnqvist J, Kerkhof AJ, Bille-Brahe U, Michel K, et al. Repetition of suicidal behaviour in elderly Europeans: a prospective longitudinal study. *J Affect Disord.* 2002;72(3):291-5. [https://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(01\)00454-2](https://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(01)00454-2).
80. Erlangsen A, Vach W, Jeune B. The effect of hospitalization with medical illnesses on the suicide risk in the oldest old: a population-based register study. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(5):771-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53256.x>.
81. Waern M, Rubenowitz E, Runeson B, Skoog I, Wilhelmson K, Allebeck P. Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study. *BMJ.* 2002;324(7350):1355. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7350.1355>.
82. Yur`yev A, Leppik L, Tooding LM, Sisask M, V rnik P, Wu J, et al. Social inclusion affects elderly suicide mortality. *Int Psychogeriatr.* 2010;22(8):1337-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610210001614>.
83. Sorock GS, Chen L-H, Gonzalgo SR, Baker SP. Alcohol-drinking history and fatal injury in older adults. *Alcohol.* 2006;40(3):193-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.alcohol.2007.01.002>.

84. Shah A, Bhat R. The relationship between elderly suicide rates and mental health funding, service provision and national policy: a cross-national study. *Int Psychogeriatr.* 2008;20(3):605-15. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610207006552>.

Autor correspondente:

Girliani Silva de Sousa

Email: girlianis@gmail.com

APÊNDICE B - Validação dos fatores de risco e suas definições para o diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio em idosos

Validação dos fatores de risco e suas definições para o diagnóstico de enfermagem *Risco de suicídio em idosos*

TÍTULO EM INGLÊS

TÍTULO EM ESPANHOL

RESUMO: **Objetivo:** validar o conteúdo das definições conceituais e operacionais dos fatores de risco do Diagnóstico de Enfermagem *Risco de suicídio em idosos*. **Método:** Trata-se de validação de conteúdo por 15 especialistas acerca dos fatores de risco e suas definições conceituais e operacionais para o diagnóstico de enfermagem *Risco de suicídio em idosos*. A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2015 e março de 2016. Os fatores de risco foram classificados em três blocos hierarquizados. Os dados foram analisados por estatística descritiva e por teste binomial. **Resultados:** Dos 54 fatores de risco validados, apenas oito apresentaram problemas quanto à clareza, simplicidade e precisão: rigidez, dor crônica, problemas visuais, aposentadoria, frustração, descuido com a medicação e depressão. Todos foram validados como relevantes para o diagnóstico em estudo. **Conclusões:** A validação de conteúdo dos componentes do diagnóstico de enfermagem corroborou a literatura sobre a temática. Esse estudo pode nortear a prática clínica do enfermeiro na detecção precoce do risco de suicídio em pessoas idosas.

Palavras-chave: Diagnóstico de Enfermagem; Idosos; Estudos de Validação

Keywords:

Palabras clave:

INTRODUÇÃO

O suicídio é compreendido como um ato, positivo ou negativo, perpetrado pela própria vítima que, direta ou indiretamente, finalizará com a sua vida⁽¹⁾. Com efeito, por tentativa de suicídio pressupõe-se que o ato autodestrutivo foi incapaz de resultar em morte. Esse fenômeno é preocupante em nível mundial devido aos impactos psicológicos, sociais, econômicos e culturais na família e na sociedade⁽²⁾.

O suicídio é a mais relevante causa de óbito violento entre pessoas idosas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio está entre as dez principais causas de óbito no mundo. Para se ter uma dimensão da magnitude do problema, 804 mil pessoas tiram a própria vida por ano, o que representa uma taxa anual de 11,4/100.000 habitantes, dos quais 15/100.000 são homens e 8,0/100.000 são mulheres⁽²⁾. Observa-se um aumento nas taxas entre homens e mulheres acima dos 70 anos de idade em distintas regiões do mundo, com exceção de alguns países da África e da Ásia em que os grupos de jovens e jovens-adultos lideram as estatísticas⁽²⁾.

No Brasil, no ano de 2015, registrou-se um significativo aumento nas mortes por suicídio em relação aos anos anteriores, com taxa anual de suicídio de 5,7/100.000 habitantes. Entre os idosos, a mortalidade por suicídio é mais prevalente na faixa etária acima de 70 anos e alcança cifras de 8,9/100.000 habitantes⁽³⁾.

A OMS ressalta que para cada suicídio há mais de 20 pessoas que o tentam sem alcançar êxito⁽⁴⁾. Essa proporção é menor entre as pessoas idosas, porquanto para cada duas ou três tentativas de suicídio ocorre uma morte⁽⁵⁾. Isso evidencia que a existência de tentativa prévia é um dos fatores de risco de maior relevância para o suicídio.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram o crescimento acelerado da população idosa no cenário brasileiro. Estimativas para 2030 avaliam que haverá, no Brasil, 40,5 milhões de idosos, o que corresponde a 18,7% da população. Ademais, em 2050, estima-se que esse grupo etário representará cerca de 29% do total da população brasileira⁽⁶⁾.

Para além da dimensão epidemiológica, o sentido social e antropológico do envelhecer se aproxima intimamente do risco de suicídio: são idosos que perdem as esperanças em ter um futuro mais fácil e digno e encontram no silêncio, na apatia, no desânimo, na tristeza, no isolamento social e na solidão formas de lidar com o sofrimento perante a incapacidade funcional, a falta de cuidados e a ausência de uma rede de apoio social⁽⁷⁾. Nesse contexto, o envelhecimento representa um desafio para a

realidade brasileira, dadas as diferentes percepções acerca da velhice e o crescente aumento das taxas de suicídio nesse grupo etário.

Nessa perspectiva, os enfermeiros assumem um papel crucial no acolhimento e no cuidado às pessoas idosas em risco de suicídio e devem adotar ferramentas que subsidiem o raciocínio clínico e a tomada de decisões, dentre as quais tem-se a utilização de taxonomias de diagnóstico de enfermagem (DE). Nesse âmbito, destaca-se o fenômeno *Risco de suicídio* da NANDA *International* (NANDA-I), definido como “vulnerabilidade à lesão autoinfligida que ameaça a vida”. Esse DE está situado no domínio 11 – segurança/proteção, na classe 3 – violência, e é composto por 47 fatores de risco⁽⁸⁾. O citado diagnóstico foi revisado por pesquisadores em uma etapa anterior a esta pesquisa⁽⁹⁾, a qual incorporou 23 novos fatores de risco ao DE: apatia; agitação; baixa autoestima; descuido com a medicação; incapacidade de pedir ajuda; incapacidade de expressar sentimentos; plano suicida; rigidez; incapacidade funcional; problemas visuais; tristeza; hostilidade; ansiedade; fracasso; frustração; infelicidade; desonra; frequentes visitas a médico com sintomas vagos; privação social; desvalorização social; violência psicológica; violência intrafamiliar; e violência financeira.

Entretanto, o conteúdo das definições conceituais e operacionais dos fatores de risco do DE não foi submetido a análise por *experts*. Por esta razão, propõe-se, por meio da validação por especialistas, verificar a fidedignidade, a magnitude e a relevância dos fatores de risco do diagnóstico para que, por meio das evidências científicas, seja reduzida a probabilidade de erros no processo de diagnóstico e, com isso, possam ser realizadas intervenções de enfermagem condizentes com as reais necessidades dos indivíduos.

Nesse sentido, os resultados deste trabalho podem contribuir com os esforços do Ministério da Saúde em reduzir em 10% o número absoluto de suicídios no país até 2020⁽³⁾ ao produzir conhecimento que permeará a qualificação das práticas dos enfermeiros na prevenção do suicídio.

Desse modo, neste estudo, teve-se por objetivo validar o conteúdo das definições conceituais e operacionais dos fatores de risco do DE *Risco de suicídio* em idosos.

MÉTODO

Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, com o CAAE: 47567415.3.0000.5208. Foram atendidos todos os aspectos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Assegurou-se o sigilo das informações e o direito de desistência a qualquer momento, sem que isso trouxesse prejuízo à integridade dos participantes.

Desenho, local de estudo e período

Trata-se de uma pesquisa do tipo metodológica ⁽¹⁰⁾ desenvolvida no período de novembro de 2015 a março de 2016, tendo como foco validar o conteúdo das definições conceituais e operacionais elaboradas para os fatores de risco do referido diagnóstico, a partir de uma revisão integrativa⁽⁹⁾. Todas as definições conceituais e operacionais elaboradas guiaram-se pelas recomendações propostas pelo referencial teórico “Modelo Integrado Motivacional Volitivo do Comportamento Suicida”⁽¹¹⁾ e pela Psicometria⁽¹²⁾ para garantir a confiabilidade, a validade e a magnitude dos itens construídos, associando as evidências científicas.

O Modelo Integrado Motivacional Volitivo do Comportamento Suicida considera o suicídio como processo comportamental e o divide em três fases: pré-motivacional (que envolve a sensibilidade biológica do indivíduo às experiências da vida, os aspectos de formação de seu repertório de comportamentos), motivacional (envolve uma série de processos psicológicos complexos na formação de ideias suicidas) e a volitiva (examina a transição das ideias suicidas para as tentativas de suicídio em si)⁽¹¹⁾.

Amostra, critério de seleção e exclusão

Nesta etapa, ocorreu a identificação e seleção da população alvo para participar como especialistas. A amostra foi intencional e não probabilística. Os enfermeiros foram localizados por meio da busca dos dados disponíveis na plataforma de Currículos Lattes, do portal Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), a partir das palavras-chave: diagnósticos de enfermagem, suicídio e idosos/envelhecimento. Adicionalmente, efetuou-se a seleção dos especialistas por meio da amostragem *bola de neve* em que se utiliza cadeias de referência. Assim, quando era

localizado um indivíduo que se enquadrava nos critérios de inclusão, solicitava-se que o mesmo indicasse outros participantes⁽¹³⁾.

O cálculo amostral dos especialistas seguiu as recomendações de Lopes, Silva e Araújo⁽¹⁰⁾, em que se utilizou a seguinte fórmula:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2} \cdot P \cdot (1 - P)}{e^2},$$

Adotou-se os seguintes parâmetros: $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (nível de confiança de 95%), proporção de concordância entre os especialistas de 90% e erro amostral de 15%. O cálculo resultou em 15 especialistas.

Para a seleção dos especialistas, utilizou-se o modelo proposto por Fehring, composto por sete itens, cuja pontuação é de no máximo 14 pontos. Tal modelo contempla experiência clínica, pesquisa e ensino do enfermeiro na área de interesse do estudo⁽¹⁴⁾.

Os critérios de Fehring foram adaptados para a área e natureza deste estudo e incluíram os seguintes requisitos: a) ser enfermeiro(a) e ter titulação mínima de mestre em enfermagem ou na área de Ciências da Saúde; b) ter projetos e artigos publicados em periódico indexado sobre taxonomias de enfermagem aplicadas em áreas relevantes para o estudo; c) ter experiência clínica de, pelo menos, um ano na área do diagnóstico em estudo; d) lecionar disciplinas com conteúdo relevante para este estudo. A partir dos critérios estabelecidos, o(a) enfermeiro(a) deveria obter a pontuação mínima de seis pontos para ser considerado especialista. Foram excluídos aqueles que não devolvessem o instrumento devidamente preenchido no prazo de 30 dias.

Foram localizados 77 currículos *lattes*. Após o contato inicial e envio da carta-convite por email, 38 (49%) não responderam, 15 (19%) recusaram e 24 (31%) aceitaram participar do estudo. Destes, 15 (62,5%) especialistas compuseram a amostra do estudo.

Protocolo de estudo

Os especialistas receberam por email um protocolo composto por dois instrumentos: o primeiro referente ao perfil sociodemográfico e acadêmico dos especialistas e o outro composto por uma tabela com os 54 fatores de risco para o suicídio de idosos⁽⁹⁾ e suas definições conceituais e operacionais para serem avaliados quanto aos critérios recomendados pela Psicometria⁽¹²⁾: clareza, relevância, precisão e simplicidade. Cada critério foi avaliado por meio de escala de três pontos (2 =

adequado; 1 = pouco adequado e 0 = inadequado). Ademais, foi destinado um espaço em branco no instrumento para que os especialistas pudessem registrar sugestões, críticas ou observações.

O protocolo também possuía orientações quanto ao preenchimento dos instrumentos, prazos para a entrega do material, assim como os aspectos éticos do estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os fatores de risco para o DE *Risco de suicídio* em idosos foram classificados em três blocos hierarquizados⁽¹¹⁾:

O **bloco 1 ou nível distal** (variáveis em relação aos eventos da vida e aspectos comportamentais do indivíduo): abuso de álcool; abuso infantil; abandono; agitação; ansiedade; aposentadoria; conflito familiar; culpa; desonra; divórcio; doenças crônico-degenerativas; doenças terminais; dor crônica; frequentes visitas ao médico com sintomas vagos; hostilidade; incapacidade de pedir ajuda; incapacidade de expressar sentimentos; morar só; perda de relacionamento significativo; privação social; problemas financeiros; problemas visuais; rigidez; violência financeira, física, psicológica ou intrafamiliar; viuvez.

O **bloco 2 ou nível intermediário** (variáveis de processos psicológicos complexos que formarão a ideação suicida): apatia; apoio social insuficiente; baixa autoestima; baixa autonomia; dependência funcional; desesperança; desvalorização social; fracasso; frustração; infelicidade; incapacidade funcional; isolamento social; fazer testamento; luto mal elaborado; mudança acentuada de atitude; solidão; tristeza.

O **bloco 3 ou nível proximal** (variáveis que incorporam a transformação da ideação em tentativa de suicídio): autonegligência; armazenamento de medicamentos; depressão; descuido com a medicação; história de tentativa de suicídio; ideação suicida; plano suicida; súbita recuperação em relação a um quadro de depressão profunda e transtorno mental.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram organizados em uma planilha do software Excel 2007 e analisados por meio do pacote estatístico SPSS, versão 17.0. A caracterização da amostra foi realizada por meio de estatística descritiva. Foram calculados os percentuais de adequabilidade das definições conceituais e operacionais. Ademais, aplicou-se o teste binomial com o objetivo de verificar se a proporção de especialistas que considerou o item adequado foi maior ou igual ao valor preestabelecido de 90,0%.

Nesse caso, o item foi considerado adequado se o valor p referente ao teste binomial fosse maior ou igual a 0,05 ($p > 0,05$).

RESULTADOS

A amostra foi composta por 15 (quinze) enfermeiras especialistas, com média de idade de 44,60 ($\pm 10,6$) anos. Quanto ao estado em que residiam, quatro especialistas (20,0%) eram oriundas de Minas Gerais (MG), outras três (20,0%) do Ceará (CE), duas (13,3%) de Santa Catarina (SC) e duas (13,3%) do Rio Grande do Sul (RS).

Em relação aos critérios adaptados do modelo de Fehring⁽¹⁴⁾ para a seleção dos especialistas, as enfermeiras tiveram média de 9,60 pontos ($\pm 2,32$). Todas as participantes possuíam o título de doutorado. A média do tempo de formação foi de 22 anos ($\pm 10,4$). A maioria (93,3%) possui mestrado em enfermagem e uma (7,1%) em gerontologia.

Três participantes (20%) são especialistas em saúde mental, duas (13,3%) em geriatria, duas (13,3%) em saúde pública/coletiva e as demais em outras especialidades afins. Doze (80%) atuam como docentes em Instituições de Ensino Superior públicas. O processo de enfermagem foi empregado por todas as participantes, seja na prática de ensino ou assistencial, e 60% delas possuíam experiência clínica em assistência de enfermagem ao idoso com comportamento suicida.

Os especialistas assertivamente fizeram sugestões de adequações textuais, como revisão de frases longas e alterações de nomenclatura, com o objetivo de tornar os fatores de risco mais claros e precisos para serem incorporados e avaliados na assistência de enfermagem gerontológica.

Quanto à análise do conteúdo das definições conceituais e operacionais, após utilizar o teste binomial, evidenciou-se que 24 (85,7%) dos fatores de risco do nível distal (bloco 1) foram considerados adequados e significativamente validados entre os especialistas para o DE *Risco de suicídio*. A exceção ocorreu entre os fatores de risco rigidez, dor crônica, problemas visuais e aposentadoria, conforme exposto na tabela 1.

Tabela 1. Análise por especialistas das definições conceituais e operacionais dos fatores de risco do nível distal do diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio. Recife, PE, Brasil, 2016

Fatores de risco	Definições conceituais											
	Relevância			Clareza			Precisão			Simplicidade		
	n	%	p*	n	%	p*	n	%	p*	n	%	p*
Rigidez	10	66,7	0,013	10	66,7	0,013	11	73,3	0,056	10	66,7	0,013
Dor crônica	12	80,0	0,184	10	66,7	0,013	10	66,7	0,013	11	73,3	0,056
Problemas visuais	11	73,3	0,056	10	66,7	0,013	10	66,7	0,013	9	60,0	0,002
Aposentadoria	12	80,0	0,184	10	66,7	0,013	10	66,7	0,013	10	66,7	0,013
Definições operacionais												
Rigidez	10	66,7	0,013	9	60,0	0,002	10	66,7	0,013	9	60,0	0,002
Dor crônica	12	80,0	0,184	10	66,7	0,013	10	66,7	0,013	11	73,3	0,056
Problemas visuais	11	73,3	0,056	9	60,0	0,002	10	66,7	0,013	9	60,0	0,002
Aposentadoria	13	86,7	0,451	11	73,3	0,056	10	66,7	0,013	10	66,7	0,013

*Teste binomial

Fonte: dados da pesquisa

Em relação aos fatores de risco do nível intermediário (bloco 2), todos os fatores foram adequados para o DE *Risco de suicídio* ($p < 0,05$), exceto o fator de risco frustração, que não apresentou estatística significativa no item clareza quanto a sua definição conceitual ($p = 0,013$).

Tabela 2. Análise por especialistas das definições conceituais e operacionais dos fatores de risco do nível intermediário do diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio. Recife, PE, Brasil, 2016

Fatores de risco	Definições conceituais											
	Relevância			Clareza			Precisão			Simplicidade		
	n	%	p*	n	%	p*	n	%	p*	n	%	p*
Apatia	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794	15	100,0	1,000	14	93,3	0,794
Apoio social insuficiente	15	100,0	1,000	14	93,3	0,794	15	100,0	1,000	14	93,3	0,794
Baixa autoestima	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794
Baixa autonomia	13	86,7	0,451	12	80,0	0,184	12	80,0	0,184	12	80,0	0,184
Dependência funcional	13	86,7	0,451	13	86,7	0,451	12	80,0	0,184	13	86,7	0,451
Desesperança	14	93,3	0,794	13	86,7	0,451	13	86,7	0,451	13	86,7	0,451
Desvalorização social	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794
Fazer testamento	13	86,7	0,451	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794
Fracasso	13	86,7	0,451	14	93,3	0,794	13	86,7	0,451	14	93,3	0,794
Frustração	13	86,7	0,451	10	66,7	0,013	12	80,0	0,184	13	86,7	0,451
Incapacidade funcional	13	86,7	0,451	12	80,0	0,184	13	86,7	0,451	13	86,7	0,451
Infelicidade	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794
Isolamento social	15	100,0	1,000	15	100,0	1,000	15	100,0	1,000	15	100,0	1,000
Luto mal elaborado	14	93,3	0,794	13	86,7	0,451	14	93,3	0,794	13	86,7	0,451
Mudança acentuada de atitude	12	80,0	0,184	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794	15	100,0	1,000
Solidão	15	100,0	1,000	13	86,7	0,451	13	86,7	0,451	13	86,7	0,451
Tristeza	13	86,7	0,451	13	86,7	0,451	13	86,7	0,451	14	93,3	0,794
Definições operacionais												
Apatia	13	86,7	0,451	13	86,7	0,451	14	93,3	0,794	12	80,0	0,184
Apoio social insuficiente	15	100	1,000	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794
Baixa autoestima	14	93,3	0,794	13	86,7	0,451	13	86,7	0,451	12	80,0	0,184
Baixa autonomia	15	100	1,000	15	100	1,000	15	100	1,000	15	100	1,000
Dependência funcional	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794	13	86,7	0,451	14	93,3	0,794
Desesperança	14	93,3	0,794	13	86,7	0,451	13	86,7	0,451	13	86,7	0,451
Desvalorização social	14	93,3	0,794	13	86,7	0,451	13	86,7	0,451	13	86,7	0,451
Fazer testamento	13	86,7	0,451	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794
Fracasso	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794	13	86,7	0,451	14	93,3	0,794
Frustração	13	86,7	0,451	12	80	0,184	12	80	0,184	13	86,7	0,451
Incapacidade funcional	13	86,7	0,451	12	80	0,184	12	80	0,184	11	73,3	0,056
Infelicidade	15	100,0	1,000	13	86,7	0,451	13	86,7	0,451	13	86,7	0,451
Isolamento social	15	100,0	1,000	15	100,0	1,000	15	100,0	1,000	15	100,0	1,000
Luto mal elaborado	14	93,3	0,794	13	86,7	0,451	13	86,7	0,451	12	80	0,184
Mudança acentuada de atitude	11	73,3	0,056	11	73,3	0,056	11	73,3	0,056	12	80,0	0,184
Solidão	15	100,0	1,000	13	86,7	0,451	13	86,7	0,451	13	86,7	0,451
Tristeza	13	86,7	0,451	13	86,7	0,451	13	86,7	0,451	14	93,3	0,794

*Teste binomial

Fonte: dados da pesquisa

Os resultados revelaram que sete (77%) dos fatores de risco do nível proximal (bloco 3) tiveram avaliação significativa entre os especialistas. Os fatores de risco descuido com a medicação e depressão não se mostraram estatisticamente significantes em relação à clareza de suas definições operacionais ($p=0,013$).

Tabela 3. Análise por especialistas das definições conceituais e operacionais dos fatores de risco do nível proximal do diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio. Recife, PE, Brasil, 2017

Fatores de risco	Definições conceituais											
	Relevância			Clareza			Precisão			Simplicidade		
	n	%	p*	n	%	p*	n	%	p*	n	%	p*
Armazenamento de medicamentos	14	93,3	0,794	15	100,0	1,000	14	93,3	0,794	15	100,0	1,000
Autonegligência	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794
Descuido com a medicação	12	80,0	0,184	12	80,0	0,184	13	86,7	0,451	14	93,3	0,794
Depressão	12	80,0	0,184	14	73,3	0,056	11	73,3	0,056	12	80,0	0,184
História de Tentativa de suicídio	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794	13	86,7	0,451	15	100,0	1,000
Ideação suicida	15	100,0	1,000	15	100,0	1,000	15	100,0	1,000	15	100,0	1,000
Plano suicida	15	100,0	1,000	14	93,3	0,794	15	100,0	1,000	15	100,0	1,000
Súbita recuperação em relação a um quadro de depressão profunda	14	93,3	0,794	13	86,7	0,451	13	86,7	0,451	14	93,3	0,794
Transtornos mentais	15	100,0	1,000	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794
Definições operacionais												
Armazenamento de medicamentos	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794	13	86,7	0,451	15	100,0	1,000
Autonegligência	14	93,3	0,794	13	86,7	0,451	13	86,7	0,451	13	86,7	0,451
Descuido com a medicação	12	80,0	0,184	10	66,7	0,013	11	73,3	0,056	13	86,7	0,451
Depressão	14	93,3	0,794	10	66,7	0,013	11	73,3	0,056	11	73,3	0,056
História de tentativa de suicídio	15	100,0	1,000	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794	15	100,0	1,000
Ideação suicida	15	100,0	1,000	13	86,7	0,451	13	86,7	0,451	13	86,7	0,451
Plano suicida	14	93,3	0,794	11	73,3	0,056	12	80,0	0,184	13	86,7	0,451
Súbita recuperação em relação a um quadro de depressão profunda	14	93,3	0,794	13	86,7	0,451	13	86,7	0,451	14	93,3	0,794
Transtornos mentais	15	100,0	1,000	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794	14	93,3	0,794

*Teste binomial

Fonte: dados da pesquisa

DISCUSSÃO

Os aspectos comportamentais e os eventos ao longo da vida presentes como fatores de risco no nível distal devem ser avaliados pelo enfermeiro na consulta de enfermagem para avaliar o risco de suicídio das pessoas idosas.

Os especialistas sugeriram alteração no rótulo e adequação gramatical na definição conceitual e operacional do fator de risco “abuso infantil” para “história de violência na infância”. A justificativa pauta-se por que o termo “abuso infantil” estaria inespecífico para que os enfermeiros avaliassem a ocorrência de violência física, doméstica e sexual na infância dos idosos.

Nesse sentido, a identificação de histórico de violência na infância pode rastrear o sofrimento psíquico para o risco de suicídio, como evidenciado pelos estudos na Noruega⁽¹⁵⁾ e no Brasil com idosos que tentaram suicídio⁽¹⁶⁻¹⁸⁾, os quais revelaram que esses indivíduos tiveram suas vidas marcadas desde a infância por abusos, violências e por outros eventos estressantes como morte precoce dos pais e dificuldades financeiras. Por sua vez, os idosos que tentaram suicídio apresentaram mais vivências de perdas e mortes na vida, seja por divórcio, viuvez ou perda de relacionamento significativo⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Outros fatores de risco do nível distal correspondem aos aspectos sociais da vida das pessoas idosas. Revisões de literatura sobre tentativa e suicídio de idosos^(19,20) demonstram que o abandono, a privação social, conflitos familiares e o morar só por falta de opção constituem fatores de risco significativo para o esvaziamento do desejo de viver. Na Austrália⁽²¹⁾, estudo de caso-controle também apontou que morar só é o preditor mais relevante entre os idosos que tentaram suicídio. Os idosos apresentam uma leitura particular de suas vidas e confirmam que o fato de envelhecer por si só mina os processos de socialização, como se a invisibilidade dos cabelos brancos na sociedade fosse o derradeiro destino dessas pessoas.

No que se refere aos idosos vítimas de violência, estudo realizado em três municípios brasileiros identificaram idade predominante de 60 a 69 anos, maioria mulheres e casadas⁽²²⁾. A violência psicológica predominou nas notificações de violência, em seguida, a física e, nos dois municípios do Nordeste, a financeira. Esses achados corroboram os estudos sobre idosos que tentaram suicídio⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ e são significativos por mostrar que em populações de baixa renda, em que os idosos recebem benefícios sociais, existe um maior risco de sofrerem esse tipo de violência⁽²²⁾.

Ainda sobre os fatores de risco do nível distal, apenas os fatores de risco aposentadoria, dor crônica, problemas visuais e rigidez apresentaram problemas na validação. Os especialistas afirmaram que a definição conceitual do fator de risco aposentadoria gerou múltiplas interpretações e estava excessivamente negativa. Após reformulado de acordo com as sugestões dos especialistas, aposentadoria permaneceu como fator de risco do DE Risco de suicídio.

Os especialistas consideraram o fator de risco “dor crônica” como inespecífico quanto ao tempo; desse modo, haveria dificuldade para relacioná-lo ao risco de suicídio em idosos. Dessa forma, adotou-se que a dor crônica deve estar presente na vida dos idosos acarretando limitações funcionais e comprometendo a qualidade de vida por, no mínimo, seis meses.

Torna-se necessário investigar também a presença de processos comportamentais ruminantes em face de doenças crônico-generativas. Pesquisa sobre doenças crônico-degenerativas e suicídio de idosos nos EUA⁽²³⁾ confirma que apresentar diagnóstico de doenças graves, percepção de maior desgaste do estado de saúde e frequentes internações hospitalares são aspectos recorrentes no grupo com maior risco ao suicídio. Por conseguinte, entre idosos com câncer observa-se uma maior vulnerabilidade ao desejo de morrer devido ao comprometimento físico e mental⁽²⁴⁾. Na China⁽²⁵⁾, estudo qualitativo com 32 indivíduos com câncer de estômago encontrou que estratégias positivas de enfrentamento, união e apoio familiar e desejo de viver são fatores protetores para o risco de suicídio.

O fator de risco “problemas visuais” sofreu reformulação para que a definição operacional pudesse dimensionar os problemas visuais como consequência do declínio do sistema fisiológico, resultando na fragilidade dos idosos e na menor qualidade de vida, dada a intrínseca relação entre problemas visuais e maior risco de quedas^(23,26).

Rigidez foi excluído como fator de risco para o DE *Risco de suicídio em idosos*. Três especialistas argumentaram que esse fator de risco estaria implícito em mudança acentuada de atitude e que existiria dificuldade em rastreá-lo, uma vez que, pela sua subjetividade, dificilmente o idoso verbalizaria esse traço comportamental.

Quanto aos fatores de risco validados do nível intermediário, três especialistas se sentiram confusos quanto às definições conceituais e operacionais entre frustração e fracasso, em que os dois fatores de risco seriam idênticos em si. Entretanto, esta investigação considera que frustração e fracasso são fatores de risco distintos e permanecem separados no DE em estudo. O fracasso corresponde ao estado ou

condição de não atingir um objetivo desejado e este pode ser acompanhado ou não da frustração, que é um estado emocional decorrente de uma expectativa não alcançada^(27,28). Pessoas com comportamento suicida possuem alterações neuronais que reduzem o controle motivacional de reagir a estímulos negativos salientes⁽²⁸⁾, como a dependência e incapacidade funcional, a perda da autonomia, luto mal elaborado e apoio social insuficiente^(16,19,20,27). Nesses casos, ocorre uma baixa capacidade de resolução de problemas decorrente da fragilidade na tomada de decisões, em que a pessoa tem a percepção de que não há escapatória de uma situação aversiva⁽²⁸⁻³⁰⁾.

Os demais fatores de risco validados do nível intermediário (apatia; apoio social insuficiente; baixa autoestima; baixa autonomia; dependência funcional; desesperança; desvalorização social; infelicidade; incapacidade funcional; isolamento social; fazer testamento; luto mal elaborado; mudança acentuada de atitude; solidão; tristeza) confirmam a constatação de Harrison et al.⁽²⁷⁾, segundo os quais a presença de apoio social insuficiente está associado a níveis maiores de dificuldades interpessoais crônicas, manifestados por sentimentos de apatia, baixa autoestima e desesperança, em idosos que tentaram suicídio nos EUA.

O modelo Integrado Motivacional Volitivo do Comportamento Suicida⁽¹¹⁾, ao considerar o suicídio como um processo comportamental, corrobora os achados dos estudos que desvelam que o apoio social insuficiente acarreta em baixa autoestima, auto depreciação com sentimentos de infelicidade, fracasso, frustração, infelicidade e tristeza^(9,15-21,27). Nessa perspectiva, o desejo e o sentido de que as necessidades das pessoas idosas são atendidas é importante para o bem-estar psicológico⁽²⁷⁾.

A inflexibilidade cognitiva pode aumentar a vulnerabilidade ao pensamento suicida, uma vez que está associada à ruminação e à desesperança⁽³¹⁾. A ruminação pode ser compreendida como uma das formas de reagir a eventos estressores⁽³²⁾. Pessoas com ideação ou tentativa de suicídio tendem a direcionar sua atenção sobre seu estado de humor negativo, com pensamentos repetitivos e de caráter negativo sobre si mesmas^(18-20,31). Essas pessoas apresentam desajustes psicossociais manifestados por apatia, ansiedade, baixa autoestima, infelicidade, tristeza e desesperança.

A desesperança aumenta a severidade da ideação suicida^(21,34). O senso de responsabilidade pela família pode fazer com que as pessoas idosas se sintam mais sobrecarregadas e, impelidas pela ausência de esperança em uma vida melhor, encontrem em pensamentos recorrentes e crescentes sobre o suicídio uma forma de trazer alívio para a família⁽³⁴⁾.

Todos os fatores de risco do nível proximal (autonegligência; armazenamento de medicamentos; depressão; descuido com a medicação; história de tentativa de suicídio; ideação suicida; plano suicida; súbita recuperação em relação a um quadro de depressão profunda e transtorno mental) estão em concordância com os dados obtidos na literatura nacional^(9,16-18) e internacional^(21,34), em que o comportamento suicida envolvendo ideias, planejamento e a tentativa de suicídio correspondem aos fatores de risco mais relevantes para o suicídio consumado. O risco de suicídio pode ser encontrado em comunicações verbais, comportamentos, casos situacionais e alguns conjuntos de sinais⁽¹⁹⁾. No caso da manifestação verbal, a pessoa idosa pode ir direto ao assunto e confidenciar a pessoas próximas seu desejo de morrer^(19,21,35). Em relação às atitudes, devem ser considerados verdadeiros alertas: descuido e/ou armazenamento de medicamentos; fazer testamento; autonegligência e acesso a meios letais, como adquirir carbamato – popularmente conhecido no Brasil como chumbinho - que, apesar de ter venda proibida, ainda é facilmente encontrado⁽¹⁹⁻²¹⁾.

O transtorno mental é o fator de risco que está mais intrínseco ao risco de suicídio em idosos. Estudo na Europa⁽³⁵⁾ reportou que a prevalência de doenças psiquiátricas em idosos que morreram por suicídio variou entre 71,4 a 96,5%. A depressão maior é o mais frequente diagnóstico psiquiátrico nessa população. Houve associação significativa entre transtorno do humor e doenças físicas e terminais⁽³⁵⁾. No Brasil, pesquisadores estimaram que mais de 25,0% da população idosa apresenta sintomas depressivos clinicamente significativos e 7,0% apresenta depressão maior⁽³⁶⁾. Meta-análise⁽³⁷⁾ encontrou que a prevalência de sintomas depressivos é ainda maior entre idosos hospitalizados no Brasil, com taxas que variam de 20,0% a 56,0%.

Limitações

Este estudo aponta a dificuldade para encontrar enfermeiros especialistas na área de interesse desta investigação. Todavia, buscou-se articular a experiência acadêmica com a experiência clínica dos enfermeiros que integram grupos de estudo sobre suicídio e assistência de enfermagem a idosos, de forma a favorecer um julgamento acurado dos fatores de risco do *DE Risco de suicídio em idosos*. Vale ressaltar que a diversidade na procedência dos especialistas ampliou a fidedignidade dos dados avaliados sob diferentes percepções e evidenciou opiniões convergentes relacionadas à psicopatologia do comportamento suicida e aos fatores de risco para o suicídio.

Contribuições para a enfermagem

O conteúdo dos fatores de risco para o DE *Risco de suicídio* em idosos está bem definido e validado, do ponto de vista dos especialistas. Dessa forma, é de fundamental importância que os enfermeiros usem as definições conceituais e operacionais para terem a prática clínica mais acurada visando uma coerente tomada de decisão quanto à identificação do Risco de Suicídio.

CONCLUSÃO

A validação dos fatores de risco do DE *Risco de suicídio* em idosos, realizada por enfermeiros especialistas, demonstrou que as definições conceituais e operacionais da maior parte dos fatores de risco abordados foram consideradas claras, precisas, simples e relevantes. As definições conceituais e operacionais dos fatores de risco aposentadoria, dor crônica, problemas visuais e frustração sofreram ajustes, conforme recomendação dos juízes. Sugere-se a exclusão da rigidez como fator de risco do DE *Risco de suicídio*. Ademais, faz-se necessária a validação clínica dos fatores de risco validados neste estudo, a fim de identificar os fatores de risco realmente relevantes no contexto assistencial no cenário brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. Durkheim E. O Suicídio. 3ª ed. Lisboa: Editorial Presença; 1982.
2. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014. [Acessado em 15 out 2017]. Disponível em: www.who.int/mental_health/suicide-prevention/
3. Ministério da Saúde (MS). Agenda estratégica de prevenção ao suicídio. Brasil: Brasília; 2017. [Acessado em 15 out 2017]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>
4. World Health Organization (WHO). The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneve: WHO; 2002. [Acessado em 15 out 2017]. Disponível em: www.who.int/whr/2001
5. American Association of Suicidology. Elder suicide fact sheet. Estados Unidos; 2016. [Acessado em 18 set 2017]. Disponível em: www.suicidology.org/resources/facts-statistics.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2009. [Acessado

- em 28 set 2017]. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/...sociosaude/2009/default.shtm>
7. Giacomini KC, Firmo JOA. GIACOMINI, Karla Cristina; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. Velhice, incapacidade e cuidado na saúde pública. *Ciênc. saúde coletiva*, 2015[citado 28 set 2017]; 20(12):3631-40 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.11752014>.
 8. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017*. Porto Alegre: Artmed; 2015.
 9. Sousa GS, Perrelli JGA, Sougey EB. Diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio em idosos: revisão integrativa [no prelo] *Revista Gaúcha de Enfermagem*
 10. Lopes MVO, Silva VM, Araújo TL. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. *International Journal of Nursing Knowledge*, [citado 28 set 2017]. 2012;23(3):134-39. Available from: 10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x
 11. O'Connor RC. Towards an integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. In *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*. Ed. Wiley; 2011:181-198.
 12. Pasquali L et al. *Instrumentação Psicológica: fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
 13. Dalmoro M, Vieira KM. Dilemmas of the type likert scales construction: does the number of items and the disposition influence results? *Rev Gestao Org [Internet]*. 2013 [cited 2017 Nov 17];6(3):161-74. Available from: <https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rgo/article/viewFile/1386/1184>
 14. Fehring RJ. The Fehring model. In: Carrol – Johnson RM, Paquete M. *Classification of nursing diagnoses: proceeding of the tenth conference*. Philadelphia: Lippincott Company, 1994, p. 55-62.
 15. Kjolseth I, Ekeberg O, Steihaug S. Why do they become vulnerable when faced with the challenges of old age? Elderly people who committed suicide, described by those who knew them. *Int Psychogeriatr*. 2009[cited 2017 Oct 13]; 21:903–912. Available from: 10.1017/S1041610209990342
 16. Silva, RS, Mangas, RMN, Figueiredo, AEB, Vieira, LJES, Sousa, GS, Cavalcanti, AMTS, Apolinário, AVS. The influence of family problems and conflicts on suicidal ideation and suicide attempts in elderly people. *Cien Saude Colet [Internet]*

- 2015[cited 2017 Out 10]; 20(6), 1703-1710. Available from: http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n6/en_1413-8123-csc-20-06-1703.pdf
17. Meneghel SH, Moura R, Hesler LZ, Gutierrez DMD. Tentativa de suicídio em mulheres idosas – uma perspectiva de gênero. *Cien Saude Colet*, 2015[cited 2017 Out 10]; 20(6), 1721-1730. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1721.pdf
18. Minayo MCS, Cavalcante FG. Estudo qualitativo sobre tentativas e ideias suicidas com 60 pessoas idosas brasileiras. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2015; [cited 2017 Out 10];20(6),1655-66. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.06462015>.
19. Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Rev Saúde Pública*. 2010 [Acesso 13 set 2017]; 44 (4): 750-57. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000400020>
20. Minayo, MCS, Cavalcante, FG. Suicide attempts among the elderly: a review of the literature (2002/2013). *Cien Saude Colet*, 2015[Acesso 13 Out 2017]; 20(6), 1751-1762. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26060953
21. De Leo D, Draper BM, Snowdon J, Kolves K. Suicides in older adults: A case-control psychological autopsy study in Australia. *Journal of Psychiatric Research*, 2013[acesso 13 set 2017]; (7):980–988. Available from: [10.1016/j.jpsychires.2013.02.009](http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.02.009).
22. Carneiro JA, Cardoso RR, Durães MS, Guedes MCA, Santos FL, Costa FM da et al . Fragilidade em idosos: prevalência e fatores associados. *Rev. Bras. Enferm*. 2017 [cited 2017 Oct 19];70(4): 747-752. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0633>.
23. Conwell Y, Duberstein PR, Hirsch JK, Conner KR, Eberly S, Caine ED. Health status and suicide in the second half of life. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010[cited 2017 Oct 13]; 25:371–379. Available from: [10.1002/gps.2348](http://dx.doi.org/10.1002/gps.2348).
24. Santos MA. Câncer e suicídio em idosos: determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017[cited 2017 Oct 13]; 22(9):3061-3075. Available from: [10.1590/1413-81232017229.05882016](http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.05882016)
25. Zhang XK, Procter NG, Xu Q, Chen XY, Lou FL. Factors influencing suicidal ideation among Chinese patients with stomach cancer: qualitative study. *International Nursing Review*. 2017[cited 2017 Oct 13];64(3):413-20. Available from: [10.1111/inr.12344](http://dx.doi.org/10.1111/inr.12344)

26. Rodrigues RAP, Monteiro EA, Santos AMR dos, Pontes MLF, Fhon JRS, Bolina AF et al . Violência contra idosos em três municípios brasileiros. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2017 [citado 2017 Out 19];70(4):783-791. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0114>.
27. Harrison KE, Dombrovski AY, Morse JQ, Houck P, Schlernitzauer M, Reynolds III CF; Szanto K. Alone? perceived social support and chronic interpersonal difficulties in suicidal elders. *International psychogeriatrics.* 2010.[citado 2017 Out 19]; 22(3):445-454. doi:10.1017/S1041610209991463.
28. Van Heeringen K, Bijttebier S, Desmyter S, Vervaeke M, Baeken C. Is there a neuroanatomical basis of the vulnerability to suicidal behavior? A coordinate-based meta-analysis of structural and functional MRI studies. *Frontiers in Human Neuroscience.* 2014;[citado 2017 Out 19] 8:824. doi:10.3389/fnhum.2014.00824.
29. Van Heeringen C., Bijttebier S., Godfrin K. Suicidal brains: a review of functional and structural brain studies in association with suicidal behaviour. *Neurosci. Biobehav.*2011[citado 2017 Out 19] 3(5): 688–698. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2010.08.007
30. Pollock LR, Williams JM. Effective problem solving in suicide attempters depends on specific autobiographical recall. *Suicide Life Threat Behav.* 2001[citado 2017 Out 19];31(4):386-96. PMID: 11775714
31. Miranda R, Valderrama J, Tsypes A, Gadol E, Gallagher M. Cognitive inflexibility and suicidal ideation: mediating role of brooding and hopelessness. *Psychiatry Res.* 2013 [acessado 2017 Out 19]; 210(1):174-81. DOI: 10.1016/j.psychres.2013.02.033.
32. Nolen-Hoeksema, S. (2004). The response style theory. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Rumination: nature, theory, and treatment of negative thinking in depression* (pp.107-124). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
33. Britton PC, Duberstein PR, Conner KR, Heisel MJ, Hirsch JK, Conwell, Y. Reasons for Living, Hopelessness, and Suicide Ideation Among Depressed Adults 50 Years or Older. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2008[Access Sept 13 2017]; 16(9): 736–741. Available from: 10.1097/JGP.0b013e31817b609a
34. Ministério da Saúde. Brasil. Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. *Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.* 2000 [cited 19 Out 2017]. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf

35. Waern M, Runeson B, Allebeck P, Beskow J, Rubenowitz E, Skoog I. et al. Mental Disorder in Elderly Suicides: A Case-Control Study. *Am J Psychiatry*. 2002 [Access Out 13 2017];159(3):450-5. Available from: 10.1176/appi.ajp.159.3.450
36. Barcelos-Ferreira R, Izbicki R, Steffens DC, Bottino C. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr*. 2010[Access Out 13 2017];22(05):712-26. DOI:10.1017/S1041610210000463
37. Castro-de-Araujo LFS, Barcelos-Ferreira R, Martins CB, Bottino C. Depressive morbidity among elderly individuals who are hospitalized, reside at long-term care facilities, and are under outpatient care in Brazil: a meta-analysis. *Rev Bras Psiquiatr*. 2013[Access Out 13 2017];35(2):201-7. DOI:10.1590/1516-4446-2012-0905

APÊNDICE C - Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “risco de suicídio” em idosos

Girliani Silva de Sousa¹

Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli²

Suzana Manguiera de Oliveira³

Marcos Venícios de Oliveira Lopes⁴

Everton Botelho Sougey⁵

¹ Doutoranda em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil. Bolsista CAPES

^{2,3} Professora adjunta do curso de graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Vitória de Santo Antão, Brasil.

⁴ Professor adjunto do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil.

⁵ Professor titular do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil.

Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “risco de suicídio” em idosos

Resumo

Objetivo: Analisar a validação clínica dos fatores de risco para o diagnóstico de enfermagem risco de suicídio em idosos.

Introdução: Suicídio em idosos é um grave problema de saúde pública. Há a necessidade de aprofundar o diagnóstico de enfermagem risco de suicídio em idosos devido a sua escassez na literatura. Este diagnóstico é composto por 47 fatores de risco que ainda não foram validados clinicamente, o que dificulta sua empregabilidade na prática.

Método: Estudo do tipo caso-controle, com amostra de 21 casos e 84 controles no período de novembro de 2016 a junho de 2017. O desfecho estudado foi a ocorrência da tentativa de suicídio e os fatores de risco foram dispostos em blocos hierárquicos de acordo com o Modelo Integrado Motivacional Volitivo do Comportamento Suicida. Adotou-se como critério para a permanência das variáveis $p < 0,05$. Foram realizados testes de associação por meio do qui-quadrado e a medida da força de associação entre as variáveis pela *Odds Ratio* (OR). **Resultados:** Os principais fatores de risco que apresentaram associação altamente significativa com o desfecho foram: hostilidade, incapacidade de expressar sentimentos, apatia, dependência e incapacidade funcional, infelicidade, mudança acentuada de comportamento e atitude, tristeza, autonegligência, armazenamento de medicamentos, depressão, ideação, plano e histórico de tentativa de suicídio e transtornos mentais. **Conclusões:** Vinte e oito fatores de risco foram indicados como clinicamente válidos para uma triagem diagnóstica para risco de suicídio a partir do relato de idosos.

Descritores: julgamento clínico, diagnóstico de enfermagem, enfermagem psiquiátrica, suicídio, idosos.

Summary Statment

Por que essa validação clínica é necessária?

- A avaliação dos aspectos psicológicos dos idosos é o ponto de partida para o rastreamento do diagnóstico risco de suicídio;
- A validação clínica dos fatores de risco de um diagnóstico de enfermagem é uma fonte de informação valiosa para a prática profissional, a fim de dar mais ênfase a esses fatores e prevenir o desfecho.

Quais são as principais descobertas?

- Eventos ao longo da vida e aspectos sociais, biológicos e comportamentais dos idosos estão associados ao risco de suicídio.
- Os traços de personalidade, os sentimentos e a percepção negativa do processo de envelhecimento foram associados ao maior risco de suicídio.

Como as descobertas devem ser usadas para influenciar a política / prática / pesquisa / educação?

- Os fatores de risco validados podem ser usados na consulta de enfermagem psiquiátrica para levantamento de dados e julgamento clínico para a tomada de decisão rápida e precisa a fim de identificar idosos em potencial risco para o suicídio;
- A avaliação do risco de suicídio na perspectiva da pessoa idosa permite adotar estratégias terapêuticas e psicoeducação, que têm como objetivo gerar mudanças comportamentais do indivíduo;
- A validação clínica dos fatores de risco deste diagnóstico permite rastreá-lo de modo rápido, possibilita a escolha de intervenções em tempo hábil e melhora os resultados de enfermagem.

Introdução

Dados da Organização Mundial de Saúde mostram que, em 2014, ocorreram aproximadamente 804 mil mortes por suicídio no mundo (World Health Organization 2014). Nas últimas décadas, houve aumento significativo dessas mortes em pessoas idosas (World Health Organization 2014).

As taxas de suicídio em idosos diferem de grupos etários específicos (como adolescentes) e, particularmente, apresentam características sociodemográficas, clínicas e psicológicas próprias dessa faixa etária (Shah *et al.* 2016, Koo *et al.* 2017). Comparados aos jovens, os idosos confidenciam menos seu desejo de morrer e tentam o suicídio por meios mais letais (Conwell *et al.* 2011, Fassberg *et al.* 2016). Apesar da evidência de que muitas mortes por suicídio são evitáveis, a prevenção desse acontecimento tem recebido pouca atenção, não só no Brasil, mas no mundo (World Health Organization 2014).

Neste contexto, as intervenções dos profissionais de saúde devem incluir uma abordagem integral à pessoa idosa, com objetivo de identificar precocemente o risco de

suicídio e, assim, desenvolver ações visando reduzir os fatores predisponentes e melhorar a qualidade de vida.

A relevância da temática justifica a inclusão do diagnóstico de enfermagem Risco de Suicídio na taxonomia da NANDA *International* (NANDA-I). Nesse ensejo, a consulta de enfermagem psiquiátrica é o momento crucial para a coleta de dados, julgamento clínico e levantamento da presença do diagnóstico de enfermagem. Para tanto, é necessário que os enfermeiros tenham conhecimento dos fatores de risco associados ao suicídio em pessoas idosas e saibam defini-los e avalia-los de modo adequado.

Nesse sentido, revendo as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Biomédica (MEDLINE), Scopus, PsycINFO (American Psychological Association) e CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), notou-se a inexistência de artigos ao empregar os seguintes descritores: nursing diagnosis, elderly and risk of suicide.

Haja vista a lacuna de pesquisas e a relevância do tema, o refinamento e a validação dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem risco de suicídio em idosos poderão contribuir para a prática de enfermagem ao possibilitar que os enfermeiros, por meio das evidências científicas, identifiquem a vulnerabilidade comportamental e gerenciem o cuidado de forma mais adequada.

Revisão de literatura

O procedimento de validação clínica dos diagnósticos de enfermagem propicia precisão diagnóstica ao determinar com clareza e relevância as medidas dos indicadores clínicos de um fenômeno específico. Isso permite a redução de erros de diagnósticos, bem como um raciocínio clínico acurado e eficiente para a tomada de decisões (Lopes *et al.* 2012).

O diagnóstico de risco de suicídio (00150) foi incluído na taxonomia NANDA-I em 2001 e revisado em 2013. Esse diagnóstico está atualmente inserido no domínio 11: Proteção/Segurança, e na classe 3: violência. Ele está definido como “vulnerabilidade à lesão autoinfligida que ameaça a vida” e é composto por 47 fatores de risco divididos em: comportamentais, demográficos, físicos, psicológicos, situacionais, sociais e verbais (Herdman & Kamitsuru 2015).

Revisão integrativa deste diagnóstico encontrou a presença de 54 fatores de risco, dentre os quais sugere-se a inclusão de 23 novos fatores que não estão presentes

na NANDA-I: apatia; agitação; baixa autoestima; descuido com a medicação; incapacidade de pedir ajuda; incapacidade de expressar sentimentos; plano suicida; rigidez; incapacidade funcional; problemas visuais; tristeza; hostilidade; ansiedade; fracasso; frustração; infelicidade; desonra; frequentes visitas a médico com sintomas vagos; privação social; desvalorização social; violência física; psicológica; violência intrafamiliar (Sousa *et al.* 2018).

O suicídio em pessoas idosas é um fenômeno complexo e multifatorial que precisa ser adequadamente investigado (Conwell & Thompson 2008, Minayo & Cavalcante 2010). Fatores sociais, psicológicos, econômicos e culturais podem estar associados entre si e aumentar a vulnerabilidade ao comportamento suicida (Minayo & Cavalcante 2010, World Health Organization 2014).

Os fatores de risco revisados para o diagnóstico de enfermagem em questão precisam ser validados a fim de que se possa determinar a relevância de cada fator, de modo que o diagnóstico tenha capacidade para medir efetivamente o risco de suicídio. As informações para determinar a presença desse diagnóstico podem ser obtidas por meio de uma entrevista de enfermagem psiquiátrica, que pode ocorrer nos serviços de atenção primária, secundária e terciária. A obtenção dessas informações exige habilidades específicas de profissionais de enfermagem para o estabelecimento do relacionamento interpessoal com comunicação terapêutica com a finalidade de que sejam identificados precocemente sinais sociais, físicos, comportamentais e psicológicos para o risco de suicídio. Esses dados podem possibilitar a identificação de pessoas que precisam de intervenções imediatas para a prevenção do suicídio. Além disso, é crucial que na abordagem clínica não haja preconceito nem julgamento ao indivíduo em risco de suicídio.

O Estudo

Objetivo

O objetivo desta investigação foi validar clinicamente os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio em idosos por meio de estudo de caso-controle.

Método

Tipo de estudo

Estudo de caso-controle retrospectivo realizado com pessoas idosas que tentaram o suicídio no município de Recife, Brasil.

Amostra

A amostra consistiu em 21 casos de idosos que tentaram o suicídio no ano anterior à coleta de dados e 84 controles de idosos que nunca tentaram morrer. Adotou-se o espaço temporal de um ano da violência autodirigida para que o resgate da memória e as lembranças associadas ao diagnóstico pudessem estar preservados.

O grupo caso foi constituído por longevos com idade mínima de 60 anos, de ambos os sexos e que tiveram diagnóstico inicial compatível com tentativa de suicídio de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). O CID-10 classifica as tentativas de suicídio dentro do capítulo de causas externas de morbidade e mortalidade, na seção que vai de X60 a X84 intitulada “Lesões Autoprovocadas Intencionalmente”. Esses idosos foram localizados por meio das fichas de investigação de violência interpessoal/autoprovocada e de intoxicação exógena na circunstância de tentativa de suicídio. Essas fichas são notificadas ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e ficam registradas na Vigilância Epidemiológica.

O grupo controle foi constituído por longevos que possuíam idade mínima de 60 anos e nunca tentaram o suicídio. A localização desses participantes ocorreu por meio dos serviços de atenção primária. O contato aconteceu por intermédio do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que viabilizou a consulta ao prontuário desses idosos para confirmação de que pudessem participar da pesquisa. Os controles foram pareados por sexo, faixa etária e mesma área geográfica.

Foram excluídos os participantes que não foram localizados em sua residência, aqueles que estavam em confusão mental e os que apresentaram dificuldades motoras para responder aos instrumentos do estudo.

Para o cálculo amostral, consideraram-se as seguintes fórmulas (Lopes 2013):

$$n = (r+1/r) \times (\bar{p}) \times (1 - \bar{p}) \times (Z_{1-\beta} + Z_{1-\alpha/2})^2 / (p_1 - p_2)^2$$

Em que:

n: número de indivíduos para cada grupo

r: razão entre o número de controles para casos (4)

\bar{p} : proporção média de ocorrência do principal fator de risco do estudo

$Z_{1-\beta}$: representa o poder medido em contagens Z (0,84 para um poder 80%)

$Z_{1-\alpha/2}$: representa o nível de confiança medido em contagens Z (1,96 para um nível de confiança de 95%)

p_1 : proporção de indivíduos expostos no grupo caso

p_2 : proporção de indivíduos expostos no grupo controle (conjeturada em 0,5)

$$p_1 = OR \times p_2 / p_2 \times (OR-1) + 1$$

$$\bar{p} = p_1 + p_2$$

Em que:

OR: Razão de chances ou *odds ratio* que trata da estimativa de risco a ser detectada (2).

Partindo dos seguintes parâmetros: nível de confiança de 95%, poder de 80%, razão entre número de controles para cada caso de 2, proporção de indivíduos expostos no grupo controle de 50% e *odds ratio* de 2, a amostra mínima foi definida para 21 casos e 84 controles.

Esse desenho permitiu inferir que os controles têm a mesma chance de serem ou tornarem-se casos, garantindo validade interna e confiabilidade à pesquisa. A coleta de dados ocorreu no período entre novembro de 2016 a junho de 2017.

No período entre 2015 e 2016 foram registrados 56 casos de tentativa de suicídio, dos quais 35 foram excluídos: em 22 casos os endereços estavam errados, incompletos ou a pessoa mudou de residência; 7 efetuaram o ato fatal; 3 se recusaram a participar da pesquisa e 3 apresentaram dificuldades motoras decorrentes da tentativa de suicídio.

Coleta de dados e Instrumentos

O diagnóstico de risco de suicídio em idosos foi avaliado por instrumento elaborado de acordo com os fatores de risco presentes na NANDA-I (edição 2015/17), revisados por meio de revisão integrativa do diagnóstico em estudo e validados por *experts* (Sousa *et al.* 2018). O instrumento foi composto por duas partes: a primeira continha os dados demográficos dos participantes (idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda pessoal e familiar, religião, profissão, participação de grupos e atividades realizadas para se distrair); a segunda foi composta por um Roteiro de avaliação sob a forma de questionário sobre os 54 fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio. Todos os itens foram avaliados de modo dicotômico (sim/não), com exceção dos fatores de risco depressão, transtorno mental, dependência e incapacidade funcional.

Para assegurar a acurácia dos fatores de risco sob investigação, elegeu-se algumas escalas fundamentais para mensurar o fenômeno, sendo estas traduzidas e validadas para a cultura brasileira. O item depressão foi avaliado por meio da aplicação

da escala de depressão geriátrica (GDS-15). Esta escala possui índice de confiabilidade de 0,81 e pode ser utilizada clinicamente para a detecção de casos de depressão em idosos (Almeida 1999)

O item ideação suicida foi investigado com a escala Ideação Suicida de Beck (SSI), a qual possui valor de consistência interna de 0,90 (Cunha 2001). Esta escala é composta por 21 itens que avaliam a gravidade da ideação suicida.

O item transtorno mental foi avaliado pela aplicação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) e possui confiabilidade de 0,80. Esse instrumento proporciona subsídios para identificar fatores que, juntos, denotam características indispensáveis para o rastreamento de morbidade psíquica (Santos *et al.* 2009).

Os itens dependência e incapacidade funcional foram analisados por meio da Avaliação das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) desenvolvida por Lawton e Brody e validada para o cenário brasileiro com índice de correlação intraclassa de reprodutibilidade de 0,89 e objetividade de 0,80. Esse instrumento possui boa aplicabilidade em virtude de sua fácil compreensão, tanto por parte do examinador como do entrevistado (Santos & Junior 2008).

Os fatores de risco foram conceitualmente e operacionalmente definidos para uso neste estudo. Os fatores de risco do diagnóstico foram investigados pela pesquisadora principal deste estudo; a mesma possui experiência e publicação na área, passou por treinamento e estava ciente das definições e da sua operacionalidade no momento da avaliação do participante.

Ressalta-se que todos os contatos com os participantes foram previamente agendados em horário e local determinados pelos idosos. Todas as questões dos questionários e das escalas foram lidas em voz alta, de forma que indivíduos não alfabetizados pudessem ser incluídos no estudo. Todas as entrevistas estruturadas ocorreram nas residências dos longevos e tiveram duração média de 60 minutos. Foram respeitados os momentos de choro e aqueles que foram diagnosticados com risco de suicídio foram encaminhados aos serviços especializados de saúde mental.

Os fatores de risco para o DE *Risco de suicídio* em idosos foram classificados em três blocos hierarquizados de acordo com as recomendações no referencial teórico “Modelo Integrado Motivacional Volitivo do Comportamento Suicida” (O’connor 2011):

O **bloco 1 ou nível distal** (variáveis em relação aos eventos da vida e aspectos comportamentais do indivíduo): abuso de álcool e outras drogas; história de violência

na infância; abandono; agitação; ansiedade; aposentadoria; conflito familiar; culpa; desonra; divórcio; doenças crônico-degenerativas; doenças terminais; dor crônica; frequentes visitas ao médico com sintomas vagos; hostilidade; incapacidade de pedir ajuda; incapacidade de expressar sentimentos; morar só; perda de relacionamento significativo; privação social; problemas financeiros; problemas visuais; rigidez comportamental; violência financeira, física, psicológica ou intrafamiliar; viuvez.

O **bloco 2 ou nível intermediário** (variáveis de processos psicológicos complexos que formarão a ideação suicida): apatia; apoio social insuficiente; baixa autoestima; baixa autonomia; dependência funcional; desesperança; desvalorização social; fracasso; frustração; infelicidade; incapacidade funcional; isolamento social; fazer testamento; luto mal elaborado; mudança acentuada de atitude; solidão; tristeza.

O **bloco 3 ou nível proximal** (variáveis que incorporam a transformação da ideação em tentativa de suicídio): autonegligência; armazenamento de medicamentos; depressão; descuido com a medicação; história de tentativa de suicídio; ideação suicida; plano suicida; súbita recuperação em relação a um quadro de depressão profunda e transtorno mental.

Análise de dados

Os dados foram tabulados no Excel 2016 e foram processados através do software R e do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0. Na análise univariada, foram verificadas a distribuição de frequência, tabulação cruzada entre variáveis e estimativa da probabilidade de risco de suicídio, segundo as categorias socioeconômicas e demográficas. A força da associação entre o risco de suicídio e as variáveis explicativas foi avaliada utilizando-se o teste do qui-quadrado com estimativa da razão de possibilidade (*odds ratio*, OR), ao nível de significância de 5%. Adotou-se o nível descritivo $p < 0,05$ como critério de permanência das variáveis no modelo. A força da associação entre o risco de suicídio e os diversos fatores foi avaliada pelo *odds ratio*. As variáveis significativas e incluídas em cada bloco fizeram parte do ajuste do modelo.

Considerações Éticas

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética da instituição sob o número de protocolo 47567415.3.0000.5208. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido para todos os participantes. Assegurou-se o sigilo das informações e o direito de desistência a qualquer momento, sem que isso trouxesse prejuízo à integridade dos participantes.

Resultados

Em relação à faixa etária, 61,9% (65) possuíam entre 60 e 69 anos de idade, 23,8% (25) entre 70 e 79 anos e 14,3% (15) mais de oitenta anos. Quanto ao sexo, 60% (63) eram do sexo feminino e 40% (42) do sexo masculino. No que tange ao estado civil, 41% (43) eram casados, 21% (20) divorciados, 21% (20) viúvos, 9,5% (10) solteiros e 9,5% (10) viviam em união consensual. A escolaridade dos idosos revelou que 46,7% (49) tinham o ensino fundamental incompleto, 26,7% (28) eram analfabetos e apenas 4,8% (5) possuíam o ensino superior completo. Quanto à renda pessoal em salários mínimos, 65,7% (69) viviam com um salário mínimo, 14,3% (15) recebiam o bolsa-família, 12,4% (13) não possuíam renda e 7,6% (8) recebiam dois ou mais salários. No que se refere à renda familiar em salário mínimo, 55,2% (58) possuíam dois ou mais, 33,3% (35) apenas um salário mínimo, 8,6% (9) ganhavam até cinco e 2,9 (3%) entre 5 e 10.

Observou-se que as variáveis sexo, morar com a família e renda familiar não apresentaram associação significativa para o desfecho. Ser solteiro, divorciado ou viúvo, não ter religião e não participar de grupo apresentaram alto risco para a vulnerabilidade da violência autodirigida (Tabela 1).

Tabela 1. Fatores associados ao diagnóstico risco de suicídio, de acordo com as características socioeconômicas e demográficas; Recife, PE, Brasil, 2018.

Variáveis	Casos, n = 21		Controle, n = 84		OR (IC)	p-valor
	n	%	n	%		
Idade					1 (0,34;3,11)	<0,001 ^a
60 a 69 anos	13	61,9	52	61,9		
70 ou mais	8	38,1	32	38,1		
Sexo					1,16 (0,38;3,38)	0,96 ^a
Masculino	9	42,9	33	39,3		
Feminino	12	57,1	51	60,7		
Estado civil					4,21 (1,32;16,1)	0,057 ^b
Solteiro/Divorciado/Viúvo	1	4,8	9	10,7		
Casado/União consensual	4	19,0	39	46,4		
Escolaridade					0,4 (0,13;1,23)	0,110 ^a
Escolaridade inferior ao fundamental completo	12	57,1	65	77,4		
Fundamental completo ou mais	9	42,9	19	22,6		
Número de filhos					2,29 (0,77;7,42)	0,157 ^a
0 a 2 filhos	14	66,7	39	46,4		
mais de 3 filhos	7	33,3	45	53,6		
Mora com a família					2,21 (0,44;9,51)	0,399 ^a

Não	4	19,0	8	9,5		
Sim	17	81,0	76	90,5		
Renda pessoal					1,96 (0,61;5,99)	0,295 ^a
Sem renda/Bolsa família	8	38,1	20	23,8		
1 ou mais salários mínimos	13	61,9	64	76,2		
Renda Familiar					0,76 (0,22;2,36)	0,796 ^a
um salário mínimo	6	28,6	29	34,5		
2 ou mais salários mínimos	15	71,4	55	65,5		
Religião					5,37 (1,38;21,28)	0,008 ^a
Sem religião	7	33,3	7	8,3		
Com religião	14	66,7	77	91,7		
Participa de atividade					3,78 (1,27;11,96)	0,013 ^a
Não	13	61,9	25	29,8		
Sim	8	38,1	59	70,2		
Participa de grupo					7,9 (1,13;344,65)	0,045 ^a
Não	20	95,2	60	71,4		
Sim	1	4,8	24	28,6		

^a teste qui-quadrado

^b teste de Fisher

Na análise bivariada realizada com o modelo hierarquizado, no nível distal (bloco 1), dos 27 fatores de risco investigados apenas nove apresentaram associação significativa com o desfecho ($p < 0,005$). As variáveis hostilidade (OR:8,88; IC:2,65;31,68) e incapacidade para expressar sentimentos (OR:7; IC: 2,16;27,09) apresentaram associação altamente significativa com o desfecho ($p < 0,001$) (Tabela 2).

Tabela 2. Fatores de risco relacionados aos eventos da vida e aspectos comportamentais de idosos, Recife, PE, Brasil, 2018.

Variáveis	Casos, n = 21		Controle, n = 84		OR (IC)	p-valor
	n	%	n	%		
Ansiedade					3,17 (0,99;12,08)	0,056 ^b
Sim	16	76,2	42	50		
Não	5	23,8	42	50		
Culpa					4,26 (1,39;13,37)	0,007 ^a
Sim	11	52,4	17	20,2		
Não	10	47,6	67	79,8		
Divórcio					3,31 (0,99;10,85)	0,044 ^a
Sim	8	38,1	13	15,5		
Não	13	61,9	71	84,5		
Hostilidade					8,88 (2,65;31,68)	<0,001 ^a
Sim	11	52,4	9	10,7		
Não	10	47,6	75	89,3		
Incapacidade de expressar sentimentos					7 (2,16;27,09)	<0,001 ^b

Sim	16	76,2	26	31		
Não	5	23,8	58	69		
Incapacidade de pedir ajuda					3,14 (1,03;10,89)	0,045 ^a
Sim	15	71,4	37	44		
Não	6	28,6	47	56		
Perda de relacionamento significativo					4,39 (1,46;14,49)	0,006 ^a
Sim	14	66,7	26	31		
Não	7	33,3	58	69		
Problemas econômicos					3,3 (1,11;10,13)	0,027 ^a
Sim	12	57,1	24	28,6		
Não	9	42,9	60	71,4		
Violência intrafamiliar					4,84 (0,99;23,8)	0,038 ^b
Sim	5	23,8	5	6		
Não	16	76,2	79	94		

^a teste qui-quadrado

^b teste de Fisher

Em relação às 17 variáveis do nível intermediário (bloco 2), 11 apresentaram associação significativa ao desfecho ($p < 0,005$). Tristeza (OR:33,25; IC:4,85;1432,38), desesperança (OR:18,55; IC: 4,74;108,51) e infelicidade (OR: 16,16; IC: 4,52; 74,74) estiveram mais associadas para desencadear o desfecho. O sentimento de apatia indicou aproximadamente dez vezes mais chances de as pessoas idosas terem risco de suicídio (OR: 10,98; IC: 3,15;49,66) (Tabela 3).

Tabela 3. Fatores de risco relacionados aos processos psicológicos complexos que formam a ideia suicida em idosos, Recife, PE, Brasil, 2018.

Variáveis	Casos, n = 21		Controle, n = 84		OR (IC)	p-valor
	n	%	n	%		
Apatia					10,98 (3,15;49,66)	<0,001 ^a
Sim	17	81,0	23	27,38		
Não	4	19,0	61	72,62		
Baixa autoestima					5,8 (1,86;20,43)	0,001 ^a
Sim	15	71,4	25	29,76		
Não	6	28,6	59	70,24		
Dependência funcional					-	<0,001 ^a
Independência	0	0,0	43	51,19		
Dependência	21	100,0	41	48,81		
Desesperança					18,55 (4,74;108,51)	<0,001 ^b
Sim	18	85,7	20	23,81		
Não	3	14,3	64	76,19		
Fracasso					5,45 (1,79;17,68)	0,001 ^a
Sim	13	61,9	19	22,62		
Não	8	38,1	65	77,38		

Frustração					5,48 (1,77;19,28)	0,002 ^a
Sim	15	71,4	26	30,95		
Não	6	28,6	58	69,05		
Incapacidade funcional					-	<0,001 ^a
Independência	0	0,0	43	51,19		
Dependência	21	100,0	41	48,81		
Infelicidade					16,16 (4,52;74,74)	<0,001 ^b
Sim	17	81,0	17	20,24		
Não	4	19,0	67	79,76		
Isolamento social					5,45 (1,79;17,68)	0,001 ^a
Sim	13	61,9	19	22,62		
Não	8	38,1	65	77,38		
Mudança de atitude e de comportamento					9,55 (2,91;33,63)	<0,001 ^a
Sim	12	57,1	10	11,90		
Não	9	42,9	74	88,10		
Tristeza					33,25 (4,85;1432,38)	<0,001 ^a
Sim	20	95,2	31	36,90		
Não	1	4,8	53	63,10		

^a teste qui-quadrado

^b teste de Fisher

A análise das variáveis do nível proximal, referente à transformação da ideação em tentativa de suicídio, revelou que somente a súbita recuperação de uma depressão profunda não teve associação altamente significativa com o desfecho ($p < 0,001$). A autonegligência indicou, aproximadamente, 101 vezes maior risco de suicídio (OR: 101; IC: 12,64;4625,09). O planejamento do autoextermínio revelou a probabilidade de 76,22 chances a mais de efetuar o ato (OR: 76,22; IC:16,34;487,21). Ter depressão severa eleva em 13,09 as chances de fazer uma tentativa de suicídio (OR:13,09; IC: 3,86;48,2) (Tabela 4).

Dos idosos que tentaram suicídio, 71,4% (15) realizaram o ato uma única vez, 14,2% (3) tentaram duas vezes e 14,2% (3) três vezes ou mais. Quanto aos métodos de tentativas de suicídio utilizados: 46% (7) foram por envenenamento por carbonato, 26,6% (4) por envenenamento por medicamentos e enforcamento e 26,6% (4) por enforcamento. Os demais realizaram por envenenamento por bebida alcoólica e medicamentos, precipitação e cortes.

Tabela 4. Fatores de risco relacionados à transformação da ideação em tentativa de suicídio de idosos, Recife, PE, Brasil, 2018.

Variáveis	Casos, n = 21		Controle, n = 84		OR (IC)	p-valor
	n	%	n	%		

Autonegligência					101 (12,64;4625,09)	<0,001 ^a
Sim	12	57,1	1	1,2		
Não	9	42,9	83	98,8		
Armazenamento de medicamentos					-	<0,001 ^a
Sim	7	33,3	0	0		
Não	14	66,7	84	100		
Depressão					13,09 (3,86;48,2)	<0,001 ^a
Depressão severa	13	61,9	9	10,7		
Normal ou leve	8	38,1	75	89,3		
Ideação suicida					-	<0,001 ^a
Ausente	0	0	78	92,9		
Presente	21	100	6	7,1		
Plano suicida					76,22 (16,34;487,21)	<0,001 ^b
Sim	17	81,0	4	4,8		
Não	4	19,0	80	95,2		
Transtornos mentais					6,78 (1,98;30,19)	0,001 ^b
Sim	17	81	32	38,1		
Não	4	19	52	61,9		

^a teste qui-quadrado

^b teste de Fisher

Discussão

Apesar de o fato de o indivíduo ser divorciado implicar três vezes mais chances de ter a presença do diagnóstico, investigação conduzida na comunidade dos EUA não encontrou associação entre estado civil e suicídio (Turvey *et al.* 2002).

Problemas econômicos e perda de relacionamento significativo são fatores de risco que podem indicar clinicamente a presença do diagnóstico. Problemas econômicos como diminuição da renda devido à aposentadoria, aumento dos gastos com remédios e falência são eventos estressantes que podem culminar na baixa autoestima, desesperança e isolamento social (Scocco 2001, Turvey *et al.* 2002, Britton 2008, Kim 2016, Chan 2017).

Estudo qualitativo no Brasil desvelou que muitos idosos possuem uma visão fatalista da velhice e a percebem como uma doença progressiva que leva à incapacidade, na qual há perdas concretas de momentos felizes, de interação social e de funcionalidade. Essa percepção tende a ser mais forte entre aqueles que foram menos favorecidos do ponto de vista socioeconômico ao longo da vida e continuam a sê-lo na terceira idade (Pereira *et al.* 2015).

De fato, os eventos adversos sociais podem minar as forças para viver. Nesse sentido, a perda do relacionamento significativo é entendida por “ruptura de

relacionamento importante na vida do indivíduo”. A falta de relacionamentos afetivos satisfatórios com outras pessoas pode causar sofrimento psíquico (Turvey *et al.* 2002, Fassberg *et al.* 2012, Cavalcante *et al.* 2013, Van Orden 2015). Nesse contexto, constata-se a direta associação do isolamento social com a vulnerabilidade para o suicídio de idosos. A perda do relacionamento significativo, seja por divórcio, distanciamento dos filhos e amigos ou morte de pessoas significativas, pode mediar a relação entre o isolamento social e o risco de suicídio.

Sofrer violência intrafamiliar aumenta a probabilidade em quatro vezes de ter o diagnóstico de risco de suicídio. As diferentes formas de violência comprometem a qualidade de vida e acarretam sofrimento psíquico em idosos (Pavlink 2001). Recomenda-se novas investigações para compreender os impactos da violência na saúde mental desses idosos.

Este estudo mostra que idosos com *neuroticismo* estão em maior risco para o autoextermínio, confirmando os resultados de pesquisa na Itália e nos EUA que encontraram também a introversão, humor deprimido e desesperança nessas pessoas (Duberstein 1995, Iliceto *et al.* 2014).

Constata-se que a ansiedade, hostilidade, presença de culpa, incapacidade de expressar sentimentos e de pedir ajuda influenciam diretamente a presença de baixa autoestima, desesperança, fracasso e frustração (Harwood *et al.* 2001; Seidlitz *et al.* 2001). Esses processos psicológicos têm uma correlação direta com a ideação e plano suicida.

A ansiedade nesse grupo de pessoas está relacionada às limitações vivenciadas na velhice que, na maioria das vezes, são interpretadas como ameaçadoras. A hostilidade pode representar uma forma das pessoas idosas enfrentarem situações estressantes que estão fugindo do controle (Scocco 2001). Tais percepções negativas comprometem a saúde mental e estão associadas à maior prevalência de transtorno de humor e à presença de doenças físicas (Turvey *et al.* 2002).

Este estudo não encontrou associação entre doenças crônico-degenerativas e terminais e risco de suicídio de idosos, diferentemente de outros estudos (Quan *et al.* 2002; Turvey *et al.* 2002, Juurlink *et al.* 2004, Erlangsen *et al.* 2015). Por conseguinte, estudo realizado na Coreia mostrou que moderadas e severas limitações funcionais no autocuidado e nas atividades habituais estão associadas a maiores riscos de suicídio (Kim 2016), o que corrobora com os achados deste estudo.

Significativas mudanças de atitude e de comportamento relacionados a si e às relações sociais podem ser observadas nos idosos em risco de suicídio (Van Orden 2015, Chan 2017). O enfermeiro deve averiguar com o idoso sobre os seus hábitos de vida, as mudanças ocorridas em sua rotina e, caso seja necessário, o conteúdo deve ser clarificado e confirmado por familiares e amigos.

Na população idosa, observa-se a alta prevalência de transtornos mentais, principalmente os transtornos de humor em idosos que tentaram o suicídio (Waern *et al.* 2002, Turvey *et al.* 2002, De Leo 2013). A depressão severa foi detectada nesses indivíduos. Por conseguinte, destaca-se também a autonegligência nessa população. A autonegligência pode decorrer de um processo depressivo ou ser uma forma passiva de tentativa de suicídio (De Leo 2013).

A presença da ideiação suicida é um indicador que deve ser valorizado na consulta de enfermagem psiquiátrica. A pessoa pode ir direto ao assunto verbalizando seu desejo de morrer ou pode emitir frases como “eu queria dormir e não acordar nunca mais”. Essa prerrogativa rompe com o senso comum de que “quem quer se matar, não avisa”. É pertinente que os enfermeiros investiguem a presença da ideiação e do plano suicida nas consultas de enfermagem para pensar no planejamento e implementação de ações de enfermagem com foco na prevenção do suicídio.

O armazenamento de medicamentos deve ser averiguado com os idosos e seus familiares, especialmente entre aqueles que fazem tratamento psiquiátrico. Fazem-se necessárias estratégias para evitar o uso irracional e inadequado desses medicamentos.

A história prévia de tentativa de suicídio deve ser valorizada (Turvey *et al.* 2002, De Leo 2013). Encontrou-se uma pequena parcela de pessoas idosas que tentaram novamente o ato e tiveram êxito em menos de um ano. Achado semelhante foi encontrado em estudo longitudinal na Austrália, o que reforça que longevos precisam de avaliação psiquiátrica e encaminhamento para tratamento logo após uma tentativa de suicídio (De Leo *et al.* 2001).

As intervenções de enfermagem devem ser pautadas para fornecer as condições necessárias para que as pessoas idosas aprimorem seus recursos pessoais e sociais e desenvolvam estratégias que aumentem o bem-estar emocional e a satisfação com a vida (Contrell 2016, Chan 2017).

Limitações

O tamanho da amostra neste estudo é menor que o recomendado para estudos de caso-controle e, por isso, não foi possível aplicar o modelo de regressão logística

hierarquizado. O número substancial de fatores de risco levou à necessidade de adequá-los ao Modelo Integrado Motivacional Volitivo do Comportamento Suicida para que pudéssemos encontrar variáveis que tivessem magnitude e representassem adequadamente suas associações com o diagnóstico em estudo (O’connor 2011). O fato desta investigação ter localizado os idosos por meio das fichas de notificação de tentativa de suicídio é outra limitação a ser considerada. As tentativas de suicídio ainda são subnotificadas e os dados não são preenchidos da forma correta, o que limitou a localização dos casos neste estudo. Adicionalmente, dado o número pequeno de casos, não foi possível distingui-los entre idosos jovens e idosos mais velhos. Sugere-se o desenvolvimento de novos estudos com amostras maiores para comparar os achados apresentados nesta investigação. Por fim, o desenvolvimento deste estudo foi conduzido apenas em uma cidade no Brasil; apesar disso, foi possível identificar características semelhantes aos idosos em outros países em desenvolvimento.

Conclusão

Vinte e oito fatores de risco foram considerados úteis e adequados para o rastreamento do diagnóstico de risco de suicídio em idosos. O modelo referente aos eventos ao longo da vida e aspectos comportamentais que foram clinicamente identificados para o diagnóstico incluem: ansiedade, culpa, divórcio, hostilidade, incapacidade de expressar sentimentos e pedir ajuda, problemas econômicos, perda de relacionamento significativo e violência intrafamiliar. O modelo que corresponde ao processo psicológico da ideação suicida incluiu a apatia, baixa autoestima, dependência funcional, fracasso, frustração, incapacidade funcional, infelicidade, isolamento social, mudança de atitude e de comportamento e tristeza. Já o modelo referente à transformação da ideação em tentativa de suicídio incluiu a autonegligência, armazenamento de medicamentos, depressão, ideação e plano suicida, transtornos mentais e histórico de tentativa de suicídio. A identificação desses comportamentos possibilita o raciocínio clínico rápido e eficiente para o desenvolvimento de intervenções imediatas para a prevenção do ato fatal.

Financiamento

Esta pesquisa foi financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES/Brasil por meio da concessão de bolsa de doutorado de demanda social.

Conflito de interesses

Nenhum conflito de interesses foi declarado pelos autores.

Contribuição dos autores

Todos os autores concordaram com a versão final e se encontram em pelo menos um dos seguintes critérios [recomendado pelo ICMJE (<http://www.icmje.org/recommendations/>)]:

- Contribuições substanciais para concepção e concepção, aquisição de dados ou análise e interpretação de dados;
- Redigir o artigo ou revisá-lo criticamente por importantes conteúdos intelectuais.

Referências

- Almeida O.P., Almeida S.A. (1999) Short versions of the Geriatric Depression Scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry*. **14**(10),858-65.
- Britton P.C., Duberstein P.R., Conner K.R., Heisel M.J., Hirsch J.K, Conwell Y. (2008) Reasons for living, hopelessness, and suicide ideation among depressed adults 50 years or older. *Am J Geriatr Psychiatry*. **16**(9), 736-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/JGP.0b013e31817b609a>
- Cavalcante F.G., Minayo M.C.S., Mangas R.M.N. (2013) Different aspects of depression in suicide among the elderly. *Cienc Saude Coletiva* **18**(10), 2985-94. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000023>
- Cha K.S., Lee H.S. (2017). The effects of ego-resilience, social support, and depression on suicidal ideation among the elderly in South Korea. *J Women Aging*. **28**, 1-16. Doi: 10.1080/08952841.2017.1313023.
- Conwell Y., Thompson C. (2008) Suicidal behavior in elders. *Psychiatr Clin North Am*. **31**(2),333-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2008.01.004>.
- Conwell Y., Van Orden K., Caine E.D. (2011) Suicide in older adults. *Psychiatr Clin North Am*. **34**(2), 451-68. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2011.02.002>.
- Cunha J.A. (2001) Manual da versão em português das escalas de Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- De Leo D., Padoani W., Scocco P., Lie D., Bille-Brahe U., Aresman E., Hjelmeland H., Crepet P., Haring C., Hawton K., Lonnqvist J., Michel K., Pommereau X., Querejeta I., Phillipe J., Salander-Renberg E., Schmidtke A., Fricke S., Weinacker B., Tamesvary B., Wasserman D., Faria S. (2001) Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO multicentre study of suicidal behaviour. *Int J Geriatr Psychiatry*. **16**(3), 300-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.337>.
- De Leo D., Draper B.M., Snowdon J., Kolves K. (2013) Suicides in older adults: a case-control psychological autopsy study in Australia. *J Psychiatr Res*. **47**(7), 980-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.02.009>.
- Duberstein P.R. (1995) Openness to experience and completed suicide across the second half of life. *Int Psychogeriatr*. **7**(2):183-98. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610295001967>.
- Erlangsen A., Stenager E., Conwell Y. (2015) Physical diseases as predictors of suicide in older adults: a nationwide, register-based cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. **50**(9), 1427-39. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-015-1051-0>

- Fässberg M.M., Van Orden K., Duberstein P., Erlangsen A., Lapierre S., Bodner E., Waern M. (2012) A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **(3)**722–745. doi: 10.3390/ijerph9030722.
- Fassberg M.M., Cheung G., Canetto S.S., Erlangsen A., Lapierre S., Lindner R., Draper B., Gallo J.J., Wong C., Wu J., Duberstein P., Waern M. (2016) A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging Ment Health*. **20**(2), 166-94. doi: 10.1080/13607863.2015.1083945
- Harwood D., Hawton K., Hope T., Jacoby R. (2001) Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Int J Geriatr Psychiatry*. **16**(2), 155-65. PMID: 11241720
- Herdman T.H. & Kamitsuru S., eds (2015) NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2015–2017.
- Iliceto P., Fino E., Sabatello U., Candilera G. (2014) Personality and suicidal ideation in the elderly: factorial invariance and latent means structures across age. *Aging Ment Health*. **18**(6), 792-800. doi: 10.1080/13607863.2014.880404
- Juurink D.N., Herrmann N., Szalai J.P., Kopp A., Redelmeier D.A. (2004) Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med*. **164**(11),1179-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.164.11.1179>
- Kim S.H. (2016). Suicidal ideation and suicide attempts in older adults: Influences of chronic illness, functional limitations, and pain. *Geriatr Nurs*. **37**(1), 9-12. doi: 10.1016/j.gerinurse.2015.07.006.
- Koo Y. W., Kolves K., De Leo, D. (2017). Suicide in older adults: differences between the young-old, middle-old and oldest old. *International Psychogeriatrics*. **29**, 1297–1306. doi: 10.1017/S1041610216001848
- Lopes M.V.O., Silva V.M., Araujo T.L. (2012) Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. *International Journal of Nursing Knowledge* **23**(3), 134–139.
- Lopes M.V.O., Lima J.R.C. Análise de Dados Epidemiológicos. In: Rouquayrol M.Z., Silva M.G.C. Epidemiologia e Saúde. 7.ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. 709p.
- Minayo M.C.S., Cavalcante F.G. (2010) Suicide in elderly people: a literature review. *Rev Saúde Pública*. **44**(4),750-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000400020>
- Wiley-Blackwell, Oxford.O’Connor R.C. (2011) Towards an integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. In *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*. Ed. Wiley, 181-198.
- Pavlik V.N., Hyman D.J., Festa N.A., Dyer C.B. (2001) Quantifying the problem of abuse and neglect in adults: analysis of a statewide database. *Am J Geriatr Soc*. **49**, 45-48.
- Pereira J.K., Giacomini K.C., Araújo J.O.A. (2015) A funcionalidade e incapacidade na velhice: ficar ou não ficar quieto. *Cadernos de Saúde Pública*. **31**(7), 1451-59. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00046014>
- Quan H., Arboleda-Florez J., Fick G.H., Stuart H.L., Love E.J. (2002) Association between physical illness and suicide among the elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. **37**(4),190-7. PMID: 12027246
- Santos K.O.B., Araujo T.M., Oliveira N.F. (2009) Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cad. Saúde Pública*. **25**(1), 214-22. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100023>
- Santos R.L., Virtuoso Júnior J.S. (2008) Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *Rev Bras Promoção Saúde*. **21**(4), 290-6. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/575>.

- Seidlitz L., Conwell Y., Duberstein P., Cox C., Denning, D. (2001) Emotion traits in older suicide attempters and non-attempters. *J Affect Disord.* **66**(2-3),123-31. doi: [https://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00300-1](https://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00300-1).
- Shah A., Bhat R., Zarate-Escudero S., De Leo, D. and Erlangsen, A. (2016). Suicide rates in five-year age-bands after the age of 60 years: the international landscape. *Aging & Mental Health.* **20**, 131–138. Doi: 10.1080/13607863.2015.1055552
- Sousa G.S., Perrelli J.G.A., Botelho E.S. (2018) Diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio em idosos: revisão integrativa. *Rev. Gaúcha Enferm.* **39**, e2017-0120 (In press). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0120>
- Turvey C., Conwell Y., Jones M.P., Phillips C., Simonsick E., Pearson J.L., Wallace R. (2002) Risk factors for late-life suicide: a prospective, community-based study. *Am J Geriatr Psychiatry.* **10**(4),398-406. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00019442-200207000-00006>.
- Van Orden K.A., Wiktorsson S., Duberstein P., Berg A.I., Fässberg M.M., Waern M. (2015) Reasons for attempted suicide in later life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry,* **23**(5),536-44. doi: 10.1016/j.jagp.2014.07.003.
- Waern M., Runeson B., Allebeck P., Beskow J., Rubenowitz E., Skoog I., Wilhelmsson K. (2002) Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. *Am J Psychiatry.* **159**(3), 450-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.159.3.450>
- World Health Organization (2014). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO. Disponível em: www.who.int/mental_health/suicide-prevention/

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os enfermeiros especialistas

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa REVISÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE SUICÍDIO EM IDOSOS, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Girliani Silva de Sousa. Endereço: Rua Jangadeiro, 654. BL A. AP. 201. Candeias – Jaboatão dos Guararapes – Pernambuco – CEP: 54430-315. Endereço eletrônico: girlianis@gmail.com. Telefone: (81) 999365030. A presente pesquisa está sob co-orientação de Jaqueline Albuquerque Galdino, email: jaquelinealbuquerque@hotmail.com, tel: (81) 998887782 e orientação de Everton Botelho Sougey, email: evertonbs@yahoo.com, tel: (81) 996017198.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas via email ou por telefone com a pesquisadora responsável e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias; uma via ficará com você e a outra digitalize e envie para o email do pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Este estudo tem o objetivo de construir e validar um instrumento de avaliação do diagnóstico de Enfermagem "Risco de suicídio" a partir dos indicadores propostos pela Classificação de Diagnósticos de Enfermagem (*Nursing Diagnoses – NANDA*). O instrumento será enviado via correios e eletronicamente, por email. Sua participação será no sentido **de averiguar a adequação das definições constitutivas e operacionais dos indicadores que compõem o diagnóstico de Enfermagem "Risco de suicídio"**.

Ressalto que é possível que o presente estudo lhe traga algum desconforto ao responder aos questionamentos dos instrumentos. Os benefícios advindos com os resultados desta pesquisa relacionam-se com a disponibilização de um instrumento de medida do risco de suicídio com propriedades psicométricas confiáveis a ser utilizado por enfermeiros no exercício de sua prática assistencial, bem como a qualificação e embasamento da prática de enfermagem a partir de informações válidas e confiáveis.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo sua identificação, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por meio do preenchimento do instrumento ficarão armazenados em pastas de arquivo em computador pessoal do pesquisador responsável, sob a responsabilidade do mesmo, no endereço acima informado pelo período de mínimo 5 anos. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, localizado na Av. Prof. Moraes Rêgo, s/n - 1º andar, Cidade Universitária CEP: 50670-901 Recife - PE, Brasil. **Telefone/Fax do CEP:** (81) 2126-8588.

Assinatura do pesquisador responsável

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo REVISÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE SUICÍDIO EM IDOSOS, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

NOME:

NOME:

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os idosos

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa REVISÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE SUICÍDIO EM IDOSOS, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Girliani Silva de Sousa. Endereço: Rua Jangadeiro, 654. BL A. AP. 201. Candeias – Jaboatão dos Guararapes – Pernambuco – CEP: 54430-315. Endereço eletrônico: girlianis@gmail.com. Telefone: (81) 999365030. A presente pesquisa está sob co-orientação de Jaqueline Albuquerque Galdino, email: jaquelinealbuquerque@hotmail.com, tel: (81) 998887782 e orientação de Everton Botelho Sougey, email: evertonbs@yahoo.com, tel: (81) 996017198.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pesquisadora responsável que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias; uma via ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Esse estudo tem o objetivo de avaliar o diagnóstico de Enfermagem "Risco de suicídio" em idosos a partir dos indicadores propostos pela Classificação de Resultados de Enfermagem (*Nursing Diagnoses – NANDA*).

Ressalto que é possível que o presente estudo lhe traga algum constrangimento ao responder os questionamentos sobre o risco de suicídio. Os benefícios desse estudo estão relacionados ao fortalecimento do cuidado ofertado à pessoa idosa, seja da rede familiar, comunitária, religiosa, e o apoio de profissionais e serviços de saúde. Além disso, possibilitará a assistência de Enfermagem mais qualificada e direcionada para as suas necessidades psicossociais, com o objetivo de promover a sua saúde mental.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo sua identificação, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por meio do preenchimento do instrumento ficarão armazenados em pastas de arquivo em computador pessoal do pesquisador responsável, sob a responsabilidade do mesmo, no endereço acima informado pelo período de mínimo 5 anos. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, localizado na Av. Prof. Moraes Rêgo, s/n - 1º andar, Cidade Universitária CEP: 50670-901 Recife - PE, Brasil. **Telefone/Fax do CEP:** (81) 2126 8588.

Assinatura do pesquisador responsável

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo REVISÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE SUICÍDIO EM IDOSOS, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

NOME:

NOME:

ASSINATURA:

ASSINATURA:

APÊNDICE F - Instrumento de coleta de dados para análise de conceito**Parte 1 - Caracterização dos estudos**

Referência:

Tipo de publicação: () artigo original () artigo de revisão () livros () manuais

() especificar: _____

Base de dados:

Título:

Área: () enfermagem () psiquiatria () geriatria () Outra: _____

Ano de publicação:

País de publicação:

Idioma:

Revista:

Temática:

Objetivos:

Método:

Participantes:

Cenário:

Critérios de inclusão: () sim () não

Quais:

Critérios de exclusão: () sim () não

Quais:

Coleta de dados:

Resultados principais:

Conclusão do estudo:

Limitações do estudo:

Implicações para a enfermagem: () sim () não

Quais:

Nível de evidência: () I () II () III () IV () V () VI () VII

Parte 2—Análise dos fatores etiológicos do suicídio de idosos

Apresenta conceito de suicídio e risco de suicídio: () sim () não

Definição:

Quais os fatores de risco para o suicídio de idosos?

Como esses fatores de risco para o suicídio de idosos são definidos e mensurados?

APÊNDICE G - Ficha 1 - Roteiro de caracterização sociodemográfica dos participantes

Caracterização dos participantes

1. Idade: _____
2. Sexo: 1 () masculino 2 () feminino _____
3. Estado civil: 1() solteiro 2()casado 3()divorciado 4()viúvo 5()união consensual _____
4. Escolaridade: 1()nunca estudei 2() fundamental incompleto (fiz até série) _____
3() fundamental completo 4() ensino médio incompleto 5() ensino médio completo
6() ensino superior completo 7() ensino superior incompleto
5. Naturalidade: _____
6. Tem filhos? 1() sim 2() não. Se sim, quantos? _____
7. Mora com a família: 1() sim 2() não. _____
8. Se sim, com quem mora? _____
9. Renda pessoal: _____
10. Renda familiar: 1() 1 salário mínimo 2() 2 a 3 salários mínimos _____
3() até 5 salários mínimos 4() entre 5 e 10 salários mínimos
11. Quem é responsável pela manutenção do lar (financeiramente)? _____
12. Religião: 1()católico 2()evangélico 3() espírita 4() protestante _____
5()ateu (não acredita em Deus) 6() sem religião, mas acredita em Deus
7 () outro. Especifique: _____
13. Realiza algum tipo de atividade para se distrair? 1()sim 2 ()não _____
Se sim, qual? _____
14. Participa de algum grupo? 1()sim 2 () não _____
Se sim, qual? _____
15. Ocupação atual: _____
16. Se aposentado, qual atividade profissional exercia anteriormente: _____

APÊNDICE H - Roteiro de avaliação dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem

Risco de suicídio

Fatores de risco

Sim Não

1. Você já sofreu **violência na infância**?

Questiona a **violência na infância**: Danos reais ou potenciais, físicos ou psicológicos, a uma criança, praticada pelos pais, cuidadores, pessoas em posição de responsabilidade, confiança ou poder (WHO, 2006). Especificar que tipo de violência e por quem.

2. Você tem se sentido **agitado**?

Investiga quanto à **agitação**: Situação de inquietude e intranquilidade de uma pessoa em relação a sua situação emocional (TOWNSEND, 2014).

3. Você se sente **desinteressado e indiferente** diante dos acontecimentos na sua vida?

Expressa **anedonia**: Situação de desinteresse geral, pela indiferença ou insensibilidade, aos acontecimentos (REY, 2010).

4. Você tem guardado uma quantidade excessiva de medicamentos?

Questiona o **armazenamento de medicamentos**: Condição em que a pessoa, de modo excessivo, acumula medicamentos. Deve ser averiguado também pelo relato de familiares/cuidadores dos idosos.

5. Você se sente **insatisfeito** consigo mesmo?

Expressa **baixa autoestima**: Baixa percepção de si mesmo, em comparação com os valores pessoais (BRANDEN, 1992). Deve ser aplicada a escala de autoestima.

6. Você se sente **deprimido**?

Investiga **sintomas depressivos**: Alteração de humor expressa por sentimento de tristeza, desespero e pessimismo. Ocorre a perda de interesse nas atividades cotidianas. (TOWNSEND, 2015). Deve ser aplicada a escala de depressão geriátrica.

7. Você se **descuida** da sua **medicação** de modo proposital?

Investiga a **negligência à medicação proposital**: Falta de atenção ou erro ao administrar os próprios medicamentos com a finalidade de causar danos à saúde (FERREIRA, 2012). Deve ser averiguado também com familiares/cuidadores.

8. Você já fez **testamento**?

Questiona **fazer testamento**: Ato de última vontade em que o testador manifesta o seu último desejo em relação à destinação dos bens de sua herança (FERREIRA, 2012).

9. Você já **pensou em morrer**?

Expressa **ideação suicida**: Pensamento ou ideia suicida que engloba desejos e atitudes que o indivíduo tenha de se matar (especificar a frequência desses pensamentos, se já verbalizou

para alguém...). Aplicar a escala de ideação suicida de Beck.

10. Você tem **dificuldade de expressar seus sentimentos?**

Expressa **incapacidade de expressar seus sentimentos**: Falta de habilidade para expressar seus sentimentos para as pessoas do seu convívio social (KJOLSETH, EKEBERG E STEIHAUG, 2009).

11. Você tem **dificuldade em pedir ajuda** às pessoas?

Expressa **incapacidade em pedir ajuda**: Falta de habilidade para buscar auxílio ou socorro de outras pessoas (FERREIRA, 2012).

12. Você sente que mudou sua forma de agir ultimamente?

Investiga **mudanças de atitudes e comportamentos**: Mudanças acentuadas na forma de agir ou reagir de uma determinada maneira (JUNG, 1986). Aspecto a ser averiguado também pelos familiares/cuidadores.

13. Você já **planejou se matar**?

Questiona o **plano suicida**: Planejar e buscar recursos (especificar) para cometer o suicídio (BRASIL, 2009).

14. Você tem se sentido **inflexível** em aceitar novas situações?

Investiga a **rigidez comportamental**: Inflexibilidade e falta de abertura, além de dificuldades em aceitar novos pontos de vista, incluindo os que envolvam emoções (DANTAS E NORONHA, 2006). Deve ser averiguado também pelos familiares/cuidadores.

15. Você se **recuperou rapidamente de uma depressão forte**?

Expressa **súbita recuperação de uma depressão profunda**: Recuperar em um curto período a vivacidade e a afetividade (COSER, 2003).

16. Você já **tentou suicídio**?

Expressa **história de tentativa de suicídio anterior**: Ter realizado um ato com pretensão de se matar (especificar método e data), mas cujo desfecho não resultou em óbito (DURKHEIM, 2001).

17. Você tem **transtornos mentais**?

Investiga **transtornos mentais**: Alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas a uma angústia expressiva, produzindo prejuízos no desempenho global da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar (OMS, 1993). Deve ser aplicado o Self-Reporting Questionnaire e investigado se existe comprovação do diagnóstico médico (especificar).

18. Você é **divorciado** (a)?

Expressa **divórcio**: Relato ou comprovação de dissolução ou rompimento do vínculo matrimonial. (FERREIRA, 2012).

19. Você é **viúvo (a)**?

Expressa **viuvez**: Relato da morte do (a) cônjuge (especificar o tempo) (FERREIRA, 2012).

20. Você sofre alguma doença que o preocupe?

Expressa **doenças crônico degenerativas**: Doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e provocam alterações, como limitação, inabilidades e disfunções orgânicas e corporais de longa duração (BRASIL, 2012) (especificar).

21. Você tem **doença terminal**?

Expressa **doenças terminais**: Doença no estágio em que não há mais possibilidade de se restabelecer a saúde (FERREIRA, 2012). (especificar). Averiguar a comprovação do diagnóstico médico.

22. Você sente **dor** frequentemente há pelo menos seis meses?

Expressa **dor crônica**: Sentir ou apresentar sensações físicas dolorosas associadas a processos patológicos crônicos que se prolongam por no mínimo seis meses (REY, 2010).

23. Você se sente **incapaz de realizar atividades** do cotidiano?

Expressa **incapacidade funcional**: Restrição (especificar) para desempenhar uma atividade dentro da extensão considerada normal para a vida humana (MURRAY, 1996). Aspecto a ser averiguado também pela aplicação da Escala de Lawton e Brody

24. Você tem **problemas visuais**?

Investiga **problemas visuais**: Diminuição da capacidade funcional da visão (especificar), decorrente de causas congênitas ou hereditárias, mesmo após tratamento clínico e/ou cirúrgico (BRASIL, 2012).

25. Você se sente **ansioso**?

Expressa **ansiedade**: Sentimento de apreensão provocado pela antecipação de uma ameaça ou um perigo interno ou externo, manifestado por características físicas (inquietação, taquicardia, palpitação, sudorese excessiva, tonturas, náuseas) (STEFANELLI, 2009). Aspecto a ser verificado também pela aplicação do Self-Reporting Questionnaire.

26. Você se sente **culpado**?

Expressa **culpa**: Emoção desagradável resultante da transgressão das normas institucionais que foram assumidas previamente pelos indivíduos. (MERTON, 1970).

27. Você tem se sentido **sem esperança** ou **desanimado** com a vida?

Expressa **desesperança**: Crenças e expectativas negativas a respeito de si mesmo e de seu futuro (STOTLAND, 1969).

28. Você já sofreu **acusações injustas ou falsas** ultimamente?

Expressa **desonra**: Sofrer acusações injustas ou falsas, causando vergonha, humilhação.

(MINAYO, MENEGHEL E CAVALCANTE, 2012).

29. Você se sente **fracassado**?

Expressa **fracasso**: Estado ou condição de não ter conseguido alcançar determinado objetivo

30. Você se sente **frustrado**?

Expressa **frustração**: Sentimento de decepção por não ter conseguido alcançar o objetivo almejado (FERREIRA, 2012).

31. Você tem se sentido **hostil/agressivo** com as outras pessoas?

Expressa **hostilidade**: Sentimento que representa violência emocional que visa causar danos e prejudicar outras pessoas (MELO; PENSUTI; BAPTISTON, 2004). Deve ser averiguado também pelo relato de familiares/cuidadores.

32. Você se sente **infeliz**?

Expressa **infelicidade**: Sentimento de insatisfação relacionado a algum acontecimento no meio em que vive, ocasionando a sensação de ser desafortunado (FERREIRA, 2012).

33. Você se sente **sozinho**, sem poder contar com ninguém?

Expressa **solidão**: estado emocional subjetivamente experimentado relacionado a sentir-se só, com insatisfação de necessidades íntimas e das relações sociais (PEPLAU E PERLMAN, 1982).

34. Você tem se sentido **triste**?

Expressa **tristeza**: Sentimento negativo vivenciado em resposta às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades (PORTO, 1999).

35. Você tem se sentido **abandonado**, sem poder contar com ninguém?

Expressa **abandono**: Sentir-se desamparado, desprezado, desleixado e esquecido pelas pessoas (especificar quando ocorreu a situação) (REY, 2008).

36. Você tem consumido **substâncias ilícitas**?

Expressa **abuso de substâncias**: consumo de substâncias ilícitas (especificar qual, o tempo de uso, a frequência) que ocasiona prejuízos à saúde física ou psíquica (WHO, 2008).

37. Você tem sentido que as pessoas não lhe ajudam?

Expressa **apoio social insuficiente**: Integração social insuficiente do indivíduo com as relações interpessoais, ofertantes de suporte material, cognitivo, afetivo e emocional (CANESQUI E BARSAGLINI, 2012).

38. Você é **aposentado**?

Expressa **aposentadoria**: Privação do meio de sobrevivência e realização pessoal, comprometendo sua inserção social e sua vida financeira.

39. Você tem se **descuidado** com a sua saúde?

Expressa **autonegligência**: Conduta que ameaça sua própria saúde ou segurança, pela recusa de prover cuidados necessários a si mesmo (BRASIL, 2007). Deve ser investigado também com familiares/cuidadores.

40. Você tem se sentido **sem autonomia**?

Investiga **baixa autonomia**: Diminuição da habilidade de fazer julgamentos e de agir.

41. Você tem **brigas e discussões com a sua família**?

Expressa **conflito familiar**: Situações estressantes ou de agressividade dentro do sistema familiar (especificar o membro da família).

42. Você tem se sentido **dependente** das pessoas para realizar atividades do cotidiano?

Expressa **dependência funcional**: Necessidade de auxílio para manter as habilidades físicas necessárias a uma vida independente (GORDILHO, 2000). Aspecto a ser averiguado também pela aplicação da Escala de Lawton e Brody.

43. Você tem se sentido **desvalorizado** pelos outros?

Expressa **desvalorização social**: Sentimento de perda do seu valor na sociedade (FERREIRA, 2012). Especificar situações.

44. Você tem ido frequentemente ao serviço de saúde sem ter um problema específico?

Investigar **frequentes visitas a unidade de saúde com sintomas vagos**: Buscar por, pelo menos, quatro vezes nos últimos seis meses atendimento na unidade de saúde sem causa específica, apresentando sintomas vagos. Aspecto a ser averiguado por familiares/cuidadores.

45. Você tem preferido ficar longe das pessoas?

Investigar **isolamento social**: Deixar de interagir e participar de atividades com as pessoas do seu convívio social (FIGUEIREDO, et al, 2012).

46. Você tem sofrido com a perda de algo ou alguém?

Expressa **luto mal elaborado**: Sentimento doloroso em resposta à perda, não necessariamente de um ente querido ou de algo que tome as mesmas proporções. Especificar o quê ou quem.

47. Você mora sozinho por falta de opção?

Expressa **morar sozinho**: Residir sozinho por falta de opção em uma residência

48. Você teve perda de relacionamento muito importante na sua vida?

Expressa **perda de relacionamento significativo**: Ruptura de relacionamento (especificar qual) importante na vida do indivíduo (FERREIRA, 2012).

49. Você sente que perdeu seu espaço dentro de casa?

Expressa **privação social**: Falta ou supressão de seu espaço na sociedade (especificar)

50. Você tem tido problemas econômicos?

Expressa **problemas econômicos**: Recursos financeiros ineficazes para suprir a demanda

51. Já tomaram posse do seu dinheiro?

Expressa **violência financeira**: exploração imprópria ou ilegal ou uso não consentido pela pessoa de seus recursos financeiros e patrimoniais (BRASIL, 2007). Especificar por quem.

52. Você já foi **agredido fisicamente**?

Expressa **violência física**: uso da força física para compelir o idoso a fazer o que não deseja, para feri-lo, provocar dor, incapacidade ou morte (BRASIL, 2007). Especificar por quem.

53. Algum parente já lhe agrediu?

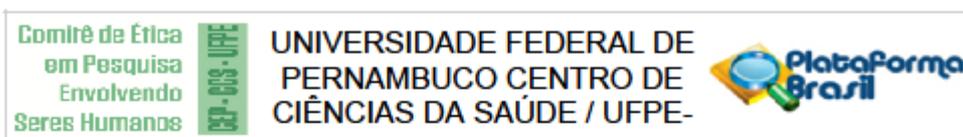
Investiga **violência intrafamiliar**: Ação ou omissão que restringe a dignidade, o respeito, a liberdade, a integridade física e psicológica e o pleno desenvolvimento por parte de um membro familiar (especificar) (SOUSA, 2004).

54. Você já foi **menosprezado e desprezado** por alguém?

Expressa **violência psicológica**: Agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, humilhar, restringir a liberdade ou isolar do convívio social (BRASIL, 2007). Especificar por quem.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REVISÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE SUICÍDIO EM IDOSOS

Pesquisador: GIRLIANI SILVA DE SOUSA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 47587415.3.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.214.989

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de tese de doutorado do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO, do CCS/UFPE, Orientado pelo Prof. Dr. Everton Botelho Sougey. O estudo centra-se na validação do diagnóstico de enfermagem do Risco de suicídio aplicado a população idosa cadastrada na Estratégia Saúde da Família (ESF), serviço de saúde vinculado à atenção primária em saúde. Selecionar-se-á os idosos pela alta prevalência do risco de suicídio (CIULLA, et al, 2014). Este estudo questiona se os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio descrito pela NANDA realmente representa a resposta do idoso à dimensão psicossocial.

Objetivo da Pesquisa:

Geral

-Revisar e validar o diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio, presente na taxonomia da NANDA em idosos atendidos em Unidades Saúde da Família (USF).

Específicos:

- Identificar conceitos e evidências empíricas relacionadas com os fatores de risco do diagnóstico de enfermagem;

-Elaborar definições constitutivas e operacionais para os níveis de mensuração dos fatores de

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO B - Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

PROTOCOLO DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Tema: Suicídio e fatores de risco para o suicídio de idosos

Objetivo: Apresentar o conhecimento produzido sobre suicídio e os fatores de risco para o suicídio de idosos

Questões Norteadoras:

- Qual a definição de risco de suicídio?
- Quais os fatores de risco para suicídio de idosos?
- Como os fatores de risco para o suicídio de idosos são definidos e mensurados?

Estratégias para buscar as pesquisas

Base de dados

- Base de dados 1: Pubmed
- Base de dados 2: Cinahl
- Base de dados 3: Lilacs

Descritores controlados:

MeSH: Suicide AND Aged

DeCS: suicídio AND idosos

Critérios de inclusão:

- Estudos publicados entre 2000 e 2015
- Estudos disponíveis eletronicamente
- Estudos disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol
- Estudos completos que abordem o suicídio ou os fatores de risco para o suicídio em idosos
- Estudos que respondam às questões de pesquisa estabelecidas

Critérios de exclusão:

- Editoriais

- Cartas ao editor
- Estudos que não estejam disponíveis eletronicamente

Avaliação da qualidade metodológica do estudo

Níveis de evidência desenvolvidos por Melnyk, Fineout-Overholt (2005)

Estratégia para síntese e avaliação dos estudos

- Instrumento de coleta de dados para análise de conceito adaptado do estudo de Chaves (2008) e Cavalcante (2011)

ANEXO C -Escala de depressão geriátrica de Yesavage – versão reduzida (GDS-15)

Instruções: É um teste para detecção de sintomas depressivos no idoso, consiste em 15 perguntas afirmativas/negativas onde o resultado de 5 ou mais pontos diagnostica depressão, sendo que o escore igual ou maior que 11 caracteriza depressão grave.

01. Você está satisfeito com a sua vida? () 1. Sim () 2. Não _____
02. Você deixou de lado muitos de suas atividades e interesses? () 1. Sim () 2. Não _____
03. Você sente que sua vida está vazia? () 1. Sim () 2. Não _____
04. Você sente-se aborrecido com frequência?() 1. Sim () 2. Não _____
05. Está de bom humor na maioria das vezes? () 1. Sim () 2. Não _____
06. Você teme que algo ruim lhe aconteça? () 1. Sim () 2. Não _____
07. Você se sente feliz na maioria das vezes? () 1. Sim () 2. Não _____
08. Você se sente frequentemente desamparado? () 1. Sim () 2. Não _____
09. Você prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas?() 1. Sim () 2. Não _____
10. Você sente que tem mais problemas de memória que antes? () 1. Sim () 2. Não _____
11. Você pensa que é maravilhoso estar vivo? () 1. Sim () 2. Não _____
12. Você se sente inútil? () 1. Sim () 2. Não _____
13. Você se sente cheio de energia? () 1. Sim () 2. Não _____
14. Você sente que sua situação é sem esperança?() 1. Sim () 2. Não _____
15. Você pensa que a maioria das pessoas estão melhores do que você?() 1. Sim () 2. Não _____

TOTAL: _____

ANEXO D: Escala de Ideação suicida de Beck – BSI

Instruções: Por favor, leia cuidadosamente cada grupo de afirmações abaixo. Faça um círculo na afirmação que em cada grupo **MELHOR descreve como você tem se sentido NA ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE**. Tome o cuidado de ler todas as afirmações em cada grupo antes de fazer suas escolhas.

1. _____
 0) tenho um desejo de viver que é de moderado a forte.
 1) tenho um desejo fraco de viver.
 2) não tenho desejo de viver.

2. _____
 0) não tenho desejo de morrer.
 1) tenho um desejo fraco de morrer.
 2) tenho um desejo de morrer que é de moderado a forte.

3. _____
 0) minhas razões para viver pesam mais que minhas razões para morrer.
 1) minhas razões para viver ou para morrer são aproximadamente iguais.
 2) minhas razões para morrer pesam mais que minhas razões para viver.

4. _____
 0) não tenho desejo de me matar.
 1) tenho um desejo fraco de me matar.
 2) tenho um desejo de me matar que é de moderado a forte.

5. _____
 0) se estivesse numa situação de risco de vida, tentaria me salvar.
 1) se estivesse numa situação de risco de vida, deixaria vida ou morte ao acaso.
 2) se estivesse numa situação de risco de vida, não tomaria as medidas necessárias para evitar a morte.

Se você assinalou as afirmações “0”, em ambos os grupos 4 e 5, passe para o item 20. Se você assinalou “1” ou “2”, seja no grupo 4 ou 5, prossiga respondendo o item 6.

6. _____

- 0) tenho breves períodos com idéias de me matar que passam rapidamente.

- 1) tenho períodos com idéias de me matar que duram algum tempo.

- 2) tenho longos períodos com idéias de me matar.

7. _____
 0) raramente ou ocasionalmente penso em me matar.

- 1) tenho idéias frequentes de me matar.

- 2) penso frequentemente em me matar.

8. _____
 0) não aceito a idéia de me matar.
 1) não aceito nem rejeito a idéia de me matar.

- 2) aceito a idéia de me matar.

9. _____
 0) consigo me controlar quanto a cometer suicídio.

- 1) não estou certo se consigo me controlar quanto a cometer suicídio.

- 2) não consigo me controlar quanto a cometer suicídio.

10. _____
 0) eu não me mataria por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida.

- 1) eu estou um tanto preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida.

- 2) eu não estou ou estou só um pouco preocupado a respeito de me matar, por causa da minha família, de meus amigos, de minha

religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida.

11. _____

0) minhas razões para querer cometer suicídio têm em vista principalmente influenciar os outros, como conseguir me vingar das pessoas, torná-las mais felizes, fazê-las prestar mais atenção em mim, etc.

1) minhas razões para querer cometer suicídio não têm em vista apenas influenciar os outros, mas também representam uma maneira de solucionar meus problemas.

2) minhas razões para querer cometer suicídio se baseiam principalmente numa fuga de meus problemas.

12 _____

0) não tenho plano específico sobre como me matar.

1) tenho considerado maneiras de me matar, mas não elaborei detalhes.

2) tenho um plano específico para me matar.

13 _____

0) não tenho acesso a um método ou a uma oportunidade de me matar.

1) O método que usaria para cometer suicídio leva tempo e realmente não tenho uma boa oportunidade de usá-lo.

2) tenho ou espero ter acesso ao método que escolheria para me matar e, também, tenho ou teria oportunidade de usá-lo.

14 _____

0) não tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.

1) não estou certo se tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.

2) tenho a coragem e a capacidade para cometer suicídio.

15. _____

0) não espero fazer uma tentativa de suicídio.

1) não estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.

2) estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.

16. _____

0) eu não fiz preparativos para cometer suicídio.

1) tenho feito alguns preparativos para cometer suicídio.

2) meus preparativos para cometer suicídio já estão quase prontos ou completos.

17. _____

0) não escrevi um bilhete suicida.

1) tenho pensado em escrever um bilhete suicida ou comecei a escrever, mas não terminei.

2) tenho um bilhete suicida pronto.

18. _____

0) não tomei providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.

1) tenho pensado em tomar providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.

2) tomei providências definidas em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.

19. _____

0) não tenho escondido das pessoas o meu desejo de me matar.

1) tenho evitado contar às pessoas o meu desejo de me matar.

2) tenho tentado não revelar, esconder ou mentir sobre a vontade de cometer suicídio.

20. _____

0) nunca tentei suicídio.

1) tentei suicídio uma vez.

2) tentei suicídio duas ou mais vezes.

Se você tentou suicídio anteriormente, por favor, continue no próximo grupo de afirmações.

21. _____

0) durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era fraco.

1) durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era moderado.

2) durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era forte.

ANEXO E - SRQ – 20

Teste que avalia o sofrimento mental. Por favor, leia estas instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

Instruções

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

- | | | |
|-----|---|-----------|
| 01. | Sr (a) têm dores de cabeça com frequência? | _____ |
| | 1 () sim | 2 () não |
| 02. | Tem falta de apetite? | _____ |
| | 1 () sim | 2 () não |
| 03. | O (a) Sr (a) dorme mal? | _____ |
| | 1 () sim | 2 () não |
| 04. | O (a) Sr (a) fica com medo com facilidade? | _____ |
| | 1 () sim | 2 () não |
| 05. | Suas mãos tremem? | _____ |
| | 1 () sim | 2 () não |
| 06. | O (a) Sr (a) se sente nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)? | _____ |
| | 1 () sim | 2 () não |
| 07. | Sua digestão não é boa ou sofre de perturbação digestiva? | _____ |
| | 1 () sim | 2 () não |
| 08. | O (a) Sr (a) não consegue pensar com clareza? | _____ |
| | 1 () sim | 2 () não |
| 09. | Sente-se infeliz? | _____ |
| | 1 () sim | 2 () não |
| 10. | O (a) Sr (a) chora mais que o comum? | _____ |
| | 1 () sim | 2 () não |
| 11. | Acha difícil apreciar (gostar de) suas atividades diárias? | _____ |
| | 1 () sim | 2 () não |
| 12. | Acha difícil tomar decisões? | _____ |
| | 1 () sim | 2 () não |
| 13. | Seu trabalho diário é um sofrimento? Tormento? Tem dificuldade em fazer seu trabalho? | _____ |
| | 1 () sim | 2 () não |
| 14. | O (a) Sr (a) não é capaz de ter um papel útil na vida? | _____ |
| | 1 () sim | 2 () não |
| 15. | O(a) Sr (a) perdeu interesse nas coisas? | _____ |
| | 1 () sim | 2 () não |

16. Acha que é uma pessoa que não vale nada? _____
1 () sim 2 () não
17. O pensamento de acabar com a sua vida já passou por sua cabeça? _____
1 () sim 2 () não
18. O (a) Sr (a) se sente cansado(a) todo o tempo? _____
1 () sim 2 () não
19. O (a) Sr (a) tem sensações desagradáveis no estômago? _____
1 () sim 2 () não
20. Fica cansado(a) com facilidade? _____
1 () sim 2 () não

Pontuação total: _____

Se o resultado for > 7 (maior ou igual a sete respostas SIM) está comprovado sofrimento mental.

ANEXO F - ESCALA DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA (AIVD)

Esta entrevista tem o propósito de avaliar sua capacidade funcional, por intermédio das possíveis dificuldades na realização das atividades do seu dia-a-dia. Procure recordar em cada atividade a ser questionada, se consegue fazer sem ajuda, com auxílio ou não realiza de forma alguma.

1 – Em relação ao uso do telefone

A) TELEFONE

- ()³ - recebe e faz ligações sem assistência
- ()² – necessita de assistência para realizar telefônicas
- ()¹ – não tem o hábito ou é incapaz de usar telefone

2 – Em relação as viagens

B) VIAGENS

- ()³ – realiza viagens sozinha
- ()² – somente viaja quando tem companhia
- ()¹ – não tem o hábito ou é incapaz de viajar

3 – Em relação a realização de compras

C) COMPRAS

- ()³ – realiza compras, quando é fornecido transporte
- ()² – somente faz compras quando tem companhia
- ()¹ – não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras

4 – Em relação ao preparo das refeições

C) REFEIÇÕES

- ()³ – realiza compras, quando é fornecido transporte
- ()² – somente faz compras quando tem companhia
- ()¹ – não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras

5 – Em relação ao trabalho doméstico

D) TRABALHO DOMÉSTICO

- ()³ – realiza tarefas pesadas
- ()² – realiza tarefas leves, necessitando de ajuda para as pesadas
- ()¹ – não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos

6 – Em relação ao uso de medicamentos

D) MEDICAÇÕES

- ()³ – faz uso de medicamentos sem assistência
- ()² – necessita de lembretes ou de assistência
- ()¹ – é incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos

7 – Em relação ao manuseio do dinheiro**E) DINHEIRO**

- ()³ – preenche cheque e paga contas sem auxílio
- ()² – necessita de assistência para uso de cheques e contas
- ()¹ – não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, lidar com contas

Dependência total: < 5

Dependência parcial: >5 < 21

Independência = 2