UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

DANIEL FERNANDO MAGRINI

Atitudes dos profissionais de enfermagem que atuam em emergências diante do comportamento suicida e fatores associados

RIBEIRÃO PRETO

2016

DANIEL FERNANDO MAGRINI

Atitudes dos profissionais de enfermagem que atuam em emergências diante do comportamento suicida e fatores associados

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

Linha de pesquisa: Políticas, Saberes e Práticas

Orientadora: Profa. Dra. Kelly Graziani Giacchero Vedana

RIBEIRÃO PRETO

2016

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.

Magrini, Daniel Fernando
Atitudes dos profissionais de enfermagem que atuam em emergências diante do comportamento suicida e fatores associados. Ribeirão Preto, 2016.
83 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.
Orientadora: Vedana, Kelly Graziani Giacchero

1. Suicídio. 2. Tentativa de Suicídio. 3. Enfermagem. 4. Atitude. 5. Emergências.

MAGRINI, Daniel Fernando

Atitudes dos profissionais de enfermagem que atuam em emergências diante do comportamento suicida e fatores associados

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

Aprovado em: / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Dedico esta dissertação e tudo o que ela representa,
à minha esposa Amanda e ao meu filho Luigi.
Além do meu sorriso, Deus há de te devolver
minha gratidão em felicidade para nossa família.

Agradecimentos

Agradeço à minha orientadora, Profa. Dra. Kelly Graziani Giacchero Vedana, pela orientação e por fazer parte desta construção científica. Além de professora, tenho certeza que foi humana, justa e compreensiva.

À minha família e aos meus pais, que me ensinaram valores que me ajudaram a entender hoje que algo material não deve sobressair-se ao espiritual.

Aos professores de todas as disciplinas que cursei no mestrado e no programa de aperfeiçoamento do ensino.

À enfermeira Miyeko Hayashida pelas considerações no exame de qualificação e na montagem do banco de dados. Ao estatístico Jonas Bodini Alonso pelas orientações e disponibilidade e ao bibliotecário Sr. Robson Araujo pelas considerações nas normas técnicas.

À Thatiana Guioto que me apresentou à professora Kelly, à Eliana Arantes que me incentivou a continuar estudando e ao Victor Hugo e Marina Gifali pela contribuição na coleta de dados.

.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto por me receber e às funcionárias da secretaria da pós-graduação que estiveram sempre dispostas.

Aos Serviços do Hospital e do SAMU e todos os profissionais que participaram da pesquisa.

Aos membros da banca examinadora.

Ao Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), meu local de trabalho, pois contribuiu e muito em minha jornada de trabalho e estudo.

“O essencial é invisível aos olhos. Só se ama verdadeiramente com o coração”.

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

MAGRINI, D. F. M. **Atitudes dos profissionais de enfermagem que atuam em emergências diante do comportamento suicida e fatores associados.** 2016. 83 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto , Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

O suicídio é um problema passível de prevenção, com relevante impacto mundial. Os profissionais de enfermagem que atuam em emergências tem papel central no manejo inicial de tentativas de suicídio e a qualidade do cuidado prestado por esses profissionais pode ser influenciada por suas atitudes frente ao comportamento suicida. O conhecimento sobre as atitudes relacionadas ao suicídio e fatores associados é escasso e precisa ser investigado em diferentes países, culturas e épocas. Este investigou, entre profissionais de enfermagem que atuam em emergências, as atitudes relacionadas ao suicídio e fatores associados. Estudo transversal quantitativo desenvolvido com uma população de 146 profissionais de enfermagem de dois serviços de emergência (pré-hospitalar e hospitalar) do interior de São Paulo, Brasil. Os dados foram coletados em 2015 pela autoaplicação de questionário sociodemográfico e do Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida (QACS). Esse questionário não possui pontos de corte e sua análise pode ser feita por meio dos itens isolados e dos fatores "*Sentimentos em relação ao paciente*", "*Percepção de capacidade profissional*" e "*Direito ao suicídio*". Os dados foram analisados com os softwares Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19.0 e R GUI 3.0.1. Foram aplicados os testes de normalidade Kolmogorov-Smirnova e Shapiro-Wilk, o teste de correlação de Spearman e o teste de Mann-Whitney. Os participantes apresentaram baixa exposição educacional sobre o suicídio e foram obtidas as pontuações mínima e máxima em cada um dos itens do questionário. Atitudes mais negativas foram associadas a ter trabalhado em serviço de saúde mental (p=0,00). Maior percepção de capacidade profissional esteve associada a formação específica em saúde mental (p=0,00) ou suicídio (p=0,00) e trabalhar em serviço hospitalar (p=0,01). Atitudes menos moralistas e condenatórias foram associadas a experiência de trabalhar serviços de saúde mental (p=0,01) e ser enfermeiro (p=0,00). Houve correlação positiva fraca entre a percepção da capacidade profissional e atitudes menos negativas. Este estudo é pioneiro na investigação de fatores associados a atitudes frente ao suicídio entre profissionais de enfermagem que atuam em emergências no contexto hospitalar e pré-hospitalar brasileiro. É importante investir em estratégias que promovam a saúde mental dos profissionais, melhores atitudes e preparo para a qualificação da assistência.

Palavras-chave: Suicídio; Tentativa de suicídio; Enfermagem; Atitude.

ABSTRACT

MAGRINI, D. F. **Attitudes of nursing professionals who work in emergencies toward suicidal behavior and associated factors. 2016.** 83 f. Thesis (MA) - Ribeirao Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

The suicide is a problem liable of prevention. Nursing professionals who work in emergencies have a central role in the first management of suicide attempts, and the quality of care provided by these professionals may be influenced by their attitudes front of suicidal behavior. The knowledge about the attitudes related to the suicide and its associated factors is scarce and needs to be investigated in differents countries, cultures and times. This study investigated, among the nursing professionals who work in the emergencies, the attitudes related to suicide and associated factors. Quantitative cross-sectional study, developed with a population of 146 nursing professionals from two emergency services (prehospital and hospital services) in the interior of the state of São Paulo, Brazil. The data was collected in 2015 by the self application of a social-demografic questionnaire and Suicide Behavior Attitude Questionnaire (SBAQ). This questionnaire does not have cutoffs and its analysis can be done through the isolated items and factors “Feelings towards the patient”, “Professional capacity of perception” and “Right to Suicide”. The data was analyzed with Statistical Package for Social Sciences software (SPSS) version 19.0 and R GUI 3.0.1. The Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk normality tests, The Spearman correlation test and Mann-Whitney test were applied. The participants presented low educacional exposure about the suicide and were obtained the maximum and minimum punctuations in each one of the items of the questionnaire. More negative attitudes were associated with have worked in mental health service (p=0,00). More perception of professional capacity was associated with specific formation in mental health (p=0,00) or suicide (p=0,00) and work in hospital service (p=0,01). Attitudes less moralists and condemnatory were associated to experience of working in mental health services (p=0,01) and being nurse (p=0,00). There was a weak positive correlation between the perception of professional capacity and attitudes less negatives. This study is a pioner in the investigation of associated factors front to suicide attitudes among nursing professionals who work in Brazilian prehospital and hospital emergencies. It is important to invest in stratagies that promote professional's mental health, better attitudes and preparation for the qualification of care.

Keywords: Suicide; Suicide Attempts; Nursing; Attitude.

RESUMEN

MAGRINI, D. F. **Actitudes de los profesionales de enfermería de urgencias hacia el comportamiento suicida y factores asociados. 2016.** 83 f. Disertación (Master) – Colegio de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

El suicidio es un problema pasible de prevención con relevante impacto mundial. Los profesionales de enfermería de urgencias tienen un rol central en el manejo inicial de intentos de suicidio y la calidad de los cuidados prestados por esos profesionales puede estar influenciada por sus actitudes frente al comportamiento suicida. El conocimiento sobre las actitudes relacionadas al suicidio y los factores asociados es escaso y necesita ser investigado en diferentes países, culturas y épocas. Este trabajo ha investigado, entre los profesionales de enfermería de urgencia, las actitudes relacionadas al suicidio y los factores asociados. Se trata de un estudio transversal, cuantitativo, desarrollado con una población de 146 profesionales de enfermería de dos servicios de urgencia (hospitalario y prehospitalario) del interior de São Paulo, Brasil. Los datos fueron recolectados en 2015 por autoaplicación de cuestionario sociodemográfico y del Cuestionario de Actitudes hacia el Comportamiento Suicida (CACS). Ese cuestionario no presenta puntos de corte y su análisis puede realizarse por medio de los ítems aislados y de los factores "Sentimientos hacia el paciente", "Percepción de capacidad profesional" y "Derecho al suicidio". Los datos fueron analizados con los softwares Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 19.0 y R GUI 3.0.1. Fueron aplicados los tests de normalidad Kolmogorov-Smirnova y Shapiro-Wilk, el test de correlación de Spearman y el test de Mann-Whitney. Los participantes presentaron baja exposición educacional sobre suicidio y fueron obtenidas puntuaciones mínima y máxima en cada uno de los ítems del cuestionario. Actitudes más negativas fueron asociadas al hecho del participante haber trabajado en servicio de salud mental (p=0,00). La mayor percepción de capacidad profesional estuvo asociada a la formación específica en salud mental (p=0,00) o suicidio (p=0,00) y al trabajo en servicio hospitalario (p=0,01). Actitudes menos moralistas y condenatorias estuvieron asociadas a experiencia de trabajo en servicios de salud mental (p=0,01) y a ser enfermero (p=0,00). Hubo correlación positiva débil entre la percepción de la capacidad profesional y actitudes menos negativas. Este estudio es pionero en la investigación de factores asociados a actitudes hacia el suicidio, de los profesionales de enfermería de urgencias en el contexto hospitalario y prehospitalario brasileño. Es importante invertir en estrategias que fomenten la salud mental de los profesionales, mejores actitudes y preparo para la cualificación de asistencia. Este estudio es pionero en la investigación de factores asociados a actitudes de los profesionales de enfermería de urgencias hacia el suicidio, en el contexto hospitalario y prehospitalario brasileño. Enfatizamos que es importante invertir en estrategias que fomenten la salud mental de los profesionales, mejores actitudes y la preparación para la cualificación de asistencia.

Palabras clave: Suicidio; Intento de suicidio; Enfermería; Actitud;

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas, formação e experiência profissional dos profissionais de enfermagem participantes do estudo (n=146). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015-2016..... 38

Tabela 2 - Pontuações obtidas pelos profissionais de enfermagem nos itens do Questionário de atitudes diante do comportamento suicida. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015-2016.. 41

Tabela 3 - Pontuação obtida pelos profissionais de enfermagem (N=146) nos fatores do Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida (QACS). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016.. 44

Tabela 4 - Características sociodemográficas, formação e experiência profissional dos profissionais de enfermagem segundo pontuação obtida nos fatores do Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida (QACS) (n=146). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016..... 45

Tabela 5 - Pontuação obtida pelos profissionais de enfermagem nos fatores do Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida (QACS) segundo pontuação obtida na questão 21 do QACS e tempo de experiência profissional (n=146). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016..... 47

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

EERP - USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
QACS	Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SP	São Paulo
SBAQ	Suicide Behavior Attitude Questionnaire
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Human Organization

SUMÁRIO

Apresentação **14**

1 Introdução **17**

2 Objetivo **27**

3 Método **29**

3.1 Delineamento da pesquisa 29

3.2 Locais do estudo 29

3.3 Participantes do estudo 30

3.4 Coleta de Dados 31

3.4.1 Questionário Sociodemográfico (Apêndice B): 32

3.4.2 Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida – QACS (Anexo B): 32

3.5 Análise dos dados 34

3.6 Aspectos Éticos 36

4 Resultados **38**

5 Discussão **49**

6 Considerações Finais **59**

Referências **63**

Apêndice **74**

Anexos **77**

Apresentação

Durante o ensino médio, estudei edificações para ser mestre de obra, mas não queria seguir esta carreira. Resolvi fazer paralelamente o curso de auxiliar de enfermagem e posteriormente o de técnico de enfermagem aos 18 anos. Um ano após me formar, passei no concurso público na área da enfermagem e comecei a trabalhar. No hospital, conheci outras profissões e pensei em continuar os estudos.

No ano de 2004, iniciei o Curso de Bacharelado e Licenciatura em Psicologia, enquanto trabalhava no hospital. Uma amiga da Neurocirurgia fazia "uma tal de iniciação científica" e perguntou se eu gostaria de fazer um estágio lá com o professor doutor Sílvio Morato. Ele me recebeu no laboratório da Psicobiologia e, após 2 anos, concluí minha pesquisa com aos ratos Wistar. Fui convidado a prestar o mestrado naquela área, mas usei mais a emoção do que a razão, desistindo daquele campo, pois queria ter a oportunidade de pesquisar seres humanos. Essa decisão me custou começar do zero e acabei focando em concursos para psicólogo. Deixei, assim, a ideia de iniciar uma pós-graduação.

Quando fui trabalhar na área da saúde mental, continuava sentindo um vazio e comentei com uma orientanda da professora Kelly que disse que iria apresentá-la pra mim. Talvez tivesse algo com que eu pudesse contribuir e ficar mais próximo da área acadêmica. A ciência sempre me fascinou, pois sou muito curioso, gosto de falar e de ouvir.

A professora Kelly me recebeu de braços abertos. Naquela época, eu não tinha a intenção de mestrado, pois queria apenas pesquisar. Ajudei na coleta de dados, com entrevistas e análises dentro da metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados.

Quando a ideia de mestrado se tornou parte de nossas conversas, achei interessante e importante pesquisar algo sobre o suicídio. A lacuna no conhecimento levou-nos a pesquisar os significados e as atitudes dos profissionais da enfermagem que atuam em emergências. Lido diariamente com pacientes suicidas no meu local de trabalho e sei o que as equipes passam, assim, demonstrar cientificamente é algo justo e importante.

Participei do processo seletivo para cursar o mestrado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e fui aprovado. Percebi que todo um mundo se abriu

diante de mim. Existe uma realidade que poucas pessoas conhecem, que é a do mundo científico. Numa iniciação científica não temos a chance de sentir o pulsar das disciplinas, a organização, a exigência, conhecer mais de perto a docência.

Venci muitos bloqueios que a vida de dificuldades havia registrado profundamente em mim e hoje eu sei que caminhei muito pouco na área acadêmica, porém sei que nada é impossível e que com dedicação, oportunidades e uma boa orientação (e boa aqui quero dizer, orientação com a alma), nós podemos ir ao infinito.

Hoje vou defender um mestrado, e como disse à minha orientadora, queria que este fosse o melhor. Espero ter sido, pelo menos tentei fazer com isso acontecesse. Minha gratidão não será devolvida apenas através de artigos publicados ou de uma boa nota de avaliação das disciplinas. Não sei aonde vou chegar, mas lá sempre serei grato a todos que contribuíram nesta jornada.

Apresento, assim, esta dissertação intitulada “Atitudes dos profissionais de enfermagem que atuam em emergências diante do comportamento suicida e fatores associados”, com o intuito de oferecer à academia informações relevantes a respeito de tais atitudes diante de um comportamento suicida. Os resultados poderão contribuir, portanto, nos aspectos técnicos e atitudinais das equipes de enfermagem que atuam nas urgências e emergências e que lidam com o suicídio.

1 Introdução

O suicídio é um fenômeno enigmático, complexo, dificilmente racionalizado, compreendido ou explicado. Todavia, é altamente frequente, impactante, subestimado e um tabu na sociedade atual.

O suicídio pode ser definido como morte autoinduzida, a qual tem provas suficientes (explícitas ou implícitas) para permitir a dedução de que o desejo da pessoa era morrer (DE LEO et al., 2006; EMERGENCY NURSES ASSOCIATION - ENA, 2012; NANTON, 2014; SILVERMAN et al., 2007). É importante compreender definições relacionadas ao comportamento suicida.

Este possui uma definição mais abrangente do que o suicídio, pois inclui todo ato no qual um indivíduo causa lesão a si próprio, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do real motivo desse ato. O comportamento suicida inclui desde pensamentos de autodestruição, ameaças, gestos, tentativas de suicídio até o suicídio consumado (WERLANG; BOTEGA, 2004).

O comportamento suicida pode ser observado ao longo de um *continuum*, ou seja, com condições que antecedem o ato do suicídio, nas quais a pessoa tem inicialmente pensamentos de autodestruição, os quais podem ser seguidos por ameaças, gestos, que levam a tentativas de suicídio (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2014).

Tais tentativas são definidas como comportamentos autolesivos com consequências não fatais, acompanhados de evidências (explícitas ou implícitas) de que a pessoa tinha intenção de morrer.

Além dos termos supracitados, existem outras definições relacionadas à suicidologia (ciência que estuda o suicídio), que contribuem para a compreensão da ampla variedade de comportamentos suicidas (CASSORLA, 2004).

- Parassuicídio: ato suicida sem desenlace fatal, independente de quão grave foi médica ou psicologicamente esse ato;

- Suicídios inconscientes: são considerados todos os atos que contribuem para a morte do indivíduo, mesmo que a intenção do indivíduo não tenha sido a de se matar. Como exemplos, podem ser citados os acidentes de trânsito, intoxicações “acidentais”, acidentes dentro de casa, no trabalho, exposição desnecessária a

perigos, tal como no uso de drogas ilícitas ou o simples ato de ficar sem se alimentar;

- Reações de aniversário: são fenômenos patológicos envolvendo fatores psicológicos, sociais, culturais, mentais, os quais ocorrem próximos ou na data da morte de um ente querido. Pode ocorrer, por exemplo, quando o suicida completa a idade do ente que morreu. São consideradas como uma forma de luto patológico;

- Homicídio precipitado pela vítima: nesse caso a vítima estimula alguém a matá-la, seja gradual ou totalmente, portanto é um quadro autodestrutivo que necessita da ajuda de terceiros;

- Fantasias inconscientes: são aquelas em que o indivíduo aparentemente não tem o objetivo de morrer, mas, sim, mudar de situação, tendo muitas vezes o objetivo de fuga do sofrimento ou encontro de recompensa após o ato. Por exemplo, algumas fantasias inconscientes que justificariam os atos suicidas são: matar-se para encontrar outra vida ou mundo paradisíaco, vingança, reencontro ou autopunição e pedido de ajuda;

- Suicídio altruísta: ocorre em defesa de outros indivíduos ou de algum ideal, por exemplo, greves de fome, protestos, explodir aviões em inimigos.

Existem diferentes perspectivas sob as quais o comportamento suicida pode ser analisado. Na perspectiva sociológica, considera-se que a sociedade exerce um papel importante na ocorrência do suicídio. Desse modo, pressupõe-se que cada ato suicida não deve ser observado de maneira isolada, pois possui natureza própria, eminentemente social (DURKHEIN, 1982).

Entre diferentes crenças religiosas, há variantes entre punições e recompensas para o comportamento suicida. Mas, de modo geral, o suicídio é considerado um ato errado e condenável (JUNG; OLSON, 2014). A psicologia possui diferentes modelos e hipóteses que buscam compreender esse comportamento. Há ainda que se considerar as questões legais relacionadas ao suicídio, o qual é consideradocrime em alguns países, diferentemente do Brasil.

O suicídio é um problema multifacetado e particularmente desafiador na prática clínica. Apresenta-se como um fenômeno multidimensional e está associado

a fatores biológicos, genéticos, psicológicos e sociológicos (BERG, 2016; SUN, et al., 2015; ZADRAVEC; GRAD, 2013).

Entende-se que existam fatores de proteção, fatores predisponentes e fatores precipitantes mais recentes, tais como desemprego, crises sociais, rompimento de um relacionamento amoroso (BERG, 2016; BOTEGA, 2016).

Entre os fatores de risco individuais para o suicídio estão as doenças físicas, transtornos mentais, sintomas psiquiátricos específicos (ansiedade, desesperança, impulsividade e agressividade), história psiquiátrica prévia de abuso físico ou sexual na infância, estressores psicossociais, história familiar de suicídio (QUEVEDO; SCHMITT; KAPCZINSKI, 2008). A falta de suporte social também parece ser um fator relevante, visto que o suicídio é mais prevalente entre pessoas sozinhas ou com poucos amigos (GOUDA; RAO, 2008).

Destaca-se que tentativas prévias de suicídio são o principal fator de risco para sua futura concretização (OWENS; HORROCKS; HOUSE, 2002), sendo que o risco da pessoa cometer o ato agrava de acordo com o número de tentativas e também está atrelado ao interstício de tempo mínimo entre essas tentativas (BERTOLOTE et al., 2010; QUEVEDO; SCHMITT; KAPCZINSKI, 2008; VIDAL, GONTIJO, 2013).

É preciso levar em consideração que as situações sociais e questões como empregabilidade, estrutura familiar, falta de empregos, condições socioeconômicas, padrão de possibilidades de consumo de insumos, aceitação no meio de convivência, entre outros fatores também interferem no comportamento suicida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 2002).

Os motivos associados a tentativas de autoagressão são diversos, e podem contemplar o desejo de provocar a própria morte, evitar sofrimento psíquico ou situação intolerável, influenciar mudanças de comportamento, testar os sentimentos de pessoas a seu respeito, provocar sentimentos de pena e culpa, demonstrar desespero, buscar ajuda, entre outros (QUEVEDO; SCHMITT; KAPCZINSKI, 2008). Independente da intenção real do ciente da letalidade do método, há uma expressão de sofrimento ou comportamento disfuncional associado à autoagressão.

Usualmente, o suicídio simboliza a busca de uma solução para um problema, crise que gera sofrimento. Está, ainda, ligado a necessidades não satisfeitas, sentimentos de desesperança, desespero e desamparo, conflitos entre sobrevivência e estresse insuportável, estreitamento das alternativas e busca pela fuga, ou seja, situações nas quais o suicida apresenta sinais de angústia (KAPLAN, SADOCK, GREBB, 2002). Diante da complexidade do comportamento suicida, os esforços de prevenção devem estar pautados nos fatores de risco modificáveis e em fatores de proteção (BOTEGA, 2014).

O suicídio é a segunda principal causa de morte entre pessoas com 15 a 29 anos de idade (WHO, 2014). Há, também, pelo menos cinco ou seis pessoas ligadas ao suicida as quais são profundamente afetadas emocional, social e economicamente (WHO, 2008; CARMONA-NAVARRO; PICHARDO-MARTÍNEZ, 2012).

Estima-se que, em 2012, ocorreram 804 mil mortes por suicídio no mundo, representando uma taxa anual de 11,4 suicídios por 100.000 habitantes, uma morte a cada 40 segundos (WHO, 2014), e a projeção para o ano de 2020 é de pelo menos 1,53 milhão de óbitos (VOLPE, CORRÊA, BARRERO, 2006). Um maior número de pessoas comete suicídio anualmente, comparado às que morrem em todos os conflitos mundiais combinados (OMS, 2006).

O Brasil é o oitavo país em números absolutos de suicídios. No município de Campinas, em 2003, foi realizado um estudo que apontou que 17,1% das pessoas “pensaram seriamente em por fim à vida”, 4,8% tiveram planos de morte e 2,8% apresentaram tentativas de suicídio (BOTEGA et al., 2009).

As tentativas de suicídio atingem taxas elevadas, podendo chegar a dez ou 20 vezes o número de suicídios concluídos (BERTOLOTE et al., 2010; WHO, 2014). Os índices de prevalência de tentativas de suicídio, durante toda vida, variam de 0,4% a 4,2% (VIDAL, GONTIJO, 2013). As tentativas de suicídio são mais comuns em mulheres, enquanto o suicídio consumado é mais observado em homens (BERTOLOTE et al., 2010).

Devido ao aumento do número de suicídios, bem como os prejuízos a ele associados, a Organização Mundial da Saúde recomenda que o problema seja priorizado nas agendas de Saúde e políticas públicas (WHO, 2014).

No Brasil, considerando a gravidade e a possibilidade de prevenção, foi lançada em 2006, pelo Ministério da Saúde, a Portaria nº 1.876, a qual institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e ressalta a importância de pesquisas voltadas para a temática (BRASIL, 2006).

A avaliação e intervenção qualificadas sobre o risco suicida e a não limitação de acesso aos meios para concretizá-lo são fundamentais para salvar vidas (REGISTRED NURSES'S ASSOCIATION OF ONTARIO - RNAO, 2009; ENA, 2012; MENON, 2013; YIP et. al., 2012). Aproximadamente 90% das pessoas que morreram por suicídio tiveram ao menos um contato com algum profissional da saúde durante os três meses que antecederam o óbito. Esse dado aponta para a importância desses contatos serem considerados oportunidades de prevenção do suicídio (DE LEO et. al., 2013).

O risco de suicídio representa uma situação crítica marcada pela fragilidade e instabilidade do cliente. A abordagem baseada em evidências, rápida, humanizada e eficaz pode ser determinante para o prognóstico do paciente.

Não há um conjunto de procedimentos universalmente aceitos sobre como se deve lidar com um indivíduo suicida ou potencialmente suicida. Entretanto, existem diretrizes nacionais e internacionais relacionadas aos cuidados recomendados ao cliente com comportamento suicida (RNAO, 2009; ENA, 2012; BRASIL, 2006).

Recomendações relacionadas ao cuidado ao indivíduo incluem: realizar uma avaliação abrangente, fornecer apoio, mobilizar recursos, trabalhar a ambivalência do cliente e a solução de problemas, promover fatores de proteção e bem-estar e favorecer a redução de sentimentos de vergonha, culpa e estigma (RNAO, 2009; ENA, 2012; BRASIL, 2006). A relevância dessas ações deve ser considerada, não apenas com a finalidade de evitar a morte do indivíduo, mas também para a produção de subjetividade, identificação de motivos para viver e reconstrução de significados sobre o próprio self e a vida.

A assistência integral ao indivíduo com comportamento suicida deve tornar-se um mecanismo potencializador de vida e capaz de ressignificar todos os processos da vida do sujeito (KANTORSKI et al., 2000).

A Organização Mundial da Saúde lançou algumas recomendações relacionadas à saúde coletiva que incluem a redução da disponibilidade e acesso aos meios para se cometer suicídio, melhoria dos serviços de saúde, procedimentos diagnósticos e tratamento, reforço do apoio social, educação pública, adequação de noticias de suicídios e tentativas de suicídio, treinamento para indivíduos e profissionais (WHO, 2004; WHO, 2005).

Além disso, a OMS recomenda pesquisas na área de prevenção do suicídio, que maior atenção seja dirigida a profissionais de saúde em relação a suas atitudes e tabus quanto à prevenção do suicídio e às doenças mentais (WHO, 2004; WHO, 2005). Tais aspectos estão diretamente relacionados ao presente estudo.

Na prevenção do suicídio vale destacar que a qualidade do cuidado prestado após uma tentativa de suicídio é particularmente relevante, pois essa clientela apresenta maior risco de realizar novas tentativas e concretizar o ato (NEBHINANI et. al., 2013), e esses casos são atendidos inicialmente em serviços de emergência pré-hospitalar e hospitalar.

Em decorrência do aumento do número de casos de suicídio e tentativas de suicídio, estes estão cada vez mais presentes no cotidiano de trabalho dos profissionais de urgências e emergências (BERTOLOTE, MELLO-SANTOS, BOTEGA, 2010).

Destaca-se, ainda, que os profissionais de enfermagem nos serviços de emergência tendem a ser os primeiros a terem contato com doentes após a tentativa de suicídio ou um episódio de autolesão (CARMONA-NAVARRO; PICHARDO MARTÍNEZ, 2012), e a equipe de enfermagem que atua em emergências possui contato frequente com clientes, após tentativas de suicídio, tendo papel central no manejo inicial desses casos (NEBHINANI et. al., 2013; OSAFO et al., 2012).

Nas intervenções voltadas para o suicídio, os profissionais de saúde apresentam dificuldades que envolvem falta de planejamento, inabilidade para a gestão do risco de suicídio e indisponibilidade de recursos (VANNOY et. al., 2011).

Ademais, profissionais da saúde tendem a atribuir significados amplamente variados em relação ao comportamento suicida, os quais estão ligados a tentativas de obter a atenção, solucionar ou acabar com o sofrimento, ato de coragem, fragilidade da rede de apoio, falta de perspectivas para o futuro e presença de transtornos mentais (FREITAS; BORGES, 2014).

O cuidado ao cliente suicida pode ser influenciado por uma diversidade de fatores, entre os quais estão as atitudes em relação ao suicídio, a formação profissional e a habilidade para avaliação do risco de suicídio e planejamento do cuidado (DE LEO et. al., 2013; MENON, 2013; NEBHINANI et al., 2013; OSAFO et al., 2012; SRIVASTAVA, TIWARI, 2012).

As atitudes dos profissionais da saúde parecem afetar significativamente, de forma positiva ou negativa, o atendimento dos pacientes (FREITAS; BORGES, 2014), entretanto, o conhecimento sobre essas questões ainda é escasso (ROTHES et al., 2014). Os profissionais da enfermagem possuem uma gama de atitudes e crenças que afetam suas atividades profissionais e, por sua vez, o comportamento suicida dos pacientes (CARMONA-NAVARRO, 2012). Desse modo, são necessários estudos que incorporem a compreensão das atitudes de profissionais em relação ao suicídio (NEBHINANI et al, 2013; TALSETH, GILJE, 2007).

A mensuração das atitudes diante do comportamento suicida pode ajudar na prevenção deste e na redução de mortes por suicídio (JOE, DANIEL, PATRICK, 2007).

Atitude pode ser definida como uma resposta a um estímulo que envolve componentes cognitivos, afetivos e comportamentais, estendendo-se a todos os aspectos de inteligência e comportamento (ALTMANN, 2008). Trata-se de uma disposição interior que afeta a tomada de decisão ou conduta a ser adotada em relação a pessoas, eventos ou objetivos.

Assim, atitude não é especificamente comportamento, mas propensão à ação, modos ou formas de abordar, reagir ou enfrentar uma situação ou problema em uma variedade de circunstâncias. Alguns termos relacionados às atitudes são opiniões, pontos de vista, linhas de pensamento e posturas; e alguns sinônimos para atitude são perspectiva, posição e modo de pensar (ALTMANN, 2008).

Segundo alguns dicionários, a atitude pode ser definida como “um estado mental complexo que envolve crenças e sentimentos e valores e disposições para agir de certas maneiras” (DICTIONARY.COM, 2016), bem como “reação ou maneira de ser em relação a pessoas ou objetos” (FERREIRA, 2000).

As três características mais encontradas entre definições de atitudes são: estados mentais conscientes ou inconscientes; valor, crença ou sentimento; e predisposição para um comportamento ou ação (ALTMANN, 2008). Assim, a atitude é considerada um processo psicológico que determina o comportamento individual (ADJZEN, 1988).

As atitudes são comumente investigadas por meio de mensuração por instrumentos quantitativos validados. Existem vários instrumentos para a mensuração de atitudes relacionadas ao comportamento suicida, os quais se diferem em relação à forma, conteúdo, método de aplicação, público-alvo e sistemas de análise, contribuindo, cada qual, para o entendimento de aspectos específicos relacionados ao suicídio (GHASEMI, SHAGHAGHI, ALLAHVERDIPOUR, 2015).

Este estudo adotou o “Questionário de Atitudes do Comportamento Suicida (QACS)” que foi construído para aplicação com profissionais da área da saúde, visando verificar as atitudes desses indivíduos diante do comportamento em questão (BOTEGA, 2005). O referido instrumento possibilita a investigação dessas atitudes em seus componentes cognitivos, afetivos e comportamentais, ou seja, além das atitudes, podem ser verificados fatores associados.

Estudos apontam que os profissionais da urgência geralmente possuem atitudes negativas diante do atendimento aos pacientes suicidas (SUOMINEN, SUOKAS, LÖNNQVIST, 2007) havendo, também, resistência por parte dos profissionais da saúde em atender pacientes da saúde mental (BERTOLOTE, MELLO-SANTOS, BOTEGA, 2010). Estudos revelam, ainda, a existência de concepções equivocadas sobre suicídio entre as equipes de saúde que tendem a subestimar o risco de suicídio ou ignorar o paciente e não aproveitar oportunidades de realizar a prevenção (CREPALDI, 2012; XIAOHUI et al., 2015).

Na literatura, a relação entre atitudes e fatores como sexo, idade, tempo de experiência clínica e educação prévia, ainda é pouco esclarecida (KELLY,

MACCARTHY, SAHM, 2014). A compreensão de atitudes atribuídas ao suicídio por profissionais de enfermagem pode facilitar a compreensão de experiências e comportamentos relacionados ao comportamento suicida.

O cuidado de enfermagem a essas pessoas deve ser baseado em evidências científicas, mas também considerar e valorizar a singularidade dos sujeitos atendidos e a incorporação de novas maneiras de olhar e pensar o sofrimento psíquico como fenômeno da existência, sem a reprodução de modelos estáticos e cristalizados, típicos de modelos excludentes, como o manicomial (HECK et al., 2012).

A compreensão das atitudes dos profissionais de enfermagem em relação ao suicídio pode contribuir para ações as quais tenham como alvo a qualificação da assistência. Além disso, os estudos relacionados a atitudes dos profissionais de enfermagem em relação ao suicídio precisam considerar as variações existentes em diferentes países, culturas e épocas (NEBHINANI et. al., 2013; TALSETH; GILJE, 2007). A realização de pesquisas de alta qualidade e sensibilização das equipes são componentes cruciais para promover mudanças das atitudes da população em geral sobre o suicídio em países em desenvolvimento (POREDDI et al., 2016).

Neste estudo foram estabelecidas hipóteses de que as atitudes relacionadas ao suicídio estariam associadas ao sexo, idade, serviço de saúde (pré-hospitalar ou hospitalar), formação e categoria profissional, treinamento específico sobre suicídio, formação em saúde mental, tempo de exercício na enfermagem e experiência de trabalho em serviço de psiquiatria ou saúde mental. Assim, os resultados do presente estudo poderão oferecer subsídios para o planejamento de estratégias de formação acadêmica, educação continuada, estratégias de supervisão e apoio para a equipe, contribuindo, assim, para a saúde dos profissionais e melhoria da assistência.

2 Objetivo

2 Objetivo

Este estudo teve como objetivo investigar, entre profissionais de enfermagem que atuam em emergências, as atitudes relacionadas ao suicídio e fatores associados.

3 Método

3.1 Delineamento da pesquisa

O pesquisador possui, diante de si, uma variedade de possibilidades de escolhas metodológicas, e estas devem apresentar-se coerentes com a pesquisa, além de possibilitar que seus objetivos sejam alcançados.

A pesquisa quantitativa abrange um espectro amplo e inclui estudos com métodos de coleta de dados que se utilizam de questionários para mensurar atitudes dos participantes (MEADOWS, 2003), como é o caso do presente estudo.

A pesquisa quantitativa possibilita o raciocínio dedutivo, a formulação de hipóteses a partir da sistematização de um problema, e a escolha de mecanismos capazes de investigá-lo, considerando o controle e minimização de possíveis vieses, além da maximização da precisão e da validade, com resultados capazes de serem generalizados (POLIT, BECK, HUNGLER, 2011). Considerando todas essas características e sua adequação para atingir os objetivos deste estudo, optou-se pela pesquisa quantitativa.

O presente estudo foi realizado com os recursos da abordagem quantitativa, com corte transversal, pois as variáveis foram identificadas e determinadas num ponto do tempo (HARTUNG, TOCHETTE, 2009; SOUSA, DRIESSNACK, MENDES, 2007).

3.2 Locais do estudo

A investigação foi realizada em dois serviços de atendimento às urgências e emergências localizados no interior do Estado de São Paulo, Brasil.

Um complexo hospitalar de atendimento às urgências e emergências, pertencente a um hospital público universitário que é referência prioritariamente de atendimento terciário. Esse serviço é composto por uma Sala de Estabilização Clínica para agravos clínicos, uma Sala de Trauma para politraumatizados, um Setor para atendimento às urgências não traumáticas de pacientes menos graves e um Setor de psiquiatria.

O outro local, ao qual alude este estudo, é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que possui Unidades de Suporte Básico de Vida e Unidades

de Suporte Avançado, as quais realizam atendimentos pré-hospitalares de urgência e emergência no contexto em que ocorrerem. O atendimento é solicitado por meio de chamada gratuita, através do telefone 192, utilizado nacionalmente, e organizado pelas Centrais de Regulação. Na cidade onde ocorreu este estudo, a assistência à saúde organiza-se por meio de uma rede de serviços, composta por cinco Distritos localizados nas regiões Norte, Sul, Leste, Oeste e Central. O SAMU estabeleceu suas bases operacionais localizadas em cada um dos Distritos de Saúde para oferecer um atendimento básico e de pronto atendimento em urgências próximas às residências dos usuários.

Os referidos serviços foram escolhidos por prestarem assistência direta ao paciente em risco de suicídio ou pós-tentativa.

3.3 Participantes do estudo

Foram convidados para participar desta pesquisa todos os profissionais da enfermagem que atuavam nos dois serviços de atendimento de urgências e emergências onde o estudo foi realizado, e que atenderam aos critérios de seleção.

Foi elegível para participar do estudo, a população de profissionais de enfermagem (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem) dos locais do estudo que referiram ter atendido algum paciente com risco ou tentativa de suicídio. Foram excluídos os profissionais com menos de 18 anos ou que não estiveram em exercício ativo na instituição de saúde pesquisada no período de coleta dos dados.

De acordo com informações cedidas pelos locais do estudo, a equipe de enfermagem com vínculo empregatício totalizava 173 profissionais, sendo 27 enfermeiros e 146 auxiliares ou técnicos de enfermagem. Destes, sete profissionais foram excluídos por estarem em período de licença saúde ou afastamento, oito foram excluídos do estudo por referirem não ter atendido algum paciente com risco ou tentativa de suicídio e 12 pessoas recusaram-se a participar. Assim, os participantes deste estudo totalizaram 146 pessoas.

3.4 Coleta de Dados

Entre Abril e Dezembro de 2015, foi realizada coleta de dados, após consentimento dos serviços e aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa contida no Protocolo CAAE: 40072214.0.0000.5393 (Anexo A).

Antes do início da coleta de dados, fez-se uma apresentação sucinta deste projeto para as diretoras da unidade de emergência e do SAMU, com explanação sobre o que seria realizado. Foram solicitadas junto às diretoras da enfermagem do SAMU e da unidade de emergência, uma lista de todos os funcionários ativos dos serviços e as escalas de plantão, contendo os dias, horários, nomes completos e setores de cada profissional. Na ocasião, foi realizada uma breve visita pelos setores onde foram realizadas as coletas de dados. Todas essas informações favoreceram o planejamento desta coleta.

Cada participante recebeu esclarecimentos quanto à natureza desta pesquisa, seu objetivo, os procedimentos que seriam realizados, aspectos éticos e participação voluntária. O tempo médio da coleta com cada participante ficou entre 20 e 30 minutos.

O pesquisador utilizou-se de local reservado, não prejudicando nem o profissional ou o andamento do serviço. Os instrumentos foram autoaplicados. Procurou-se cumprir esta sequência:

- Leitura e preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Duas vias foram assinadas, ficando uma cópia com o participante e uma com o pesquisador;

- Foi pedido para que o participante respondesse o questionário sociodemográfico;

- Realizada a orientação sobre o QACS, seguindo apenas as instruções contidas no instrumento, que demonstra, por meio de exemplos, o modo de preenchimento. Não houve discussão sobre a escolha de onde deveria ser assinalado, nem realizada qualquer tipo de indução de como fazê-lo.

Os profissionais da enfermagem que se enquadravam nos critérios de inclusão preencheram de forma individual os dados contidos nos seguintes instrumentos:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Apêndice A**);
- Questionário Sociodemográfico (**Apêndice B**);
- Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida – QACS (**Anexo B**).

3.4.1 Questionário Sociodemográfico (Apêndice B):

Roteiro utilizado para coleta dos dados sociodemográficos, contendo questões relacionadas ao sexo (feminino ou masculino), serviço (Sala de trauma, Sala de Estabilização Clínica, Box, Psiquiatria ou SAMU), função (auxiliar, técnico ou enfermeiro), idade, formação (técnico/profissionalizante, superior incompleto, superior completo, especialização/residência, mestrado, doutorado) formação específica em saúde mental, tempo de exercício na enfermagem e na enfermaria de atuação profissional (anos), experiência em serviços de saúde mental ou psiquiatria, e se já havia recebido treinamento específico em suicídio.

3.4.2 Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida – QACS (Anexo B):

O Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida QACS é um instrumento brasileiro, de abordagem individual e autoaplicação, desenvolvido por José Neury Botega e colaboradores em 2005, especificamente para mensurar as atitudes de profissionais de enfermagem diante do comportamento suicida (BOTEGA et al., 2005).

O instrumento foi construído devido às limitações teóricas e práticas dos instrumentos disponíveis para mensurar atitudes. No desenvolvimento do QACS, foi realizada, primeiramente, uma revisão da literatura e grupos focais com profissionais de enfermagem para a elaboração das afirmativas que comporiam o instrumento. Inicialmente, foram extraídas 54 afirmações relacionadas a atitudes. A pertinência e adequação das afirmações foram avaliadas por especialistas (sendo reduzidas para 25 itens) e submetidas a teste-piloto, que resultou na eliminação de quatro frases,

sendo uma por estar mal formulada e as outras três por apresentarem baixa variação de respostas (BOTEGA et al., 2005; CAIS et al., 2011).

Assim, foram selecionadas 21 afirmativas. Cada afirmação é seguida por uma escala visual analógica de dez centímetros (10 pontos) que variam desde "discordo totalmente" em uma extremidade a "concordo totalmente" na outra.

A consistência interna da escala foi avaliada por análise fatorial, utilizando máxima verossimilhança e rotação ortogonal Varimax. Três fatores interpretáveis foram extraídos, responsáveis em conjunto por 43% da variância total (BOTEGA et al., 2005). Desse modo, no estudo original, os itens foram reunidos em três fatores: 1- Sentimentos em relação ao paciente; 2- Percepção de capacidade profissional; e 3- Direito ao Suicídio. O coeficiente *alfa* de Cronbach foi calculado para cada fator, e os resultados obtidos foram, respectivamente, 0,7; 0,6 e 0,5. A pontuação de cada um dos três fatores criados pode variar entre zero e 30 pontos.

Destaca-se que o instrumento não apresenta pontos de corte dos escores, que categorizem os resultados, e pode ser analisado por meio dos três fatores, bem como pela análise dos 21 itens isoladamente. Foi fornecida a autorização do autor do questionário QACS para sua utilização no presente estudo (Anexo C).

A seguir serão apresentados os fatores do instrumento, os itens que os compõem e forma de interpretação dos resultados obtidos:

***1. Sentimentos em relação ao paciente**:*

Este fator inclui os itens:

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

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

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

Quanto maior a pontuação neste fator, maior a presença de tais sentimentos.

***2. Percepção de capacidade profissional**:*

Este fator apresenta a somatória dos valores obtidos nos itens:

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

10. "*Tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio*"; e

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

Uma maior pontuação pode significar profissionais mais confiantes em lidar com indivíduos com comportamento suicida.

***3. Direito ao Suicídio**:*

Para este fator 3 a soma origina-se dos itens:
3. "*Apesar de tudo, penso que, se uma pessoa deseja se matar, ela tem esse direito*";
6. "*A vida é um dom de Deus, e só Ele pode tirar*" (com valor invertido); e
16. "*Quem tem Deus no coração, não vai tentar se matar*" (com valor invertido).

No que se refere à interpretação dos valores obtidos nesta análise do fator 3, uma maior pontuação pode representar uma atitude menos "moralista/judiciosa".

Os entrevistados foram convidados a indicar apenas um ponto em cada linha, o qual pudesse melhor refletir suas opiniões, sentimentos ou reações. Todos os documentos foram recolhidos após a participação.

A pontuação em cada item do QACS foi considerada a partir do ponto de intersecção entre a linha disponível no instrumento 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 período e local para realização da coleta de dados foram definidos com os participantes, em consonância com a chefia dos serviços de saúde, de forma a não prejudicar atividades desenvolvidas em seus locais de trabalho.

3.5 Análise dos dados

Após a aplicação do Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida – QACS (BOTEGA et al., 2005), os dados foram estruturados no formato de planilhas no Programa Microsoft Excel e, posteriormente, foram transportados para os softwares Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19.0 e R GUI 3.0.1., evitando-se possíveis erros de análise, consistência e veracidade dos dados obtidos (PALLANT, 2010). A dupla digitação dos dados permitiu maior

segurança na veracidade dos mesmos e a estabilidade dos resultados, pois houve a comparação dos dados que foram digitados em dois momentos distintos, um pelo pesquisador e outro pelos colaboradores.

A medição atribui números às qualidades de cada objeto, designando seus atributos quantitativos, desde que se usem regras que eliminem as adivinhações, ambiguidades em todo o processo de reunião e comunicação das informações (POLIT, BECK, HUNGLER, 2011). O uso da estatística descritiva das variáveis estudadas permitiu a distribuição em percentuais, média com desvio padrão e mediana.

Foram aplicados os testes de normalidade Kolmogorov-Smirnova e Shapiro-Wilk, apresentando resultados de distribuição assimétrica, com inclinações positivas e negativas. Portanto, todas as variáveis (sexo, idade, formação específica em saúde mental, experiência de trabalho em serviço de Psiquiatria ou Saúde Mental, Treinamento específico em suicídio, função - enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem - , tempo de exercício na enfermagem e a questão 21 do QACS) não obtiveram distribuições normais através dos três fatores analisados.

Foram testadas as variáveis sociodemográficas (sexo, formação em saúde mental, experiência em saúde mental, treinamento sobre suicídio, serviço hospitalar ou pré-hospitalar, função de enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem), fazendo-se associações com os fatores QACS por meio do teste de Mann-Witney e Desvio padrão. O teste não paramétrico U de Mann-Witney foi utilizado devido a não distribuição normal. O nível *alfa* mínimo aceito em pesquisas científicas, que é 0,05, ($p<0,05$) foi utilizado neste estudo. Ele indica que com um nível de significância (*alfa* ou α) de 0,05 haveria apenas cinco hipóteses nulas sendo rejeitadas incorretamente em cada 100 amostras, ou seja, comparados aos intervalos de confiança (IC) 0,05 seria igual a 95% (POLIT, BECK, HUNGLER, 2011).

A validação dos resultados ocorreu com a aplicação do teste de correlação de Spearman, aplicado para a questão 21 “Eu já passei por situações que me fizeram pensar em cometer suicídio” e o “tempo de serviço”. O Teste de correlação de Pearson, representado por *r* é a medida do grau de correlação linear entre duas variáveis numéricas (VIEIRA, 2008). Esse teste permite a descrição da direção e da magnitude de uma relação entre duas variáveis e as faixas +1,00 (correlação

positiva perfeita), passando pelo (0,00) até o – 1,00 (correlação negativa perfeita) (POLIT, BECK, HUNGLER, 2011).

3.6 Aspectos Éticos

Os responsáveis pelos serviços de saúde autorizaram a realização do estudo, que obteve aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa contida (Protocolo CAAE: 40072214.0.0000.5393).

O estudo seguiu as recomendações da Resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Os participantes do estudo foram esclarecidos quanto ao anonimato e sigilo das informações, a liberdade para interromper a participação na pesquisa em caso de necessidade, sem que isso lhes acarretasse danos pessoais. A participação foi voluntária e sem fins lucrativos. Foram ainda esclarecidos sobre os objetivos do estudo e, também, que os dados obtidos seriam utilizados para elaboração de trabalho científico e possível publicação.

Após consentirem verbalmente em participar da pesquisa, foi solicitado aos participantes que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

4 Resultados

Caracterização dos participantes do estudo

A Tabela 1 apresenta a distribuição de características sociodemográficas, experiência profissional e formação dos profissionais de enfermagem que atuavam em emergências pré-hospitalares e hospitalares.

Tabela 1 – Características sociodemográficas, formação e experiência profissional dos profissionais de enfermagem participantes do estudo (n=146). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2015-2016.

Descrição da variável	n	%
Gênero		
Masculino	30	20,5
Feminino	114	78,1
Missing	2	1,4
Faixa etária (anos)		
19 – 29	9	6,2
30 – 39	52	35,6
40 – 49	45	30,8
50 – 59	35	24,0
≥ 60	3	2,0
Missing	2	1,4
Tempo de trabalho na enfermagem (anos)		
≤ 1 ano	2	1,3
2 – 10	33	22,6

11 – 20	73	50,0
21 – 30	29	19,9
≥ 31	9	6,2
Tempo de trabalho no local do estudo (anos)		
≤ 1 ano	27	18,5
>1 – 10	59	40,4
11 – 20	48	32,9
≥ 21	12	8,2
Serviço		
Hospitalar	68	46,6
Pré-hospitalar	78	53,4
Função		
Enfermeiro	28	19,2
Técnico de Enfermagem	55	37,7
Auxiliar de Enfermagem	63	43,1
Formação em saúde mental		
Sim	36	24,7
Não	110	75,3
Experiência em Psiquiatria ou saúde mental		
Sim	36	247
Não	110	75,3
Treinamento em suicídio		

Sim	17	11,6
Não	129	88,4

Participaram do estudo 146 profissionais de enfermagem. A idade dos entrevistados variou de 25 a 63 anos, com média de 43 anos, sendo que a maioria dos profissionais tinha menos de 50 anos de idade (72,5%) no momento da coleta de dados.

O tempo de exercício na enfermagem variou de três meses a 36 anos, com média de 16 anos.

A maioria dos profissionais era do sexo feminino (78,1%), trabalhava em serviço pré-hospitalar (53,4%), trabalhava na enfermagem há mais de 10 anos (75,9%), era técnico ou auxiliar de enfermagem (80,9%), não possuía formação específica em saúde mental (75,3%) ou treinamento em suicídio (88,4%) e não tinha experiência de trabalhar em serviço de saúde mental (75,3%).

Atitudes dos profissionais de enfermagem em relação ao suicídio

A Tabela 2 apresenta as respostas dos profissionais de enfermagem referentes às questões do Questionário de atitudes frente ao comportamento suicida.

Tabela 2 – Pontuações obtidas pelos profissionais de enfermagem nos itens do Questionário de atitudes diante do comportamento suicida. Ribeirão Preto, São Paulo, 2015-2016.

Questão	Intervalo obtido	Mediana	Média (DP)
Q1 Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar;	0,00 -10,0	7,90	7,34 (2,75)
Q2 Quem fica a ameaçar, geralmente não se mata;	0,00 -10,0	0,40	3,56 (3,18)
Q3 Apesar de tudo, penso que, se uma pessoa deseja se matar, ela tem esse direito;	0,00 -10,0	1,80	1,51 (3,00)
Q4 Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho;	0,00 -10,0	7,75	7,37 (2,69)
Q5 No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio;	0,00 -10,0	1,80	2,64 (3,00)
Q6 A vida é um dom de Deus, e só Ele pode tirar;	0,00 -10,0	9,90	8,71 (2,78)
Q7 Sinto-me capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar;	0,00 -10,0	6,05	5,97 (2,79)
Q8 Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental;	0,00 -10,0	2,35	3,34 (3,40)
Q9 Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio, e acabar induzindo o paciente a isso;	0,00 -10,0	1,90	2,98 (3,29)

Q10 Tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio;	0,00 -10,0	4,90	5,22 (3,21)
Q11 É preciso ter certa dose de coragem para se matar;	0,00 -10,0	8,10	7,13 (3,39)
Q12 Sinto-me inseguro(a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio;	0,00 -10,0	2,65	3,36 (3,34)
Q13 No fundo, às vezes dá até raiva, porque tanta gente querendo viver... e aquele paciente querendo morrer;	0,00 -10,0	2,70	3,73 (3,61)
Q14 Se eu sugerir uma interconsulta psiquiátrica para um paciente que falou em se matar, penso que isso será bem aceito pelo seu médico assistente;	0,00 -10,0	7,00	6,49 (3,03)
Q15 A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar;	0,00 -10,0	4,65	4,74 (3,11)
Q16 Quem tem Deus no coração, não vai tentar se matar;	0,00 -10,0	4,70	5,00 (3,70)
Q17 No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável a ideia de suicídio;	0,00 -10,0	0,60	1,85 (2,97)
Q18 Quando uma pessoa fala de por fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela;	0,00 -10,0	9,50	8,76 (2,05)
Q19 Quem quer se matar mesmo, não fica “tentando” se matar;	0,00 -10,0	4,40	4,40 (3,78)
Q20 Um paciente internado dificilmente se mata sem que tenha um forte motivo	0,00 -10,0	3,10	3,85 (3,41)

para isso;			
Q21 Eu já passei por situações que me fizeram pensar em cometer suicídio;	0,00 -10,0	0,00	1,69 (3,40)

DP (Desvio padrão)

Foram obtidas as pontuações mínima (0) e máxima (10) em cada um dos itens do questionário, o que expressa que houve pessoas que concordaram plenamente e pessoas que discordaram plenamente com cada uma das afirmações do questionário.

A média de pontuação das 21 questões foi de 4,38 pontos. A afirmação com a menor mediana foi a questão "*Eu já passei por situações que me fizeram pensar em cometer suicídio*" (0,00) e a questão com menor pontuação média foi "*Apesar de tudo, penso que, se uma pessoa deseja se matar, ela tem esse direito*" (1,51). Tais pontuações indicam maior discordância com as afirmações.

Destaca-se que, embora a questão 21 tenha apresentado baixa pontuação média (1,69) e mediana (0,00), o intervalo obtido nessa questão foi de 0 a 10, sendo que houve nove participantes que concordaram plenamente com tal afirmação.

A afirmação com maior mediana foi "*A vida é um dom de Deus, e só Ele pode tirar*" (9,90) e a maior pontuação média foi "*Quando uma pessoa fala de por fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela*" (8,76). Essas afirmações foram aquelas com as quais os entrevistados mais expressaram concordância.

Na Tabela 3 estão apresentados os resultados obtidos nos fatores do QACS: 1- Sentimentos em relação ao paciente; 2- Percepção de capacidade profissional; e 3- Direito ao Suicídio. A pontuação em cada um dos fatores pode variar de zero a 30 pontos.

Tabela 3 - Pontuação obtida pelos profissionais de enfermagem (N=146) nos fatores do Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida (QACS). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016.

Fator	Intervalo obtido	Mediana	Média (DP)
1-. Sentimentos negativos diante do paciente	0,0 – 30,0	10,60	11,44 (6,58)
2- Percepção de capacidade profissional	0,0 – 30,0	19,70	18,78 (7,02)
3- Direito ao Suicídio	0,0 – 30,0	8,05	8,44 (6,37)

DP (Desvio padrão)

Em comparação com os demais fatores, no fator 3 foram obtidas os menores valores referentes à mediana (8,05) e média (8,44), enquanto no fator 2 foram obtidas as maiores mediana (19,70) e média (18,78).

A Tabela 4 apresenta as comparações entre as médias obtidas no QACS, segundo as variáveis relacionadas às características sociodemográficas e aquelas relacionadas à formação e experiência profissional.

Tabela 4 - Características sociodemográficas, formação e experiência profissional dos profissionais de enfermagem segundo pontuação obtida nos fatores do Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida (QACS) (n=146). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016.

Variável	**Fator 1**		**Fator 2**		**Fator3**	
	Média(DP)	**p-value**	**Média(DP)**	**p-value**	**Média(DP)**	**p-value**
Sexo		0,80		0,24		0,34
Feminino	11,43 (6,90)		18,43 (7,01)		8,13 (6,15)	
Masculino	11,47 (5,41)		20,03 (7,02)		9,52 (7,09)	
Formação em Saúde Mental		0,28		**0,00**		0,14
Sim	10,42 (6,89)		24,23 (4,91)		10,40 (7,10)	
Não	11,51 (6,59)		18,42 (7,00)		8,31 (6,33)	
Experiência em Saúde Mental		**0,00**		0,15		**0,01**
Sim	8,80 (5,15)		20,03 (5,88)		10,22 (6,64)	
Não	12,37 (6,80)		18,35 (7,36)		7,82 (6,19)	
Treinamento sobre Suicídio		0,43		**0,00**		0,76
Sim	11,07 (6,98)		24,34 (3,68)		7,78 (7,51)	
Não	11,49 (6,36)		18,06 (7,04)		8,53 (6,24)	
Função		0,37		0,55		**0,00**
Enfermeiro	11,30 (6,76)		18,02 (8,54)		12,16 (6,18)	

Auxiliar/ Técnico	11,48 (6,57)		18,97 (6,64)		7,56 (6,12)	
Serviço		0,87		**0,01**		0,27
Hospitalar	10,66 (5,87)		20,09 (6,80)		8,58 (5,97)	
Pré-hospitalar	12,12 (7,12)		17,66 (7,06)		8,32 (6,74)	

Teste utilizado: Mann-Witney; DP (Desvio padrão)

No fator 1, que indica atitudes mais negativas em relação ao suicídio, tiveram maiores pontuações as pessoas com experiência de terem trabalhado em serviço de saúde mental (p=0,00).

Maiores pontuações no fator 2, que revelam maior percepção de capacidade profissional, estiveram presentes entre profissionais com formação específica em saúde mental (p=0,00), entre aqueles que já haviam recebido treinamento específico relacionado ao suicídio (p=0,00) e entre aqueles que trabalhavam no serviço hospitalar (p=0,01).

No que se refere ao fator 3, tiveram maior pontuação (atitude menos moralista/judiciosa) as pessoas com experiência em serviços de saúde mental (p=0,01) e os enfermeiros, em comparação com técnicos e auxiliares (p=0,00). Não houve diferença significativa entre homens e mulheres com relação aos fatores.

O teste de correlação de Spearman foi aplicado para testar correlações entre fatores do QACS e as variáveis numéricas contínuas tempo de experiência e a pontuação na questão 21. Os resultados do teste estão apresentados na tabela 5.

Tabela 5 – Pontuação obtida pelos profissionais de enfermagem nos fatores do Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida (QACS) segundo pontuação obtida na questão 21 do QACS e tempo de experiência profissional (n=146). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016.

Domínio		Tempo Experiência	Q21
Fator 1	Coeficiente Spearman*	-0,04	0,11
	p-value	0,96	0,16
	n	146	145
Fator 2	Coeficiente Spearman*	0,03	-0,06
	p-value	0,66	0,45
	n	146	145
Fator 3	Coeficiente Spearman*	0,02	0,03
	p-value	0,81	0,68
	n	146	145

Não houve correlação entre os fatores do QACS e as variáveis tempo de experiência e a pontuação na questão 21. Contudo, foi observada correlação negativa fraca (r= -0,302) entre os fatores 1 e 2 (p=0,00), significando que pessoas com maior percepção da capacidade profissional tiveram atitudes menos negativas em relação ao comportamento suicida.

5 Discussão

Segundo a Organização mundial da Saúde, mais de 450 milhões de pessoas possuem algum tipo de transtorno mental ou problema de ordem psicológica (WHO, 2001). Portanto, em algum momento, os profissionais que atuam em diferentes contextos assistenciais terão contato com pacientes com demandas relacionadas à saúde mental. Entre essas demandas estão as emergências psiquiátricas.

As emergências psiquiátricas se constituem em alterações de natureza psiquiátrica nas quais alterações do estado mental resultam em risco atual e significativo de morte ou injúria grave, para o paciente ou para terceiros (QUEVEDO, SCHMITT, KAPCZINSKI, 2008).

Tais condições são prevalentes e desafiadoras. Estima-se que aproximadamente 53 milhões de atendimentos de emergências psiquiátricas ocorreram nos Estados Unidos entre 1992 e 2001 (LARKIN, SMITH, BEAUTRAIS, 2008). Nos período de 2001 a 2011, nos Estados Unidos, as emergências psiquiátricas aumentaram de 4,4% para 7,2% do total de atendimentos no setor de emergência, o que equivale a 55 000 atendimentos a mais em cada ano, neste período (SIMON, SCHOENDORF, 2014).

Os serviços de urgências e emergências atuam de maneira essencial nos atendimentos de crises psiquiátricas (BRASIL, 2002). No Brasil, os dispositivos de assistência principais para o atendimento de casos agudos são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os hospitais gerais e de emergências psiquiátricas e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) (BRASIL, 2001).

É importante que os serviços de atendimento às urgências sejam de fácil acesso e estejam preparados para atender emergências psiquiátricas, pois são serviços que podem desempenhar papel importante na prevenção de agravos (ANSSEAU, et al., 2004; FULBROOK, LAWRENCE, 2015). Em diversos casos, esses serviços se constituem em uma porta de entrada para os serviços de saúde mental (DOWNEY, ZUN, BURKE, 2012).

Os serviços de emergência têm características a alta rotatividade, variedade de casos clínicos, complexidade e a demanda excessiva, o que pode torna-los pouco atrativos para os profissionais da área da saúde (DEL-BEN, TENG, 2010).

A área de urgências e emergências é desafiadora e exige alta capacitação dos profissionais (ANTAI-OTONG, 2016). Todavia, a formação acadêmica dos enfermeiros comumente não enfoca aspectos relacionados à saúde mental e emergências psiquiátricas (GIRADE, CRUZ, STEFANELLI, 2006). Nesse contexto, abordagens mais humanizadas, tais como escuta atenta e relação de ajuda, são subutilizadas, e, quando ocorrem, são carregadas de dificuldades relacionadas à incorporação do modelo biomédico no atendimento clínico, uso excessivo de medicamento e contenção mecânica (SANTOS, COIMBRA, RIBEIRO, 2011).

Entre as emergências psiquiátricas, estão as tentativas de suicídio e o comportamento suicida como um todo. O suicídio é um problema relevante de saúde pública e que pode ser evitado. A Organização Mundial da Saúde tem como objetivo que atingir, até 2020, uma redução de ao menos 10% do número de suicídios a nível mundial (WHO, 2014). Para isso, faz-se necessário investir em estratégias de prevenção.

Destaca-se que tentativas prévias de suicídio são o principal fator de risco para a futura concretização do suicídio (OWENS, HORROCKS, HOUSE, 2002), sendo que o risco da pessoa cometer o suicídio agrava de acordo com o número de tentativas e também está ligado ao período de tempo entre essas tentativas (BERTOLOTE, MELLO-SANTOS, BOTEGA, 2010; QUEVEDO, SCHMITT, KAPCZINSKI, 2008; VIDAL, GONTIJO, 2013). Essa clientela apresenta maior risco de realizar novas tentativas e concretizar o suicídio e merece ser especial atenção, no que se refere à prevenção (WHO, 2006).

Assim, os atendimentos de pessoas com tentativas de suicídio em serviços de emergências podem ser determinantes para o prognóstico desses indivíduos, pois a avaliação e intervenção qualificadas sobre o risco suicida e a limitação de acesso aos meios para concretizá-lo são fundamentais para salvar vidas (RNAO, 2009; ENA, 2012; MENON, 2013; YIP et al., 2012). Todavia, no atendimento a pessoas com comportamento suicida, os profissionais de saúde apresentam dificuldades que envolvem falta de planejamento, inabilidade para a gestão do risco de suicídio e indisponibilidade de recursos (VANNOY et al., 2011).

Em decorrência do aumento do número de casos de suicídio e tentativas de suicídio, estes estão cada vez mais presentes no cotidiano de trabalho dos

profissionais de urgências e emergências (BERTOLOTE et al, 2010). Destaca-se que os profissionais de enfermagem nos serviços de emergência tendem a ser os primeiros a terem contato com doentes após a tentativa de suicídio ou um episódio de autolesão (CARMONA-NAVARRO, PICHARDO MARTÍNEZ, 2012), possuem contato frequente com clientes após tentativas de suicídio e têm papel central no manejo inicial desses casos (OSAFO et. al., 2012; NEBHINANI et. al., 2013).

O cuidado ao cliente suicida pode ser influenciado por diversos fatores entre os quais estão atitudes dos profissionais de enfermagem (DE LEO et. al., 2013; NEBHINANI et. al., 2013; SRIVASTAVA et al., 2012; OSAFO et al., 2012; MENON, 2013), que foram investigadas no presente estudo.

As atitudes relacionadas ao suicídio, neste estudo, estiveram associadas à experiência de trabalho em serviço de saúde mental, local de trabalho, função exercida, formação dos profissionais específica em saúde mental, e treinamento específico relacionado ao suicídio. Estes resultados podem subsidiar ações que visem à qualificação da assistência.

Uma recente revisão de literatura constatou que enfermeiros de vários setores da área da saúde possuem papéis centrais no cuidado ao paciente m risco suicida, e que as atitudes negativas destes profissionais são comuns diante do comportamento, indicando que a educação destes profissionais, através de componentes reflexivos e interativos podem proporcionar mudanças positivas nas atitudes relacionadas ao suicídio. Ademais, destaca que, para a melhoria da assistência, é necessário treinamento adequado, recursos e tempo para que desenvolvam técnicas adequadas de atendimento dos pacientes (KARMAN et al., 2015).

Os resultados do presente estudo revelaram que os profissionais de enfermagem possuem baixa exposição educacional específica com relação à temática do suicídio. Todavia, a educação relacionada à prevenção do suicídio oferecida aos profissionais da saúde pode melhorar as atitudes desses indivíduos com relação à evitabilidade do suicídio, a clareza do seu papel, confiança e atitudes mais preventivas diante do suicídio (RAMBERG, LUCCA, HADLACZKY, 2016). Nesse sentido, é importante questionar o motivo pelo qual há pouca exposição educacional a um tema tão relevante no cenário nacional e mundial.

Esse problema parece não ser uma particularidade do contexto estudado. Estudo realizado na China identificou que, nos serviços de urgências e emergências hospitalares, frequentemente o treinamento é voltado para demandas não relacionadas à saúde mental e o preparo das equipes para atender urgências psiquiátricas tem como barreiras a complexidade do processo de atendimento às urgências, preconceito, falta de informação sobre as urgências psiquiátricas e sobre a possibilidade de prevenção do suicídio (XIAOHIU et al., 2015).

No presente estudo, a relação entre a formação e as atitudes mostrou-se complexa. A formação específica em suicídio ou saúde mental se associou a maior percepção de capacidade profissional, mas não esteve associada às atitudes menos condenatórias e negativas. Por outro lado, os enfermeiros (profissionais com ensino superior) tiveram atitude menos moralista/judiciosa em comparação com técnicos e auxiliares. Esses resultados apontam a importância de estratégias educativas que incorporem saberes atitudinais (e não apenas saberes cognitivos e procedimentais) para promover atitudes mais positivas, empáticas e acolhedoras com a pessoa com risco suicida.

Outro resultado encontrado neste estudo, foi que os profissionais que se percebiam mais preparados para o cuidado relacionado ao suicídio tiveram menos atitudes negativas. A literatura aponta que a aquisição de conhecimentos parece estar associada a atitudes mais positivas entre os profissionais (MCCARTHY, GIJBELS, 2010). Além disso, a educação reflexiva e interativa podem contribuir para a redução das atitudes negativas, assim como melhorar a forma de trabalho do enfermeiro em atendimentos a pessoas com comportamentos suicidas (KARMAN et al., 2015).

Enfermeiros tiveram atitudes menos condenatórias que os auxiliares e técnicos de enfermagem. A esse respeito, estudos afirmam que a formação de auxiliares de enfermagem possui déficits importantes (OESEBURG, HILBERTS, ROODBOL, 2015) e que enfermeiros com maior formação ou com pós-graduação apresentam atitudes mais positivas com relação ao comportamento suicida (MCCARTHY, GIJBELS, 2010; WHEATLEY, AUSTIN-PAYNE, 2009).

De modo geral, a literatura indica que a formação profissional comumente é insuficiente para suprir as demandas do atendimento aos pacientes que se auto-

lesionam e recomenda grupos de apoio e supervisão clínica que podem qualificar a assistência oferecida pelos profissionais da enfermagem (WHEATLEY, AUSTIN-PAYNE, 2009). A educação permanente oferecida ao profissional dentro de sua rotina de trabalho e carga horária contratual aumenta a adesão às atividades educativas (CICONET, MARQUES, LIMA, 2008).

A literatura aponta que profissionais com formação em saúde mental têm atitudes mais positivas em relação ao suicídio (SRIVASTAVA, TIWARI, 2012) Todavia, no presente estudo, a formação específica em saúde mental esteve associada apenas a maior percepção da capacidade profissional, o que pode favorecer a sensação de segurança do profissional em lidar com pessoas em risco suicida, mas não garante atitude mais empática, menos condenatória e negativa.

Há estudos que demonstraram que preparo dos enfermeiros sobre a temática suicídio através de oficinas curtas, estudos autodirigidos ou cursos de curta duração favorecem comportamentos mais seguros e atitudes mais positivas diante do suicídio (PATTERSON, WHITTINGTON, BOGG, 2007; DICKINSON, WRIGHT, HARRISON, 2009). Porém outro estudo não identificou relações entre preparo prévio sobre suicídio e melhores atitudes (MCCARTHY, GIJBELS, 2010). Além disso, profissionais da saúde mental consideram que, para proporcionar melhor atendimento, é necessária uma educação mais ampliada (NORHEIM et al., 2016).

A educação continuada comumente implica em qualificar pessoas que já possuem conhecimento técnico, valores, atitudes fortemente estabelecidos. Nesse sentido, promover mudanças em conhecimentos, habilidades e atitudes pode ser um desafio. Espaços de reflexão são essenciais, tais como ocorrem na educação permanente, favorecem a redefinição de práticas, trabalho, condutas e novas estratégias (CICONET, MARQUES, LIMA, 2008). A educação dos enfermeiros também pode ser propiciada pela aplicação de protocolos que norteiem suas condutas e que contribuam na avaliação dos riscos de suicídio e fatores de proteção (ANTAI-OTONG, 2016).

O processo de ensino-aprendizagem deve considerar as experiências vivenciadas pelos indivíduos e a bagagem profissional e pessoal que possuem e não apenas a transferência de conteúdos técnicos, normas e diretrizes para possibilitar

trocas importantes entre os sujeitos, integração de conhecimentos, partilha de vivências e sentimentos (ZANI, NOGUEIRA, 2006).

Neste estudo os profissionais que possuíam experiência prévia de trabalho em serviço de saúde mental (p=0,00) apresentaram atitudes mais negativas diante do paciente, mas também tiveram atitudes menos condenatórias. Na literatura, não é suficientemente clara a relação entre a experiência clínica e as atitudes sobre o suicídio (KELLY, MCCARTHY, SAHM, 2014).

Há resultados diversos entre os estudos a esse respeito, pois já foi identificada ausência de correlação entre experiência profissional e as atitudes (WHEATLEY, AUSTIN-PAYNE, 2009), mas também há indícios de que as atitudes se tornam mais negativas com o passar do tempo de trabalho com pacientes suicidas (DICKINSON, WRIGHT, HARRISON, 2009).

Estudos apontam que os profissionais de enfermagem possuem atitudes mais negativas com pessoas com comportamento suicida ou automultilação do que com os demais pacientes (SAUNDERS et al., 2012; CARMONA-NAVARRO, PICHARDO-MARTÍNEZ, 2012). As atitudes negativas diante do comportamento suicida estão ligadas ao julgamento de despreparo (XIAOHUI et. al., 2015), e podem reforçar o estigma vivenciado por pessoas que tentaram o suicídio e familiares (PINTO-FOLTZ, LOGSDON, 2009; KARMAN et al., 2015), além de favorecer a discriminação e prejudicar o cuidado as pessoas que tentam o suicídio (SAUNDERS, 2012).

Estudos apontam que a experiência relacionada ao suicídio consumado gera reações emocionais e comportamentais como descrença, isolamento, medo, tristeza, raiva, impotência, frustração, culpa, sentimentos de inadequação e constrangimento, além de insegurança, sendo uma experiência psicológica importante para os profissionais da saúde (SCOCCO et. al., 2012; FAIRMAN et al., 2014). As atitudes negativas frente ao comportamento suicida podem ser caracterizadas por raiva, distanciamento e impotência (BOTEGA et al., 2005), que são identificados entre as reações frente ao suicídio consumido de um paciente. Assim, existe a possibilidade de que experiências traumáticas de mortes por suicídio propiciem atitudes negativas, caso não sejam devidamente elaboradas.

Essas experiências de mortes de pacientes por suicídio podem interferir na saúde mental e na prática clínica dos profissionais (TALSETH, GILJE, 2007), que são os primeiros a terem contato com pacientes suicidas ou episódio de auto-lesão (CARMONA-NAVARRO, PICHARDO MARTÍNEZ, 2012), além de ter papel central neste cuidado (KARMAN et al., 2015).

Profissionais que atuam em emergências são regularmente expostos às experiências traumáticas e particularmente suscetíveis ao estresse secundário traumático, burnout cumulativa e um estado de esgotamento físico e mental (COCKER, JOSS, 2016). Além disso, serviços de Emergência são altamente exigentes, apresentam riscos ocupacionais importantes, o que pode acarretar prejuízos emocionais e físicos e carga de trabalho elevada para os profissionais (REUTER, CAMBA, 2017).

O ato suicida pode ser um incidente traumático na sociedade, na família e muitas vezes não há programas de luto, e quando existem, suas eficácias acabam sendo duvidosas. O apoio social e o de profissionais da saúde às famílias de pacientes que cometeram suicídio são essenciais, pois são vulneráveis, estigmatizadas e isoladas, fatores que favorecem a aquisição de depressão (SPINO et al., 2016). Entretanto, é preciso ter em mente que os profissionais também necessitam de apoio no enfrentamento de situações relacionadas ao suicídio.

O preparo dos profissionais para manejo do suicídio não se resume a formação, visto que os profissionais também são afetados emocionalmente ao realizar o cuidado e podem experimentar sensações de fracasso profissional, redução da autoestima, questionamento sobre as próprias habilidades e competências profissionais (TALSETH, GILJE, 2007). A formação e desenvolvimento de competências emocionais permitem que os profissionais da enfermagem prestem um melhor cuidado aos suicidas e tenham diminuídas as atitudes negativas em relação a um comportamento suicida (CARMONA-NAVARRO, PICHARDO-MARTÍNEZ, 2012).

Outro elemento que pode estar associado às atitudes relacionadas ao suicídio é o ambiente de atuação profissional. Estudo prévio identificou que enfermeiros que atuavam em saúde mental ou hospitais de pequeno porte apresentaram atitudes

mais positivas do que as que trabalhavam em hospitais de grande porte (PATTERSON, WHITTINGTON, BOGG, 2007).

No presente estudo, profissionais do serviço pré-hospitalar se sentiam menos preparados para o manejo do suicídio do que as pessoas do serviço hospitalar. Tal fato pode estar relacionado à exposição de profissionais a situações mais desafiadoras no contexto pré-hospitalar. Os serviços pré-hospitalares podem se apresentar com um campo de alta exigência no fornecimento de tratamento, cuidados e transporte e os profissionais muitas vezes apresentam sentimentos de inadequação neste sistema (REUTER, CAMBA, 2017).

Neste estudo, em cada uma das afirmações do questionário ocorreu a indicação da concordância e discordância plena, ou seja, marcações no espaço entre as extremidades da questão. Isso demonstra que as opiniões e atitudes relacionadas ao suicídio foram variadas ou divergentes, o que pode dificultar a coesão da equipe em algumas situações. Cabe então salientar a importância de se aplicar intervenções junto a estas equipes, que favoreçam a educação continuada, discussões em equipe, supervisão clínica e que possam favorecer uma abordagem coesa.

De modo geral, a pontuação nas questões isoladas revelou elevada discordância com o direito da pessoa decidir sobre o suicídio. Essa atitude também foi observada entre médicos generalistas e de urgências (XIAOHIU et al., 2015). A ideia de que o suicídio é condenável e censurável pode favorecer atitudes moralistas e abordagens mais prescritivas (OSAFO ET al., 2012). Embora não seja desejável que o suicídio seja uma opção aceitável, é importante atentar para posturas extremistas, judiciosas ou pouco empáticas, pois a empatia e o vínculo terapêutico são necessários para a implementação de diversas ações de cuidado recomendadas no manejo do suicídio (ENA, 2012; MENON, 2013; RNAO, 2009).

Não houve a relação entre sexo e as atitudes relacionadas ao comportamento suicida, corroborado com os resultados de outros estudos, pois a existência de associação entre sexo e tais atitudes é inconclusiva na literatura científica (MCCARTHY, GIJBELS, 2010; KELLY, MCCARTHY, SAHM, 2014; SANTOS, COIMBRA, RIBEIRO, 2014; KARMAN ET al., 2015).

Não foi identificada associação entre idade e atitudes frente ao suicídio. A esse respeito, na Irlanda, estudo identificou que enfermeiros mais velhos dos departamentos de urgência e emergência apresentaram atitudes mais positivas frente ao comportamento suicida do que os mais jovens (CONLON, O'TUATHAIL, 2012). Outro estudo encontrou que as atitudes mais positivas estiveram concentradas entre enfermeiros com idade entre 41 e 50 anos (MCCARTHY, GIJBELS, 2010).

O tempo de atuação na enfermagem também não esteve associado a atitudes frente ao comportamento suicida. Há indícios de que, nas urgências e emergências, com os anos de serviço, as atitudes dos profissionais tornem-se mais positivas, mas depois de alguns anos, elas tendem a tornar-se negativas (MCCARTHY, GIJBELS, 2010).

Destaca-se ainda que 6% dos entrevistados concordaram plenamente com a expressão "Eu já passei por situações que me fizeram pensar em cometer suicídio". Os pensamentos e ideação são comportamentos suicidas que merecem especial atenção para prevenção da progressão do risco de suicídio. Assim, é importante avaliar sistematicamente a saúde mental dos profissionais de saúde, rastrear o risco de suicídio nessa população e avançar na investigação e implementação de intervenções de apoio.

O sofrimento ocupacional vivenciado por profissionais que atuam em emergências gera sentimentos de impotência e fuga diante da dor (GARCIA et al., 2012). A proximidade com a morte, principalmente em locais de urgências e emergências apresenta-se desgastante para os profissionais da saúde, sobretudo, a equipe da enfermagem (GARCIA et al., 2012). Além disso, a maneira como o indivíduo organiza o próprio trabalho pode favorecer algum grau de sofrimento (DEJOURS, 2015).

A identificação de sofrimentos e insatisfação entre esses profissionais, o gerenciamento de sofrimentos e de recursos são fundamentais para o equilíbrio psíquico e saúde mental desses profissionais (DEJOURS, 2015; GARCIA et al., 2016) e podem ter impacto, inclusive, sobre a qualidade da assistência.

6 Considerações Finais

Esta pesquisa assumiu como objetivo investigar, entre profissionais de enfermagem que atuam em emergência, as atitudes relacionadas ao suicídio e os fatores associados. Para tal, foi realizada a aplicação do Questionário de Atitudes frente ao comportamento Suicida e de um roteiro sociodemográfico, que contribuíram na busca dos objetivos propostos.

Verificou-se que os profissionais de enfermagem apresentaram baixa exposição educacional sobre o suicídio, mas os profissionais que se percebiam mais preparados para o cuidado relacionado ao suicídio tiveram menos atitudes negativas.

A relação entre a formação e as atitudes revelou-se complexa. A formação específica em saúde mental ou em suicídio esteve associada a maior percepção de capacidade profissional, mas não a atitudes menos negativas ou condenatórias. Por outro lado, os enfermeiros (profissionais com ensino superior) tiveram atitude menos moralista/judiciosa em comparação com técnicos e auxiliares.

Neste estudo, pessoas com experiência prévia de trabalho em serviço de saúde mental tiveram maiores atitudes negativas diante do paciente, porém também tiveram atitudes menos condenatórias. O local de trabalho também esteve associado às atitudes, sendo que profissionais do serviço pré-hospitalar se sentiam menos preparados para o manejo do suicídio aos do serviço hospitalar. Não houve associação entre as atitudes relacionadas ao comportamento suicida e sexo, idade e tempo de atuação na enfermagem.

Evidenciou-se que os profissionais possuem atitudes relacionadas ao suicídio variadas e, por vezes, divergentes, pois houve respostas que indicavam concordância e discordância plena com cada uma das afirmações do questionário utilizado. Além disso, de modo geral, a pontuação nas questões isoladas revelou elevada discordância com o direito da pessoa a decidir sobre o suicídio.

Destaca-se ainda que 6% dos entrevistados referiram ter tido pensamentos suicidas, pois concordaram plenamente com a expressão "*Eu já passei por situações que me fizeram pensar em cometer suicídio*".

A partir dos resultados obtidos no presente estudo e de contribuições da literatura científica sobre a temática, corroborados com aspectos encontrados na

literatura, seguem algumas sugestões que podem contribuir com futuros estudos, intervenções educativas e aprimoramento da prática profissional:

- Investigar os motivos pelos quais há pouca exposição educacional sobre o suicídio, apesar da relevância desse problema no cenário nacional e mundial;
- Avaliar a eficácia, aplicabilidade e adesão dos profissionais a diferentes estratégias educacionais relacionadas ao comportamento suicida.
- Incorporar em estratégias educativas os saberes atitudinais e o desenvolvimento de competências emocionais;
- Aprimorar a abordagem do suicídio em cursos de graduação e técnicos;
- Oferecer apoio, supervisão clínica e educação continuada sobre suicídio;
- Estimular autoavaliação e reflexão sobre a percepção da capacidade profissional e estratégias de aprimoramento entre os profissionais da enfermagem das urgências;
- Incentivar o autoconhecimento e melhor gestão do estresse e ansiedade;
- Sugerir que os serviços propiciem momentos de discussão, reflexão e trocas de experiências que possam favorecer a integração de conhecimentos, coesão da equipe, redefinição de práticas e novas estratégias de cuidado;
- Utilizar e avaliar protocolos que orientem a prática dos profissionais da enfermagem;
- Avaliar a saúde mental dos profissionais de enfermagem que atuam em urgências e emergências;

- Investigar a relação entre atitudes frente ao comportamento suicida e experiências traumáticas de mortes por suicídio, ambiente de atuação profissional, experiência e tempo de atuação na enfermagem, visto que tais relações são insuficientemente esclarecidas na literatura;

- Investigar as atitudes de profissionais de enfermagem frente ao comportamento suicida em outros contextos e por meio de diferentes abordagens metodológicas.

As sugestões aqui citadas foram embasadas na análise dos dados deste estudo e apoiadas em recomendações identificadas na literatura, sendo importante ressaltar que as intervenções supracitadas merecem investigação aprofundada.

Este estudo possui algumas limitações, tais como: delineamento transversal, o fato de abranger a população em contextos específicos e o uso de testes não paramétricos, justificados pela anormalidade da distribuição dos dados. A despeito dessas limitações, este estudo é pioneiro na investigação de fatores associados a atitudes relacionadas ao suicídio entre profissionais de enfermagem que atuam em emergências no contexto hospitalar e pré-hospitalar brasileiro.

Este estudo realizado permitiu aprofundamento no conhecimento do suicídio, que é um fenômeno presente na história da humanidade, que possui expressivo impacto mundial, é parte do cotidiano de profissionais da saúde, mas que ainda é pouco abordado na sociedade e possui importantes lacunas na literatura científica.

O comportamento suicida e a prática clínica da enfermagem estão muito relacionados, principalmente no que tange a área das emergências e urgências. O risco suicida representa uma situação crítica marcada pela fragilidade e instabilidade do cliente. A abordagem baseada em evidências, rápida, humanizada e eficaz pode ser determinante para o prognóstico do paciente. Para isso, é necessário que os profissionais estejam preparados e apoiados.

Dada à importância da temática do suicídio e o caminho que ainda pode ser percorrido no campo da investigação e prática profissional, espera-se que este trabalho seja fértil e inspirador para outros investigadores, profissionais, educadores e gestores.

Referências

REFERÊNCIAS

AJZEN, I. **Attitudes, personality and behavior**. Milton Keynes: Open University Press, 1988.

ALTMANN, T. Attitude: a concept analysis. **Nursing Forum**, Sacramento, v. 43, n. 3, p. 144-150, 2008.

ANSSEAU, M.; DIERICK, M.; BUNTINKX, F.; SMEDT, J.; VAN DEN HAUTE, M.; VANDER MIJNSBRUGGE, D. High prevalence of mental disorders in primary care. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 78, n. 1, p. 49-55, 2004.

ANTAI-OTONG, D. What every ED nurse should know about suicide risk assessment. **Journal of Emergency Nursing**, St. Louis, v. 42, n. 3, p. 199- 200, 2016.

BERG, J. E. Which suicides increase during the economic crisis? A commentary and a proposal. **Journal of Public Health and Epidemiology**, Delta, v. 8, n. 5, p. 82-86, 2016.

BERTOLOTE, J. M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTEGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, p. 87-95, 2010. Suplemento 2.

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

BOTEGA, N. J.; MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B.; BARROS, M. B.; SILVA, V. F.; DALGALARRONDO, P. Prevalências de ideação, planos e tentativas de suicídio: um inquérito populacional em Campinas/SP. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 12, p. 2632-2638, 2009.

BOTEGA, N. J.; REGINATO, D. G.; SILVA, S. V.; CAIS, C. F. S.; RAPELI, C. B.; MAURO, M. L. F.; CECCONI, J. P.; STEFANELLO, S. Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 315-318, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 30 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2048/GM, de 05 de novembro de 2002**. Dispõe sobre o funcionamento dos Serviços de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 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. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html>. Acesso em: 30 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012**. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466. pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

CAIS, C. F. S.; SILVEIRA, I. U.; STEFANELLO, S.; BOTEGA, N. J. Suicide prevention training for professionals in the public health network in a large Brazilian city. **Archives of Suicide Research**, London, v. 15, n. 4, p. 384-389, 2011.

CARMONA-NAVARRO, M. C.; PICHARDO-MARTÍNEZ, M. C. Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 6, p. 1161-1168, 2012.

CASSORLA, R. M. S. Suicídio e autodestruição humana. In: WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CICONET, R. M.; MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): Relato de experiência de Porto Alegre-RS. **Interface**, Porto Alegre, v. 12, n. 26, p. 742-748, 2008.

CONLON, M.; O'TUATHAIL, C. Measuring emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm using the self-harm antipathy scale. **International Emergency Nursing**, Oxford, v. 20, n. 1, p. 3-13, 2012.

COCKER, F.; JOSS, N. Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: a systematic review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 13, n. 618, p. 2-18, 2016.

CREPALDI, M. A. Prefácio. In: MALISKA, M. E.; WALLAUER. A. **Suicídio**: um desafio para profissionais de saúde. Florianópolis: Pandion, 2012.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 6. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 2015.

DEL-BEN, C. M.; TENG, C. T. Emergências psiquiátricas: desafios e vicissitudes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 567-568, 2010.

DE LEO, D.; BURGIS, S.; BERTOLOTE, J. M.; KERKHOT, A. J.; BILLE-BRAHE, U. Definitions of suicidal behavior. Lessons learned from the WHO/HEN Multicentre Study. **Crisis**, Porto, v. 27, n. 1, p. 4-15, 2006.

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

DICTIONARY.COM. Leraning somenthing every day. **Attitude**. 2015. Disponível em: <http://www.dictionary.com/browse/attitude?s=t>. Acesso em: 14 maio 2016.

DICKINSON, T.; WRIGHT, K. M.; HARRISON, J. The attitudes of nursing staff in secure environments to young people who self-harm. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, Oxford, v. 16, n. 10, p. 947-951, 2009.

DOWNEY, L. A.; ZUN, L. S.; BURKE, T. Undiagnosed mental illness in the emergency department. **Journal of Emergency Medicine**, New York, v. 43, n. 1, p. 876-882, 2012.

DURKHEIN, E. **O suicídio**. Um estudo sociológico. Rio de Janeiro: Zohar, 1982.

EMERGENCY NURSES ASSOCIATION (ENA). **Clinical practice guideline**: suicide risk assessment. Full version. ENA, 2012.

FAIRMAN, M. D. N.; THOMAS, L. L. P. M.; WHITMORE, S.; MEIER, E. A.; IRWIN, S. A. What did I miss? A qualitative assessment of impact of pacient suicide on hospice clinical staff. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 17, n. 10, p. 1-4, 2014.

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio século XXI escolar**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FREITAS, A. P. A.; BORGES, L. M. Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 560-577, 2014.

FULBROOK, P.; LAWRENCE, P. Survey of an Australian general emergency department: estimated prevalence of mental health disorders. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, Boston, v. 22, n. 1, p. 30-38, 2015.

GARCIA, A. B.; DELLAROZA, M. S. G.; HADDAD, M. C. F. L. PACHEMSHY, L. R. Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário público. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 153-159, 2012.

GARCIA, A. B.; HADDAD, M. C. F. L.; DELLAROZA, M. S. G.; ROCHA, F. L. R.; PISSINATI, P. S. C. Estratégias utilizadas por técnicos de enfermagem para enfrentar o sofrimento ocupacional em um pronto-socorro. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 17, n. 2, p. 285-292, 2016.

GIRADE, M. G.; CRUZ, M N. T.; STEFANELLI, M. C. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 105-110, 2006.

GHASEMI, P.; SHAGHAGHI, A.; ALLAHVERDIPOUR, H. Measurement scales of suicidal ideation and attitudes: a systematic review article. **Health Promotion Perspective,** Tabriz, v. 5, n. 3, p. 156-168, 2015.

GOUDA, M. R. N., RAO, S. M. Factors Related to Attempted Suicide in Davanagere. **Indian journal of Community Medicine**, Mumbai, v. 33, n.1, p. 15–18, 2008.

HARTUNG, D. M.; TOCHETTE, D. Overview of clinical research design. **American Journal of Health-System Pharmacy**, Bethesda, v. 66, n. 4, p. 398-408, 2009.

HECK, M. R.; KANTORSKI, L. P.; BORGES, A. M.; LOPES, C. V.; SANTOS, M. C.; PINHO, L. B. Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. **Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 26 - 33, 2012.

JOE, S.; DANIEL, D. R.; PATRICK, E. J. Suicide acceptability is related to suicide planning in U.S. adolescents and young adults. **Suicide and Life Threatening Behavior**, New York, v. 37, n. 2, p. 165–178, 2007.

JUNG, J. H.; OLSON, D. V. A. Religion, stress, and suicide acceptability in south korea. Social forces, a scientific medium of social study and interpretation, **Chapel Hill**, Baltimore, v. 92, n. 3, p. 1039 – 1059, 2014.

KANTORSKI, L. P.; CAVADA, C.; OLIVEIRA, C.; HAUFFEN, F. Serviço de atenção diária de saúde mental – um espaço de diálogo entre a universidade e os serviços. **Revista de Saúde URCAMP**, Bagé, v. 4, n. 1, p. 74 - 82, 2000.

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

KELLY, M; MCCARTHY, S; SAHM, L. J. Knowledge, attitudes and beliefs of patients and carers regarding medication adherence: a review of qualitative literature. **European Journal of Clinnical Pharmacology**, Berlin, v. 70, n. 12, p. 1423-31, 2014.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B.; GREBB, J. **Compêndio de psiquiatria**: ciências de comportamento e psiquiatria clínica. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

LARKIN, G. L.; SMITH, R. P.; BEAUTRAIS, A. L. Trends in US emergency department visits for suicide attemps, 1992 – 2001. **The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention**, London, v. 92, n. 2, p. 73-80, 2008.

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

MEADOWS, K. A. So you want to do research? 4: an introduction to quantitative methods. **British journal of community nursing,** England, v. 8, n. 11, p. 519- 526, 2003.

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

NANTON, E. The definition of assisted suicide. **Anglican Journal,** Toronto, v. 140, n. 1, p. 6, 2014. Disponível em: http://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA355867615&v=2.1&u=capes&it=r&p=AONE&sw=w&asid=a2dc5c762004d2ccb4c297df42a3d19e Acesso em: 11 maio 2016.

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

NORHEIM, A. B.; GRIMHOLT, T. K.; LOSKUTOVA, E.; EKEBERG, O. Attitudes toward suicidal behaviour among professionals at mental health outpatient clinics in Stavropol, Russia and Oslo, Norway. **BioMed Central Psychiatric**, London, v. 16, n. 268, p. 2-12, 2016.

OESEBURG, B.; HILBERTS, R.; ROODBOL, P. P. Essential competencies for the education of nursing assistants and care helpers in elderly care, **Health Services Research**, Scotland, v. 35, n. 10, p. 32–35, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS; 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros um recurso para conselheiros.** Organização Mundial de Saúde — OMS: Genebra, 2006.

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**, Dubai, v. 49, n. 6, p. 691-700, 2012.

OWENS, D.; HORROCKS, J.; HOUSE, A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. **British Journal of Psychiatry**, n. 181, p. 193-199, 2002.

PALLANT, J. **SPSS Survival Manual**: a step by step guide to data analysys using SPSS. 4th ed. Berkshire: McGraw-Hill, 2010.

PATTERSON, P.; WHITTINGTON, R.; BOGG, J. Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: the self-harm antipathy scale (SHAS). **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, Oxford, v. 14, n. 5, p. 438–445, 2007.

PINTO-FOLTZ, M. D.; LOGSDON, M. C. Reducing stigma relating to mental disorders: initiatives, interventions and recommendations for nursing. **Archives of Psychiatric Nursing***,* Orlando, v. 23, n.1, p. 32-40, 2009.

POLIT, D.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização***.* 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POREDDI, V.; THIMMAIAH, R.; RAMU, R.; SELVI, S.; GANDHI, S.; MATH, S. B. Gender Differences Related to Attitudes Toward Suicide and Suicidal Behavior. **Community Mental Health Journal**, Lexington, v. 52, n. 2, p. 228–232, 2016.

QUEVEDO, J.; SCHMITT, R.; KAPCZINSKI, F. **Emergências Psiquiátricas**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 440 p.

RAMBERG, I.; LUCCA, M. A. D.; 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. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, 2016, v. 13, n. 195, p. 1-12, 2016.

REGISTRED NURSES'S ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO) **Nursing Best Practice Guideline:** Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour. RNAO: Ontário, 2009.

REUTER, E.; CAMBA, J. D. Understanding emergency workers' behavior and perspectives on design and safety in the workplace. **Applied Ergonomics**, London, v. 59, p. 73 – 83, 2017.

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**, Porto, v. 35, n. 2, p. 110–122, 2014.

SAUNDERS, K. E. A.; HAWNTON, K. FORTUNE, S.; FARRELL, S. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 139, n. 3, p. 205–216, 2012.

SPINO, E.; KAMEG, K. M.; CLINE, T. W.; TERHORST, L.; MITCHELL, A. M. Impact of social support on symptoms of depression and loneliness in survivors bereaved by suicide. **Archives of Psychiatric Nursing**, Orlando, v. 30, n. 5, p. 602-606, 2016.

SANTOS, M. S.; COIMBRA, V. C. C.; RIBEIRO, J. P. Attending emergency psychiatric held by the nurse of the service mobile emergency. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Pelotas, v. 5, n. 9, p. 2197- 2205, 2011.

SIMON, A. E.; SCHOENDORF, K. C. Emergency department visits for mental health conditions among us children, 2001-2011. **Clinical Pediatrics**, Philadelphia, v. 53, n.14, p. 1359–1366, 2014.

SCOCCO, P.; TOFFORL, E.; PILOTTO, E.; PERTILE, R. Psychiatrists' emotional reactions to patient suicide behavior. **Journal of Psychiatric Practice**, Philadelphia, v. 18, n. 2, p. 94–108, 2012.

SILVERMAN, M. M.; BERMAN, A. L.; SANDDAL, N. D.; O´CARROL, P. W.; JOINER, T. E. rebuilding the tower of babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: suiciderelated ideations, communications, and behaviors. **Suicide Life Threat Behavior**, New York, v. 37, n. 3, p. 264-277, 2007.

SOUSA, V.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: Desenhos de Pesquisa Quantitativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 1- 6, 2007.

SRIVASTAVA, M.; TIWARI, R. A comparative study of attitude of mental health versus nonmental professionals toward suicide indian. **Indian Journal of Psychological Medicine**, Mumbai, v. 34, n. 1, p. 66–69, 2012.

SUN, M. K.; BAEK, J. H.; HAN, D. H.; LEE, Y. S.; YURGELUN-TODD, D. A. Psychosocial - Environmental risk factors for suicide attempts in adolescents with suicidal ideation: findings from a sample of 73,238 adolescents. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, Korea, v. 45, n. 4, p. 477-487, 2015.

SUOMINEN, K.; SUOKAS, J.; LÖNNQVIST, J. Attitudes of general hospital emergency room personnel towards attempted suicide patients. **Nordic Journal of Psychiatry**, Oslo, v. 61, n. 5, p. 387-392, 2007.

TALSETH, A. G.; GILJE, F. Unburdening suffering: responses of psychiatrists to patients' suicide deaths. **Nursing Ethics**, London, v. 14, n. 5, p. 620-636, 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17901173>. Acesso em: 15. Jun. 2016.

VANNOY, S. D.; TAI-SEALE, M.; DUBERSTEIN, P.; EATON, L. J.; COOK, M. A. Suicide ideation responses in late-life primary care. **Journal of General Internal Medicine**, v. 26, n. 9, p. 1005–11, 2011.

VIEIRA, S. **Introdução à bioestatística**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cadernos de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 108-14, 2013.

VOLPE, F. M.; CORRÊA, H.; BARRERO, S. P. **Epidemiologia do suicídio**. In: CORREA, H.; PEREZ, S. (Orgs.). Suicídio, uma morte evitável. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 11-27.

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

WHEATLEY, M.; AUSTIN-PAYNE, H. Nursing staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adults and adolescents in an inpatient setting. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, New York, v. 37, p. 293–309, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The World Health Report 2001. **Mental Health**: new understanding, new hope. Geneva, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Prevention of mental disorders**: effective interventions and policy options. Geneva, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Suicide prevention**: facing the challenges, building solutions. European Ministerial Conference on Mental Heath 2005 (January): 1- 6.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO/HEN Multicentre Study. **Crisis**, Porto, v. 27, n.1, p. 4 – 15, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide**. A resource for media professionals. Geneva: World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preventing suicide – A global imperative. 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 11 set. 2015.

YIP, P. S. F.; CAINE, E.; YOUSUF, S.; CHANG, S. S.; WU, K. C. C; CHEN, Y. Y. Means restriction for suicide prevention. **Lancet**, New York, v.379, n. 9834, p. 2393-2399, 2012.

XIAOHIU, Z.; TAO, L.; XIA, H.; YINAN, J.; CAO, N. Barreira dos Departamentos de emergência em fornecer serviços de saúde mental para pacientes com tentativas de suicídio**. Journal of Chinese Medicine**, Hong Kong, v. 95, n. 23, p. 1833-1836, 2015.

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

ZANI, A.V.; NOGUEIRA, M. S. Incidentes críticos do processo ensino-aprendizagem do curso de graduação em enfermagem, segundo a percepção de alunos e docentes. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 5, p. 742-748, 2006.

Apêndices

Apêndice A: Termo de consentimento livre esclarecido para participantes da pesquisa

Prezado Profissional da Enfermagem,

Vimos, por meio deste, convidá-lo a participar do projeto intitulado ***"Significado do suicídio, atitudes e impactos experimentados por profissionais de enfermagem que atuam em emergências"*** que tem como objetivo geral compreender os significados do suicídio por profissionais da enfermagem que atuam em emergências.

Sua participação poderá envolver duas etapas. Na primeira etapa solicitaremos seu auxílio para responder ao questionário autoaplicável 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 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 sua participação nesta pesquisa não será paga e não lhe trará gastos financeiros.

Caso precise, pode entrar em contato conosco por qualquer motivo, inclusive para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que o(a) sr(a) sofra qualquer prejuízo por parte dos pesquisadores. Nos comprometemos a prestar quaisquer informações e esclarecimentos adicionais, diante de dúvidas a respeito da pesquisa que por ventura possam ocorrer. Neste caso, é possível contatar os pesquisadores pelo telefone (16) 33153439 ou e-mails: kellygiacchero@eerp.usp.br e dfmagrini@yahoo.com.br e o Comitê de Ética em Pesquisa da EERP através do telefone (16) 3315 3386 ou no endereço Av. Bandeirantes 3900 de segunda à sexta das 8h às 17h. O Comitê de Ética tem a finalidade de garantir a manutenção dos direitos humanos, protegendo eticamente os participantes de pesquisas, pois avalia as pesquisas em todas as etapas dos estudos que envolve 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 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	Daniel Fernando Magrini
Pesquisador responsável	Orientando

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

1. Gênero: ( ) 1. Feminino ( ) 2. Masculino
Serviço: ( ) 1.UE/Trauma ( ) 2.UE/SEC ( ) 3.HC/BOX ( ) 4.UE/Psiquiatria ( )5.SAMU
2. Função: ( ) 1. Enfermeiro ( ) 2.Técnico de Enfermagem ( ) 3. Auxiliar de Enfermagem.
3. Data de nascimento: ___/__/____ Data da entrevista: ___/__/____
4. Formação: ( ) 1.Técnico/Profissionalizante ( ) 2.Superior incompleto ( ) 3.Superior completo ( ) 4.Especialização/Residência ( )5.Mestrado ( ) 6.Doutorado
5.Você possui formação específica em Saúde Mental? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não
6. Tempo de exercício na enfermagem (anos completos):
7. Tempo de exercício nessa enfermaria (anos completos):
8. Já trabalhou em serviço de Psiquiatria ou Saúde Mental? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não Se Sim, há quanto tempo (aproximadamente)? _____anos ou _____meses
9. Você já recebeu treinamento específico sobre suicídio? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não Se sim, há quanto tempo (aproximadamente)? _____ anos ou _____meses

Anexos

ANEXO A – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315-3382 - 55 16 3315-3381 - Fax: 55 16 3315-0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 028/2015

Ribeirão Preto, 4 de março de 2015.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 4 de março de 2015.

Protocolo CAAE: 40072214.0.0000.5393

Projeto: Significados do suicídio, atitudes e impactos experimentados por profissionais de enfermagem que atuam em emergências.

Pesquisadores: Kelly Graziani Giacchero Vedana

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Kelly Graziani Giacchero Vedana
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B – Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida

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 totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

8. Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo 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 totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

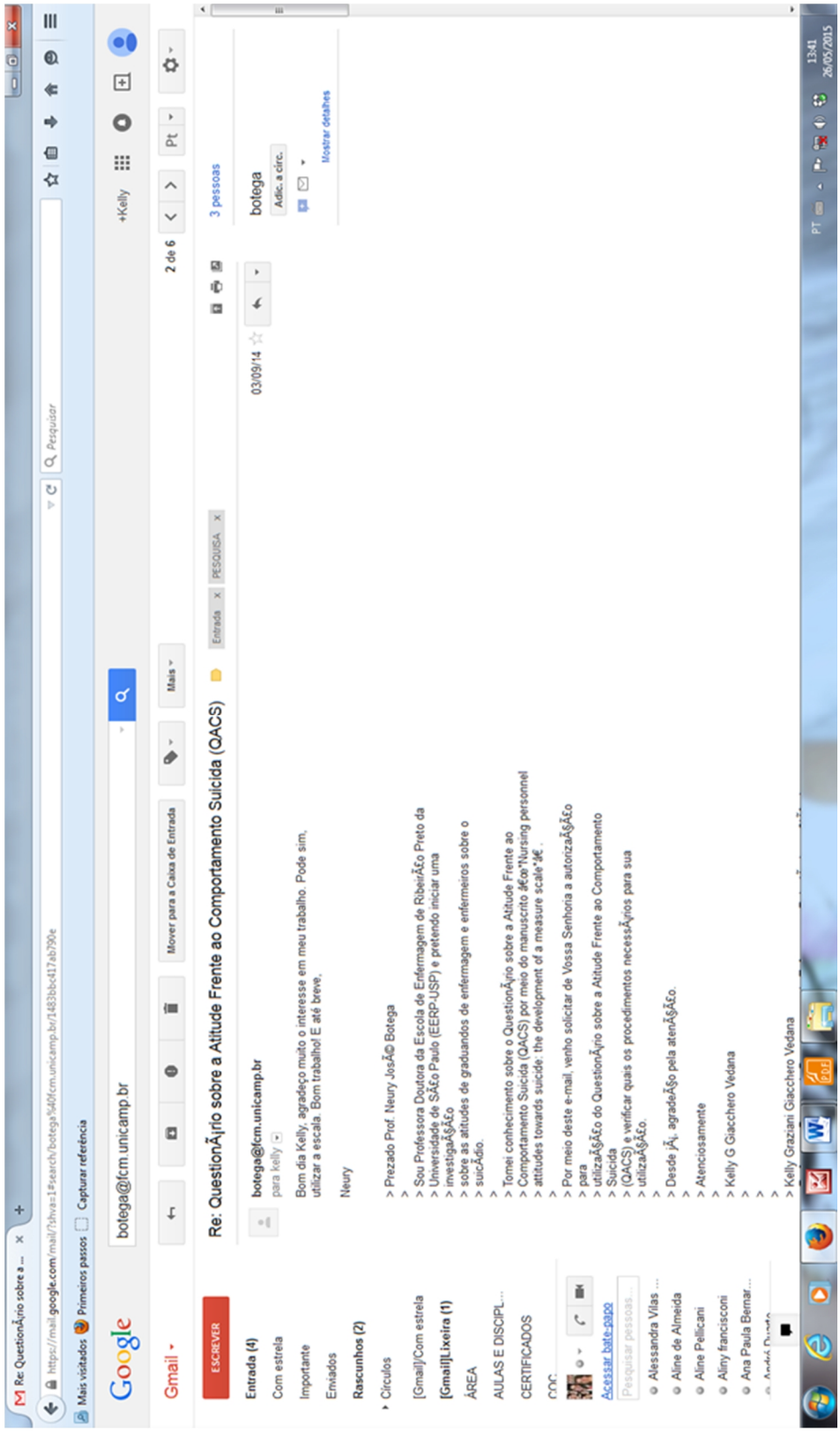
Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

Obrigado por sua colaboração!

ANEXO C – Autorização para utilização do “Questionário de Atitudes em relação ao Comportamento Suicida”