

Validação por especialistas do Diagnóstico de Enfermagem *Risco de suicídio* em idosos

Validation by experts of Risk of suicide Nursing Diagnosis in the elderly

Validación por especialistas del Diagnóstico de Enfermería Riesgo de suicidio en ancianos

Girliani Silva de Sousa^I

ORCID: 0000-0002-0988-5744

Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli^{II}

ORCID: 0000-0003-4934-1335

Suzana de Oliveira Mangueira^{II}

ORCID: 0000-0003-0931-8675

Everton Botelho Sougey^I

ORCID: 0000-0003-0125-9201

^IUniversidade Federal de Pernambuco. Recife, Pernambuco, Brasil.

^{II}Universidade Federal de Pernambuco.
Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil.

Como citar este artigo:

Sousa GS, Perrelli JGA, Mangueira SO, Sougey EB.
Validation by experts of Risk of suicide Nursing Diagnosis
in the elderly. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 2):111-8.
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0252>

Autor Correspondente:

Girliani Silva de Sousa
E-mail: girlianis@gmail.com



Submissão: 09-05-2018

Aprovação: 10-06-2019

RESUMO

Objetivo: validar o conteúdo das definições conceituais e operacionais dos fatores do Diagnóstico de Enfermagem *Risco de suicídio* em idosos. **Método:** trata-se de validação de conteúdo das definições conceituais e operacionais dos fatores do Diagnóstico de Enfermagem *Risco de suicídio* em idosos, realizada por 15 especialistas, no período de novembro de 2015 a março de 2016. Os fatores de risco foram classificados em três blocos hierarquizados. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e teste binomial. **Resultados:** dos 54 fatores de risco validados, apenas oito apresentaram problemas quanto à clareza, simplicidade e precisão: dor crônica, problemas visuais, aposentadoria, frustração, descuido com a medicação e depressão. Apenas rigidez não foi validada como relevante para o diagnóstico em estudo. **Conclusão:** a validação de conteúdo dos fatores de risco do Diagnóstico de Enfermagem pode nortear a prática clínica do enfermeiro na detecção precoce do risco de suicídio em idosos.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Idoso; Estudos de Validação; Fatores de Risco; Suicídio.

ABSTRACT

Objective: to validate the conceptual and operational definitions content of factors for *Risk of suicide Nursing Diagnosis* in the elderly. **Method:** this is validation of the conceptual and operational definitions content of factors for *Risk of suicide* in the elderly, performed by 15 experts, from November 2015 to March 2016. Risk factors were classified into three hierarchical chunks. The data were analyzed by descriptive statistics and binomial test. **Results:** of the 54 validated risk factors, only eight presented problems regarding clarity, simplicity and accuracy: chronic pain, vision problems, retirement, frustration, medication neglect and depression. Only rigidity was not validated as relevant for the study diagnosis. **Conclusion:** content validation of the risk factors for Nursing Diagnosis can guide the clinical practice of the nurse in the early detection of risk of suicide in the elderly.

Descriptors: Nursing Diagnostic; Aged; Validation Studies; Risk Factors; Suicide.

RESUMEN

Objetivo: validar el contenido de las definiciones conceptuales y operacionales de los factores del Diagnóstico de Enfermería *Riesgo de suicidio* en ancianos. **Método:** estudio de validación de contenido de las definiciones conceptuales y operativas de los factores del diagnóstico de enfermería Riesgo de suicidio en ancianos, por 15 especialistas, en noviembre de 2015 a marzo de 2016. Los factores de riesgo se clasificaron en tres bloques jerárquicos. Los datos fueron analizados por medio de estadística descriptiva y prueba binomial. **Resultados:** de los 54 factores de riesgo validados, ocho presentaron problemas en la claridad, simplicidad y precisión: dolor crónico, problemas visuales, jubilación, frustración, descuido con la medicación y depresión. Sólo la rigidez no fue validada como relevante para el diagnóstico. **Conclusión:** la validación de contenido de los factores de riesgo del diagnóstico de enfermería puede orientar la práctica clínica del enfermero en la detección precoz del riesgo de suicidio en ancianos.

Descriptorios: Diagnóstico de Enfermería; Ancianos; Estudios de Validación; Factores de Riesgo; Suicidio.

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 habitantes 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 em 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, dado 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 cuidado às pessoas idosas em risco de suicídio, e devem adotar ferramentas que subsidiem o raciocínio clínico e a tomada de decisões, dentre os 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 à análise por *experts*. Por esta razão, propõe-se, por meio da validação de conteúdo por especialistas, 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.

Neste sentido, os resultados deste trabalho podem contribuir com os esforços do Ministério da Saúde em reduzir em 10,0% o número absoluto de suicídio no país até 2020⁽³⁾, ao produzir conhecimento que permeará a qualificação das práticas dos enfermeiros na prevenção do suicídio.

OBJETIVO

Validar o conteúdo das definições conceituais e operacionais dos fatores 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. 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, cujo foco foi validar o conteúdo das definições conceituais e operacionais elaboradas para os fatores de risco do referido diagnóstico, a partir de uma revisão integrativa⁽⁹⁾. Os fatores de risco foram classificados de acordo com o referencial teórico "Modelo Integrado Motivacional Volitivo do Comportamento Suicida"⁽¹¹⁾, e as definições foram avaliadas conforme os critérios de clareza, relevância, precisão e simplicidade preconizados pela Psicometria⁽¹²⁾ para a elaboração de definições constitutivas e operacionais.

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 ideações suicidas) e a volitiva (examina a transição das ideações suicidas para as tentativas de suicídio em si)⁽¹¹⁾.

Amostra, critério de seleção e exclusão

Nesta etapa, ocorreram a identificação e a seleção dos especialistas. A amostra foi intencional e não probabilística. Os enfermeiros foram localizados por meio da plataforma *Lattes* do 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 utilizam cadeias de referência, de modo que quando foi 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⁾, com base na seguinte fórmula:

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

Adotaram-se os seguintes parâmetros: $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (nível de confiança de 95%), proporção de concordância entre os especialistas de 90,0% e erro amostral de 15,0%. O cálculo resultou em 15 participantes.

Para a seleção dos especialistas, utilizou-se o modelo proposto por Fehring, composto por sete itens, cuja pontuação mínima é seis e a máxima de 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 área e natureza deste estudo, e contemplaram os seguintes requisitos: a) ser enfermeiro(a); b) titulação de mestre em enfermagem: quatro pontos; c) dissertação direcionada a conteúdo relevante do DE em estudo: um ponto; d) pesquisas publicadas sobre taxonomias de enfermagem e com conteúdo relevante ao estudo: um ponto; e) publicação de artigo em periódico indexado envolvendo taxonomias de enfermagem com temáticas relevantes à área de estudo: dois pontos; f) titulação de doutorado em enfermagem com tese na área de interesse de estudo: dois pontos; g) experiência clínica de, pelo menos, um ano na área do diagnóstico em estudo: dois pontos; h) certificação de especialização ou residência na área clínica relevante ao tema abordado: dois pontos. Observa-se, portanto, que não houve modificação quanto à pontuação atribuída por Fehring a cada item da escala.

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 devolveram o instrumento devidamente preenchido, no prazo de 30 dias.

A busca na plataforma *Lattes* resultou em 77 potenciais especialistas. 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. Desses, 15 (62,5%) especialistas compuseram a amostra do estudo e nove foram excluídos por não devolverem o instrumento no prazo estabelecido.

Protocolo de estudo

Os especialistas receberam por e-mail um protocolo composto por dois instrumentos: o primeiro referente à caracterização sociodemográfica e acadêmica e o segundo composto por uma tabela com os 54 fatores de risco para o suicídio de idosos⁽⁹⁾ e suas

definições conceituais e operacionais para serem avaliadas quanto aos critérios preconizados pela Psicometria⁽¹²⁾. 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 pertinentes ao assunto.

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 ideia 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 ideia em tentativa de suicídio): autonegligência; armazenamento de medicamentos; depressão; descuido com a medicação; história de tentativa de suicídio; ideia 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. As respostas dos especialistas foram dicotomizadas em adequada (1) e inadequada (0) para os itens que foram considerados inadequados e pouco adequados. 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%. Neste caso, o item foi considerado adequado se o valor de p referente ao teste binomial foi maior ou igual a 0,05 ($p > 0,05$). O critério relevância foi determinante para considerar as definições validadas.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 15 enfermeiras especialistas, com média de idade de 44,60 anos ($\pm 10,6$). Quanto ao estado em que

residiam, quatro especialistas (20,0%) eram oriundas de Minas Gerais (MG), 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. Dessas, 60,0% 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 dos fatores de risco com o objetivo de torná-los 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%) 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 rigidez, dor crônica, problemas visuais e aposentadoria, conforme exposto na Tabela 1.

Em relação aos fatores do nível intermediário (bloco 2), todos foram adequados para o DE *Risco de suicídio* ($p < 0,05$), exceto o fator frustração que apresentou fragilidade na sua definição conceitual, quanto ao item clareza ($p = 0,013$). Outras informações estão contidas na Tabela 2.

Tabela 1 - Análise por especialistas das definições conceituais e operacionais dos fatores do nível distal do Diagnóstico de Enfermagem *Risco de suicídio*, Recife, Pernambuco, Brasil, 2016

Fatores de risco	Definições conceituais											
	Relevância			Clareza			Precisão			Simplicidade		
	n	%	Valor de p*	n	%	Valor de p*	n	%	Valor de p*	n	%	Valor de 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

Nota: *Teste binomial.

Tabela 2 - Análise por especialistas das definições conceituais e operacionais dos fatores do nível intermediário do Diagnóstico de Enfermagem *Risco de suicídio*, Recife, Pernambuco Brasil, 2016

Fatores de risco	Definições conceituais											
	Relevância			Clareza			Precisão			Simplicidade		
	n	%	Valor de p*	n	%	Valor de p*	n	%	Valor de p*	n	%	Valor de 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

Continua

Continuação da Tabela 2

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	100,0	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	100,0	1,000	15	100,0	1,000	15	100,0	1,000	15	100,0	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	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

Nota: *Teste binomial

Tabela 3 - Análise por especialistas das definições conceituais e operacionais dos fatores do nível proximal do Diagnóstico de Enfermagem Risco de suicídio, Recife, Pernambuco, Brasil, 2017

Fatores de risco	Definições conceituais											
	Relevância			Clareza			Precisão			Simplicidade		
	n	%	Valor de p*	n	%	Valor de p*	n	%	Valor de p*	n	%	Valor de 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

Nota: *Teste binomial.

Os resultados revelaram que sete (77,0%) fatores de risco do nível proximal (bloco 3) tiveram avaliação significativa entre os especialistas. Os especialistas apontaram problemas quanto à clareza das definições operacionais dos fatores de risco descuido com a medicação e depressão ($p=0,013$). A Tabela 3 mostra os resultados detalhados dessa análise.

DISCUSSÃO

Para os enfermeiros avaliarem os riscos de suicídio das pessoas idosas, é necessário que identifiquem na consulta de enfermagem

os fatores de risco de nível distal e eventos comportamentais presentes ao longo da vida desta população.

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, com a justificativa de que o termo abuso infantil estaria inespecífico para que os enfermeiros avaliassem a ocorrência de violência física, doméstica e sexual na infância dos idosos.

Neste sentido, a identificação de histórico de violência na infância pode rastrear o sofrimento psíquico para o risco de suicídio, conforme evidenciado em estudos realizados na Noruega⁽¹⁵⁾ e no

Brasil, com idosos que tentaram suicídio⁽¹⁶⁻¹⁸⁾, cujos resultados mostraram 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⁽¹⁶⁻²⁰⁾.

Outros fatores de risco do nível distal corresponderam aos aspectos sociais da vida das pessoas idosas. Estudo ecológico conduzido em 23 países na Europa sobre apoio social e suicídio de idosos⁽²⁰⁾ demonstrou que abandono, privação social, conflitos familiares e morar só por falta de opção são fatores de risco significativos para a diminuição 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. Esses sujeitos 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 identificou idade predominante de 60 a 69 anos, sendo 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⁽²²⁾. Esses achados corroboram com estudos sobre idosos que tentaram suicídio⁽¹⁶⁻¹⁸⁾, e são significativos por identificarem em populações de baixa renda, em que os idosos recebem benefícios sociais, que há um maior risco de sofrerem esse tipo de violência⁽²²⁾.

Ainda sobre os fatores de risco do nível distal, apenas aposentadoria, dor crônica, problemas visuais e rigidez apresentaram problemas na validação. Os especialistas afirmaram que a definição conceitual do fator aposentadoria gerou múltiplas interpretações e estava excessivamente negativa. Após reformulações, de acordo com as sugestões dos especialistas, a 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 o tempo mínimo de seis meses para se considerar dor crônica. Esse fenômeno é capaz de aumentar a vulnerabilidade para sintomas depressivos e, conseqüentemente, o risco para o suicídio^(20,23).

Ademais, faz-se necessário investigar a presença de processos comportamentais ruminantes frente às doenças crônico-generativas. Pesquisa sobre a relação entre tais patologias e o suicídio de idosos nos EUA⁽²³⁾ confirmou que apresentar diagnóstico de doenças graves, percepção de maior desgaste do estado de saúde e frequentes internações hospitalares constituem em um grupo com maior risco ao suicídio. Por conseguinte, entre idosos com câncer, observa-se 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 as dificuldades visuais como conseqüência do declínio do sistema fisiológico, resultando na fragilidade dos idosos e na menor qualidade de

vida, dada a intrínseca relação entre problemas visuais e limitações na realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária entre idosos mais velhos. De fato, problemas visuais podem acarretar em perda da autonomia, resultando em sentimento de vergonha, baixa autoestima e pensamentos negativos⁽²⁰⁻²³⁾.

Rigidez foi excluído como fator de risco por não apresentar relevância para o DE *Risco de suicídio* em idosos. Três especialistas argumentaram que esse aspecto estaria implícito em mudança acentuada de atitude e que existiria dificuldade para 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 apresentaram dificuldades para diferenciar frustração e fracasso e referiram que compreendiam esses dois fenômenos como semelhantes. 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⁽²⁶⁻²⁷⁾. Pessoas com comportamento suicida possuem alterações neuronais que reduzem o controle motivacional de reagir a estímulos negativos salientes⁽²⁷⁾, como a dependência e a incapacidade funcional; a perda da autonomia; o luto mal elaborado e o apoio social insuficiente^(16,19-20,26). Nesses casos, ocorre baixa capacidade de resolução de problemas decorrente da dificuldade para tomar decisões, de modo que a pessoa tem a percepção de que não há escapatória de uma situação aversiva⁽²⁸⁻³⁰⁾.

Os demais fatores 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.⁽²⁶⁾ e Šedivya⁽²⁰⁾, segundo a qual a presença de apoio social insuficiente está associada a níveis maiores de dificuldades interpessoais crônicas manifestadas por sentimentos de apatia, baixa autoestima e desesperança, em idosos que tentaram suicídio nos EUA e na Europa.

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 apoio social insuficiente acarreta em baixa autoestima, autodepreciação com sentimentos de infelicidade, fracasso, frustração, infelicidade e tristeza^(9,15-21,26). Nessa perspectiva, conclui-se que para o bem-estar psicológico das pessoas idosas, é necessário que sejam atendidas suas necessidades psicobiológicas e de autorrealização⁽²⁶⁾.

A inflexibilidade cognitiva pode aumentar a vulnerabilidade ao pensamento suicida, uma vez que está associada a ruminação e a desesperança⁽³⁰⁾. A ruminação pode ser compreendida como uma das formas de reagir a eventos estressores⁽³¹⁾. 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 mesmo^(18-20,30,32). Essas pessoas apresentam desajustes psicossociais manifestados por apatia, ansiedade, baixa autoestima, infelicidade, tristeza e desesperança.

A desesperança aumenta a severidade da ideação suicida^(21,32-33). O senso de responsabilidade pela família pode fazer com que as

pessoas idosas se sintam mais sobrecarregadas e, mediado pela ausência de esperança em uma vida melhor, encontram em pensamentos recorrentes e crescentes sobre o suicídio uma forma de trazer alívio para a família⁽³³⁾.

Todos os fatores 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 dados obtidos na literatura nacional^(9,16-18) e internacional^(21,32-33), os quais demonstraram que a ideação, o 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^(19,21,32,34). Em relação às atitudes, devem ser considerados verdadeiros alertas: descuido e/ou armazenamento de medicamentos; fazer testamento; autonegligência e acesso a meios letais, tais como a aquisição de carbamato, popularmente conhecido como chumbinho, que, apesar de ter venda proibida, ainda é facilmente encontrado⁽¹⁹⁻²¹⁾.

O transtorno mental é o fator de risco mais intrínseco ao risco de suicídio em idosos. Estudo na Europa⁽³⁴⁾ 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⁽³⁴⁾. No Brasil, pesquisadores estimaram que mais de 25,0% da população idosa apresenta sintomas depressivos clinicamente significativos e 7,0% apresenta depressão maior⁽³⁵⁾. Meta-análise⁽³⁶⁾ 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 do estudo

Considera-se como limitação deste estudo, a realização desta pesquisa com uma população específica – idosos, limitando os resultados encontrados apenas para essa população específica. Desta maneira, futuros estudos são necessários para outras populações, a fim de contribuir para o conhecimento e o discernimento do profissional ao julgar a presença do DE, para a construção de um plano de cuidados eficaz. Ademais, acredita-se que uma amostra maior de especialistas tornaria mais homogênea a avaliação das definições.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

O conteúdo das definições dos fatores para o DE *Risco de suicídio* em idosos está precisamente definido e validado, do ponto de vista dos especialistas. Dessa forma, é de fundamental importância que os enfermeiros utilizem as definições conceituais e operacionais no processo de julgamento clínico quanto à identificação do *Risco de suicídio* em idosos a fim de tornar a prática clínica mais acurada.

CONCLUSÃO

A validação dos fatores 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 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 [Internet]. Geneva: WHO; 2014. [cited 2017 Oct 17]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>
3. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Saúde lança Agenda Estratégica de Prevenção ao Suicídio [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2017 Oct 17]. Available from: <http://portal.arquivos.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 [Internet]. Geneva: WHO; 2002 [cited 2017 Oct 15]. Available from: www.who.int/whr/2001
5. American Association of Suicidology (AAS). U.S.A. Suicide: 2015 Official Final Data [Internet]. United States: AAS; 2016 [cited 2018 Jul 23]. Available from: <http://www.suicidology.org/portals/14/docs/resources/factsheets/2015/2015datapgsv1.pdf?ver=2017-01-02-220151-870>
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil – 2009 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2009 [cited 2018 Jul 23]. Available from: https://ww2.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_saude.pdf
7. Giacomini KC, Firmo JOA. Old age, disability and care in public health. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(12):3631-40. doi: 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. Nursing diagnosis for risk of suicide in elderly: integrative review. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e2017-0120. doi: 10.1590/1983-1447.2018.2017-0120

10. Lopes MVO, Silva VM, Araújo TL. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. *Int J Nurs Knowl*. 2012;23(3):134-9. doi: 10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x
11. O'Connor RC. Towards an integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. In: O'Connor RC, Platt S, Gordon J, editors. *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*. Hoboken: John Wiley & Sons; 2011. p. 181-98.
12. Pasquali L. *Instrumentação Psicológica: fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
13. Dalmoro M, Vieira KM. Dilemas na construção de escalas Tipo Likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? *Rev Gestão Org*. 2013;6(3):161-74. doi: 10.22277/rgo.v6i3.1386
14. Fehring RJ. The Fehring model. In: Carroll-Johnson RR, Paquette M. *Classification of nursing diagnoses: proceeding of the tenth conference*. Philadelphia: Lippincott Company; 1994. p. 55-62.
15. Kjølheth I, Ekeberg Ø, 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: 10.1017/S104161020999034216
16. Silva RS, Mangas RMN, Figueiredo AEB, Vieira LJES, Sousa GS, Cavalcanti AMTS, et al. The influence of family problems and conflicts on suicidal ideation and suicide attempts in elderly people. *Ciênc Saude Colet*. 2015;20(6):1703-10. doi: 10.1590/1413-81232015206.01952015
17. Meneghel SN, Moura R, Hesler LZ, Gutierrez DMD. Tentativa de suicídio em mulheres idosas – uma perspectiva de gênero. *Ciênc Saude Colet*. 2015;20(6):1721-30. doi: 10.1590/1413-81232015206.02112015
18. Minayo MCS, Cavalcante FG. Qualitative study on suicide attempts and ideations with 60 elderly in Brazil. *Ciênc Saude Colet*. 2015;20(6):1655-66. doi: 10.1590/1413-81232015206.06462015
19. Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicide attempts among the elderly: a review of the literature (2002/2013). *Ciênc Saude Colet*. 2015;20(6):1751-62. doi: 10.1590/1413-81232015206.10962014
20. Šedivya NZ, Podlogar T, Kerr DCR, De Leo D. Community social support as a protective factor against suicide: A genderspecific ecological study of 75 regions of 23 European countries. *Health Place*. 2017;48:40-6. doi: 10.1016/j.healthplace.2017.09.004
21. De Leo D, Draper BM, Snowdon J, Kølves K. Suicides in older adults: a case-control psychological autopsy study in Australia. *J Psychiatr Res*. 2013;47(7):980-8. doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.02.009
22. Rodrigues RAP, Monteiro EA, Santos AMR, Pontes MLF, Fhon JRS, Bolina AF, et al. Older adults abuse in three Brazilian cities. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):783-91. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0114
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;25(4):371-9. doi: 10.1002/gps.2348
24. Santos MA. Câncer e suicídio em idosos: determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção. *Ciênc Saude Colet*. 2017;22(9):3061-75. doi: 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. *Int Nurs Rev*. 2017;64(3):413-20. doi: 10.1111/inr.12344
26. Harrison KE, Dombrowski AY, Morse JQ, Houck P, Schlernitzauer M, Reynolds III CF, et al. Alone? perceived social support and chronic interpersonal difficulties in suicidal elders. *Int Psychogeriatr*. 2010;22(3):445-54. doi: 10.1017/S1041610209991463.
27. 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. *Front Hum Neurosci*. 2014;8:824. doi: 10.3389/fnhum.2014.00824
28. van Heeringen C, Bijttebier S, Godfrin K. Suicidal brains: a review of functional and structural brain studies in association with suicidal behaviour. *Neurosci Biobehav Rev*. 2011;35(5):688-98. doi: 10.1016/j.neubiorev.2010.08.007
29. Pollock LR, Williams JMG. Effective problem solving in suicide attempters depends on specific autobiographical recall. *Suicide Life Threat Behav*. 2001;31(4):386-96. doi: 10.1521/suli.31.4.386.22041
30. Miranda R, Valderrama J, Tsypes A, Gadol E, Gallagher M. Cognitive inflexibility and suicidal ideation: mediating role of brooding and hopelessness. *Psychiatry Res*. 2013;210(1):174-81. doi: 10.1016/j.psychres.2013.02.033
31. Nolen-Hoeksema S. The response style theory. In: Papageorgiou C, Wells A, editors. *Rumination: nature, theory, and treatment of negative thinking in depression*. Chichester: John Wiley & Sons; 2004. p. 107-24.
32. 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: 10.1097/JGP.0b013e31817b609a
33. Ministério da Saúde (MS). *Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2017 Oct 17]. Available from: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf
34. Vasiliadis HM, Lamoureaux-Lamarche C, Guerra SG. Gender and age group differences in suicide risk associated with co-morbid physical and psychiatric disorders in older adults. *Int Psychogeriatr*. 2017;29(2):249-57. doi: 10.1017/S1041610216001290
35. Barcelos-Ferreira R, Izbicki R, Steffens DC, Bottino CMC. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr*. 2010;22(5):712-26. doi: 10.1017/S1041610210000463
36. Castro-de-Araújo LFS, Barcelos-Ferreira R, Martins CB, Bottino CMC. 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;35(2):201-7. doi: 10.1590/1516-4446-2012-0905