UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ALINE SIQUEIRA DE ALMEIDA

**Significados e atitudes relacionados ao comportamento suicida entre
profissionais da Estratégia de Saúde da Família**

RIBEIRÃO PRETO

2020

ALINE SIQUEIRA DE ALMEIDA

**Significados e atitudes relacionados ao comportamento suicida entre
profissionais da Estratégia de Saúde da Família**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: políticas, saberes e práticas

Orientador: Kelly Graziani Giaccherro Vedana

RIBEIRÃO PRETO

2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Siqueira de Almeida, Aline

Significados e atitudes relacionados ao comportamento suicida entre profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2020.

97 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Kelly Graziani Giaccherro Vedana

1. Suicídio. 2. Atitudes. 3. Significado. 4. Atenção Primária à Saúde.

ALMEIDA, Aline Siqueira

Significados e atitudes relacionados ao comportamento suicida entre profissionais da
Estratégia de Saúde da Família

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do
título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedico este trabalho a todas as pessoas que tiveram seu sofrimento minimizado, seus sentimentos incompreendidos e acabaram por nos deixar.

Dedico a meu amigo Edson que partiu cedo demais deixando muitas sensações em todos nós.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Profa. Dra. Kelly Graziani Giaccheri Vedana por todo ensinamento, paciência e empatia que teve comigo durante o processo de construção deste trabalho.

À minha mãe e à minha irmã por todo apoio que me deram ao longo dessa trajetória.

Ao meu namorado por todo incentivo e companheirismo.

À Prefeitura Municipal de Borda da Mata e aos servidores que aceitaram participar e contribuir com este estudo.

Aos funcionários e colegas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto por todos os auxílios

“A vida é uma aventura que vale a pena ser vivida. Saibamos levá-la com tolerância, coragem, compreensão e espírito de cooperação, transformando - a em atos de bondade e beleza, e procurando torná-la sempre mais digna e melhor não só para nós mesmos como para os nossos companheiros de aventura.”.

(Érico Veríssimo em “O Resto é Silêncio”, p. 77)

RESUMO

ALMEIDA, Aline Siqueira. **Significados e atitudes relacionados ao comportamento suicida entre profissionais da Estratégia de Saúde da Família**. 2020. 97 f. Tese (Doutorado) Departamento de Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Introdução: As atitudes e o significado do comportamento suicida na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde podem influenciar a qualidade da assistência e são assunto pouco explorado em estudos científicos. **Objetivo:** Investigar o significado e as atitudes relacionadas ao comportamento suicida na perspectiva dos profissionais de Estratégia Saúde da Família. **Método:** Estudo misto desenvolvido com 65 profissionais de equipes de Estratégia Saúde da Família de um município de Minas Gerais – Brasil. Na fase qualitativa foram empregados o Interacionismo Simbólico (como referencial teórico) e a Teoria Fundamentada nos Dados (como referencial metodológico). Nesta etapa, 18 profissionais participaram de entrevistas semi dirigidas que foram transcritas e analisadas pela codificação aberta, axial e seletiva. Os dados quantitativos foram coletados por auto-aplicação de um questionário sociodemográfico e do Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida (QUACS). Foi utilizada estatística descritiva, teste de correlação de Pearson e Spearman, teste T e teste de Mann- Whitney. **Resultados:** Os profissionais perceberam-se despreparados, emocionalmente afetados e temerosos para atuar na prevenção do suicídio e priorizaram o encaminhamento dos casos para serviços especializados. O suicídio foi representado tanto como escolha quanto uma condição de vulnerabilidade, sendo mais condenável quanto associado à opção individual. Foram ainda identificadas crenças relacionadas à intencionalidade e manifestação do comportamento suicida que podem impactar a avaliação e cuidado a pessoas em risco. Pessoas com treinamento sobre suicídio tiveram maior percepção da própria capacidade profissional para lidar com pessoas com comportamento suicida. Os profissionais que leram material específico sobre suicídio tiveram tanto maior percepção da capacidade profissional quanto atitudes menos negativas. As atitudes menos condenatórias foram encontradas em pessoas sem religião, que leram sobre o suicídio e tiveram contato com colegas de profissão que tentaram suicídio. **Conclusão:** É importante realizar investigações e oferecer treinamento, reflexões, supervisão aos profissionais para promover melhores atitudes e preparo para a qualificação da assistência relacionada ao comportamento suicida.

Palavras-chave: Suicídio; Atitudes; Significado; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

ALMEIDA, Aline Siqueira. **Meanings and attitudes related to suicidal behavior among Family Health Strategy Professionals**. 2020. 97 f. Tese (Doutorado) Departamento de Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Introduction: The attitudes and meanings of suicidal behavior from the perspective Primary Health professionals, can affect the quality of the service, and is a little explored subject in scientific studies. **Objective:** To Investigate the meanings and attitudes related to the behavior of the suicidal person from the perspective of the professionals of the Primary Health. **Method:** The Study was a mixed-developed, with a 65-professional team of the Primary Health in a city of the State of Minas Gerais, Brazil. In the qualitative phase, Symbolic Interactionism (as a theoretical framework) and Grounded Theory (as a methodological framework) were used. At this stage, 18 professionals participated in semi-directed interviews that were transcribed and analyzed by open, axial and selective coding. Quantitative data were collected by self-application of a sociodemographic questionnaire and the Questionnaire on Attitudes to Suicidal Behavior (QUACS). Descriptive statistics, Pearson and Spearman correlation test, T-test and Mann-Whitney test were used. **Results:** The professionals perceived themselves as unprepared, emotionally affected and fearful to act in the prevention of suicide and prioritized the referral of cases to specialized services. Suicide was represented as both a choice and a condition of vulnerability, being more reprehensible as associated with individual choice. Beliefs related to intentionality and manifestation of suicidal behaviors that may impact the assessment and care of people at risk were also identified. People with suicide training had a greater perception of their own professional capacity to deal with people with suicidal behavior. Professionals who read specific material about suicide had both greater perception of professional ability and less negative attitudes. The least condemnatory attitudes were found in people without religion, who read about suicide and had contact with professional colleagues who attempted suicide. **Conclusion:** It's important to conduct investigations and provide training, reflections, supervision to professionals to promote better attitudes and preparation for the qualification of assistance related to suicidal behavior.

Keywords: Suicide; Attitudes; Meaning; Primary Health.

RESUMEN

ALMEIDA, Aline Siqueira. **Significados y actitudes relacionadas con el comportamiento suicida entre los profesionales de la Estrategia de Salud Familiar**. 2020. 97 f. Tese (Doutorado) Departamento de Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Introducción: Las actitudes y el significado del comportamiento suicida desde la perspectiva de los profesionales de Atención Primaria de Salud pueden influir en la calidad de la atención y son poco explorados en estudios científicos. **Objetivo:** investigar el significado y las actitudes relacionadas con el comportamiento suicida desde la perspectiva de los profesionales de la Atención Primaria de Salud. **Método:** Estudio mixto con 65 profesionales de equipos de la Atención Primaria de Salud de una ciudad de Minas Gerais - Brasil. En la fase cualitativa, se utilizaron el interaccionismo simbólico (como marco teórico) y la teoría fundamentada (como marco metodológico). En esta etapa, 18 profesionales participaron en entrevistas semidireccionadas que fueron transcritas y analizadas por codificación abierta, axial y selectiva. Los datos cuantitativos se recopilaron mediante la autoaplicación de un cuestionario sociodemográfico y el Cuestionario de actitudes contra el comportamiento suicida (QUACS). Se utilizó estadística descriptiva, prueba de correlación de Pearson y Spearman, prueba T y prueba de Mann-Whitney. **Resultados:** Los profesionales se percibieron a sí mismos como no preparados, emocionalmente afectados y temerosos de actuar en la prevención del suicidio y priorizaron la derivación de casos a servicios especializados. El suicidio se representó como una opción y una condición de vulnerabilidad, siendo más reprensible como asociado con la elección individual. También se identificaron las creencias relacionadas con la intencionalidad y la manifestación de conductas suicidas que pueden afectar la evaluación y la atención de las personas en riesgo. Las personas con entrenamiento suicida tenían una mayor percepción de su propia capacidad profesional para tratar con personas con conducta suicida. Los profesionales que leen material específico sobre el suicidio tenían una mayor percepción de la capacidad profesional y actitudes menos negativas. Las actitudes menos condenatorias se encontraron en personas sin religión, que leyeron sobre el suicidio y tuvieron contacto con colegas profesionales que intentaron suicidarse. **Conclusión:** es importante realizar investigaciones y proporcionar capacitación, reflexiones, supervisión a los profesionales para promover mejores actitudes y preparación para la calificación de la asistencia relacionada con el comportamiento suicida.

Palabras llave: Suicidio; Actitudes; Significado; Atención Primaria de Salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sócio-demográficas, experiência e treinamento profissional dos participantes do estudo segundo os questionários sociodemográfico (n=65).	44
Tabela 2. Características sociodemográficas, experiência e treinamento profissional dos participantes do estudo segundo pontuação obtida pelo instrumento <i>QUACS</i> (n=65).....	46
Tabela 3. Teste de correlação entre os fatores do QUACS e o escore obtido na questão 21 do QUACS e a idade dos participantes (n=63).	47

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Comportamento suicida	13
1.2 A prevenção do suicídio na estratégia saúde da família	16
1.3 Representações do suicídio e significados atribuídos ao comportamento suicida	20
1.4 As atitudes dos profissionais de saúde relacionadas ao comportamento suicida	26
 2 OBJETIVO DO ESTUDO	 29
2.1 Objetivos específicos	29
 3 MÉTODO	 30
3.1 Delineamento do estudo	30
3.2 Local do estudo	30
3.3 Fase qualitativa do estudo	31
3.3.1 Marco teórico: Interacionismo Simbólico	31
3.3.2 Referencial Metodológico: Teoria Fundamentada nos Dados	34
3.3.3 Participantes da fase qualitativa do estudo	35
3.3.4 Coleta de dados qualitativos	36
3.3.5 Análise dos dados qualitativos do estudo	37
3.4 Fase quantitativa do estudo	38
3.4.1 Participantes da fase quantitativa do estudo	38
3.4.2 Coleta de dados quantitativos	39
3.4.2.1 Questionário Sociodemográfico	39
3.4.2.2 Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida – QUACS	40
3.4.2.3 Análise dos dados	41
3.4.3 Aspectos éticos	42
 4 RESULTADOS	 43
4.1 Caracterização dos participantes do estudo	43
4.2 Fatores associados às atitudes dos profissionais relacionadas ao comportamento suicida	45
4.3 O Significado do Comportamento Suicida na Perspectiva dos Profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família	48
4.3.1 Suicídio: Escolha individual ou vulnerabilidade?	49
4.3.2 Tentativas de suicídio: julgamentos relacionados à intencionalidade e letalidade	51

4.3.3 Sentimentos e reações dos profissionais: o predomínio do medo e despreparo	52
4.3.4 A assistência relacionada ao comportamento suicida e suas lacunas	54
5 DISCUSSÃO	57
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICES	89
ANEXOS	92

1 INTRODUÇÃO

1.1 Comportamento suicida

O comportamento suicida é um fenômeno humano complexo e universal e representa uma grande questão na saúde. É possível que se conceitue esse fenômeno mediante um *continuum*: os pensamentos de autodestruição, a auto-agressão, manifestada por gestos suicidas e tentativas de suicídio, e, finalmente, o próprio suicídio (WASSERMAN, 2001; LUOMA, MARTIN, PEARSON, 2002; WHO, 2014; WERLANG, MACEDO, KRÜGER, 2004).

Os suicídios ocorrem em todas as regiões do mundo. Notavelmente, entre pessoas jovens de 15 a 29 anos de idade, o suicídio é a segunda maior causa de morte globalmente (WHO, 2014; WHO, 2002). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) as mortes por suicídio aumentaram 60% em cinco décadas. A taxa mundial de suicídio está situada em torno de 16 por 100 mil habitantes, o que corresponde a uma morte a cada quarenta segundos e uma tentativa de suicídio a cada três segundos, aproximadamente (WHO, 2014). No ano de 2017 foi publicado o primeiro Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil, que chama atenção para o crescimento dos números de morte por suicídio ano após ano (BRASIL, 2017). O suicídio provoca a perda de muitos anos potenciais de vida e tem prejuízos emocionais e econômicos substanciais (WHO, 2012).

As tentativas de suicídio ocorrem com maior frequência do que os suicídios. Para cada óbito por suicídio, calcula-se que haja cerca de 20 a 30 tentativas, das quais aproximadamente um quarto tem contato com os serviços de saúde (PIRES et al, 2014; BOTEAGA, 2014; BOTEAGA, 2015; SCHMIDTKE, et al, 1996; WHO, 2014). Os dados epidemiológicos sobre as tentativas de suicídio são ainda mais difíceis de serem estimados. Grande parte das informações disponíveis em estudos científicos é baseada em populações restritas, geralmente hospitalares. Todavia, apenas uma parcela das pessoas com comportamento suicida busca atendimento em serviços hospitalares nas primeiras ocorrências não letais, como mostra um estudo brasileiro realizado com a população geral que encontrou que 17% dos entrevistados já pensaram seguramente em suicídio, 5% chegaram a planejar como fazê-lo e 2,7% de fato, tentaram o suicídio. Dessas últimas, somente uma em cada três buscou atendimento médico (BOTEAGA, RAPELI, FREITAS, 2004 apud AGUIAR, 2011, p. 30).

Além disso, há diferenças de terminologia adotadas para a definição dos casos e nos processos de notificação, tornando difíceis as comparações entre os diferentes países. A

maioria dos dados provém dos EUA, Canadá, Europa Ocidental e Austrália, havendo poucos dados de outros países (KERKHOF, 2000; BERTOLETE, WASSERMAN, 2009; SGOBIN, 2013).

No Brasil desde 2009, os comportamentos autolesivos são considerados um agravo que requer notificação compulsória. A notificação tem como objetivo melhorar o registro dos dados para prover melhor atenção a pessoas com comportamento suicida identificar os diferentes perfis e incidências nas diferentes regiões brasileiras (BRASIL, 2007). Recentemente no Brasil a Lei Nº 13.819 de 26 de maio de 2019, passou a exigir que escolas também notifiquem casos de automutilação e tentativas de suicídio (BRASIL, 2019).

Há necessidade de maior compreensão do sofrimento e dos comportamentos relacionados ao suicídio, bem como de estratégias para identificação e prevenção desse comportamento (ZADRAVEC, 2013). O comportamento suicida é um fenômeno complexo influenciado por múltiplos fatores, a saber: fatores biológicos, clínicos, psicológicos e sociais (CHEN et al. 2012). Não há uma única causa ou uma única razão para o comportamento suicida e é difícil de explicar por que algumas pessoas optam pelo suicídio enquanto outras, em situação aparentemente semelhante, não apresentam comportamento suicida (WHO, 2002).

Estudos mostram que pacientes com algum diagnóstico de transtorno mental estão mais propensos ao comportamento suicida, embora também ocorra em pessoas que não possuam transtornos mentais (HARRIS, BARRACLOUGH, 1997; BERTOLETE, FLEISHMANN, 2002; ARSENAULT-LAPIERRE, KIM, TURECKI, 2004; SANTOS et al., 2009; BERTOLETE, 2012; BOTEAGA, 2014; WHO, 2014; BOTEAGA, 2015; FOSTER et al., 1997; OLDHAM, 2006; OSBORN et al., 2008).

Vários fatores de risco agem cumulativamente para aumentar a vulnerabilidade de uma pessoa ao comportamento suicida. Existem fatores de risco associados ao comportamento suicida que vão desde contexto histórico-culturais, passam pelas relações sociais, sistema de saúde até os aspectos individuais. Assim, os fatores de risco incluem dificuldades de acesso aos cuidados de saúde e ao recebimento dos cuidados necessários, facilidade de acesso aos meios para o suicídio, divulgação inadequada sobre o tema e estigma contra pessoas que procuram ajuda para comportamentos suicidas, tentativas de suicídio anteriores, distúrbios mentais, uso prejudicial de álcool, perda financeira, dor crônica e história familiar de suicídio (WHO, 2014; HAWTON et al., 2003; KESSLER et al., 1999; NOCK, KESSLER, 2006).

As ações para prevenção do comportamento suicida devem estar relacionadas aos fatores de risco conhecidos, sendo necessário que as ações sejam dirigidas ao que pode ser transformado e reduzindo os riscos do que foge de qualquer possibilidade de intervenção (BOTEGA et al., 2006). A prevenção do suicídio é realizada com o reforço dos fatores ditos protetores e com a diminuição dos fatores de risco, tanto do ponto de vista individual quanto coletivo. Entre os fatores de proteção estão os bons vínculos afetivos, sensação de pertencimento a um grupo ou comunidade, religiosidade, ser casado ou com companheiro fixo, ter filhos pequenos (SUOMINEN et al., 2004; MUÑOZ et al., 2014; CORCORAN, NAGAR, 2010; YAMAUCHI et al., 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a prevenção do suicídio seja priorizada em programas de saúde pública e em agendas de políticas públicas. Atualmente, 28 países são conhecidos por terem estratégias nacionais de prevenção do suicídio (WHO, 2014). Em conjunto com outros estados-membros da OMS, o Brasil assumiu o compromisso de reduzir em 10%, até 2020, o número de mortes por suicídio (WHO, 2013). Em 2006, o Ministério da Saúde publicou as “Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio” (BRASIL, 2006) e em 2017 lançou a “Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil para o período de 2017-2020” (BRASIL, 2017).

É importante que as políticas de prevenção do suicídio sejam desenvolvidas fundamentadas na pesquisa empírica baseada em evidências, especialmente porque a qualidade e a validade das informações disponíveis podem ser enganosas ou imprecisas. Além disso, o impacto social e econômico do suicídio enfatiza a importância de estratégias apropriadas de prevenção baseadas na pesquisa, abordando não apenas os custos diretos significativos do sistema de saúde e a perda de produtividade, mas também o sofrimento emocional das famílias e comunidades (KOO, MCDONOUGH, ROSS, DE LEO, 2016).

Destaca-se que o encontro dos indivíduos com os profissionais de saúde em geral pode ser importante oportunidade de prevenção. Um estudo realizado na Austrália mostrou que aproximadamente 90% das pessoas que morreram por suicídio tiveram pelo menos um contato com um profissional de saúde durante os três meses que antecederam sua morte, e enfatiza ainda a importância desses contatos para prevenir comportamentos suicidas (DE LEO et al., 2013).

Um estudo realizado nos Estados Unidos identificou que mais de 75% das vítimas de suicídio procuraram um serviço de atenção primária à saúde no ano de sua morte e, entre esse grupo de pessoas, 45% delas procuraram estes serviços no mesmo mês em que realizaram suicídio (LUOMA, MARTIN, PEARSON, 2002). Assim, os profissionais da atenção primária

desempenham papel fundamental na detecção precoce de comportamentos suicidas e em sua prevenção (LUOMA, MARTIN, PEARSON, 2002).

1.2 A prevenção do suicídio na estratégia saúde da família

A partir da década de 1970, as questões relativas à saúde coletiva passaram a ser amplamente debatidas em diferentes cenários e em nível internacional. Para discussão do tema, foram realizados eventos que resultaram na elaboração de documentos como a Declaração de Alma Ata, em 1978, e a Carta de Ottawa, em 1986, os quais propuseram novas diretrizes para o setor da saúde, considerando a determinação social da saúde e enfatizando o processo saúde/doença (RANDEMARK, 2009; WHO, 1978; 1986; FRATESCHI, CARDOSO, 2014).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no Brasil, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2017).

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011).

No contexto brasileiro atualmente, a Estratégia Saúde da Família (ESF) busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, com atenção integral, equânime e contínua (BRASIL, 2017). Como eixo norteador e articulador da assistência em saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) se configura como um serviço que propicia o desenvolvimento da atenção primária à saúde no sistema público de saúde brasileiro (PAIM et al., 2011), mostrando-se, portanto, como instrumento importante no processo de transformação da assistência e possibilitando maior aproximação entre usuário-família-profissionais (CÂMARA, PEREIRA, 2010).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída no Brasil em 2011, pela portaria nº 3.088, que concretiza a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, e considera os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária, prevendo os serviços de base territorial e comunitária como referências no cuidado em saúde mental, substituindo, portanto, o modelo hospitalocêntrico e manicomial. O conceito de território é central para a saúde, pois não se trata apenas de uma área geográfica, mas também de um determinado espaço onde se desenvolvem relações sociais, afetivas e histórico-culturais (BRASIL, 2011).

As práticas assistenciais em saúde mental na Atenção Primária em Saúde (APS) são extremamente importantes para realização de ações de identificação de demandas (FROSI, TESSER, 2015). A equipe de atenção primária tem um longo e próximo contato com a comunidade, provê um elo vital entre a comunidade e o sistema de saúde. Em muitos países em desenvolvimento, onde os serviços de saúde mental não estão suficientemente estruturados, o profissional de atenção primária é frequentemente o primeiro recurso de atenção à saúde. O seu conhecimento da comunidade permite-lhe reunir o apoio dos familiares, amigos e organizações. Esse profissional está em posição de oferecer cuidado continuado (OMS, 2000).

Os problemas de saúde mental constituem uma demanda para a saúde pública devido à alta prevalência e impacto psicossocial (BRASIL, 2005). Todavia, o sofrimento psíquico não se apresenta de forma explícita nos atendimentos de atenção básica, porém, é sabido que em vários quadros orgânicos como diabetes, hipertensão e outros relacionados com fatores psicológicos e sociais como a violência, tem repercussões na vida do usuário e de seus familiares, causando-lhes uma sobrecarga psíquica (CAIXETA, MORENO, 2008).

A inserção de ações de saúde mental nos serviços da atenção básica tornou-se e tem sido estimulada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde a década de 1990, uma vez que o aspecto emocional também deve ser considerado no processo saúde-doença das pessoas. Ressalta-se ainda que, a inserção dessas ações não deveria ser vista como mais uma tarefa ou

como nova carga de trabalho, mas, como uma possibilidade de efetividade da integralidade na produção do cuidado em saúde (TANAKA, RIBEIRO, 2009). A temática saúde mental, em particular, no contexto dos serviços da atenção básica tornou-se tão importante que tem sido uma preocupação não só do governo e pesquisadores do Brasil, como também, de outros países (SANTOS, 2014).

A articulação entre saúde mental e atenção básica é um desafio que vem sendo enfrentado pelos profissionais da atenção básica, pois através da Estratégia Saúde da Família vem sendo postulada como o campo de práticas e produção de novos modos de cuidado em saúde mental, sendo exigidas melhorias da assistência e ampliação do acesso (MOLINER, LOPES, 2013). Os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família em parceria com a saúde mental podem possibilitar que os sujeitos em sofrimento psíquico sejam identificados e que haja uma aproximação das equipes de atendimento a estes usuários (KOHLRAUSCH, 2012).

Um estudo realizado por Madeira et al. (2013) verificou uma alta prevalência da depressão em idosos com diagnóstico de hipertensão arterial e ou diabetes acompanhados pelas equipes de Estratégia Saúde da Família e destacam ainda que são necessárias medidas para o diagnóstico e tratamento adequados o que exige uma atenção especial por parte dos sistemas de saúde, principalmente a Estratégia Saúde da Família por permitir maior aproximação entre os serviços de saúde e população, priorizando ações preventivas.

Atenção Primária à Saúde apresenta-se como um serviço que contribui tanto para a percepção de mudança de comportamento do paciente como para realizar o acompanhamento longitudinal após tentativa de suicídio (CÂMARA, PEREIRA, 2010).

Um estudo realizado por Ferreira e colegas (2018) para determinar o mapeamento das produções científicas sobre a temática “comportamento suicida” e “APS”, entre janeiro de 2012 e abril de 2017 por meio da revisão integrativa, fizeram um levantamento das produções científicas nacionais e internacionais, com o objetivo de conhecer as evidências relativas ao comportamento suicida na atenção primária à saúde. Os autores identificaram a alta prevalência de comportamento suicida nas pessoas que utilizam a Atenção Primária à Saúde. Outro achado importante apontado, foi que os estudos envolvendo atuação profissional de uma forma geral, identificaram profissionais despreparados ou desamparados para exercer seu papel. O estudo destaca ainda que o papel da Atenção Primária à Saúde nos cuidados em saúde mental vem mudando gradualmente e que o fortalecimento dos recursos humanos no campo da saúde mental em especial da Atenção Primária à Saúde deve ser considerado como componente chave na melhoria da capacidade de resposta de serviços de saúde, para os quais programas regulares de educação permanente de seus profissionais são essenciais (FERREIRA, et al., 2018).

Destacam ainda que, mesmo considerando particularidades na estruturação e oferta dos serviços de saúde pelo mundo, pode-se afirmar que a Atenção Primária à Saúde tem o universal e irrefutável papel de identificação e prevenção ao comportamento suicida, bem como aos fatores biopsicossociais geradores de sofrimento (FERREIRA, et al., 2018). O estudo chama atenção ainda para um dado relevante, indicando que dos 35 estudos eleitos para a revisão, apenas um foi desenvolvido no Brasil, sugerindo a necessidade de ampliar pesquisas com este enfoque no país (FERREIRA, et al., 2018).

O Brasil, como primeiro país da América Latina a elaborar e apresentar Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio está viabilizando não só a explicitação da preocupação com um fenômeno que tende a ficar à margem das discussões sociais e políticas como também acenando com a possibilidade de escrever um capítulo mais otimista em relação à intervenção do Estado nos problemas de saúde pública que são enfrentados por uma nação (BOTEGA et al., 2006). O Ministério da Saúde lançou em 2006 a Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, que institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (BRASIL, 2006). Essa portaria ressalta a importância de pesquisas voltadas para essa temática. Além da portaria, o Ministério da Saúde lançou no mesmo ano (2006) um manual dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental abordando a temática de prevenção ao suicídio, bem como outro material para os profissionais da atenção primária no ano de 2000, além de outras ações (BRASIL, 2006; BRASIL, 2000).

Em 2017 foi lançado pelo Ministério da Saúde um Boletim Epidemiológico com dados descritivos do perfil epidemiológico dos indivíduos que tentaram suicídio, bem como aqueles que evoluíram a óbito por essa causa no Brasil, no período de 2011 a 2016 (BRASIL, 2017).

Elementos-chave no desenvolvimento de uma estratégia de prevenção nacional do suicídio é fazer da prevenção uma prioridade multissetorial que envolve não apenas o setor da saúde, mas também a educação, emprego, assistência social, o judiciário e outros. A estratégia deve ser adaptada à cultura e contexto social, estabelecendo melhores práticas e intervenções baseadas em evidências em uma abordagem abrangente. Recursos devem ser alocados para alcançar curto, médio e longo prazo, deve haver planejamento eficaz, e a estratégia deve ser regularmente avaliada, com os dados de avaliação sendo considerados para planejamento futuro (OMS, 2014). Apesar das evidências de que muitas mortes são evitáveis, muitas vezes com intervenções de baixo custo, o suicídio não é uma prioridade para governos e políticos em todo o mundo (OMS, 2014).

1.3 Representações do suicídio e significados atribuídos ao comportamento suicida

Ao longo de diferentes contextos sociais, históricos e culturais, o suicídio foi representado de diferentes maneiras e estiveram associados a ele diferentes respostas sociais. Os casos de morte por suicídio causaram impacto na sociedade e também foram por ela influenciados e representados.

Envolvendo muitas superstições e crenças ao seu entorno, ao longo da história dos povos e de sua cultura, o suicídio teve várias significações sendo considerado desde um ato heróico até uma ação subversiva e afrontosa. As significações envolvendo o processo histórico e cultural do suicídio, influenciam a maneira de entender e olhar para este fenômeno.

Na antiguidade, algumas culturas politeístas já apresentam registros da interpretação comunitária do suicídio de seus membros. Pode-se citar como exemplo os vikings, que acreditavam no Valhalla – “Palácio daqueles que morreram com violência” – como sendo o paraíso. Apenas os mortos violentamente poderiam entrar no Valhalla e participar do banquete presidido pelo deus supremo Odin. Era uma honra muito grande morrer em batalhas ou, realizar suicídio, o que dava a certeza de se alcançar o paraíso (PALHARES, 2003). Odin também era conhecido como “Senhor das Forças”, e em sua honra, homens e animais eram enforcados nas árvores sagradas de um bosque em Upsala, na Suécia (BOTEGA, 2005).

As taxas de suicídio, de acordo com os fatos históricos, tenderam a aumentar quando uma cultura tida como primitiva era dominada pela chamada civilização, como, por exemplo, em casos que envolviam escravidão. Algumas culturas foram conhecidas por realizarem suicídio em massa quando acuadas por outros povos (ALVAREZ, 1999; BOTEGA, 2005; PALHARES, 2003).

Em Roma, apenas os enforcados eram privados de sepultura, os únicos suicídios reprovados eram os dos militares e os dos condenados ou indiciados pela justiça. Percebe-se pelos romanos, certa tolerância em relação ao suicídio, a punição ocorria mais por razões de proteção da sociedade e do Estado (CASSORLA, 1984). As correntes filosóficas do epicurismo, do estoicismo e do cinismo em muito influenciaram a conduta romana e, por isso, o suicídio passou a ser aceito em determinadas circunstâncias (WERLANG, ASNIS, 2014).

Foi com os gregos que começou uma nova perspectiva de suicídio, calcada em outros princípios que não a promessa de benefícios em outro mundo. De início, os gregos consideravam o suicídio um crime hediondo, por entenderem que se tratava de assassinato de um familiar, que era o crime mais bárbaro da época, e também o ato não seria tolerado se aparentasse desrespeito aos deuses. Na Grécia antiga, já se reconhecia um valor social ao

indivíduo, ainda que esse fosse dominado integralmente pelo Estado, para ser legitimado, o suicídio deveria ser consentido previamente pelas autoridades (DURKHEIM, 2014; PALHARES, 2003; BOTEGA, 2005). Um indivíduo não podia se matar sem prévio consenso da comunidade, porque o suicídio constituía um atentado contra a estrutura comunitária e era condenado política e juridicamente, o Estado tinha o poder para vetar ou autorizar um suicídio, bem como induzi-lo. Exemplo mais conhecido desse fato foi o suicídio de Sócrates, que foi obrigado a envenenar-se, em 399 a.C. (SILVA, 2017).

A reprovação do suicídio foi endurecendo durante os primeiros séculos da era cristã, até que foi totalmente condenado no século V por Santo Agostinho e por diversos Concílios da igreja católica. O suicídio era predominantemente representado como um crime consequente de fúria demoníaca, os suicidas não eram honrados com missa e o cântico dos salmos não acompanharia a descida do corpo à sepultura, até mesmo os sobreviventes de uma tentativa de suicídio poderiam ser excomungados (SILVA, 2017; BOTEGA, 2015; MINOIS, 1998; WERTH, 1996).

Dapieve (2007) fez um breve relato da visão da morte pelo cristianismo e afirmou que São Tomás de Aquino considerava que o ato de se matar era um atentado contra a natureza e a caridade, contra a sociedade e contra Deus, a quem devemos nossa vida. Esta visão norteou a Igreja Católica por muitos séculos. O enterro dos corpos dos suicidas, considerados assassinos de si mesmos e, portanto, hereges, não era permitido nos campos santos (AGUIAR, 2011).

Ainda na Idade Média, persistiu o confisco de bens e o corpo do suicida era degradado: pendurado pelos pés, queimado, enfiados em tonéis e jogados ao rio, dentre outras perversidades (CASSORLA, 1984).

O século XVII marcou uma inflexão na forma como se concebia o suicídio. O suicídio passou a ser concebido como dilema humano. Entre o século XVI e início do século XVII, John Donne, teólogo anglicano e capelão da corte, defendia a ideia de que o suicídio não era pecado, mas consequência da melancolia e da solidão, sendo, portanto, uma doença, contradizendo tudo o que até então as Igrejas defendiam. Sabia que infringia um tabu, por isso determinou que a publicação do livro ocorresse postumamente, o que se deu em 1647, 16 anos após seu falecimento e 40 anos após ter sido escrito (ALVAREZ, 1999; PALHARES, 2003; BOTEGA, 2015; MINOIS, 2018. DAPIEVE, 2007; AGUIAR, 2011).

Em *Anatomy of Melancoly*, escrito por Robert Burton em 1621, o suicida deixa de ser percebido como assassino, e passa a ser percebido como vítima de melancolia. O mal era causado pelo excesso de bÍlis negra (BOTEGA, 2015).

A partir do século XVIII também conhecido pelo Movimento Iluminista, ou século das Luzes, emergiram novas abordagens teóricas sobre o tema, possibilitando assim a criação de novas teorias e uma mudança na compreensão de tal comportamento pela sociedade. Ideias de liberalidade e tolerância em relação ao suicídio começaram a aparecer (AGUIAR, 2011; SILVA, 2014; RAMOS, 2011).

Ainda no século XVIII, houve um movimento literário conhecido como “*Sturm und Drang*” (*Tempestade e Ímpeto*) que defendia o homem como um ser dominado pelas emoções, regidos pelos sentimentos e desejos do coração. As obras produzidas nessa época foram cruciais para solidificar os ideais do Romantismo. Foi nesse contexto, que Goethe se destacou ao publicar sua obra que seria conhecida como a precursora do romantismo europeu: *Os sofrimentos do Jovem Werther*, escrito em 1774. O romance de Goethe traz um caso de suicídio (suicídio romântico), que à época, acreditou-se ter inspirado vários jovens a fazerem o mesmo que o personagem do livro. Os casos de suicídio por toda a Europa aumentaram consideravelmente e as causas foram atribuídas à possível influência negativa da obra de Goethe, que foi proibida em vários países. Essa onda de suicídios, ficou conhecida na suicidologia e na comunicação, como *Efeito-Werther*. Passou-se a temer o efeito potencial que a veiculação de casos de suicídio poderia ocasionar, levando a novos suicídios, por imitação ou contágio (BOTEGA, 2015; BRITO, 2016).

No século XIX Émile Durkheim, sociólogo francês, lança um livro que rompeu com os paradigmas da época quando o assunto era suicídio. Em 1897, surge a obra *Le suicide: étude sociologique*. Com esse livro, deslocou-se o foco associado ao suicídio: do indivíduo para a sociedade. O autor aponta que o homem é um fragmento social e ele se constitui a partir do contato com o meio em que vive. É através dele que conhece as normas e a forma de como deve agir socialmente. O suicídio foi definido como um fenômeno social, reflexo da necessidade do indivíduo em corresponder às normas impostas pela comunidade. Assim, o desespero do homem diante de alguma situação faz com que ele perca o desejo de viver em sociedade. A vida em sociedade propicia situações que levam o sujeito a pensar no fim da própria existência (DURKHEIM, 2014; BOTEGA, 2015; BERTOLOTE, 2012; AGUIAR, 2011; SILVA, 2014; SANTANA, CORREIA, GUIMARÃES, CANAL, BALBINO, 2015).

A obra de Durkheim foi baseada nas estatísticas de suicídio da França, Prússia, Inglaterra, Saxônia, Baviera e Dinamarca durante o período de 1841 a 1872. O autor se debruçou sobre as diferenças das taxas de suicídio observadas entre católicos e protestantes europeus, foi o primeiro trabalho a investigar a relação que existia entre esses dois fatores: religião e suicídio (BOTEGA, 2015; BERTOLOTE, 2012; AGUIAR, 2011; SILVA, 2014).A

obra recebeu muitas críticas, por se haver valido apenas em estatísticas oficiais como medidas exatas e não ter considerado outros dados. Suas ideias foram consideradas como imprecisas e criticadas do ponto de vista ideológico (BERTOLOTE, 2012; AGUIAR, 2011).

Em 1846, um ensaio escrito por Karl Marx em 1846, intitulado: *Peuchet: vom Selbstmord* analisou quatro casos de suicídio e apresentou o fenômeno como resultante da opressão social. A principal crítica apresentada à sua obra foi a falta de rigor metodológico, começando pela escolha dos casos que não eram representativos da população (foram selecionados três casos de suicídio em mulheres e apenas um masculino, sendo que o suicídio predominava entre os homens), em seguida, as informações sobre os casos não são sistemáticas, mas anotações episódicas e incidentais (BERTOLOTE, 2012).

Camus foi outro autor que ficou conhecido por produzir uma representação do suicídio amplamente debatida e diferentes segmentos. A importância do autor para a suicidologia decorre do fato de ele haver recolocado a questão do suicídio no terreno da filosofia. Em *O mito de Sísifo*, publicado em 1942, Camus ensaia sobre o absurdo da existência humana, que nasce da confrontação entre duas forças opostas: o apelo humano pelo conhecimento de sua razão de ser e o silêncio irracional do mundo que o cerca (BERTOLOTE, 2012; LINS, 2016). No prefácio da obra ele afirma que “*só existe um problema filosófico realmente sério: o suicídio. Julgar se a vida vale ou não a pena ser vivida é responder à questão fundamental da filosofia*” (CAMUS, 2006).

Camus, na obra em questão, compara o absurdo da existência humana a Sísifo, figura mitológica grega condenada pelos deuses a empurrar incessantemente um rochedo para o alto de uma montanha, de onde ele tornava a cair, devido ao próprio peso. Eles tinham pensado que não existe punição mais terrível do que o trabalho inútil e sem esperança. A superação do absurdo consiste então, na execução da tarefa (CAMUS, 2006; BERTOLOTE, 2012). Assim, Camus escreve:

Se esse mito é trágico, é que seu herói é consciente. Onde estaria, de fato, a sua pena, se a cada passo o sustentasse a esperança de ser bem-sucedido? O operário de hoje trabalha todos os dias de sua vida nas mesmas tarefas e esse destino não é menos absurdo. Mas ele só é trágico nos raros momentos em que se torna consciente. Sísifo, proletário dos deuses, impotente e revoltado, conhece toda a extensão de sua condição miserável: é nela que ele pensa enquanto desce. A lucidez que devia produzir o seu tormento consome, com a mesma força, sua vitória. Não existe destino que não se supere pelo desprezo (Camus, 2006, p.139).

Também é importante discutir aspectos ligados às implicações legais do suicídio em diferentes contextos. No século XIX e no século XX, ocorre a progressiva descriminalização

do suicídio, se respaldando na ideia de que a organização racional da sociedade deve acolher, de maneira compreensiva, pessoas em risco para o suicídio e suportar o direito a tal acontecimento (BOTEGA, 2015). Em um trabalho de revisão realizado por Mishara e Weisstub (2016), em que foram analisados os códigos criminais de 192 países, identificou-se que em 25 deles, as tentativas de suicídio são consideradas como crime. É impossível estimar o número de pessoas atualmente presas por terem tentado suicídio, mas sentenças de prisão ainda são dadas às tentativas de suicídio. Países que adotam rigidamente a *charia* (conjunto de leis religiosas islâmicas) mantêm tais leis. As punições podem ser desde pequenas multas, curtos períodos de prisão até a prisão perpétua.

Um trabalho de revisão realizado por Rajan et al (2014), analisa a perspectiva legal indiana e internacional da tentativa de suicídio e destaca a necessidade de descriminalização da tentativa de suicídio na Índia, onde as tentativas de tirar a própria vida não são consideradas como abrangendo o direito constitucional à vida. Os países que criminalizam o suicídio, entendem que o ato é desrespeitoso e pecaminoso, pois acreditam que somente Deus pode tirar a vida, e também defendem a ideia de que se não houver lei que impeça e puna o ato, os números aumentarão consideravelmente.

Um estudo realizado por Lester (2002), comparou as taxas de suicídio de sete países (Canadá, Inglaterra e País de Gales, Finlândia, Hong Kong, Irlanda, Nova Zelândia e Suécia), cinco anos antes e cinco anos após a descriminalização, com um aumento nas taxas de suicídio depois da descriminalização, porém este aumento pode ser possivelmente explicado devido a um melhor relato de tais tentativas, já que elas poderiam ter sido relatadas como acidentes para evitar dificuldades legais, antes de ser descriminalizado. Entretanto, o processo criminal e a imposição de penas de custódia e financeiras aos condenados por comportamentos suicidas constituem uma afronta à dignidade humana (YADWAD, GOUDA, 2005; RANJAN et al. 2014).

Os significados do suicídio são construídos e reconstruídos de forma dinâmica em diferentes momentos e contextos sócio-culturais e impactam a maneira como ocorrem os cuidados relacionados à saúde de pessoas com comportamento suicida. A literatura aponta que é comum o uso de crenças pessoais, por parte de membros da equipe de saúde, na tentativa de ajudar os pacientes que apresentam comportamento suicida (BERTOLOTE, MELLO-SANTOS, BOTEGA, 2010; FREITAS, BORGES, 2014).

Daolio e Silva (2009) realizaram um estudo no interior do estado de São Paulo para identificar os significados do suicídio na perspectiva de profissionais com algum conhecimento sobre o assunto, leigos e também pessoas que já haviam tentado suicídio

alguma vez. Os resultados deste estudo mostraram que, dentre os profissionais as situações de *sofrimento extremo* e de *profundo desespero* estiveram mais associadas ao significado do suicídio. No grupo de respondentes sem ligação profissional, pessoal ou intelectual com o suicídio, percebe-se o destaque de símbolos ligados à *Fuga*, *Covardia*, *Nervosismo*, *Chamar a Atenção*, entre outros. Os respondentes que já tentaram o suicídio possuíam representações mais variadas, no que se refere ao significado do suicídio, preponderando às questões ligadas ao *Sofrimento* e à *Fuga*.

Outro estudo com o objetivo de identificar os significados atribuídos às tentativas de suicídio para profissionais que atuam em serviços de urgência e emergência em uma cidade do sul do Brasil, mostrou que a construção dos significados é baseada em dois polos: o primeiro apresenta o fenômeno como condição de sofrimento, no qual há uma série de fragilidades e condições desfavoráveis que motivam a tentativa de suicídio. Estas fragilidades e condições levam os profissionais de saúde a adotarem atitudes acolhedoras para com os pacientes atendidos. Já o segundo, ainda que reconheça a condição de sofrimento psíquico, aponta o fenômeno como uma afronta à prática profissional, cujo atendimento não se encaixa às atribuições dos serviços de saúde. Isto foi observado no uso às vezes pejorativo do termo *chamar a atenção*, que rotula o ato bem como desqualifica a demanda enquanto legítima aos serviços (FREITAS, BORGES, 2014).

De acordo com os achados de Alves e colegas (2013) em um estudo realizado no Piauí a fim de apreender o significado do atendimento a jovens que tentaram suicídio para enfermeiros de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), foi identificado que atender um jovem suicida possui significado especial para os sujeitos do estudo e desperta sentimentos como: angústia, tristeza, medo e sofrimento e destaca ainda que, o enfermeiro do SAMU mostra-se comprometido no atendimento ao paciente e família, independente da natureza da ocorrência, no entanto, coloca a circunstância do suicídio como relevante para assistência prestada.

Um estudo realizado por Silva e Madeira (2014) para compreender o significado da tentativa de suicídio para jovens que atentaram contra a própria vida em um município do interior do estado de Minas Gerais, aponta que a decisão de tirar a própria vida foi precedida de sofrimento ou de problemas que não foram bem conduzidos, identificando fatores de risco que podem predispor à tentativa de suicídio.

Outro estudo realizado em Minas Gerais por Cantão e Botti (2017) com pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas encontrou que a maioria delas tinha histórico de comportamento suicida. Esse público acreditava que o ato suicida está relacionado com

sentimentos de desespero, descrédito pessoal, transtornos mentais, abandono familiar e com a falta de fé. As pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas acreditavam que há maior risco de comportamento suicida entre eles, mas que existem pontos que atuam como proteção contra este comportamento.

O número de estudos científicos sobre o suicídio em áreas como humanas, neurociência, estatística, bioética, cresceu de maneira considerável. O que não significa que a ciência possa responder por toda a complexidade do fenômeno do suicídio, mas é uma boa maneira de dialogar e pensar no que está faltando e no que pode ter sido esquecido quando se perde o sentido moral e dramático de um ato (BOTEGA, 2015).

1.4 As atitudes dos profissionais de saúde relacionadas ao comportamento suicida

A atitude é a resposta a um estímulo envolvendo elementos cognitivos, afetivos e comportamentais que compreendem todos os aspectos de inteligência e comportamento. Dessa forma, a atitude não está relacionada apenas ao comportamento, mas também a propensão à ação, formas de abordar, reagir ou enfrentar uma situação ou condição em uma variedade de situações (ALTMANN, 2008). Importantes domínios na avaliação de atitudes dos profissionais de saúde em relação ao comportamento suicida são: a percepção da própria competência profissional; os sentimentos negativos (raiva, distanciamento e impotência) em relação à pessoa com comportamento suicida; as atitudes moralistas ou condenatórias em relação ao comportamento suicida (BOTEGA et al., 2005).

A maneira como é realizado o cuidado ao paciente com comportamento suicida é essencial para salvar vidas e pode ser influenciada por uma multiplicidade de fatores entre os quais se considera as crenças, cultura, religião e atitudes em relação ao suicídio, a formação profissional e, principalmente, a habilidade da pessoa para poder avaliar o risco de suicídio e o planejamento do cuidado nesses casos (DE LEO et al., 2013; NEBHINANI et al., 2013; SRIVASTAVA et al., 2012; OSAFO et al., 2012; MENON et al., 2013). Entretanto, o conhecimento sobre essas questões ainda é escasso (ROTHES et al., 2014).

Ter conhecimento das atitudes dos profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida é essencial porque, além da percepção sobre o suicídio, a verdadeira disposição da equipe em ajudar esses pacientes pode influenciar de forma significativa a prevenção e a procura e seguimento do tratamento (MAGALHÃES et al., 2014; STORINO et al., 2018). No Brasil, são poucos os estudos que avaliaram atitudes de profissionais da área de saúde em relação ao suicídio, identificando principalmente pesquisas envolvendo estudantes e

profissionais de enfermagem (SILVA, 2014; MAGRINI, 2016; MORAES et al., 2016; BOTEAGA et al., 2005; BOTTI et al., 2015; STORINO et al., 2018). Entretanto, esse assunto tem sido estudado por diferentes pesquisadores em outros países. Atitudes negativas e a maneira como o profissional aborda o sujeito, podem influenciar a forma como a pessoa responderá ao cuidado oferecido (BOTEAGA, 2015; TAYLOR et al., 2009; BOTT et al., 2015; GRIMHOLT et al., 2014; STORINO et al., 2018; COSTA, 2017).

A literatura aponta a inabilidade e pouca exposição educacional no que se refere ao suicídio em cursos de graduação na área da saúde, destaca ainda a necessidade e importância de investimento em intervenções educativas relacionadas ao suicídio para os profissionais da saúde (CAIXETA, MORENO, 2008; SANTOS et al., 2014; SMITH et al., 2014; MORAES et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2016; COSTA, 2017; CESCONE, CAPOZZOLO, LIMA, 2018).

Um estudo recente realizado por Storino e colegas (2018) para verificar as atitudes de profissionais da atenção básica frente ao comportamento suicida, identificaram que os técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde são os profissionais que apresentaram atitudes mais negativas. Reforçam ainda a relevância deste dado para a preservação dos projetos para capacitação profissional. Afirmam também que o treinamento dos profissionais deve considerar habilidades cognitivas e mudanças nas atitudes que favoreçam a empatia e a compreensão do comportamento suicida, priorizando a capacitação dos agentes comunitários de saúde. Outro estudo encontrado, realizado com profissionais da saúde mental de um município do Rio Grande do Sul identificou que os conhecimentos, as práticas e os comportamentos emocionais dos profissionais estão interligados quando se trata do comportamento suicida. Deficiência na formação profissional pode contribuir para a dificuldade emocional vivenciada pela equipe, além de reduzir estratégias para assistir pacientes de risco (OLIVEIRA et al., 2016).

É importante mencionar ainda resultados de estudos realizados pelo Centro de Educação em Prevenção e Posvenção do Suicídio (CEPS) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da USP. Realizado por Vedana e colegas (2017) um estudo identificou os fatores associados às atitudes relacionadas ao comportamento suicida em profissionais da enfermagem que atuam em serviços de emergência, apontando que atitudes mais negativas estiveram presentes entre os auxiliares de enfermagem e profissionais sem experiência em saúde mental. Neste estudo a exposição educacional pareceu ser menos eficaz na redução de atitudes negativas relacionadas ao comportamento suicida, identificando que a experiência prévia em serviços de saúde mental esteve associada a atitudes menos moralistas. Achado distinto foi identificado em outro estudo realizado com estudantes do último ano de

enfermagem, que apontou que as atitudes mais negativas foram identificadas entre pessoas que não haviam lido materiais sobre prevenção do suicídio e indivíduos com percepção de despreparo profissional para lidar com o comportamento suicida (VEDANA, ZANETTI, 2019), esse resultado corrobora com outro estudo realizado com graduandos do curso de Enfermagem que indicou que os alunos que participaram de disciplina de Enfermagem Psiquiátrica, de curso ou laboratório sobre suicídio sentiam-se mais preparados profissionalmente. Alunos do curso de Bacharelado e Licenciatura, que leram material específico sobre o suicídio ou já pensaram em realizar suicídio tiveram atitude menos moralista relacionada ao suicídio (MARQUES et al., 2017).

A literatura aponta a necessidade de investigações sobre as atitudes, significados, experiências e crenças relacionadas ao comportamento suicida em diferentes contextos (NEBHINANI et al., 2013; TALSETH, GILJE, 2007).

Este estudo pretende investigar significados de atitudes dos profissionais da Atenção Primária à Saúde em relação ao comportamento suicida e identificar ações que possam contribuir para evitar reincidências destes comportamentos, preenchendo lacunas no conhecimento sobre a percepção do suicídio e atitudes dos profissionais relacionadas ao suicídio. Desse modo, este estudo pode promover a integração entre diferentes elementos abordados na literatura de forma fragmentada até o momento.

2 OBJETIVO DO ESTUDO

Investigar o significado e as atitudes relacionadas ao comportamento suicida na perspectiva dos profissionais de Estratégia Saúde da Família.

2.1 Objetivos específicos

- Investigar, entre os profissionais de Estratégias de Saúde da Família, as atitudes relacionadas ao comportamento suicida e os fatores associados;
- Compreender o significado do comportamento suicida na perspectiva dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Este é um estudo com método misto, pois articula a abordagem qualitativa e quantitativa. A abordagem qualitativa produz resultados não alcançados através de procedimentos estatísticos ou de outros meios de quantificação. A pesquisa qualitativa busca profundidade, parte do subjetivo, trabalha com valores, crenças, atitudes e representações. Trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças. Os termos estruturantes das pesquisas qualitativas são: experiência, vivência, senso comum, e ação (MINAYO, 2011). A abordagem quantitativa busca descrever aspectos que são considerados essenciais aos objetos e atos, é definida como objetiva e tem como característica permitir uma abordagem precisa e estruturada. A coleta de dados quantitativos se realiza através da obtenção de respostas estruturadas e as técnicas de análise são dedutivas e orientadas pelos resultados que são generalizáveis (TANAKA, MELO, 2001).

Métodos mistos de pesquisa envolvem a combinação, análise e interpretação de dados da abordagem qualitativa e quantitativa em um mesmo estudo (LEECH, ONWUEGBUZIE, 2007). O método misto de pesquisa promove a integração entre a parte qualitativa e a quantitativa do estudo, uma complementando a outra e, não sendo analisadas isoladamente, alcançam um todo maior que a soma das partes (O'CATHAIN, MURPHY, NICHOLL, 2010).

Existem diferentes tipos de métodos mistos. O tipo de pesquisa mista utilizada no presente estudo caracteriza-se pelo emprego simultâneo e independente das abordagens quantitativa e qualitativa até a fase de análise. Nesse tipo de método misto, a integração dos dados é tipicamente realizada na seção de discussão do estudo e a perspectiva teórica que norteia o estudo comumente está direcionada ao método prioritário (CRESWELL, 2009).

3.2 Local do estudo

Borda da Mata é um município do interior do estado de Minas Gerais que conta com seis equipes de Estratégia Saúde da Família, sendo quatro localizadas na zona urbanas e duas que na zona rural (distritos). A população estimada do município é de 19.202 habitantes, segundo dados do IBGE do ano de 2018. Os serviços de Atenção Primária em Saúde cobrem 100% o território municipal. Durante o período de maio de 2015 a junho de 2019, estão registrados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) 20 tentativas de

suicídio e 03 óbitos em decorrência de suicídio. Além destes dados, de acordo com os profissionais da Atenção Primária em Saúde do município e da enfermeira responsável, existem outros 08 casos de suicídio com óbito, que não foram registrados no sistema.

Neste estudo misto, a coleta e a análise dos dados da fase quantitativa e qualitativa foram conduzidas de forma concomitante e independente, sendo os resultados posteriormente integrados na discussão do trabalho. Assim, para facilitar a compreensão do estudo, as fases quantitativa e qualitativa, do método do estudo serão apresentadas separadamente.

3.3 Fase qualitativa do estudo

A etapa qualitativa do estudo tem como enfoque a compreensão do significado atribuído ao comportamento suicida na perspectiva dos participantes do estudo.

3.3.1 Marco teórico: Interacionismo Simbólico

O Interacionismo Simbólico foi utilizado no presente estudo. Este referencial teve origem na Universidade de Chicago como uma perspectiva da psicologia social (ÁLVARO, GARRIDO, 2003). O Interacionismo Simbólico está ligado à natureza social. Significa dizer que as práticas das pessoas são dinâmicas e sociais, e acontecem entre e dentro delas. Essa abordagem foi proposta por George Herbert Mead, psicólogo social e professor de filosofia da Universidade de Chicago. Todavia, os pensamentos de Mead foram catalogados e agrupados em livros após sua morte. O principal seguidor de Mead foi Herbert Blumer, que teve importante papel na reunião, organização e divulgação dos pressupostos teóricos de Mead (CHARMAZ, 1989).

Mead propôs que o ato humano possui tanto uma fase interna quanto externa, sendo composto tanto pelo comportamento externo observável, mas também pela experiência ou atividade encoberta do ato (HAGUETTE, 1995).

Mead queria demonstrar que o ato de cada um individualmente só faria sentido por meio da ação do outro. Dessa forma, tudo o que nos rodeia é definido e redefinido durante os processos sociais. Esse movimento consiste na interação simbólica que não se dá por reação direta às ações do outro, mas mediante a interpretação dessas ações com base no significado que lhes é atribuído (CARVALHO, BORGES, REGO, 2010; ÁLVARO, GARRIDO, 2003).

Charon (1989) classifica quatro aspectos para melhor compreensão do Interacionismo Simbólico:

1. O Interacionismo Simbólico apresenta uma imagem mais ativa do ser humano e recusa sua imagem como um organismo passivo e determinado e a sociedade é constituída de indivíduos em constante interação.
2. O ser humano é percebido como um ser agindo no presente, influenciado não apenas pelo que aconteceu no passado, mas também pelo que está acontecendo agora. A interação acontece neste momento e o que fazemos agora está relacionado a essa interação.
3. Interação não é apenas o que está acontecendo entre as pessoas, mas também o que acontece dentro delas. Agimos de acordo como definimos a situação que estamos vivenciando. Embora essa definição possa ser influenciada por aqueles com quem interagimos, ela é também resultado de nossa própria definição, nossa interpretação da situação.
4. O Interacionismo Simbólico apresenta o ser humano mais atuante no seu mundo do que outras perspectivas. Definimos o mundo em que agimos e parte dessa definição é individual, envolve a escolha consciente, a direção das ações em face dessa definição, a identificação dessas e de outras ações e a nossa própria redireção.

De acordo com Blumer (1969), o Interacionismo Simbólico está fundamentado em três axiomas:

1. O ser humano age em relação às coisas com base no significado que tais coisas têm para ele;
2. O sentido das coisas é proveniente, se origina da interação social que o indivíduo estabelece com os outros;
3. Esses sentidos são manipulados e modificados por meio de um processo interpretativo, utilizado pela pessoa ao lidar com as coisas e situações que ela encontra.

Entende-se por “coisas” tudo o que cerca o indivíduo em seu mundo: objetos físicos, outros seres humanos, individualmente ou em grupos, instituições, princípios orientadores, atividades dos outros, bem como as situações da vida cotidiana. O significado que tudo isso tem para o indivíduo direciona a formação do comportamento.

É pertinente fazer alguns esclarecimentos sobre os significados de conceitos centrais do Interacionismo Simbólico para facilitar sua compreensão:

Símbolo: é o ponto central do Interacionismo Simbólico, sem ele os seres humanos não podem interagir uns com os outros. Símbolos são uma classe de objetos sociais utilizados para representar algo e são utilizados para comunicar, pensar, representar. Assim, conforme

os indivíduos interagem, eles estão interpretando ou definindo as ações uns dos outros e não apenas simplesmente reagindo às ações uns dos outros. Suas respostas não são dadas diretamente às ações do outro, mas baseadas nos significados que eles atribuem a tais ações. Então, a interação humana é mediada pelo uso de símbolos, por interpretação ou pela determinação de significados às ações dos outros (BLUMER, 1969). Vale considerar que ele só será símbolo quando houver um significado, uma intencionalidade, sem eles, pode até haver comunicação, mas não será considerada simbólica (DUPAS, OLIVEIRA, COSTA, 1997).

Self (ego/ si próprio): significa que a pessoa pode ser objeto de sua própria ação, ou seja, objeto de si própria. Dessa forma, assim como o indivíduo interage com outras pessoas e com o mundo, também interage consigo mesmo. A pessoa pode se tornar objeto de suas próprias ações dentro da sociedade. O *self* é um objeto social por meio do qual o indivíduo age. Assim, o *self* representa um processo social no interior do indivíduo que envolve duas fases analíticas distintas: o “eu” é a tendência impulsiva do indivíduo. É o aspecto inicial, espontâneo e desorganizado da experiência humana. Logo, representa as tendências não direcionadas do indivíduo. E o “mim”, que compreende o conjunto organizado de atitudes e definições, compreensões e expectativas - ou simplesmente sentidos - comuns ao grupo. Em qualquer situação, “mim” compreende o outro generalizado e, raramente, um outro particular. É a pessoa a qual se tem consciência, é o *self* social, o que dá forma ao eu.

Mente: é um processo contínuo no qual o indivíduo interage consigo próprio usando símbolos para comunicar-se e fazer indicações para si próprio, atribuindo significados, interpretando tudo o que o cerca (HAGUETTE, 1990).

Interação Social: todos os conceitos já citados, leva ao entendimento do que seja interação social. Na interação social, as pessoas são vistas como atores que se relacionam, comunicam-se e interpretam um ao outro. Dessa forma, quando interagimos, nos tornamos objetos sociais uns para os outros, usamos símbolos, direcionamos o *self*, nos engajamos em ação mental, tomamos decisões, mudamos direções, compartilhamos perspectivas, definimos a realidade, definimos a situação e assumimos o papel do outro. O entendimento da natureza da interação deve reconhecer a existência de todas essas atividades (CHARON, 1989).

Sociedade: é toda atividade grupal que se baseia no comportamento cooperativo. Os interacionistas caracterizam a sociedade como dinâmica, os indivíduos interagem uns com os outros, definindo e alterando a direção dos atos uns dos outros (HAGUETTE, 1990).

A utilização do Interacionismo Simbólico permite que a pesquisa qualitativa cumpra o objetivo de investigar o significado que os atores sociais atribuem aos objetos, pessoas e

símbolos com os quais constroem o seu mundo social (COULON, 1995; BLUMER, 1969). Em saúde, tem crescido sua utilização em pesquisas, pois tem como base as ações individuais e coletivas, que são construídas a partir da interação entre os indivíduos, agindo no meio social a que pertencem.

3.3.2 Referencial Metodológico: Teoria Fundamentada nos Dados

Para investigar o significado relacionado ao comportamento suicida, foi utilizado como referencial metodológico a Teoria Fundamentada em Dados (TFD) na versão proposta por Strauss e Corbin (2008).

A Teoria Fundamentada nos dados (*Grounded Theory*) surgiu a partir da colaboração dos estudiosos Barney G. Glaser e Anselm Strauss na década de 1960. O livro destes dois autores (*The Discovery of a grounded theory* – 1967) articulou estratégias metodológicas sistemáticas, baseadas em um estudo que foi realizado abordando o processo de morte. Os autores deram aos seus dados um tratamento analítico explícito e produziram análises teóricas sobre a organização social e a disposição temporal da morte (CHARMAZ, 2009). Dessa forma, a pesquisa apresentou-se inovadora pelo conteúdo, pelo método e pelas criativas conexões entre ambos (MELLO, CUNHA, 2010; TAROZZI, 2011).

Dessa forma, Glaser e Strauss desafiaram o paradigma positivista da época, segundo o qual a pesquisa qualitativa era uma evidência anedótica, assistemática e tendenciosa. Eles tinham a intenção de provar que a pesquisa qualitativa poderia ir além de estudos descritivos e desenvolver explicações teóricas ou teorias substantivas sobre o comportamento humano (MELLO, CUNHA, 2010; TAROZZI, 2011).

A Teoria Fundamentada nos dados consiste em uma metodologia de investigação qualitativa que extrai aspectos significativos das experiências vivenciadas pelos indivíduos. O investigador procura processos que estão acontecendo na cena social, constrói uma série de hipóteses interpretativas, que, unidas uma às outras, podem explicar o fenômeno, combinando abordagens indutivas e dedutivas (DANTAS et al., 2009; CASSIANI et al., 1996). A construção da teoria requer a interação entre o fazer induções (partindo do específico para o amplo), gerando conceitos a partir dos dados, e o fazer deduções (partindo do amplo para o específico), gerando hipóteses relacionadas aos conceitos derivados dos dados, a partir da interpretação (CRESWELL, 2014; BACKES et al., 2011; SANTOS, 2015).

São componentes determinantes ou características distintivas da prática da teoria fundamentada (STRAUSS; CORBIN, 2008):

1. o envolvimento simultâneo na coleta e na análise dos dados;
2. a construção de códigos e categorias analíticas a partir dos dados, e não de hipóteses preconcebidas e logicamente deduzidas;
3. a utilização do método comparativo constante, que compreende a elaboração de comparações durante cada etapa da análise;
4. o avanço no desenvolvimento da teoria em cada passo da coleta e da análise dos dados;
5. a redação de memorandos para elaborar categorias, especificar as suas propriedades, determinar relações entre as categorias e identificar lacunas;
6. a amostragem dirigida à construção da teoria, e não visando à representatividade populacional.

A construção de uma Teoria Fundamentada nos Dados requer que o pesquisador seja curioso, criativo, tenha o pensamento crítico no processo de codificar e analisar os dados (SANTOS et al, 20015). Além disso, o olhar constante de curiosidade sobre os dados é o elemento que permite ao pesquisador, durante todo o processo analítico, buscar novas perspectivas de leitura e novos sentidos para a configuração de realidades, questões ainda pouco exploradas cientificamente (LEITE et al., 2012).

3.3.3 Participantes da fase qualitativa do estudo

Foram elegíveis para o estudo todos os profissionais da saúde das seis equipes de Estratégia Saúde da Família do município de Borda da Mata. Os critérios de exclusão definidos para esta etapa foram: os profissionais com tempo de trabalho inferior a três meses no local do estudo, que não estivessem em exercício ativo na instituição de saúde pesquisada no período de coleta de dados. Nessa etapa da pesquisa, os participantes foram selecionados por amostragem teórica, conforme recomendado pela Teoria Fundamentada. De acordo com os critérios estabelecidos, essa etapa contou com a participação de 18 profissionais.

Na amostragem teórica, a estrutura da amostra não é definida previamente, mas é desenvolvida gradativamente, durante a coleta e análise dos dados (GLASER, STRAUSS, 1967). O fator determinante na seleção dos participantes é sua potencial contribuição – através de novos *insights* – para alicerçar a teoria, bem como para a composição e estabelecimento de relações entre as categorias. A interrupção da coleta dos dados qualitativos foi determinada pela saturação teórica dos dados, ou seja, quando o objetivo do estudo foi atingido, as categorias foram suficientemente desenvolvidas e os dados estavam sendo

repetitivos e não acrescentavam informações relevantes sobre o tema estudado (STRAUSS, CORBIN, 2008). Não houve recusas nesta fase do estudo.

3.3.4 Coleta de dados qualitativos

A entrevista qualitativa oferece a possibilidade de exploração detalhada de tópicos de interesse sobre os quais o entrevistado tenha experiência. Este método de coleta de dados permite extrair as perspectivas sobre o mundo subjetivo das pessoas entrevistadas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

As entrevistas podem ser classificadas como diretiva, semidiretiva e não-diretiva. A entrevista diretiva ou fechada é aquela que contém perguntas fechadas, como formulários, não apresentam flexibilidade; semi diretiva é direcionada por um roteiro previamente elaborado, composto geralmente por questões abertas; e a entrevista não-diretiva é aquela que oferece ampla liberdade na formulação de perguntas e na intervenção da fala do entrevistado (BELEI et al., 2008). Para a utilização de cada tipo de entrevista, é importante considerar o objeto de pesquisa e qual a função da entrevista no trabalho a ser desenvolvido (MANZINI, 2004). No presente estudo foi utilizada a entrevista semidiretiva.

A realização de uma boa entrevista exige que o pesquisador tenha os objetivos de sua pesquisa muito bem definidos. Também é exigido que ele conheça, com alguma profundidade, o contexto em que pretende realizar sua investigação. Por fim, ainda espera-se a introjeção do roteiro da entrevista pelo entrevistador, com segurança, autoconfiança de algum nível de informalidade, sem perder de vista os objetivos que levaram a buscar aquele sujeito específico como fonte de material empírico para sua investigação (DUARTE, 2004). O entrevistador deve ter a capacidade de escutar ativamente, auxiliando a construção de significados dos participantes e promovendo o andamento da entrevista. Espera-se, ainda, habilidade e sensibilidade na maneira de explorar determinadas temáticas, dando prioridade à fala do outro (MIGUEL, 2010).

No presente estudo, foi utilizada como estratégia para a obtenção dos dados a entrevista. As entrevistas foram iniciadas com as seguintes questões norteadoras: *“Conte-me o que você pensa sobre o comportamento suicida”*, *“Conte-me como é para você cuidar de alguém em risco de suicídio”*. Novas questões foram acrescentadas com o intuito de facilitar o aprofundamento e para melhor compreensão do fenômeno estudado.

Os profissionais foram convidados a participar desta etapa do estudo e esclarecidos sobre a coleta de dados, que aconteceu na Unidade de Saúde em que o profissional atuava, era

escolhida uma sala onde a entrevista pudesse acontecer sem interrupção e/ou interferência de fatores externos, e também prezando pela privacidade do profissional durante sua participação. As entrevistas foram gravadas e depois transcritas na íntegra para serem posteriormente analisadas. Foi explicado aos participantes que somente a pesquisadora e a professora responsável pelo estudo poderiam ter acesso ao material gravado mantendo o anonimato de cada participante na construção do estudo e em publicações posteriores. As entrevistas tiveram tempo de duração variável entre 4 e 24 minutos. Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora.

Como asseguram Strauss e Corbin (2008), as respostas obtidas servem de base para a coleta de dados adicionais. No caso deste estudo, tais pressupostos também foram utilizados para obtenção dos dados. Destaca-se ainda que a coleta e a análise dos dados qualitativos foram realizadas concomitantemente, conforme preconiza a Teoria Fundamentada (STRAUSS, CORBIN, 2008).

3.3.5 Análise dos dados qualitativos do estudo

Na Teoria Fundamentada, a codificação ou análise é o procedimento através do qual os dados são divididos, conceitualizados e organizados, estabelecendo suas relações. Esse processo analítico tem por objetivos: construir a teoria; dar ao processo científico o rigor metodológico necessário; auxiliar o pesquisador a detectar os vieses; desenvolver o fundamento, a densidade, a sensibilidade e a integração necessária para gerar uma teoria (STRAUSS, CORBIN, 1990).

O processo de codificação é composto por três tipos: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. Na codificação aberta, o pesquisador examina minuciosamente e fragmenta ou decompõe as unidades de análise. Cada unidade é nomeada com uma palavra ou sentença que represente o seu significado para o pesquisador (CASSIANI et al., 1996; STRAUSS, CORBIN, 2008). Os dados são separados em partes distintas, rigorosamente examinados e comparados em busca de similaridades e diferenças. Eventos, acontecimentos, objetos e ações/interações considerados conceitualmente similares em natureza ou relacionados em significado são agrupados sob conceitos mais abstratos, chamados de categorias (STRAUSS, CORBIN, 2008). O investigador codifica os incidentes em tantas categorias provisórias quanto possível. Todos os dados são passíveis, neste momento, de uma codificação que, posteriormente, poderá ser refinada (CASSIANI et al., 1996).

A segunda etapa é a codificação axial, na qual são analisadas as relações entre as categorias e subcategorias, as propriedades e as dimensões de cada categoria, havendo, assim, o reagrupamento dos dados fragmentados na etapa anterior, dando coerência à análise emergente (SANTOS et al., 2015; STRAUSS, CORBIN, 2008).

A última etapa é a codificação seletiva, cujo objetivo é integrar e refinar categorias em um modelo analítico, que consiste na definição da categoria central para, em seguida, descrever os conceitos em termos de propriedades e dimensões em busca de consistência interna (STRAUSS, CORBIN, 2008). Nesta etapa todo o potencial de abstração é empregado no âmbito teórico dos dados investigados/codificados, fazendo emergir a teoria da pesquisa (DANTAS et al., 2009). As etapas para a realização da codificação propostas pelos autores foram seguidas neste estudo.

3.4 Fase quantitativa do estudo

A fase quantitativa do estudo consistiu na mensuração de atitudes relacionadas ao comportamento suicida e sua associação com variáveis sociodemográficas e educacionais.

3.4.1 Participantes da fase quantitativa do estudo

Foram elegíveis para o estudo todos os profissionais de saúde das seis equipes de Estratégia Saúde da Família do município de Borda da Mata. Cada equipe é composta por um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um médico generalista e agentes comunitários de saúde (ACS) em quantidade que varia para cada equipe (aproximadamente seis ACSs por equipe). Apenas dois serviços possuíam equipe de saúde bucal (Dentista e Auxiliar de Saúde Bucal) inseridas em seu cadastro no período de coleta de dados. Desta forma, esses profissionais foram convidados a participar do estudo.

Assim sendo, foram elegíveis para participação na pesquisa profissionais da categoria: médica, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, dentista e Auxiliar de Saúde Bucal, que estavam lotados nas 06 equipes de Estratégia Saúde da Família do município investigado. Dois profissionais foram excluídos do estudo por trabalharem no serviço investigado há menos de três meses. Salvo estes dois profissionais, todos os profissionais que trabalharam nas unidades selecionadas no período determinado, aceitaram participar e foram incluídos no estudo.

3.4.2 Coleta de dados quantitativos

A pesquisadora dirigiu-se para as unidades de saúde em dias e horários previamente agendados com o enfermeiro responsável pelo serviço. Neste momento, a equipe estaria reunida para que fossem explicados os objetivos do estudo e as orientações sobre o preenchimento dos instrumentos a serem aplicados. Foi esclarecido aos profissionais que sua participação seria voluntária e caso desistissem de participar a qualquer momento, isso seria possível sem que houvesse qualquer tipo de prejuízo para si. Todos os profissionais convidados aceitaram participar e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido para sua participação (Apêndice A).

Sendo assim, participaram 65 profissionais que consentiram e responderam ao Questionário Sociodemográfico (Apêndices B e C) e ao Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida – *QUACS* (Anexo A), a coleta foi realizada com todos os profissionais que trabalharam nas 06 Estratégias de Saúde da Família do município e que atendiam aos critérios de inclusão, no período de agosto de 2016 a maio de 2018.

3.4.2.1 Questionário Sociodemográfico

Foram construídos dois Questionários Sociodemográficos. Um deles foi direcionado aos profissionais com ensino superior e técnico/auxiliar, contendo questões relacionadas à idade, sexo (feminino ou masculino) atuação profissional (médico, enfermeiro, dentista, técnico/auxiliar em enfermagem, auxiliar de saúde bucal) formação (Técnico/Profissionalizante, Superior incompleto, Superior completo, Especialização/Residência, Mestrado, Doutorado), treinamento, formação ou experiência profissional diretamente relacionada à saúde mental (sim ou não), tempo de exercício na profissão (anos completos), tempo de exercício na unidade (anos completos), contato com pessoa que tentou suicídio (sim ou não) e se já leu material específico sobre suicídio (sim ou não) (Apêndice B).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) responderam a um outro Questionário Sociodemográfico construído especificamente para esse grupo (Apêndice C). Este questionário continha informações relacionadas à idade, sexo (feminino ou masculino), tempo de serviço como ACS (anos completos), tempo de serviço como ACS na unidade (anos completos), cursos de capacitação na área de saúde mental ou áreas relacionadas (sim ou não), treinamento específico sobre suicídio (sim ou não), contato com pessoa que tentou suicídio (sim ou não), e se já leu material específico sobre suicídio (sim ou não)

3.4.2.2 Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida – QUACS

O Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida (*QUACS*) trata-se de um instrumento brasileiro com 21 afirmações, seguidas de escalas visuais analógicas de auto preenchimento. Cada uma das 21 afirmações sobre atitudes é seguida por uma escala visual analógica de 10 cm (10 pontos) que vai desde “*discordo totalmente*”, em uma extremidade, a “*concordo plenamente*”, em outra. O participante foi convidado a indicar um ponto em cada linha: o que melhor representar suas opiniões, sentimentos ou reações. A pontuação de cada item foi considerada a partir do ponto de intersecção entre a linha disponível no instrumento QUACS e a linha traçada pelo participante do estudo. A pontuação foi computada em centímetros e os valores foram transferidos ao banco de dados com uma casa decimal.

O questionário foi desenvolvido por meio de um estudo realizado com profissionais da enfermagem que atuavam nas enfermarias do Hospital da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), que aceitaram participar de um curso sobre prevenção do suicídio.

O instrumento *QUACS* aqui descrito é a única opção validada no Brasil de medir as atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida (BOTEGA, REGINATO, SILVA, CAIS, RAPELI, MAURO, CECCONI, STEFANELLO, 2005).

O instrumento permite a análise dos itens isoladamente e também em três fatores. A pontuação de cada um dos três fatores criados pode variar entre 0 e 30 pontos (BOTEGA et al, 2005).

O Fator 1 “sentimentos negativos diante do paciente” inclui os itens 5, 13 e 15 do questionário, no Fator 2 “percepção de capacidade profissional” são somados os valores obtidos nos itens 1, 10 e o item 12 com valor negativo. O fator 3 “direito ao suicídio” é obtido pela soma dos itens 3, 6 e 16, sendo os dois últimos itens considerados com valores invertidos. Segue o quadro com as informações estabelecidas para análise:

Fatores	Questões consideradas	Interpretação dos valores
1. Sentimentos negativos diante do paciente	5,13 e 15	Maior pontuação representa atitudes mais negativas
2. Percepção de capacidade profissional	1,10 e 12 (valor invertido)	Maior pontuação representa profissionais mais confiantes
3. Direito ao suicídio	3,6(valor invertido) e 16 (valor invertido)	Maior pontuação representa uma atitude menos moralista

Quadro organizado pela autora, de acordo com dados elaborados pelo autor do questionário.

No que se refere à interpretação dos valores obtidos na análise fatorial, em “direito ao suicídio”, a maior pontuação pode representar uma atitude menos “moralista/judiciosa”. No fator “sentimentos negativos perante o paciente”, quanto maior a pontuação obtida, maior será a presença de tais sentimentos, os quais podem dificultar a assistência ao paciente. Em relação ao fator “percepção de capacidade profissional”, uma maior pontuação pode significar profissionais mais confiantes em lidar com indivíduos com comportamento suicida.

Esse questionário foi entregue aos participantes e recolhido após seu preenchimento. Foi fornecida autorização do autor para sua utilização neste estudo. Todos os questionários foram aplicados na unidade de saúde de cada equipe, com datas e horários previamente agendados, a fim de que não houvesse interrupção do funcionamento da unidade e que todos os profissionais elegíveis para o estudo pudessem estar presentes em um mesmo momento. Foi esclarecido sobre os objetivos do estudo a todos os participantes e a pesquisadora esteve presente durante o preenchimento dos questionários.

3.4.2.3 Análise dos dados

Após a aplicação do Questionário de Atitudes frente ao Comportamento Suicida-*QUACS* (BOTEGA, et al., 2005), os dados foram duplamente digitados no programa Excel, para evitar possíveis erros e analisar a consistência e veracidade dos dados obtidos. Em seguida, os dados foram transportados e analisados no programa SPSS (*Statistical Package for Social Science*), versão 21.5 (PALLANT, 2010).

Foi utilizada estatística descritiva para a apresentação das variáveis sociodemográficas, educacionais e relacionadas às atitudes frente ao comportamento suicida. Posteriormente, aplicados os testes de normalidade Kolmogorov-Smirnova e Shapiro-Wilk para direcionar a opção por testes paramétricos ou não paramétricos. O nível *alfa* mínimo aceito em pesquisas científicas é de $p < 0,05$ que também foi considerado neste estudo.

O teste de correlação de Pearson foi utilizado para avaliar as correlações existentes entre as variáveis quantitativas. O coeficiente de correlação Pearson (r) varia de -1 a 1. O sinal indica direção positiva ou negativa do relacionamento e o valor sugere a força da relação entre as variáveis (FILHO, JÚNIOR, 2009). A correlação de Spearman foi utilizada para avaliar as variáveis não paramétricas (idade e Q 21).

3.4.3 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi apresentado para a secretária de saúde e também à coordenadora da Estratégia Saúde da Família do município que autorizaram a realização da coleta de dados nos serviços estabelecidos.

O estudo segue as recomendações da Resolução nº 466/2012 sobre pesquisas com seres humanos e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP, com número da aprovação e regulamentação CAAE: 56529816.0.0000.5393(Anexo A). Todos os participantes que aceitaram colaborar com o estudo foram esclarecidos quanto a possíveis dúvidas e orientados a firmar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização dos participantes do estudo

Neste estudo foram analisados dados obtidos por meio de dois questionários aplicados aos participantes para levantamento de dados sociodemográficos, um para os profissionais de saúde e outro para os agentes comunitários de saúde.

No total foram 65 participantes sendo que a maioria é do sexo feminino (86,2%), idade entre 20-59 anos (95,3%), nunca tiveram treinamento sobre suicídio (89,2%), já tiveram contato com pessoa que tentou suicídio (78,5%), nunca leram material específico sobre suicídio (53,8%), não tiveram caso de suicídio na família (81,5%), afirmaram ter religião (92,3%) e nunca tiveram contato com colegas de profissão que tentaram suicídio (81,5%). Os dados são apresentados abaixo na Tabela 1, que apresenta as características sociodemográficas, experiência e treinamento profissional dos participantes.

Tabela 1. Características sócio-demográficas, experiência e treinamento profissional dos participantes do estudo segundo os questionários sociodemográfico (n=65).

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	56	86,2
Masculino	09	13,8
Idade		
Jovens (0 a 19)	1	1,6
Adultos (20 a 59)	62	95,3
Não Informado	2	3,1
Treinamento sobre suicídio		
Sim	7	10,8
Não	58	89,2
Contato com pessoa que tentou suicídio		
Sim	51	78,5
Não	14	21,5
Leitura de Material específico sobre suicídio		
Sim	30	46,2
Não	35	53,8
Religião		
Sim	60	92,3
Não	5	7,7
Caso de suicídio na família		
Sim	12	18,5
Não	53	81,5
Contato com colegas de profissão que tentaram suicídio		
Sim	12	18,5
Não	53	81,5

4.2 Fatores associados às atitudes dos profissionais relacionadas ao comportamento suicida

A Tabela 2 apresenta as associações entre características sociodemográficas, experiência e treinamento profissional dos participantes e as atitudes relacionadas ao comportamento suicida, avaliadas por meio do Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida (QUACS).

No fator 1, que indica atitudes mais negativas em relação ao suicídio, mulheres tiveram maiores pontuações ($p=0,044$), e também os profissionais que não tiveram leitura de material específico sobre suicídio ($p=0,001$), que possuem religião ($p=0,010$) e que não tiveram contato com colegas de profissão que tentaram suicídio ($p=0,001$) (Tabela 2).

O fator 2 indica maior percepção de capacidade profissional, e tiveram maiores pontuações profissionais que tiveram treinamento sobre suicídio ($p=0,017$), que tiveram contato com pessoa que tentou suicídio ($p=0,013$), que tiveram leitura de material específico sobre suicídio ($p=0,023$) e que tiveram contato com colegas de profissão que tentaram suicídio ($p=0,013$) (tabela 2).

O fator 3 se refere a atitudes menos moralistas/ judiciosas em relação ao suicídio, tendo maiores pontuações os profissionais que tiveram leitura de material específico sobre suicídio ($p=0,042$), que não tem religião ($p=0,000$) e que tiveram contato com colegas de profissão que tentaram suicídio ($p=0,001$) (tabela 2).

Tabela 2. Características sociodemográficas, experiência e treinamento profissional dos participantes do estudo segundo pontuação obtida pelo instrumento *QUACS* (n=65).

Variáveis	Fator1-Sentimentos negativos			Fator2- Capacidade profissional			Fator 3-Direito ao Suicídio		
	M	DP	p	M	DP	p	M	DP	p
Sexo									
Feminino	12,9	6,3	0,044*	13,6	5,4	0,763*	7,8	6,3	0,47**
Masculino	8,3	3,9		14,2	8,3		14,4	9,4	
Treinamento sobre suicídio									
Sim	12,1	8,9	0,958*	18,5	5,7	0,017*	12,3	8,9	0,189**
Não	12,2	5,9		13,0	5,5		8,2	6,8	
Contato com pessoa que tentou suicídio									
Sim	12,0	6,6	0,631*	14,5	5,4	0,013*	9,4	7,3	0,110**
Não	12,9	4,5		10,3	5,7		6,1	5,9	
Leitura de material específico									
Sim	9,6	5,0	0,001*	15,4	6,0	0,023*	10,8	7,8	0,042**
Não	14,5	6,2		12,1	5,1		6,8	5,9	
Religião									
Sim	12,8	6,0	0,010*	13,3	5,6	0,126*	7,6	6,2	0,000**
Não	5,4	3,9		17,4	6,8		20,8	5,3	
Caso de suicídio na família									
Sim	12,8	4,5	0,714*	12,4	9,0	0,419*	8,8	8,5	0,780**
Não	12,1	6,5		13,9	4,8		8,6	6,8	
Colegas de profissão que tentaram suicídio									
Sim	6,9	3,9	0,001*	17,3	5,8	0,013*	15,3	7,3	0,001**
Não	13,4	6,0		12,8	5,4		7,1	6,1	

*Teste- t ; ** Teste U de Mann-Whitney; M= média; DP= desvio padrão; p= valor de p

Em relação à Questão 21 do questionário (QUACS), os resultados de testes não demonstraram associação estatisticamente significativa entre a Questão 21 e as variáveis consideradas.

De acordo com os dados apresentados na tabela 3, observa-se uma correlação negativa fraca ($r = -0,159$) entre os fatores 1 e 2, o que significa que quanto maior a percepção de capacidade profissional, menores os sentimentos negativos em relação aos pacientes com comportamento suicida. O mesmo se observa entre os fatores 1 e 3 ($r = -0,447$) e ($p = 0,00$) indicando que quanto maior o direito ao suicídio, menores os sentimentos negativos diante do paciente com comportamentos suicidas. Entre o fator 1 e a Questão 21 também há uma correlação negativa fraca ($r = -0,045$), indicando que os profissionais que já pensaram em realizar suicídio, tem menos sentimentos negativos em relação aos pacientes com comportamento suicida. Entre idade e o fator 3 também é observada uma correlação negativa fraca ($r = -0,197$), representando que quanto maior a idade menor o direito ao suicídio.

Tabela 3. Teste de correlação entre os fatores do QUACS e o escore obtido na questão 21 do QUACS e a idade dos participantes ($n=63$).

Variáveis	Fator1- Sentimentos negativos	Fator2- Capacidade profissional	Fator 3-Direito ao Suicídio
	p (r)*	p (r)*	p (r)**
<i>Fator1-Sentimentos negativos</i>	(1)*		
<i>Fator2- Capacidade profissional</i>	0,204 (-0,159)	1	
<i>Fator 3-Direito ao Suicídio</i>	0,000 (-0,447)	0,15 (0,299)	1
<i>Q21- Pensamentos suicidas</i>	0,721 (-0,045)	0,073 (0,224)	0,005 (0,346)
Idade	0,012 (0,316)	0,373 (0,114)	0,121 (-0,197)

*Coeficiente de Correlação de Pearson; ** Coeficiente de Correlação de Spearman; p= valor de p; r= valor da correlação

4.3 O Significado do Comportamento Suicida na Perspectiva dos Profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família

De acordo com os resultados encontrados no estudo realizou-se uma síntese para melhor organização das categorias e para melhor explorá-las.

A categoria central desse estudo *“Suicídio: escolha individual ou vulnerabilidade?”* revela a diversidade de representações relacionadas ao suicídio e ao comportamento suicida de forma geral.

Ao deparar-se com o comportamento suicida, os entrevistados buscavam definir cada caso, analisando principalmente as tentativas de suicídio, sua intencionalidade e letalidade.

Os profissionais experimentavam diferentes sentimentos e reações referentes ao comportamento suicida, mas predominavam o medo e a sensação de despreparo. Assim, os profissionais priorizavam o encaminhamento dos pacientes para serviços especializados, mas encontravam dificuldade no acesso e percebiam lacunas na prevenção do comportamento suicida. O diagrama abaixo sintetiza os achados:

4.3.1 Suicídio: Escolha individual ou vulnerabilidade?

Os achados encontrados considerando a relação entre suicídio e a escolha do indivíduo, foi diversificada. Para alguns entrevistados o suicídio foi considerado uma escolha individual e também foi apontado o direito ao suicídio, enquanto outros acreditavam que o comportamento suicida não seria necessariamente uma escolha, mas principalmente um ato impulsivo, uma ação desesperada na falta de opções ou alternativas percebidas ou uma ação de pessoas vulneráveis, que estavam com a capacidade de decisão comprometida.

“(...) fica focando que ele só vai ter a libertação dele, a cura dele, quando ele realmente realizar o suicídio ...”(P2).

“(...) então... por que seria o fim, a gente vai morrer um dia, porque que eu não posso escolher o dia que eu vou morrer? Porque que tem que ser a vida? Talvez aquele que pensa no suicídio seja assim...”(P11).

“Acho que é uma coisa de momento sabe... eu quero tirar isso que está me pesando e acho que a melhor escolha é essa ... eu penso assim, não vejo como uma escolha que a gente possa fazer” (P13).

“Ahh eu penso que... o suicídio é.... quando a pessoa chega nesse ponto né? De pensar em tirar a própria vida que é o máximo da dor que ela pode estar sentindo, né?! (P14).

Quando o comportamento suicida era percebido como uma escolha individual, foi considerado um ato egoísta que destrói outras vidas. Os entrevistados revelam uma maior preocupação com o sofrimento causado aos familiares que vivenciam uma situação de comportamento suicida em suas diferentes manifestações. O sofrimento do indivíduo com comportamento suicida não foi apontado em primeiro momento, observando que o indivíduo deixa de ser o sujeito que sofre para ser o que “causa” sofrimento às pessoas ao seu redor.

“Sobre o suicídio eu acho que... eu acho meio egoísta, da parte da pessoa que comete suicídio. Porque eu acho que ela não acaba só com a vida dela..” (P17).

“Eu fico pensando assim na mãe dele, o tanto que sofre uma mãe ver um filho querendo por fim na vida” (P18).

O pensamento suicida foi considerado inerente ao ser humano, porém, as ações para provocar a própria morte, ocorreriam apenas em situações limite, de fragilidade e vulnerabilidade emocional.

“Eu entendo que isso é uma coisa assim... até corriqueira, eu acho que a maioria das pessoas já pensaram nisso, eu já pensei nisso” (P1).

“(...) A mesma coisa inerente ao ser humano, eu acho não só o ser humano ou outras espécies assim... é uma coisa natural” (P3).

A vulnerabilidade ligada ao suicídio, de acordo com os entrevistados, estaria associada especialmente a transtornos mentais, perdas, frustrações, falta de apoio e a questões ligadas à sociedade (valores, superficialidade, *bullying*, relações fragmentadas, pressões sociais). O uso excessivo de medicamentos, o início do tratamento com antidepressivos ou abandono do tratamento medicamentoso também foram considerados fatores ligados à maior vulnerabilidade e risco para o suicídio.

“(...) geralmente as pessoas que se encontram, tem um sofrimento mental ou psíquico...” (P4).

“(...) a pessoa que tem depressão que faz suicídio” (P7).

“Eu vejo... Sei lá, eu vejo em primeiro lugar como um sinal onde que nosso mundo, nossa sociedade está doente” (P3).

“Uma coisa que é algo assim que a pessoa está fora de si, né?! Para chegar a cometer o suicídio, eu penso que ele não está em si” (P5).

“Porque quando a pessoa está fazendo tratamento e se sente bem, ela pára de tomar a medicação e aí tenta o suicídio” (P9).

Cabe destacar que, para uma minoria dos entrevistados, o comportamento suicida não estava tão ligado à escolha ou vulnerabilidade emocional, mas a consequências de falta de religião, fé e de suporte espiritual ou a manifestações diabólicas.

“Suicídio é falta de Deus.E só” (P10).

“Primeiro, eu acho falta de fé em Deus, primeira coisa” (P5).

“Acho que um pouco de falta de Deus, meio sem rumo”(P8).

4.3.2 Tentativas de suicídio: julgamentos relacionados à intencionalidade e letalidade

Os entrevistados relataram que a intencionalidade das tentativas de suicídio não letais era obscura, estavam associadas principalmente ao desejo de obter ajuda ou atenção. Esse desejo era percebido tanto na forma legitimada (que requer assistência e apoio), como com desdém (sem importância).

“Ai sabe aquela pessoa que fica tentando, tentando, não quer se matar, será?... Não sei, porque a pessoa tem que ir de uma vez, igual.. a pessoa que fica falando, eu acho que ... não sei se tem coragem”(P6).

“(...) a pessoa está pedindo ajuda, de alguma forma ela está pedindo ajuda, para algum problema que ela está passando, por alguma coisa que ela está pensando, né?” (P9).

Além disso, o comportamento suicida também foi percebido como solução para alívio dos sofrimentos. Assim, a pessoa que tenta suicídio teria o desejo principal de eliminar a dor e sofrimento experimentados e não necessariamente de tirar a própria vida.

“É um jeito de acabar com o sofrimento”(P1).

“A tentativa de suicídio..ah, eu acho que é uma tentativa do paciente, da pessoa que está naquele momento difícil, de sair daquele momento de sofrimento”(P2).

Predominou a percepção de que múltiplas tentativas e a expressão da ideação suicida não estão associadas ao maior risco de óbito por suicídio e podem, ao contrário, sinalizar menor risco de morte. Por outro lado, houve entrevistados que acreditavam que a pessoa que tenta suicídio de forma recorrente, persiste até o óbito, se não houver intervenções preventivas eficazes.

“A gente não sabe se a pessoa quer realmente morrer, ou só... porque na maioria...elas acham que vai tentar mas não vai morrer, mas na hora” (P13).

“Eu acho que as tentativas são realmente tentativas, uma hora... talvez na hora faltou um pouco de coragem ou uma técnica melhor, e .. pode ser que a pessoa fique a vida inteira tentando mas isso não quer dizer que ela não vá se matar...”(P1).

Os participantes expressaram crenças de que a maior letalidade do suicídio poderia ser indicativa de mais coragem, conhecimento, intenção legítima de morrer e risco de óbito.

“Eu penso que é uma solução que a pessoa busca num momento de desespero. Talvez pra um problema que ela tenha qualquer na vida”(P3).

“Eu vejo a pessoa que chegou nesse ponto, né? Teve coragem de concretizar, né? Porque eu acho que tem que ter muita coragem, e ele estava sofrendo demais...”(P14).

4.3.3 Sentimentos e reações dos profissionais: o predomínio do medo e despreparo

Os profissionais referiram que ao entrarem em contato com pacientes com comportamento suicida, ficavam sensibilizados, impactados e até mesmo desestabilizados.

“Na equipe, causa justamente esse impacto negativo, dessa falta de...dessa culpa que a gente sente um pouco”(P2).

“Eu acho que impacta, não é só um impacto social, por ser problema de saúde pública, né? (P9)”.

Nos discursos predominava o medo ligado ao comportamento suicida. Os entrevistados relataram ter medo, que vieram apresentados das seguintes maneiras: de interagir com pessoas em risco de suicídio, de omissão ou negligência, de presenciar o suicídio, receio de não saber o que fazer, de não realizar a abordagem adequada, de agravar a situação, de desencadear o suicídio ou de sentir culpa.

“(...) porque você nunca sabe do que eles são capazes... por mais que você fale, que oriente... você fica com medo do que eles vão fazer.. acho difícil isso” (P8).

“O medo seria de ver... de encontrar com a pessoa morta, não seria uma coisa legal não...” (P13).

“(...) Eu não sei nem o que eu penso sobre o suicídio (...) Eu me sinto com medo, né? Mas não sei assim o que eu penso sobre o suicídio” (P7).

Foram descritos ainda sentimentos e reações de frustração, impotência, incapacidade, despreparo, pena, raiva angústia e tristeza ligados ao comportamento suicida. Houve ainda quem não soubesse expressar exatamente o que sentia ao deparar-se com tal comportamento.

“Ah eu me sinto... muito incapaz assim, me sinto impotente” (P3).

“Acho que a equipe fica um pouco abalada, tentando ajudar... mas fica né? Fica todo mundo assim..o que a gente vai fazer?” (P8).

“(...) Mas tem hora que, ao mesmo tempo em que eu tenho dó, eu tenho birra” (P18).

”Ai.. é muito triste, né?” (P12).

A sensação de despreparo para o manejo do comportamento suicida parecia generalizada e ligada ao desconhecimento, desinteresse pela saúde mental, falta de apoio emocional, falta de capacitação e formação em saúde mental, complexidade do comportamento suicida e percepção de que o profissional possui papel limitado na prevenção do suicídio.

“Mas eu tenho bastante receio assim, mais de como não..como eu não tenho muito preparo, de piorar a situação ao invés de ajudar.” (P14).

“Porque é muito difícil... a gente não é preparado pra isso...” (P2).

“Ah eu acho difícil, particularmente, eu não tenho domínio não. Não tenho o que falar, falar (...) não tenho jeito para coisa” (P10).

4.3.4 A assistência relacionada ao comportamento suicida e suas lacunas

A ação prioritária indicada pelos profissionais da atenção primária na assistência à pessoa com comportamento suicida (independente da gravidade) era o encaminhamento para especialistas e serviços especializados, considerados mais preparados para acolher os casos. Todavia, os entrevistados se percebiam sem apoio e com grandes dificuldades de acesso aos serviços especializados (especialmente no que se refere à internação psiquiátrica, que foi citado como ação de assistência em casos de comportamento suicida).

“Tem a psicóloga, o CAPS, mas acho que só isso...”(P8).

“Referindo encaminhar todos os casos para a psicóloga, porque não sabe lidar”(P10).

“ É difícil você conseguir uma vaga, de internação. É uma complicação!” (P17).

Os profissionais de saúde defendiam que a assistência relacionada ao comportamento suicida deveria incluir o acolhimento, identificação de pessoas em risco, busca ativa de pessoas com vulnerabilidade ou baixa adesão, escuta, aconselhamento, constituição de rede de apoio, realização de grupos, promoção de estilo de vida saudável, da reinserção social e espiritualidade, educação pública sobre a prevenção do suicídio, cuidado integral à família e posvenção do suicídio.

“(...) conversar com ele sobre todos os outros aspectos que são necessários para você melhorar também a qualidade de vida mental, que é: atividade física, alimentação, né? Uma prática religiosa, se caso for...”(P15).

“Teria que ter assim. palestra, grupo, né? para poder ajudar...para poder conversar, né?(P12).

Na perspectiva dos entrevistados, a efetividade da prevenção do suicídio requer o apoio matricial, percepção humanizada do sofrimento, abordagem multiprofissional, responsabilização dos serviços no acompanhamento longitudinal dos indivíduos na rede de atenção psicossocial.

“O treinamento e o apoio, né..eu acho que um apoio assim matricial é fundamental, a gente.. a gente não consegue resolver tudo na atenção básica” (P14).

“Então é uma abordagem que é multiprofissional, né? Só o médico não é suficiente, então é necessário psicólogo, médico, enfermagem...” (P15).

“Não podemos julgar, temos que acolher, nortear ele e tratar, é isso que a gente deve fazer” (P16).

“(...) seja o suicídio seja a tentativa de suicídio, é uma coisa que todos devemos tratar seja na atenção básica ou no serviço especializado”(P3).

Além das dificuldades de acesso aos serviços especializados, foram citadas outras lacunas importantes na assistência relacionada ao comportamento suicida, tais como a subnotificação dos casos, falta de políticas, protocolos e fluxos de encaminhamento/atendimento, gestão ineficaz dos serviços de saúde, insuficiência de especialistas e serviços especializados (CAPS), descontinuidade de ações preventivas, desconhecimento sobre as ações de prevenção realizadas pelo município e pelo próprio serviço onde trabalham.

“(...) quando a pessoa consegue realizar o suicídio, lógico que todo mundo fica sabendo, mas aquelas pessoas que vem de várias tentativas, às vezes não é muito notificado”(P2).

“(..) a psicóloga também..ela é uma só para o município inteiro” (P14).

“Não vejo.... não vejo ação, não tem ação, não tem tratamento, aqui dentro do posto, eles encaminham para a psicóloga , e ela faz atendimento...”(P11).

“O CAPS ele ajuda muito, só que ele não é suficiente porque é muito difícil chegar ao CAPS, né?(P9).

“Olha... na nossa atenção básica, na nossa realidade, é quase que nada, é quase que inexistente”(P16).

5 DISCUSSÃO

Neste estudo a maioria dos participantes nunca teve treinamento sobre suicídio e referiu nunca ter lido material específico sobre suicídio, embora tenha tido contato com alguém que tentou suicídio. Esse resultado é corroborado por estudo brasileiro com estudantes de enfermagem que identificou que a maioria dos estudantes teve contato com pessoas com comportamento suicida, mas não teve exposição educacional relacionada ao tema (VEDANA, ZANETTI 2019). A baixa exposição educacional relacionada à prevenção do suicídio também foi identificada entre profissionais de serviços de emergência brasileiros (VEDANA et al., 2017). Por outro lado, um estudo espanhol identificou que a maioria dos enfermeiros tinha treinamento sobre prevenção do comportamento suicida (CARMONA – NAVARRO, PICHARDO- MARTÍNEZ, 2012).

A literatura aponta a importância de investigar os fatores ligados à baixa exposição educacional sobre o comportamento suicida no Brasil (VEDANA et al., 2017), considerando a relevância do assunto no cenário mundial e as disparidades na formação de profissionais sobre o tema em diferentes contextos. No presente estudo, identificou-se que, na perspectiva dos participantes, a sensação de despreparo para o manejo do comportamento suicida era generalizada e ligada ao desconhecimento, desinteresse pela saúde mental, falta de apoio emocional, falta de capacitação e formação em saúde mental, complexidade do comportamento suicida e percepção de que o profissional possui papel limitado na prevenção do suicídio. É importante que esses fatores sejam explorados em outros estudos para o delineamento de estratégias que possam favorecer o incremento e qualificação da formação profissional para a prevenção e posvenção do suicídio.

As investigações encontradas na literatura até o momento que abordavam a formação da Atenção Primária à Saúde em relação ao comportamento suicida são menos comuns do que estudos com profissionais de serviço de emergência (CARMONA-NAVARRO, PICHARDO- MARTÍNEZ, 2012; VEDANA et al., 2016; VEDANA et al., 2017), graduandos (VEDANA, ZANETTI, 2019; MORAES et al., 2016; BOTTI et al., 2015), equipe de serviços hospitalares (BOTEGA et al., 2005) e profissionais de serviços de saúde mental (NORHEIM et al., 2016; SCOCCO, TOFFOL, PILOTTO, PERTILE, 2012). O levantamento de dados relacionados à Atenção Primária à Saúde é fundamental por possibilitar o aproveitamento da posição estratégica deste serviço como porta de entrada e articulador entre os diferentes serviços da rede, além das potencialidades do serviço como o acompanhamento longitudinal, atuação no território onde o indivíduo reside, integração com a família, entre outros.

Apesar do potencial dos serviços de Atenção Primária à Saúde, a literatura tem relevado que as equipes de saúde sentem-se comumente despreparadas para intervir em relação ao comportamento suicida (ABREU et al., 2010) e sugere que a intervenção dos profissionais na Atenção Primária à Saúde sobre o comportamento suicida requer uma concepção ampliada que integre os diferentes campos do conhecimento (MOTTA et al., 2017). Neste estudo, predominou entre os profissionais a sensação de despreparo para lidar com o comportamento suicida e, diante de tal condição, o encaminhamento para serviços especializados foi a principal ação para o manejo de casos de comportamento suicida (independente da gravidade). A esse respeito, estudo realizado com cuidadores de idosos em casas de repouso identificou que a falta de treinamento profissional pode predispor os profissionais a realizarem mais encaminhamentos para profissionais especializados e menos avaliações do risco suicida (CHAULIAC et al., 2016). Assim, é importante capacitar os profissionais para a avaliação do comportamento suicida e para o planejamento dos cuidados.

No presente estudo, ao realizar o encaminhamento das pessoas com comportamento suicida (de gravidade variável) para serviços especializados, os profissionais da Atenção Primária à Saúde encontravam falta de acesso aos serviços especializados. A avaliação atualizada e compreensiva do risco de suicídio é uma ação que deve ser realizada para nortear o planejamento dos cuidados, incluindo possíveis encaminhamentos (OMS, 2000; OMS, 2012; BRASIL, 2013). Embora o cuidado ao paciente com comportamento suicida tenha melhores resultados com acompanhamento multiprofissional (VIDAL, GONTIJO, 2013; ISACSSON, RICH, 2001; MÜLLER, PEREIRA, ZANON, 2017), as equipes multiprofissionais não são exclusividade de serviços especializados. Por outro lado, a falta de acesso a serviços especializados pode prejudicar a assistência (OMS, 2000; OMS, 2012; BRASIL, 2013; OPS, 2016).

Diversos estudos têm demonstrado que a falta de preparo e treinamento dos profissionais está associada a sentimentos e atitudes negativas (KARMAN, KOOL, POSLAWSKY, VAN MEIJEL, 2015; SAUNDERS, HAWTON, FORTUNE, FARRELL, 2012; CARMONA-NAVARRO, PICHARDO- MARTÍNEZ, 2012; RAMBERG, DI LUCCA, DADLACZKY, 2016; KISHI et al, 2011; SRIVASTATA, TIWARI, 2012; VEDANA et al., 2017; SAMUELSSON et al., 1997) enquanto a formação profissional está associada a atitudes positivas em relação ao comportamento suicida (MAGRINI, 2016; VEDANA et al., 2017; MCCARTHY, GIJBELS, 2010; KISHI et al, 2011) e proporciona clareza e confiança em relação ao papel do profissional no atendimento (RAMBERG, DI LUCCA, HADLACZKY, 2016), abordagens mais positivas com o paciente (SRIVASTATA; TIWARI, 2012), aptidão

para detecção de comportamento suicida (CHAULIAC et al, 2016), autoconfiança dos profissionais ao interagir com pessoas em risco suicida, melhoria dos conhecimento sobre o suicídio e na forma de abordar o indivíduo com comportamento suicida (TERPSTRA et al., 2018). Destaca-se que as atitudes mais positivas e empáticas em relação à pessoa com comportamento suicida podem ter importantes implicações para a qualidade da assistência (KARMAN, KOOL, POSLAWSKY, VAN MEIJEL, 2015; SAUNDERS, HAWTON, FORTUNE, FARRELL, 2012).

A promoção de atitudes positivas, empáticas e seguras entre os profissionais é importante pois, apesar de existirem evidências de atitudes positivas dos profissionais de saúde em relação à pessoa com comportamento suicida (OUZOUNI E NAKAKIS, 2013), a maioria dos estudos evidencia uma predominância de atitudes negativas que afetam os cuidados prestados a pessoas em risco de suicídio (KARMAN et al., 2015; OUZOUNI E NAKAKIS, 2013; SAUNDERS et al., 2012).

No presente estudo, o treinamento sobre suicídio esteve associado à maior percepção da própria capacidade para o cuidado. Esse resultado corrobora com estudo brasileiro que encontrou que diferentes formas de treinamento (disciplina, aula ou laboratório) estiveram associadas à percepção da competência profissional (MORAES et al., 2016).

A leitura de material específico sobre suicídio esteve associada tanto à maior percepção da capacidade profissional quanto a atitudes menos negativas. Um estudo brasileiro encontrou a associação entre leitura prévia sobre comportamento suicida e atitudes menos negativas (VEDANA, ZANETTI, 2019), enquanto outro estudo brasileiro encontrou que a leitura de materiais sobre suicídio esteve associada a atitudes mais compreensivas, mas não à percepção de capacidade profissional ou atitudes menos negativas (MORAES et al., 2016).

Neste estudo, as atitudes mais negativas frente ao comportamento suicida estiveram associadas à menor percepção de capacidade profissional e a atitudes mais condenatórias, demonstrando que as atitudes mensuradas pelo instrumento QUACS estiveram integradas entre si. Dois estudos realizados no Brasil encontraram associações apenas entre atitudes mais negativas e menor percepção de capacidade profissional (VEDANA et al., 2017; VEDANA, ZANETTI, 2019).

Neste estudo, a maioria dos profissionais referiu ter tido contato com alguém que tentou suicídio, mas negou casos de suicídio na família ou comportamento suicida entre os colegas de profissão. O contato com pessoas com comportamento suicida foi associado à maior percepção da capacidade profissional, conforme já identificado em uma investigação brasileira (MORAES et al., 2016). Outro estudo brasileiro encontrou que profissionais de

enfermagem que já tinham cuidado de pessoas com comportamento suicida expressaram atitudes menos condenatórias (BOTEGA et al., 2005). Destaca-se ainda que, no presente estudo, o contato com colegas de profissão que tentaram suicídio foi associado a atitudes menos condenatórias e além de ser associado à maior percepção da capacidade profissional. É possível que o contato com alguém com comportamento suicida possa oportunizar aprendizado, reflexão e redefinição da própria capacidade para cuidar. A esse respeito, estudo realizado na Suíça com profissionais da assistência social que identificou que o suicídio pode ter uma influência formativa, incentivando os profissionais a revisar e melhorar suas práticas de trabalho (GULFI et al., 2010). Todavia, esse contato pode afetar emocionalmente os profissionais de saúde (CARMONA-NAVARRO, PICHARDO- MARTÍNEZ, 2012; FAIRMAN, MONTROSS THOMAS, WHITMORE, MEIER, IRWIN, 2014; WURST et al., 2011; VEDANA et al., 2016; SCOCCO, TOFFOL, PILOTTO, PERTILE, 2012; TING, JACOBSON, SANDERS, 2011; GULFI et al., 2010).

A literatura aponta que, ao ter contato com pessoas com comportamento suicida, os profissionais e estudantes da área da saúde podem ter dificuldade em controlar e compartilhar suas emoções, pensamentos suicidas (VEDANA, ZANETTI, 2019; VEDANA et al., 2017). Estudo realizado com psiquiatras para avaliar suas reações emocionais frente ao comportamento suicida encontrou a presença de emoções negativas, medo, culpa e insegurança, principalmente associados a casos de óbitos por suicídio (SCOCCO, TOFFOL, PILOTTO, PERTILE, 2012). Outro estudo realizado com médicos que acompanharam pessoas que foram a óbito por suicídio identificou que as principais reações expressas foram o choque, tristeza, culpa, medo da culpa, insegurança, vergonha, raiva, traição e resistência em tratar de outros pacientes com comportamento suicida em suas práticas (HENDIN et al., 2000). Um estudo realizado nos Estados Unidos que investigou o impacto dos suicídios de pacientes sobre a equipe clínica identificou a percepção de culpa e sensação de fracasso (FAIRMAN et al., 2014). Pesquisa portuguesa com profissionais de saúde identificou que o óbito de um paciente por suicídio pode gerar sofrimento emocional e outros sentimentos negativos, tais como, medo, frustração, choque, sentimento de fracasso, culpa, entre outros (ROTHES, HENRIQUES, CORREIA, 2013).

No presente estudo, os profissionais referiram que ao entrarem em contato com pacientes com comportamento suicida, ficavam sensibilizados, impactados e até mesmo desestabilizados. Foram descritos sentimentos e reações de frustração, impotência, incapacidade, pena, raiva angústia e tristeza ligados ao comportamento suicida, mas predominavam o medo e a sensação de despreparo. Os profissionais referiram ter medo de

interagir com pessoas em risco de suicídio, de omitir ou negligenciar cuidados, presenciar um suicídio, não saber o que fazer não realizar a abordagem adequada, agravar a situação, desencadear o suicídio ou de sentir culpa.

Alguns sentimentos podem estar associados à percepção de desamparo institucional e político percebido pelo profissional, como evidenciado em um estudo brasileiro realizado com enfermeiros que revelou o contraste e a dissonância entre o que é recomendado para assistir pessoas com comportamento suicida e o que é encontrado no contexto clínico, como a falta de recursos, diretrizes, protocolos, treinamentos específicos e indicadores de monitoramento da prática clínica. Essa experiência evoca, nos profissionais de enfermagem, sentimentos negativos, sensação de exposição e incompetência (VEDANA et al., 2016). A alta demanda de atendimento, o lidar com pacientes em situações críticas, a baixa capacitação das equipes de atendimento e as deficiências estruturais do serviço e do sistema de saúde como um todo, induzem os profissionais a se posicionarem de maneira impessoal e com dificuldade de atuação de forma humanizada (VIDAL, GONTIJO, 2013).

Apesar de considerarem-se despreparados para o manejo do comportamento suicida, os profissionais de saúde da Atenção Primária indicaram necessários para a qualificação da assistência relacionada ao comportamento suicida que estão em consonância com a literatura (BRASIL, 2019; VIDAL, GONTIJO, 2013; ISACSSON, RICH, 2001; MÜLLER, PEREIRA, ZANON, 2017; VEDANA et al. 2016): acolhimento, rastreamento e notificação dos casos, busca ativa, escuta, aconselhamento, humanização, cuidado integral à família, constituição de rede de apoio, grupos, promoção de estilo de vida saudável, da reinserção social, espiritualidade, educação pública, e posvenção do suicídio, apoio matricial, percepção humanizada do sofrimento, abordagem multiprofissional, longitudinal e integrado na rede de atenção psicossocial, políticas, protocolos e fluxos de encaminhamento/atendimento (OMS, 2000; BRASIL 2013; BRASIL, 2017; WHO, 2014; OPS, 2016).

No presente estudo, foram investigadas associações entre atitudes relacionadas ao comportamento suicida e características sociodemográficas. A maioria dos entrevistados era mulher e essa característica esteve associada a atitudes mais negativas. Na literatura encontra-se uma variedade de resultados relacionados às atitudes frente ao comportamento suicida e fatores sociodemográficos, considerando estudos com estudantes e profissionais em sua prática. Estudos que identificaram mulheres com atitudes menos moralistas (CARMONA-NAVARRO, PICHARDO- MARTÍNEZ, 2012) outros estudos não identificam diferença em atitudes relacionadas ao sexo (VEDANA et al., 2017; MCCARTHY, GIJBELS, 2010) e também estudos que encontraram atitudes mais moralistas em mulheres (MORAES et al,

2016; VEDANA, ZANETTI, 2019; WHEATLEY, AUTSIN-PAYNE, 2009). Esta questão é heterogênea na literatura e carece de maior investigação.

Pessoas mais velhas tiveram atitudes mais condenatórias em relação ao comportamento suicida. A literatura apresenta resultados heterogêneos sobre a relação entre a idade e a atitude frente ao comportamento suicida (KARMAN, KOOL, POSLAWSKY, MEIJEL, 2014; CONLON, O'TUATHAIL, 2012; MCCARTHY, GIJBELS, 2010; PATTERSON et al., 2007). Um estudo realizado na Austrália, identificou que enfermeiros mais velhos e mais experientes tinham atitudes favoráveis ao apoio (MACCANN et al., 2006). Estudo realizado na Suécia também identificou que profissionais mais velhos tinham mais empatia e se sentiam mais confiantes (RAMBERG, DI LUCCA, HADLACZKY, 2016). Por outro lado, um estudo grego encontrou que os profissionais mais jovens e com menos experiência de trabalho expressaram atitudes mais favoráveis frente ao comportamento suicida (OUZOUNI, NAKAKIS, 2013).

Neste estudo, a maioria dos profissionais afirmou ter religião e possuir religião foi uma característica associada a atitudes mais negativas e mais condenatórias. A literatura apresenta resultados heterogêneos com relação à religião e atitudes frente ao comportamento suicida. Estudo prévio realizado no Brasil encontrou associação apenas entre religião e atitudes mais condenatórias (BOTEGA et al., 2005), sendo que outro estudo não encontrou tal associação (STORINO et al., 2018). A realização de ações educativas com líderes religiosos e formadores de opinião pode ser uma iniciativa que favoreça a desconstrução de atitudes condenatórias ou negativas frente ao comportamento suicida.

No presente estudo, para uma minoria dos entrevistados, o comportamento suicida poderia estar relacionado à falta de religião, fé e de suporte espiritual ou a manifestações diabólicas. A literatura indica que a religião constitui um fator de proteção contra o suicídio (WHO, 2002; OMS, 2012; OPS, 2016; BOTEGA, BARROS, OLIVEIRA, DALGALARRONDO, MARÍN-LÉON, 2005; BERTOLETE, FLEISHMANN, 2002; MOREIRA, LOTUFO NETO, KOENING, 2006) sendo que essa proteção parece estar ligada principalmente ao sentimento de pertencimento a uma comunidade e a redução do isolamento social (O'CONNOR, SHEEHY, 2000; HOVEY, 1999).

Os profissionais que referiram já ter pensado em suicídio, tiveram menos atitudes negativas em relação aos pacientes com comportamento suicida, demonstrando ter empatia frente à situação (MUELLER, WASS, 2002). A atitude compreensiva e empática é um fator importante na prevenção ao suicídio (OMS, 2000; BRASIL, 2013; VEDANA, ZANETTI, 2019) que precisa ser abordado na formação de profissionais de saúde (SANTOS, 2015). Um

estudo brasileiro, apesar de não ter identificado associações entre pensamentos suicidas e atitudes menos negativas, encontrou associações entre tais pensamentos e estudantes que já pensaram em suicídio tinham atitudes mais compreensivas e menos moralistas/condenatórias em relação a pessoa com comportamento suicida (VEDANA, ZANETTI, 2019).

No presente estudo, o suicídio foi representado tanto como escolha quanto uma condição de vulnerabilidade, revelando a diversidade de representações que se relacionam. Quando o comportamento suicida era percebido como uma escolha individual, foi considerado um ato egoísta que destrói outras vidas. De acordo com a literatura, o suicídio é um fenômeno comumente analisado sob múltiplas perspectivas, podendo ser comparado a um prisma (VEDANA et al., 2017).

A literatura sugere que o comportamento suicida é permeado por representações, crenças e julgamentos individuais que podem constituir barreiras para a prestação de cuidados (VEDANA et al., 2017). O suicídio representa um dos comportamentos humanos mais enigmáticos e perturbadores (MORAIS, SOUSA, 2011). A literatura revela que o comportamento suicida é comumente considerado reprovável, opcional, cercado por atitudes negativas e incompreensão, uma transgressão, por ser conflitante com os princípios de vida e a ética de profissionais de saúde (VEDANA, ZANETTI, 2019; VEDANA et al., 2017; OSAFO et al., 2012), considera ainda que o suicídio é um fenômeno impenetrável e um ato injustificável, significando que não há razões plausíveis para justificar esse ato extremista. No entanto, estudos revelam que alguns profissionais reconhecem o suicídio como uma situação que requer assistência imediata e qualificada (VEDANA et al., 2016).

Os profissionais da Atenção Primária relataram que a intencionalidade das tentativas de suicídio não letais era obscura e estariam associadas principalmente ao desejo de obter ajuda ou atenção. Este achado também foi encontrado em um estudo realizado com profissionais de serviços de urgência e emergência no sul do Brasil (FREITAS, BORGES, 2014). No presente estudo, foi identificada crença de que a maior letalidade do suicídio indicava coragem, conhecimento, intenção legítima de morrer e risco de óbito. Contudo, há muitas definições do comportamento suicida o consideram como uma ação na qual o indivíduo inflige-se dano (auto-agressão), não importando o nível ou a razão genuína da ação (ABREU et al., 2010) e, independente da intencionalidade, o comportamento suicida representa uma situação de sofrimento significativo.

Neste estudo, foi identificada a percepção de a verbalização da ideação suicida ou as múltiplas tentativas estariam associadas ao menor risco (FREITAS, BORGES, 2017; VIDAL, GONTIJO, 2013; SILVA, BOEMER, 2004). Essas crenças podem prejudicar a avaliação

cuidadosa do risco de suicídio e o planejamento do cuidado baseado em evidências científicas. A avaliação da ideação suicida é um dos elementos importantes a serem considerados durante a avaliação do risco suicida, não devendo ser menosprezada, mas sim avaliada em profundidade, em conjunto com outros indicadores de risco (OMS, 2000; WHO, 2012; OPS, 2016; BRASIL, 2017; BERTOLETE, MELLO-SANTOS, BOTEGA, 2010). O histórico de tentativas abortadas e/ou interrompidas está associado a tentativas de suicídio posteriores que resultam em óbito (BURKE et al., 2016; BARBI, 2018). A tentativa de suicídio é o principal preditor de óbito por suicídio em tentativas posteriores. Estima-se que indivíduos com tentativa de suicídio tenham um risco de suicídio cem vezes mais elevado do que a população geral (OWENS, HORROCKS, HOUSE, 2002).

As principais limitações deste estudo foram o uso de uma amostra de conveniência reduzida pertencente a um único município e o delineamento transversal. É recomendável que futuras análises investiguem as questões abordadas neste estudo em diferentes contextos. Contudo, esta pesquisa contribui de forma significativa para a melhor compreensão das atitudes e significados relacionados ao comportamento suicida entre profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo investigar o significado e as atitudes relacionadas ao comportamento suicida na perspectiva dos profissionais de Estratégia Saúde da Família. A maioria dos profissionais teve pouca exposição educacional sobre o suicídio, embora tenha tido contato com alguém que tentou suicídio. Os profissionais percebiam-se despreparados, emocionalmente afetados e temerosos para atuar na prevenção do suicídio. Apesar da sensação de despreparo, os profissionais citaram importantes ações recomendadas para a prevenção do suicídio, embora priorizassem o encaminhamento dos casos para serviços especializados, deparando-se então, com a falta de acesso.

O treinamento sobre prevenção do suicídio e o contato com pessoas com comportamento suicida estiveram associados à maior percepção da própria capacidade para o cuidado e a leitura de material específico sobre suicídio esteve associada tanto à maior percepção da capacidade profissional quanto a atitudes menos negativas.

As atitudes negativas frente ao comportamento suicida estiveram associadas à menor percepção de capacidade profissional e a atitudes mais condenatórias.

As atitudes relacionadas ao comportamento suicida estiveram ainda associadas a outros fatores. Pessoas mais velhas tiveram atitudes mais condenatórias em relação ao comportamento suicida. Mulheres e pessoas com menos pensamentos suicidas ao longo da vida tiveram atitudes mais negativas. Ter religião foi uma característica associada a atitudes mais negativas e mais condenatórias.

No presente estudo, o suicídio foi representado tanto como escolha quanto uma condição de vulnerabilidade, sendo mais condenável quanto associado à opção individual. Foram ainda identificadas crenças relacionadas à intencionalidade e manifestação do comportamento suicida que podem impactar a avaliação e cuidado a pessoas em risco.

Este estudo permitiu aprofundamento no conhecimento sobre atitudes e representações do comportamento suicida por profissionais que tem posição potencialmente estratégica para a detecção precoce, cuidado longitudinal, articulação de rede de apoio, educação pública e suporte à família, aspectos essenciais na prevenção do comportamento suicida. A abordagem humanizada, empática e sem julgamentos é determinante para uma assistência efetiva, frente ao comportamento suicida. Para isso, é necessário que os profissionais da equipe estejam preparados e apoiados.

Destaca-se que esse assunto é complexo, atual, têm grande relevância na prática clínica e pode promover reflexões e direcionamento para o planejamento de ações educativas.

É importante que os assuntos abordados no presente estudo sejam explorados em outras investigações para o delineamento de estratégias que possam favorecer o incremento e qualificação da formação profissional para a prevenção e posvenção do suicídio.

A prevenção do suicídio, a detecção precoce do comportamento suicida e a ação das equipes de Atenção Primária à Saúde estão estreitamente relacionadas, considerando a posição estratégica destes serviços na rede de atenção à saúde.

Dada a relevância da temática que permeou este trabalho e o que ainda pode ser identificado, espera-se que este estudo encoraje e inspire outros pesquisadores em investigações congêneres, considerando a complexidade do fenômeno suicídio e que ainda se está longe de esgotar os achados a ele relacionados.

REFERÊNCIAS

ABREU, K.P.; LIMA, ALS; KOHLRAUSCH, E.; SOARES, J.F. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Rev. Eletr. Enf.** v.12,n.2, p. 195-200, 2010.

AGUIAR, M.A.F. **As Tentativas de suicídio por meio de medicamentos [manuscrito]: as percepções dos adolescentes**, Belo Horizonte, 2011.

ÁLVARO, J.R., & GARRIDO. *APsicologia social: perspectivas psicológicas y sociológicas*. Madri: **McGraw Hill**, 2003.

ALVAREZ, N. *O deus selvagem*. São Paulo; **Companhia das Letras**, 1999.

ALVES, R.C.P. et al. O significado do atendimento a jovens que tentaram suicídio para o enfermeiro do pré-hospitalar. **Revista. pesquisa. cuidado. fundam.** Online; v.5, n6, p. 217-223, 2013. Disponível em: redalyc.org/pdf/5057/505750944023.pdf. Acesso em novembro, 2019.

ANDERSON, H.D. et al. Monitoring suicidal patients in primary care using electronic health records. **The J of the American Board of Family Med**; v.28, n.1, p.65-71, 2015.

ARAÚJO, I.R.; ATHAYDE, R.A.A.; VIANA, D.N.M.; DANTAS, M.C.A.; BRAGA, D.O. Atitudes sociais e comportamentos empáticos frente ao suicídio. *Temas em saúde FIP*, 2019. Disponível em: <http://temasemsauade.com/wp-content/uploads/2019/03/fippi21.pdf>. Acesso em novembro, 2019.

ARSENAULT-LAPIERRE, G.; KIM, C.; TURECHI, G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. **BMC Psychiatry**, v.4, p. 37, 2004.

BACKES M.T.S.; ERDMANN, A.L.; BUSCHER, A., BACKES, D.S. Desenvolvimento e validação de teoria fundamentada em dados sobre o ambiente de unidade de terapia intensiva. **Esc. Anna Nery**, v.15, n.4, p.769-775, 2011.

BARBI, K.B.S. **Impulsividade e manifestações do comportamento suicida em pacientes com diagnóstico de depressão**. 2018. 116 p (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Ciências Médicas, Área de Concentração Saúde Mental, Campinas, 2018.

BELEI, R.A.; PASCHOAL, S.R.G.; NASCIMENTO, E.N.; MATSUMOTO, P.H.V.R. O uso da entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. **Cadernos de Educação, FaE/PPGE/UFPel**, n.30, p. 187-199, 2008.

BERTOLETE, J.M. O suicídio e sua prevenção. São Paulo, **Editora Unesp**, 2012.

BERTOLETE, J.M.; FLEISHMANN, A. suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World Psychiatry**, v1, n3, p181-185, 2002.

BERTOLETE, J.M.; FLEISCHMANN, A.; De Leo; D.BOLHARI, J.; BOTEAGA, N.; De Silva, D., et al. Suicide attempts, plans and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. **Psychol Med**.v.35,n.10,p.1457-65, 2005.

BERTOLETE, J.M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTEAGA, N.J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v.32, 2010.

BERTOLETE, J.M; FLEISCHMANN, A.; DE LEO, D.; PHILLIPS, M.R.; BOTEAGA, N.J.; VIJAYAKUMAR, L.; DE SILVA, D.; SCHLEBUSCH, L.; NGUYEN,V.T; SISASK, M., BOLHARI, J.; WASSERMAN. Repetition of suicide attempts: data from five culturally different low- and middle-income country emergency care settings participating in the WHO SUPRE-MISS study. **Crisis. In press**. 2010.

BERENCHTEIN, N.N. Suicídio: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico dialético.2007. 182p. Mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social (PUC). São Paulo, 2007. Disponível em: http://www.sapientia.pucsp.br//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=5134. Acesso em abril de 2019.

BOMYEA J., et al. Suicidal ideation and risk factors in primary care patients with anxiety disorders. **Psychiatry Research**, v. 209, n 1, p. 60-5, 2013.

BOTEAGA, N.J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, v.25, n.3, p. 231-236,2014.

BOTEAGA, N.J. Crise Suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: **Artmed**, 2015.

BOTEAGA,N.J.; BARROS, M.B.A.; OLIVEIRA, H.B.; DALGALARRONDO, P.; MARÍN-LEÓN, L. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. **Rev. Bras Psiquiatr**, v.27,v.1,p.45-53, 2005.

BOTEGA, N.J.; RAPELI, C.B.; FREITAS, G.V.S. Perspectiva psiquiátrica. In: WERLANG, B.G., BOTEGA, N.J. (org.) et al. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed; p. 107-121, 2004.

BOTEGA, N.J.; REGINATO, D.G.; SILVA, S.V.; CAIS, C.F.S.; RAPELI, C.B.; MAURO, M.L.F., CECCONI, J.P.C; STAFANELO, S. Nursing personnel attitudes towards suicide: The development of a measure scale. **Rev Bra Psiquiatr**.v. 27, n.4, p.315-318, 2005.

BOTEGA, N.J.,; WERLANG, B.S.G.; CAIS, C.F.S.; MACEDO, M.M.K. Prevenção do Comportamento suicida, **Psico**, PUCRS, v. 37, n. 3, p. 213-220, 2006.

BOTTI, N.C.L.; ARAÚJO, L.M.C.; COSTA, E.E.,; MACHADO, J.S.A. Nursing students attitudes across the suicidal behavior. **Invest Educ Enferm**. v.33, n.2, p. 334-42, 2015.

BOWEN, G.A. Naturalistic inquiry and the saturation concept: a research note. **Qualitative Research**, v. 8, n. 1, p. 137-152, 2008.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism: perspective e method**. Berkeley: University of Califórnia; 1969.

BRASIL, IBGE. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/borda-da-mata/panorama>. Acesso em maio de 2019.

BRASIL, Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. **Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio**. Organização Pan- Americana de Saúde, 2006.

BRASIL, Secretaria de Atenção a Saúde, **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php. Acesso em 22 de outubro de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil : 2017 a 2020** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui **Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS). **Eixo Políticas e Fundamentos**. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094953-001.pdf>

BRASIL. Portaria GM Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria%20do%20Ministerio%20da%20Saude%20GM%20N%203088%202011%202702.pdf>

BRASIL. Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em junho de 2019.

BRASIL. LEI Nº 13.819, DE 26 DE ABRIL DE 2019. **Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios**, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental; **Cadernos de Atenção Básica**, n.34:173. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. **Suicídio. Saber, agir e prevenir**, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em Julho 2019.

BURKE, T.A., HAMILTON, J.L., AMMERMAN, B.A., STANGE, J.P., ALLOY, L.B. Suicide risk characteristics among aborted, interrupted, and actual suicide attempters. **Psychiatry Res. Elsevier**; v. 64, p.242:357, 2016.

CÂMARA, M.C.; PEREIRA, M.A.O.,; Percepções de transtorno mental de usuários da Estratégia Saúde da Família, **Revista Gaúcha Enfermagem**; v. 31, n.4, p. 730-737, 2010.

CAMUS, A. O. Mito de Sísifo, 3ª ed. **Record**. Rio de Janeiro, 2006.

CANTÃO, L., BOTTI, NCL. Representação social do suicídio para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas, **Av Enferm**, v. 35,n.2,p. 148-158, 2017.

CARR M.J, et al. The epidemiology of self-harm in a UK-wide primary care patient cohort, 2001–2013. **BMC Psychiatry**, n.16, v.1, p. 53, 2016.

CARMONA-NAVARRO,M.C., PICHARDO-MARTÍNEZ, M.C. Attitudes of nursing professional toward suicidal behavior: Influence of emotional intelligence. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.20, n.6, p. 1161– 1168, 2012.

CARVALHO, L.B.; BOSI, M.L.M.; FREIRE, JC. Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 700-706, 2008.

CARVALHO, V.D.; BORGES, L.O., REGO; D.P. Interacionismo Simbólico: Origens, pressupostos e contribuições aos estudos de psicologia social. **Psicologia, Ciência e profissão**, n.30, v.1, p. 146-161, 2010.

CASSIANI, S. de B.; CALIRI, M.H.L., PELÁ, N.T.R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Rev. latino-am.enfermagem**, v. 4, n. 3, p. 75-88, 1996.

CASSORLA, R. M. S. O que é suicídio. São Paulo: **Brasiliense**, 1985.

CESCON, L.F., CAPOZZOLO, A.A., LIMA, L.C.. Aproximações e distanciamentos ao suicídio: Analisadores de um serviço de atenção psicossocial.**Saude soc.** V.27,n.1, 2018.

CHARMAZ, K. **A Construção da teoria fundamentada – Guia Prático para análise qualitativa**. Artmed, 2009.

CHARON J.M. Symbolic interacionism: an introduction, an interpretation, an integration. New Jersey: **Prentice-Hall**,1989.

CHARON, J.M. **Symbolic interactionism**. 5th ed. New Jersey: Prentice Hall, 1995.

CHAULIAC, N., PAYET, C., BROCHARD, N., MARGUE, Y. How does gatekeeper training improve suicide prevention for elderly people in nursing homes? A controlled study in 24 centres. **European Psychiatry**, 2016.

CHOI Y.J., LEE, W.Y. The prevalence of suicidal ideation and depression among primary care patients and current management in South Korea. **Int J of Mental Health Systems**, v.11, n.1,p. 18, 2017.

COSTA, T.S; MEDEIROS, R.C.; SOUSA, M.N.A.; UCHIDA,R.R.; MIRANDA, F.A.N. Intensidade e sintomas depressivos em usuários da estratégia saúde da família. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente** [Internet], 2017. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1189/1857>. Acesso em novembro, 2019.

COSTA,F.B. O Ensino da intervenção em crise suicida: uma proposta de currículo para o ensino à distância. **Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal do Rio de Janeiro**, Instituto de Medicina Social, 2017.

CONLON,M.,&O'TUATHAIL,C.Measuringemergency department tnurses'attitudes towards deliberate self-harm using the self-harm antipathy scale. **International emergencynursing**, 2012.

COULON, A. Etnometodologia. Petrópolis(RJ): **Vozes**; 1995.

CRESWELL, J.W. Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa: Escolhendo entre cinco abordagens. 3ª ed. Porto Alegre (RS): **Penso**; 2014.

CRESWELL, J. W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: **Artmed**, 2010.

DANTAS, C.C., LEITE, J.L., LIMA, S.B.S., STIPP, M.A.C. Teoria fundamentada nos dado - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem.**Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17, n.4, 2009.

DAOLIO, E.R., SILVA, J.V.Os significados e os motivos do suicídio: as representações sociais de pessoas residentes em Bragança Paulista. **Centro Universitário São Camilo**; v.3,n.1, p. 68-76, 2009.

DARÉ, P.K.;CAPONI, S.N. Cuidado ao indivíduo com depressão na atenção primária em saúde. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade** [Internet], 2017.

DE LEO, D.; DRAPER, B.M.; SNOWDON, J.; KOLVES, K. Contacts with health professionals before suicide: Missed opportunities for prevention? **Comprehensive Psychiatry**, v.54, n.7, p. 1117–1123. Oct. 2013.

DOBSCHA, S.K., et al. Correlates of suicide among veterans treated in primary care: Case–control study of a nationally representative sample. **J. General Internal Med.** v.29,n.4,p.853-60, 2014.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar/UFPR**, n. 24, p. 213-225, 2004.

DUPAS, G.,OLIVEIRA, I., COSTA, T.N.A. A importância do Interacionismo Simbólico na prática de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.31, n.2, p.219-26, 1997.

DURKHEIM, E. O Suicídio: Estudo de Sociologia. São Paulo. **Edipro**, 2014.

ENCICLOPÉDIA DELTA DE HISTÓRIA GERAL. **Delta**, v.1. Rio de Janeiro, 1969.

EUROGENAS – European Regions Eforcing Actions Against Suicide. **General Guidelines on Suicide Prevention**.WordkPackage 6. Disponível em: . Acesso em novembro, 2019.

FAIRMAN,N,MONTROSSTHOMAS,LP,WHITMORE,S,MEIER,EA,IRWIN,SA.W hat didImiss?Aqualitativeassessmentoftheimpactofpatientsuicideonhospiceclin- ical staff. **JournalofPalliative Medicine**, v.17, n.7, p. 832–836, 2014.

FERREIRA, ML, VARGAS, MAO, RODRIGUES, J, TRENTIN, D, BREHMER, LCF,LINO, MM. Comportamento Suicida e atenção primária à saúde: Uma Revisão Integrativa da Literatura.**Enferm. Foco**; v.9,n.4, p. 50-54, 2018.

FILHO, D.B.F., JÚNIOR, J.A.S. Desvendando os mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). **Revista Política Hoje**, v.18, n.1, p.115-146, 2009.

FIUZA, A.R, BARROS,N.F, Resenhas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.4,p2345-2350, 2011.

FOSTER, T., GILLESPIE, K., MCCLELLAND R.,. Mental disorders and suicide in Northern Ireland. **Br J Psychiatry**; n.170,np. 447-452, 1997.

FLEISCHMANN, A.; BERTOLETE, J.M., WASSERMAN, D, DE LEO D, BOLHARI J, BOTEGA N.J, DE SILVA D; PHILLIPS, M.; VIJAYAKUMAR, L.; VÄRNIK, A., SCHLEBUSCH; L., THANH; H.T. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. **Bull World Health Organ**. V.86,n.v 9, p.703-9, 2008.

FLICK, U. Métodos de pesquisa: Introdução a Pesquisa Qualitativa, 3ª ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2009.

FRASER, M.T.D., GONDIM, S.M.G. Da fala do outro ao texto negociado: Discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Revista Paidéia**, n.14, v, 28, p. 139 -152, 2004.

FRATESCHI, M.S.; CARDOSO, C.L. Saúde Mental na atenção primária à saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.545-565, 2014.

FREITAS, A.P.R; BORGES, L.M. Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. **Estud. pesqui. psicol.**, v. 14, n. 2, p. 560-577, 2014.

FREITAS, A.P.R., BORGES, L.M. Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n.1, p.50-60 2017.

FROSI, R. V., TESSER, C.D., Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil, **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.10, p. 3151-3161, 2015.

GENE, A.R. Environment Interaction and Suicidal Behavior. In: Dwiveldi, Y, editor. The Neurobiological Basis of suicide. Frontiers in Neuroscience, capítulo 10. **Filadelfia: Boca Raton**; 2010.

GLASER, B.G., STRAUSS, A.L. **The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research**. A Division of Transaction Publishers New Brunswick (U.S.A.) and London (U.K.), 1967.

GLASER, B.G. **Theoretical sensitivity**. Mill Valley: **Sociology Press**, 1978.

GODOY, A. S. Refletindo sobre critérios de qualidade da pesquisa qualitativa. **Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**, v. 3, n. 2, p. 81-89, mai./ago. 2005.

GRIMHOLT, T.K.; HAAVET, O.R.; JACOBSEN, D.; SANDVIK, L.; EKEBERG O. Perceived competence and attitudes towards patients with suicidal behaviour: a survey of general practitioners, psychiatrists and internists. **BMC Health Serv Res.** v.14, n.1, p. 208, 2014.

GULFI, A.; DRANSART, D.A.C.; HEEB, J.L; GUTJAHR, E.. The impact of patient suicide on the professional reactions and practices of mental health caregivers and social workers. Crisis: **The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention**, v. 31, n4, p.202-210, 2010.

HAGUETTE, T.M.F. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis(RJ): **Vozes**;1990.

HAGUETTE, T.M.F. Metodologias qualitativas na sociologia (4a ed.). Petrópolis, RJ: **Vozes**, 1995.

HALLGREN, K., et al. Prediction of suicide ideation and attempt among substance-using patients in primary care. **J of American Board of Family Med.** v.30, n.2, p.150-160, 2017.

HARRIS, E.C.; BARRACLOUGH, B.M. Suicide as na outcome for mental disorders: a meta-analysis. **Br J Psychiatry.** n170, p 205-228, 1997.

HAWTON, K., HARRISS, L, HODDER, K., SIMKIN, S., GUNNELL, D.. The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study. **PsycholMed.**;v. 31,n.5, p.827-836, 2001

HENDIN, H.;MALTSBERGER, J.T.; LIPSCHITZ, A.; HAAS, A.P.; KYLE, J. Recognizing and responding to a suicide crisis. **Ann N Y Acad Sci.** v.932,p.169–186, 2001.

HOOPER, L.M., et al. Predictors of primary care physicians' self-reported intention to conduct suicide risk assessments. **The Journal of Behavioral Health Services & Research**; v.39, n.2, p.103-115, 2012.

HOVEY, J.D. Religion and suicidal ideation in a sample of Latin American immigrants. **Psychol Rep**, v.85,p.171-177, 1999.

INDU, P.S., et al. Prevalence of depression and past suicide attempt in primary care. **Asian J of Psychiatry**, v.37,p.48-52, 2017.

ISACSSON, G.; RICH, L.C. Management of patients who deliberately harm themselves. **BMJ**, v.322, 2001.

JORDANS, M., et al. Suicidal ideation and behaviour among community and health care seeking populations in five low-and middle-income countries: a cross-sectional study. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, p.1-10, 2017.

KARMAN, P.; KOOL, N.; POSLAWSKY, I.E.; MEIJEL, B. Nurses' attitudes towards self-harm: A literature review. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v.22, n.1, p.65–75, 2015.

KERKHOF, J.F.M. Attempted Suicide: Patterns and Trends. In: Hawton and K van Heeringen editors. *The international Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Londres: **Ed. John Wiley e Sons Ltd**, 2000.

KING, K., et al. Suicide prevention: evaluation of a pilot intervention in a primary care context. **J of Mental Health**. v. 22, n. 5, p. 439-448, 2013.

KISHI, Y.; KUROSAWA, H.; MORIMURA, H.; HATTA, K., & THURBER, S. Attitudes of Japanese nursing personnel toward patients who have attempted suicide. **General Hospital Psychiatry**, v33, n4, p 393–397, 2011.

KOHLRAUSCH, E. J., **Avaliação das ações de saúde mental relacionadas ao indivíduo com comportamento suicida na estratégia saúde da família**. 208p (Doutorado) apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade do Rio Grande do Sul, 2012.

KOO, Y.W.; MCDONOUGH, M, ROSS; V, DE LEO. **Suicide Research: Selected Readings**. Volume 16. Australian Institute for Suicide Research and Prevention, 2016.

LAVILLE, C., DIONNE, J. A construção do saber: **Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Artmed, 1999.

LEECH, N.L., ONWUEGBUZIE, A.J. A Typology of mixed methods research designs, Springer Science, **Business Media B.V.** 2007.

LEENAARS, A.; CANTOR, C.; CONNOLLY, J.; ECHOHAWK, M.; GAILIENE, D.; HE, Z.X.; KOKORINA, N.; LESTER, D.; LOPATIN, A.A; RODRIGUEZ, M.; SCHLEBUSCH, L.; TAKAHASHI, Y.; WENCKSTERN, S. Controlling the environment to prevent suicide: international perspectives. **Can J Psychiatry**. v.45, n.7, p.639-644, 2000.

LEAVEY G., et al. Patterns and predictors of help-seeking contacts with health services and general practitioner detection of suicidality prior to suicide: a cohort analysis of suicides occurring over a two-year period. **BMC Psychiatry**, v.15, n.1, p.120, 2016.

LEITE, J.L. , SILVA, L.J. , OLIVEIRA, R.M.V., STIPP, M.A.C. Reflexões sobre o pesquisador nas trilhas da Teoria Fundamentada nos Dados. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.3, p. 772-777,2012.

LESTER, D. Decriminalization of suicide in seven nations and suicide rates. **Psychol Rep.** p.91:898,2002. Disponível em: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13811110590903972#.VBsU1vl_vng. Acesso em abril 2019.

LINS, R.C. **Ciências da Religião: história e sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 35-55, 2016.

LOFLAND,J.; LOFLAND, L.H. Analysing social settings . 2ed. **Belmont**, CA: Wadsworth, 1984.

LUOMA, J.B.;MARTIN, C.E., PEARSON, J.L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. **Am J Psychiatry**. v.159,n.6, p.909-916, 2002.

MACENTE, L.B.; SANTOS, E.G.; ZANDONADE, E., Tentativas de suicídio e suicídio em município de cultura Pomerana no interior do estado do Espírito Santo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.58,n.4, p.238-244, 2009.

MCCARTHY,L,GIJBELS,H. An examination of emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm in an Irish teaching hospital. **International Emergency Nursing**, v.18, n.1, p. 29-35 2010.

MADEIRA, T.C.S.; AGUIAR, M.I.F.; BERNARDES ACF, ROLIM ILTP, SILVA RP, BRAGAET VAB. Depressão em idosos hipertensos e diabéticos no contexto da Atenção Primária em **Saúde. Rev. APS**, 2013.

MAGALHÃES, C. A.; NEVES, D. M. M.; BRITO,L. M. D. M.; LEITE, B.B.C., PIMENTA,M.M.F, VIDAL,C.E.L, Atitudes de estudantes de medicina em relação ao suicídio. **Revista Brasileira de educação médica**. v. 38, n.04, p 470-476, 2014.

MAGRINI, D. F. O significado de suicídio e atitudes de profissionais de enfermagem que atuam em emergências. **Dissertação de Mestrado Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, 2016.

MANN, J.J. A current perspective of suicide and attempted suicide. **Ann Intern Med.** v.136, n.4, p. 302-311, 2002.

MANZINI, J.E. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e roteiros. In: **Seminário Internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos. A pesquisa qualitativa em debate.** Anais Bauru: USC, 2004.

MARCONI, M.A., LAKATOS, E.M. Fundamentos da metodologia científica. Ed. 5. Editora **Atlas**, 2003.

MCCANN, T.; CLARK, E, MCCONNACHIE, Y.; HARVEY, I. Accident and emergency nurses' attitudes towards patients who self-harm. **Accident Emergency Nurs.** v.14, p. 4–10, 2006.

MELLO R.B.; CUNHA, C.J.C.A. Grounded theory. In.: Godoi C.K.; Mello R.B.; Silva A.B., organizador. Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos. 2ª ed. São Paulo: **Saraiva**, p. 241-66, 2010.

MENON, V. Suicide risk assessment and formulation: An update. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 6, n. 5, p. 430–435. 2013.

MEYER, D., et al. Development of a Suicidal Ideation Detection Tool for Primary Healthcare Settings: Using Open Access Online Psychosocial Data. **Telemedicine and e-Health**. 2017; v.23n.4,p.273-281, 2017.

MICHAIL, M. & TAIT, L. Exploring general practitioners' views and experiences on suicide risk assessment and management of young people in primary care: a qualitative study in the UK. **BMJ open**, v6,n1, 2016.

MIGUEL, F.V.C. A Entrevista como instrumento para investigação em pesquisas qualitativas no campo da lingüística aplicada. **Revista Odisséia – PPgEL/ UFRN**, n5, 2010.

MINAYO, M. C. S. Análise Qualitativa: Teoria, passos, fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 3, p.621-626, 2012.

MINAYO, M.C.; DESLANDES, S.F.; NETO, O. C. et al. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 25 ed.. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, M.C.S. Suicídio: violência auto-infligida. In: **Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: MS; p. 205-39, 2005.

MINOIS, G. História do suicídio. São Paulo, Ed. **Unesp**, 2018.

MISHARA, B. L., & WEISSTUB, D. N. The legal status of suicide: A global review. **International Journal of Law and Psychiatry**, v.44, n., p. 54–74, 2016.

MOLINER, J.; LOPES, S.M.B. Saúde Mental na Atenção Básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.4, p.1072-1083, 201

MONTGOMERY, P.; BAILEY, P.H. Field Notes and Theoretical Memos in Grounded Theory. **West J Nurs Res**, v. 29, n.1, p. 65-79, 2007.

MORAES, S. M.; MAGRINI, D. F.; ZANETTI, A. C. G.; SANTOS, M. A. dos, & VEDANA, K. G. G. **Attitudes and associated factors related to suicide among nursing undergraduates**, v29,n6,p 643–649, 2016.

MORAIS, S.R.S; SOUSA, GMC. Representações sociais do suicídio pela comunidade de dormentes – PE. *Psicologia: ciência e profissão*,v. 31, n.1, p. 160-175, 2011.

MOREIRA, A.A., LOTUFO NETO, F, KOENING, HG. Religiousness and mental health: A review. **Rev.Bras Psiquiatria**, v.28,n.3, p.242-50, 2006.

MOTTA, C.C.L.; MORE´, C.L.O.O.; NUNES, C.H.S.S. O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva** [Internet],2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0911.pdf>. Acesso setembro, 2019.

MUELLER, M. A., WAAS, G. A. College students’ perceptions of suicide: the role of empathy on attitudes, evaluation, and responsiveness. **Death studies**, v.26,n.4, p. 325-341, 2002.

MÜLLER,S. A.; PEREIRA, G.; ZANON, R.B.Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial, **Revista de Psicologia da IMED**, v.9, n. 2, p. 6-23, 2017.

MUÑOZ, J.L., GÓMEZ, M.C.S., VICARIO, B.P., MARTÍN, MAF. Modelos de intervención en la conducta suicida según diferentes profesionales sanitários em España: resultados Del proyecto EUROGENAS. **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n.2, p.146-154, 2014.

MWAPW, L, SIKWESE, A, KAPUNGWE A, MWANZA J, FLISHER A, LUND C. et al. Integrating mental health into primary health care in Zambia: a care provider's perspective. **Int. Journal mental health syst**; v.4, p.21-29, 2010.

NEBHINANI, M.; NEBHIMANI, N.; TAMPHASANA, L.; GAIKWAD AD. Nursing students' attitude towards suicide attempters: A study from rural part of Northern India. **Journal Neurosciences in Rural Practice**, v.4, n. 4, p.400–407, 2013.

NOCK, M K; KESSLER R C. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. **J AbnormPsychol**, [Internet]. 2006 [citado 2014 sep. 19]; 115(3): 616-623. Disponível em: <http://jreiss.psych.udel.edu/616.pdf> DOI: 10.1037/0021- 843X.115.3.616.

NORHEIM, AB, GRIMHOLT, TK, LOSKUTOVA, E, EKEBERG, O. Attitudes toward suicidal behaviour among professionals at mental health outpatient clinics in Stavropol, Russia and Oslo, Norway. **BMC Psychiatry**, v.16, n.1, p. 268, 2016.

NSAMENANG, S.A., et al. Depressive symptoms and interpersonal needs as mediators of forgiveness and suicidal behavior among rural primary care patients. **J of Affective Disorders**, v.149, n.1, p. 282-290, 2013.

O'CATHAIN A.;MURPHY, E., NICHOLL ,J. **Three techniques for integrating data in mixed methods studies**,BMJ; 341:c 4587, 2010.

O'CONNOR, R.; SHEEHY, N. Understanding suicidal behaviour. London: British **Psychol. Society**, 2000.

OLDHAM J M. Borderline personality disorder and suicidality. **Am J Psychiatry**, [Internet]. 2006. Disponível em: <http://journals.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=177987> DOI: 10.1176/appi.ajp.163.1.20

OLIVEIRA, C.T.; COLLARES, L;A., NOAL, M.H.O.; DIAS, ACG. Percepções de uma equipe de saúde mental sobre o comportamento suicida. Gerais, **Rev. Interinst. Psicol**. v.9, n.1, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Transtornos mentais e comportamentais. Departamento de Saúde Mental. Genebra, 2000. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf. Acesso em 29 de fevereiro do 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Saúde Pública Ação para Prevenção do Suicídio: Uma Estrutura, 2012. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suic%C3%ADdio-traduzido.pdf>. Acesso em Julho 2019.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPS). **Prevención de la conducta suicida**. Washington, DC, 2016. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31167/9789275319192-spa.pdf>. Acesso em Julho 2019.

OSAFO, J.; KNIZEK, B.L. AKOTIA, C.S.; HJELMELAND, H. Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: A qualitative study. **International Journal of Nursing Studies**, v.49, n. 6, p. 691–700, 2012.

OSBORN D, LEVY G, NAZARETH I, KING M. Suicide and severe mental illnesses. Cohort study within the UK general practice research database. **Schizophr Res**, [Internet]. 2008 [citado 2014 sep. 19]; 99(1-3): 134-138. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996407005361> en DOI: 10.1016/j.schres.2007.11.025.

OUZOUNI, C, NAKAKIS,K. Nurses' attitudes towards attempted suicide, **Health Science Journal** , v.7, n1, p. 119-134, 2013.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; et. al, o sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, 2011, 6736(11):60054-8.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. Princípios de Bioestatística. 2 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2011. 506p.

PALLANT, J. **SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis using SPSS for Windows**. Journeys in Survey Research, 4th edition, Open University Press. 2010.

PALHARES, P.A; BAHLS, S.C O suicídio nas civilizações: um aetomada histórica. Revista Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, v. 97, n. 84, 2003.

PATTERSON, P.; WHITTINGTON R; BOGG J. Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: the Self-Harm Antipathy Scale (SHAS). **J PsychiatrMent Health Nurs**. V. 14, n.5, p.438-45, 2007.

PIRES, M.C.C.; RAPOSO,M.C.F.; SOUGEY, E.B.; FILHO, O.C.B; SILVA. T.S.; PASSOS, M.P. Indicadores para tentativa de suicídio por envenenamento: um estudo de caso-controle, **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 64, n 03, p. 193-199, 2014.

POPE, C.; MAYS, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3ª ed. Porto Alegre: **Artmed**; 2009.

RAMBERG, I.L.; DI LUCCA, M. A.; HADLACZKY, G. The Impact of Knowledge of Suicide Prevention and Work Experience among Clinical Staff on Attitudes towards Working with Suicidal Patients and Suicide Prevention. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.13, n.2 p.195, 2016.

RAMOS, I.N.B. **Suicídio: um tema pouco conhecido na formação médica**. [dissertação]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina UFRJ; 2011.

RANDEMARK, N.F.R. **Reabilitação psicossocial de pessoas com transtorno mental no contexto da reforma psiquiátrica brasileira: representações das famílias**. 2006. 270 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

RANJAN,R.; SAURABH, K., PATTANAYAK, ,R.,D., DHAWAN, A., SAGAR, R. (De-) criminalization of attempted suicide in India: A review. **Ind Psychiatry J.**, v. 23,n.1, p. 4–9, 2014.

RIIHIMÄKI, K., et al. Incidence and predictors of suicide attempts among primary-care patients with depressive disorders: a 5-year prospective study. **Psychological Med.** v. 44, n.2, p. 291-302, 2014.

ROTHES, I.A.; HENRIQUES, M.R.; LEAL, J.B.; LEMOS, M.S. Facing a Patient Who Seeks Help After a Suicide Attempt: The Difficulties of Health Professionals. **Crisis**, v.35, n.2, p.110–122, 2014.

ROTHES, A.L.;HENRIQUES, M.R. ; CORREIA, R.S. Suicídio de um paciente: a experiência de médicos e psicólogos portugueses. **Rev. Port. Sau. Pub.**, v.31, n.2, p.193-203, 2013.

SAMUELSSON, M.; SUNBRING, Y.; WINELL, I.; ÅSBERG, M. Nurses' attitudes to attempted suicide patients. **Scand J CaringSci.**, v.11, n.4, p.232-7, 1997.

SANTANA, B.C.; CORREIA, J.A.; GUIMARÃES, S.L.; CANAL, D.F.; BALBINO, L.A.M. A história da morte no ocidente e o contexto social como fator de risco para o suicídio. **Rev. Ambiente Acadêmico**, v1, n 2,p 42-58, 2015.

SANTOS, E.M. **Representações sociais sobre o cuidado em saúde mental na atenção básica: percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família**(Doutorado), 2014. Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, [s.n.], 2014.

SANTOS, J.C. Suicide: can we prevent the most mysterious act of the human being? **Ver PortEnferm Saúde Mental**. [Internet]. 2015. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000100001

SANTOS, J.C.; SIMÕES, R.M.P.; ERSE, M.P.Q.A.; FAÇANHA, J.D.N.; MARQUES, L.A.F.A. Impacto da formação “+ Contigo” nos conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde acerca do suicídio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.22, n.4, p.679-84, 2014.

SANTOS, J.G; ERDMANN A.L.; SOUSA, F.G.M.; LANZONI, G.M.M.; MELO, A.L.S.F.; LEITE, J.L. Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde, **Escola Anna Nery**, v.20,n.3, 2015.

SANTOS, S.A.; LOVISI, G.; LEGAY, L.; ABELHA L., Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 2064-2074, 2009.

SCHMIDTKE, A.; BILLIE-BRAHE,U.; DE LEO,D.; KERKHOF,A.; BJERKE, T.; CREPET,P.et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. **Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide**. *Acta Psychiatr Scand*, v 5, n 93, p327-338,1996.

SEIDMAN, I. E. Interviewing as qualitative research. A Guide for Researchers in Education and the Social Sciences. Columbia: **Teachers College Press**, 1991.

SCHNEIDER, B.; GREBNER, K.; SCHNABEL, A; HAMPEL, H.; GEORGI, R.; SEIDLER, A. Impact of employment status and work-related factors on risk of completed suicide. A case-control psychological autopsy study. **Psychiatry Res**, [Internet]. 2011 [citado 2014 sep. 19]; 190(2-3), 265-270. Disponível em: [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21890214](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21890214) doi: 10.1016/j. psychres.2011.07.037.

SCOCCO,P;TOFFOL,E.;PILOTTO,E.;PERTILE,R.Psychiatrists'emotionalreactionst o patientsuicidalbehavior.**JournalofPsychiatricPractice**,v.18, n.2, p94–108, 2012.

SJOBIN, SMT. Custos diretos e indiretos de tentativas de suicídio de alta letalidade internadas em hospital geral. **Dissertação (Mestrado)**, 2013. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2013.

SILVA, A.L.; CAMILLO, S.O. A educação em enfermagem à luz do paradigma da complexidade. **RevEscEnferm USP**, v.41,n. 3, p.403-410, 2007.

SILVA, L.L.T. Atitudes e percepções de estudantes e professores de enfermagem frente ao suicídio de adolescentes. **Tese apresentada ao Programa de Pós- graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina**, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2014.

SILVA, L.L.T., MADEIRA, A.M.F. Tentativas de autoextermínio entre adolescentes e jovens: Uma análise compreensiva. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v.3, n.4, p.1281-1289, 2014.

SILVA, M.M. Suicídio: Trama da Comunicação. **Livrus**, 2ed. São Paulo, 2017.

SILVA, N.K.N.; CARVALHO, C.M.S.; MAGALHÃES, J.M.; JUNIOR, J.A.M.C.; SOUSA, B.V.S.; MOREIRA, W.C. Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v.13, n.2, p.71-77, 2017.

SILVA, N.H.L.P.; CARDOSO, C.L. A construção de uma pesquisa fenomenológica em Edith Stein na interface Saúde Mental e Saúde da Família. In: MAHFOUD, M.; MASSIMI, M.(Orgs). Edith Stein e a psicologia: teoria e pesquisa. Belo Horizonte: **Artesã**, 2013.

SILVA, V.P.; BOEMER, M.R.. O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n.2, p. 143-152, 2004.

SMITH, A.R.; SILVA, C., COVINGTON, D.W., JOINER, T.E. An assessment of suiciderelated knowledge and skills among health professionals. **Health Psychol.**; v.33, n.2, p;110-9, 2014.

SRIVASTAVA, M.; TIWARI, R.A Comparative Study of Attitude of Mental Health Versus Nonmental Professionals toward Suicide Indian. **Indian Journal of Psychological Medicine.** v.34, n. 1, p. 66–69, 2012.

STRAUSS A., CORBIN J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª ed. Porto Alegre (RS): **Artmed**; 2008.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Basics of qualitative research. Thousand Lage Daks: Lage Publications**, 1990.

STRAUSS, A.L. **Qualitative analysisfor social scientists**.New York, Cambridge University Press, 1987.

STEFANELLO, S.; CAIS, C.F.S.; MAURO, M.L.F.; FREITAS, G.V.S.; BOTEGA, N.J. Diferenças entre os sexos nas tentativas de suicídio: resultados iniciais do estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida (SUPRE-MISS) obtidos em Campinas, Brasil. **Rev. Bras. Psiquiatr.** vol.30 no.2 São Paulo, 2008.

STORINO, B.D.; CAMPOS, C.F.; CHICATA, L.C.O.; CAMPOS, M.A.; MATOS, M.S.C.; NUNES, R.M.C.M.; VIDAL, C.E.L. Atitudes de profissionais da Saúde em relação ao comportamento suicida; **Cad. Saúde Colet.**, 2018, v.26,n.4, p. 369-377, 2018.

SUOMINEN, K.; ISOMETSA, E.; SUOKAS, J.; HAUKKA, J.; ACHTE, K., & LONNQVIST, J. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. **Am J Psychiatry**, v.161,n. 3, p.562-563, 2004.

TALSETH, A.G.;& GILJE, F. Unburdening suffering: responses of psychiatrists to patients' suicide deaths. **NursingEthics**, v14,n5,p. 620–636, 2007.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente- um modo de fazer**. Capítulo IV. São Paulo; Edusp, 2001.

TANAKA, O.Y.; RIBEIRO, E.L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc. saúde coletiva**. v.14,n.2, p. 477-86, 2009.

TAROZZI, M. O que é groundedtheory? Metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados. Petrópolis (RJ): **Voices**; 2011.

TAYLOR, T.L.; HAWTON, K.; FORTUNE, S.; KAPUR, N. Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. **Br J Psychiatry**, v.194, n.2, p.104-10, 2009.

TERPSTRA, S.; BEEKMAN, A.A.; ABBING, J.; JAKEN, S.; STEENDAM, M.; GILISSEN, R. What Did I Miss? A Qualitative Assessment of the Impact of Patient Suicide on Hospice Clinical Staff.**Journal of palliative medicine**, v. 17, n. 7, 2014.

TERPSTRA, S.; BEEKMAN, A.A.; ABBING, J.; JAKEN, S.; STEENDAM, M.; GILISSEN, R. Suicide prevention gatekeeper training in the Netherlands improves gatekeepers' knowledge of suicide prevention and their confidence to discuss suicidality, an observational study. **BMC Public Health**, v.18, n.637, p. 3-8, 2018

TING, L.; JACOBSON, J.F.; SANDERS, S. Current Levels of Perceived Stress among Mental Health Social Workers Who Work with Suicidal Clients. **Social Work** ,v. 56, n.4, 2011.

TREZZA, M.C.S.F. Construindo através da doença possibilidades de sua libertação para uma outra forma de viver: um modelo teórico representativo da experiência de pessoas que tiveram câncer. (**Doutorado**), 2002, Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 2002.

TRIOLA, M. F. **Introdução à Estatística**. 9ª. Ed. LTC - Livros Técnicos e Científicos. Editora S.A., Rio de Janeiro, 2005.

VEDANA, G.G.K.; MAGRINI, F.D.; MIASSO, I.A.; ZANETTI, C.A.G.; SOUZA, J.; BORGES, L.T. Emergency Nursing Experiences in Assisting People With Suicidal Behavior: A Grounded Theory Study. **Archives of Psychiatric Nursing**, v31, n 4, p 345-351, 2016.

VEDANA, G.G.K.; MAGRINI, F.D.; MIASSO, I.A.; ZANETTI, C.A.G.; BORGES, T.L.; SANTOS, M.A. Attitudes Towards Suicidal Behaviour And Associated Factors Among Nursing Professionals: A Quantitative Study. **J Psychiatr Ment Health Nurs**. v.24, p.651-659, 2017.

VEDANA, K.G.G.; MAGRINI, D.F.; ZANETTI, A.C.G.; *et al.* Attitudes towards suicidal behaviour and associated factors among nursing professionals: a quantitative study. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 24, n. 9-10, p. 651-659, 2017.

VEDANA, K.G.G.; ZANETTI, A.C.G. Atitudes de estudantes de enfermagem relacionadas ao comportamento suicida. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.27, n.3116, 2019.

VIDAL, C.E.L.; GONTIJO, AD. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cad. Saúde Colet.**, v.21, n.2, p.108-114, 2013.

VERÍSSIMO, E. O resto é silêncio. **Cia das Letras**, 1ª ed., 2008.

WASSERMAN, D. **A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process**. In: D Wasserman (ed.). *Suicide: An Unnecessary Death*. London: Martin Dunitz. p.13-27, 2001.

WHEATLEY, M., AUSTIN-PAYNE, H. Nursing staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adults and adolescents in an inpatient setting. **Behav Cogn Psychother**. v.37, n.3, p. 293-309, 2009.

WERLANG, B.G.; BOTEGA, N. J. Comportamento suicida. Porto Alegre: **Artmed**, Editora, 2004.

WERLANG, B.G.; ASNIS, N. Prespectiva histórico-religiosa. In: Werlang BSG, Botega NJ. Comportamento suicida. Porto Alegre: **Artmed**, 2004. p. 59-73.

WERLANG, B.S.G.; MACEDO, K.; KRÜGER, L.L. Perspectiva psicológica. In: Werlang BSG, Botega NJ et al. Comportamento suicida. Porto Alegre: **Artmed**; p. 75-92, 2004.

WERTH, J.L. Rational suicide? Implications for mental health professionals. London: Taylor & Francis, 1996. Disponível em: <https://garimpoliterario.wordpress.com/2016/09/04/resenhas-sofrimentos-do-jovem-werther-goethe/>. Acesso em abril de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide: A global imperative. 2014**. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/8/9789241564878_eng.pdf?ua=1&ua=1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Multisite intervention study on suicidal behaviors**. Geneva, 2002. Acesso em novembro, 2017. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/preventin/suicide/supremiss/en/

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. **Declaration of Alma Ata**. Alma Ata: Cazaquistão, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. First International Conference on Health Promotion, **Ottawa Charter for health promotion**. Ottawa: Canadá, 1986.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Comprehensive mental health action plan 2013-2020**. Geneva, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**. Geneva, 2002.

WURST, F.M.; KUNZ, I.; SKIPPER, G.; WOLFERSDORF, M.; BEIN, K.H.; THON N. The therapist's reaction to a patient's suicide: results of a survey and implications for health care professionals' well-being. **Crisis**, **32**, p.99-105, 2011.

YADWAD, B.S.; GOUDA, H.S. Is attempted suicide and offence? **J Indian Acad Forens Med**. v.27, p. 108-111, 2005.

YAMAUCHI, T.; FUJITA, T.; TACHIMORI, H.; YAMAUCHI, T.; FUJITA, T.; TACHIMORI, H.; TAKESHIMA, T.; INAGAKI, M.; SUDO, A. Age-adjusted relative suicide risk by marital and employment status over the past 25 years in Japan. **J Public Health (Oxf)** [Internet] v.35,n1,p. 49-56, 2013. Disponível em: <http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/35/1/49.short> doi: 10.1093/pubmed/fds054

YOUNES N., et al. Particular difficulties faced by GPs with young adults who will attempt suicide: a cross-sectional study. **BMC Family Practice**, v.14, n.1,p. 68, 2013.

ZADRAVEC, T.; GRAD, O. Origins of suicidality: compatibility of layand expert belirfs – Qualitative study.**Pshychiatria Danubina**, v.25, n.2, p.152-155, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Prezado Profissional dos Serviços de Atenção Básica.

Vimos, por meio deste, convidá-lo a participar do projeto intitulado **“Significados e atitudes do comportamento suicida na perspectiva de profissionais da Estratégia de Saúde da Família”**, com objetivo geral de compreender o significado e as atitudes relacionadas ao suicídio na perspectiva dos profissionais de Estratégia de Saúde da Família. Sua participação poderá envolver duas etapas. Na primeira etapa solicitaremos seu auxílio para responder ao questionário auto-aplicável de atitudes em relação ao comportamento suicida, que leva aproximadamente 10 minutos para ser respondido. Você também poderá ser convidado a participar da segunda etapa que será uma entrevista audiogravada com questões abertas sobre suas vivências profissionais relacionadas ao suicídio e o que você pensa sobre esse assunto. O tempo previsto para a realização da entrevista é de 30 a 40 minutos. A entrevista será realizada em local privativo e serão programadas de forma a não prejudicar seu trabalho. Assim, solicitamos sua colaboração e autorização para responder ao questionário e, se necessário, participar da entrevista. Esclarecemos que sua identidade será mantida em sigilo e, ao término do estudo, apenas os resultados serão divulgados nos diversos meios de comunicação (como revistas científicas). Esclarecemos que sua participação nesta pesquisa não será paga e não lhe trará gastos financeiros.

Caso precise, poderá entrar em contato conosco por qualquer motivo, inclusive para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que o (a) senhor (a) sofra com prejuízos por parte dos pesquisadores. Comprometemo-nos a prestar quaisquer informações e esclarecimentos adicionais, diante de dúvidas a respeito da pesquisa que por ventura possam correr. Neste caso, é possível contatar os pesquisadores pelo telefone (16) 3315-3386 ou (35) 3445- 4939 ou e-mail: kellygiacchero@eerp.usp.br e linejm@usp.br e o Comitê de Ética em Pesquisa da EERP através do telefone (16) 3315-3386 ou no Av. Bandeirantes, 3900 de segunda à sexta das 8h às 17h. O Comitê de Ética tem finalidade de garantir a manutenção dos direitos humanos protegendo eticamente os participantes de pesquisas, pois avalia as pesquisas em todas as etapas dos estudos envolvendo seres humanos desde a elaboração do projeto até o relatório final. Ressaltamos que o desenvolvimento da presente pesquisa foi aprovado pelo CEP-EERP.

O senhor (a) tem o direito à indenização caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Os riscos e/ou desconforto de participação do estudo são mínimos e estão relacionados ao tempo gasto para a entrevista e ao desconforto em responder algumas questões. Para minimizar tais questões, poderemos escutá-lo falar sobre outro assunto ou interromper a entrevista de acordo com suas necessidades. Sua participação poderá trazer benefícios para a qualificação da assistência ao cliente em comportamento suicida

Se o (a) sr(a) aceitar participar dessa pesquisa o fará de forma voluntária e deverá assinar este termo de consentimento em duas vias, sendo que uma via assinada ficará com você. Antecipadamente, agradecemos e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Kelly Graziani Giacchero Vedana
Pesquisador Responsável

Aline Siqueira de Almeida
Doutoranda

Eu, _____ declaro que estou devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos e concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Local _____ / _____ / _____

Assinatura do participante

APÊNDICE B

Roteiro para coleta dos dados sociodemográficos dos profissionais de saúde

Nº do funcionário no Banco de Dados _____

1. Gênero: () 1. Feminino () 2. Masculino
2. Serviço: () 1.ESF Santa Cruz () 2.ESF Centro () 3.ESF Nossa Senhora de Fátima () 4.ESF Santa Rita () 5.ESF Sertãozinho () 6.ESF Cervo
3. Função/Profissão: () 1. Enfermeiro () 2. Médico() 3.Auxiliar/Técnico de Enfermagem
4. Data de nascimento: ____/____/____ Data da entrevista: ____/____/____
5. Formação: () 1.Técnico/Profissionalizante () 2.Superior incompleto () 3.Superior completo () 4.Especialização/Residência () 5.Mestrado () 6.Doutorado
6. Você possui formação específica em Saúde Mental? () 1. Sim () 2. Não
7. Tempo de exercício na profissão (anos completos):
8. Tempo de exercício nessa unidade (anos completos):
9. Já trabalhou em serviço de Psiquiatria ou Saúde Mental? () 1.Sim () 2.Não Se Sim, há quanto tempo (aproximadamente)? ____anos ou ____meses
10. Você já recebeu treinamento específico sobre suicídio? () 1.Sim () 2.Não Se sim, há quanto tempo (aproximadamente)? ____anos ou ____meses
11. Você já teve contato com alguma pessoa que tentou suicídio? () 1. Sim () 2. Não Quantas? _____
12. Você já leu algum material específico sobre suicídio? () 1. Sim () 2. Não

APÊNDICE C

Roteiro para coleta dos dados sociodemográficos de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Nº do ACS no Banco de Dados _____

1. Gênero: () 1. Feminino () 2. Masculino
2. Serviço: () 1.ESF Santa Cruz () 2.ESF Centro () 3.ESF Nossa Senhora de Fátima () 4.ESF Santa Rita () 5.ESF Sertãozinho () 6.ESF Cervo
3. Data de nascimento: ____/____/____ Data da entrevista: ____/____/____
4. Há quanto tempo trabalha como ACS? _____ (anos completos)
5. Há quanto tempo trabalha como ACS nessa unidade? _____ (anos completos)
6. Você possui algum curso de capacitação em Saúde Mental? () 1. Sim () 2. Não
7. Você já recebeu treinamento específico sobre suicídio? () 1. Sim () 2. Não Se sim, há quanto tempo (aproximadamente)? _____ anos ou _____ meses
8. Você já teve contato com alguma pessoa que tentou suicídio? () 1. Sim () 2. Não Quantas? _____
9. Você já leu algum material específico sobre suicídio? () 1. Sim () 2. Não

ANEXOS

ANEXO A

QUESTIONÁRIO DE ATITUDES EM RELAÇÃO AO
COMPORTAMENTO SUICIDA

Este questionário pesquisa atitudes em relação ao comportamento suicida.

Evite pensar demais para responder. Estamos interessados em sua resposta espontânea, a primeira idéia que lhe ocorrer, sem se preocupar se é "certo" ou "errado".

Algumas informações solicitadas logo abaixo permitirão criar um código. Desse modo, você não será identificado quando analisarmos os dados. Por favor, use LETRA DE FORMA.

Agradecemos sua participação.

Ao responder as questões, **assinale com um traço** a posição que mais se aproximar de sua opinião. Veja nos exemplos abaixo:

EXEMPLOS

"EU GOSTO DE OUVIR MÚSICA SERTANEJA"

Discordo totalmente _____ / _____ Concordo plenamente

A resposta acima indica concordância com a proposição, mas não uma concordância total. A concordância total seria indicada por um traço ao final da linha, como abaixo:

Discordo totalmente _____ / _____ Concordo plenamente

Se, em relação à afirmativa, você não tiver opinião formada ou for indiferente, assinale no centro da linha, como indicado:

Discordo totalmente _____ / _____ Concordo plenamente

1. Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

2. Quem fica a ameaçar, geralmente não se mata

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

3. Apesar de tudo, penso que, se uma pessoa deseja se matar, ela tem esse direito

Discordo _____ Concordo
totalmente plenamente

4. Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho

Discordo _____ Concordo
totalmente plenamente

5. No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio

Discordo _____ Concordo
totalmente plenamente

6. A vida é um dom de Deus, e só Ele pode tirar

Discordo _____ Concordo
totalmente plenamente

7. Sinto-me capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar

Discordo _____ Concordo
totalmente plenamente

8. Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental

Discordo _____ Concordo
totalmente plenamente

9. Tenho receio de perguntar sobre idéias de suicídio, e acabar induzindo o paciente a isso

Discordo _____ Concordo
totalmente plenamente

10. Tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio

Discordo _____ Concordo
totalmente plenamente

11. É preciso ter certa dose de coragem para se matar

Discordo _____ Concordo
totalmente plenamente

12. Sinto-me inseguro(a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio

Discordo _____ Concordo
totalmente plenamente

13. No fundo, às vezes dá até raiva, porque tanta gente querendo viver... e aquele paciente querendo morrer

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

14. Se eu sugerir uma interconsulta psiquiátrica para um paciente que falou em se matar, penso que isso será bem aceito pelo seu médico assistente

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

15. A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

16. Quem tem Deus no coração, não vai tentar se matar

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

17. No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável a idéia de suicídio

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

18. Quando uma pessoa fala de por fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

19. Quem quer se matar mesmo, não fica "tentando" se matar

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

20. Um paciente internado dificilmente se mata sem que tenha um forte motivo pra isso

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

21. Eu já passei por situações que me fizeram pensar em cometer suicídio

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

Obrigado por sua colaboração!

ANEXO B

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Significado e atitudes relacionadas ao suicídio na perspectiva dos profissionais de Estratégia Saúde da Família.

Pesquisador: Kelly Graziani Giaccherro Vedana

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56529816.0.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.636.298

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa e quantitativa sobre o significado e atitudes do suicídio na perspectiva dos trabalhadores da atenção básica (equipes de saúde da família). Segundo os autores: "O procedimento de coleta de dados será apresentado em duas etapas para descrição didática dos procedimentos metodológicos empregados para atingir os objetivos propostos. Primeira Etapa: todos os profissionais que atenderem aos critérios de seleção e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido serão convidados a participar da primeira etapa do estudo. A primeira etapa será a aplicação do Questionário Sociodemográfico (Apêndices 1 e 2), e ao Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida – QUACS (Anexo 1). O Questionário Sociodemográfico direcionado aos profissionais com ensino superior contem questões relacionadas à idade, gênero, atuação profissional, formação e treinamento, formação ou experiência profissional diretamente relacionada à psiquiatria (Apêndice 1). Os Agentes Comunitários de Saúde responderão a outro Questionário Sociodemográfico (Apêndice 2) contendo informações relacionadas". O referencial teórico metodológico é o da Teoria Fundamentada nos Dados.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

CEP: 14.040-902

E-mail: cep@erp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.636.298

Compreender o significado e as atitudes relacionadas ao suicídio na perspectiva dos profissionais de Estratégia Saúde da Família.

Objetivos específicos

Investigar as atitudes dos profissionais de Estratégias de Saúde da Família relacionadas ao suicídio;

Compreender o significado do suicídio na perspectiva dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família;

Compreender as experiências e o impacto do suicídio na perspectiva de profissionais da Estratégia Saúde da Família;

Identificar as ações das equipes de Estratégia Saúde da Família na assistência ao paciente em risco suicida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos citados no plataforma Brasil são:

"Neste estudo os riscos estão relacionados ao tempo destinado à aplicação do questionário ou às entrevistas e à possibilidade de que os entrevistados sintam algum desconforto ao falar sobre o suicídio. Para minimizar tais questões, será sugerido aos entrevistados que não se sintam pressionados a falar sobre algum assunto sobre o qual não queiram abordar. Ademais, caso haja desconforto, o entrevistado poderá optar entre evitar o assunto que gera desconforto ou ser ouvido, a depender da necessidade e escolha do participante".

Os benefícios:

"O benefício pode ser a oportunidade de que os participantes possam ter escuta para discorrer sobre assuntos de seu próprio interesse". Os mesmos também são citados no projeto e acrescido do manejo de riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante que associa a saúde mental (no caso o suicídio) e a atenção básica (equipes de saúde da família). O estudo é importante, pois pode apresentar contribuições para esses dois campos de conhecimentos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os documentos: informações básicas do projeto, ofício de encaminhamento assinado pela pesquisadora e pela orientadora, TCLE para os profissionais da estratégia saúde da família, autorização do coordenador da atenção básica do município envolvido (Borda da Mata) e

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.636.298

folha de rosto devidamente assinada. O orçamento e cronograma constam do projeto. Também consta do projeto e-mail autorizando uso do instrumento em questão. O TCLE está em linguagem adequada e contém as informações pertinentes. No entanto, considero o tempo gasto para o preenchimento subestimado (apenas 10 minutos).

No projeto estão esclarecidas as questões para a entrevista: "As entrevistas serão iniciadas com a seguinte questão norteadora "Conte-me o que você pensa sobre o suicídio" e "Conte-me como é para você cuidar de alguém que tentou o suicídio".

No documento sobre os dados básicos do projeto da Plataforma Brasil os pesquisadores colocaram nos objetivos secundários aspectos metodológicos, repetindo-os depois no método.

Recomendações:

- Em cada nova versão do TCLE um novo documento deverá ser encaminhado para análise deste CEP, contendo data e versão, em nota de rodapé (Exemplo: VERSÃO02_TCLE_Mês/Ano);
- Orienta-se impressão do TCLE em frente e verso e, quando não for possível, as páginas devem ser enumeradas da seguinte forma: 1/4; 2/4; 3/4; 4/4, nesse caso deve ter um espaço para as rubricas do pesquisador e participante da pesquisa.
- Destacar as alterações realizadas nos documentos para que elas sejam mais facilmente identificadas pelo CEP;

No TCLE, projeto de pesquisa e Plataforma Brasil, rever o tempo de dez minutos estimado para a coleta dos dados demográficos e aplicação do questionário.

No TCLE deixar espaço para a colocação do número referente a aprovação do CEP.

Rever o objetivo secundário postado na Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado na 213 Reunião Ordinária do CEP/EERP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_706173.pdf	26/05/2016 16:25:15		Aceito
Declaração de Pesquisadores	oficio.jpeg	26/05/2016 16:24:28	Aline Siqueira de Almeida	Aceito

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br