



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
ANTÔNIA DE MENEZES BURTET

**PREPARO DE ALUNOS DE PSICOLOGIA PARA ATUAÇÃO E PREVENÇÃO EM
RELAÇÃO AO SUICÍDIO**

Palhoça
2011

ANTÔNIA DE MENEZES BURTET

**PREPARO DE ALUNOS DE PSICOLOGIA PARA ATUAÇÃO E PREVENÇÃO EM
RELAÇÃO AO SUICÍDIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de graduação em Psicologia, da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel.

Orientadora: Prof^a. Maria do Rosário Stotz, Dr^a.

Palhoça

2011

ANTÔNIA DE MENEZES BURTET

**PREPARO DE ALUNOS DE PSICOLOGIA PARA ATUAÇÃO E PREVENÇÃO EM
RELAÇÃO AO SUICÍDIO**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Bacharel em Psicologia e aprovado em sua forma final pelo Curso de Psicologia, da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Palhoça, 21 de novembro de 2011.

Prof^a. e orientadora Maria do Rosário Stotz, Dr^a.

Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof^a. Ana Maria Lima da Luz, Msc.

Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof. Fred Stapazzoli Jr., Msc.

Universidade do Sul de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e irmãos, que apesar da distância geográfica sempre estiveram perto, apoiando e incentivando minhas realizações.

À professora Maria do Rosário Stotz, pelas discussões, orientações (em sala de aula, na Editora, nos corredores, via e-mails ou telefonemas) e dedicação ao longo do percurso. Aproveito para deixar registrado aqui o carinho e gratidão que sinto, sem falar na admiração e respeito. É sempre uma honra tê-la por perto.

Aos professores Ana Maria da Luz e Fred Stapazzoli Jr., por terem aceitado fazer parte da banca examinadora deste trabalho.

Aos alunos de psicologia que aceitaram fazer parte deste trabalho.

Aos meus colegas pela parceria, conversas, risadas, brownies, cafés, e tudo mais. Muitas coisas gostosas para serem lembradas e, claro, revividas.

Aos meus amigos, primeiro peço desculpas se faltei em algum momento, e agradeço o incentivo, apoio e consideração, sempre.

MUITO OBRIGADA!

“Que a força do medo que tenho não me impeça de ver o que anseio.” (Oswaldo Montenegro)

RESUMO

Este trabalho refere-se ao preparo de alunos de psicologia para atuação e prevenção em relação ao suicídio. Esta pesquisa foi delineada como um levantamento, caracterizada como um estudo descritivo, e tem caráter quantitativo e qualitativo. Este trabalho teve como objetivo verificar como os alunos de psicologia percebem seu preparo para atuação em relação ao suicídio. Para alcançar este objetivo, o procedimento de coleta de dados foi realizado juntamente à universidade em que os alunos estavam realizando sua graduação em psicologia, durante o período letivo em sala de aula. Participaram desta pesquisa vinte e um alunos ingressantes, e dezenove alunos veteranos de psicologia de uma instituição da Grande Florianópolis. Os participantes responderam a um questionário estruturado, padronizado, com questões fechadas e mistas. O questionário foi criado a fim de verificar a percepção que os alunos de psicologia têm sobre seu conhecimento acerca do suicídio, seu preparo para atuação. Também foi objetivo identificar a origem do conhecimento que possuem, e o conhecimento dos alunos de psicologia acerca do suicídio, com base no que preconiza o Manual de Prevenção do Suicídio estruturado pelo Ministério da Saúde do Brasil. Os dados coletados foram organizados em tabelas, categorizados e analisados, quantitativamente, quando os dados foram apresentados em porcentagem, e qualitativamente, quando se fez análise relacionando-os com a fundamentação teórica construída no trabalho. A partir da coleta e análise de dados constatou-se que alunos ingressantes e veteranos de psicologia consideram seu *conhecimento* baixo, sendo que a ocorrência percentual mais frequente para alunos ingressantes foi de 40% (baixo), e dos veteranos 57,9% (baixo), e consideram seu *preparo* para atuação em relação ao suicídio baixo também, com ocorrências de 40% (ingressantes) e 63,1% (veteranos). Tendo em vista o movimento mundial de prevenção, e a crescente ocorrência de suicídio no País e Estado, considera-se este resultado preocupante.

Palavras – chave: Alunos de psicologia. Prevenção. Suicídio.

ABSTRACT

This work refers to the preparation of students of psychology to take action in the prevention of suicide. It consisted of a discrete survey which produced quantitative and qualitative results. The objective of this work was to verify how prepared psychology students think they are to act in relation to suicide. To realize the objective, data was gathered at the university from a class-based sample of psychology students. Of the 40 students surveyed, 21 were in their first year of study and 19 were in their final year at an University in Florianopolis. The students completed a questionnaire which was closed and mixed. The questionnaire was created to verify the perception of the psychology students regarding their level of knowledge in relation to suicide, how prepared they are in order to take action and the means by which they acquired it in the context of the Manual de Prevencao do Suicidio (manual of prevention of suicide) structured by the Ministerio da Saúde do Brasil. The results collected were organised in a table and categorized and analysed quantitatively when the data was represented as percentages. This was done qualitatively when the data was analysed in relation to the fundamental theory underpinning the work. When the results were analysed, the students in both groups considered their knowledge on the subject of suicide to be relatively low. The percentage for students in their first year of study, that consider their knowledge low, was 40; for students in their final year, the percentage was 57.9. They categorized themselves as lacking the ability to effectively work with an individual at risk of suicide. In relation to their preparation in order to take action, the occurrence was 40% for the first-year students and 63.1% for the final-year students. Considering the increasing suicide rate in the region of Santa Catarina and in the country, these figures give great cause for concern.

Key words: Psychology students. Prevention. Suicide.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Comparação dos dados de análise do questionário I, referente à percepção do conhecimento técnico em relação ao suicídio, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia.....	35
Gráfico 2 - Comparação dos dados de análise do questionário I, referente a alunos ingressantes e veteranos de psicologia pensar na possibilidade de, profissionalmente, vir atender pessoas sob risco de suicídio.....	37
Gráfico 3 - Comparação dos dados de análise do questionário I, referente à origem do conhecimento que os alunos ingressantes e veteranos de psicologia possuem em relação ao suicídio.....	39
Gráfico 4 - Comparação dos dados de análise do questionário I, referente à percepção do preparo para atuar em situações que envolvem risco de suicídio, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia.....	42
Gráfico 5 - Comparação dos dados de análise do questionário II, referente ao conhecimento técnico acerca do suicídio, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia.....	52
Gráfico 6 - Comparação dos dados de análise do questionário II, referente à categoria mitos, ideias equivocadas em relação ao comportamento suicida, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia.....	58
Gráfico 7 - Comparação dos dados de análise do questionário II, referente à categoria fatores de risco: transtornos mentais, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia.....	62
Gráfico 8 - Comparação dos dados de análise do questionário II, referente à categoria fatores de risco: sociodemográficos, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia.....	65
Gráfico 9 - Comparação dos dados de análise do questionário II, referente à categoria fatores de risco: psicológicos, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia.....	68
Gráfico 10 - Comparação dos dados de análise do questionário II, referente à categoria fatores de risco: condições clínicas incapacitantes, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia.....	70
Gráfico 11 - Comparação dos dados de análise do questionário II, referente à categoria manejo em situações relacionadas ao suicídio, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia.....	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados do questionário I, referente à percepção do conhecimento técnico em relação ao suicídio, de alunos ingressantes de psicologia.....	34
Tabela 2 – Dados do questionário I, referente à percepção do conhecimento técnico em relação ao suicídio, de alunos veteranos de psicologia.....	35
Tabela 3 – Dados do questionário I, referente a alunos ingressantes de psicologia pensar na possibilidade de, profissionalmente, vir atender pessoas sob risco de suicídio.....	36
Tabela 4 - Dados do questionário I, referente a alunos veteranos de psicologia pensar na possibilidade de, profissionalmente, vir atender pessoas sob risco de suicídio.....	37
Tabela 5 – Dados do questionário I, referente à origem do conhecimento que os alunos ingressantes de psicologia possuem em relação ao suicídio.....	38
Tabela 6 – Dados do questionário I, referente à origem do conhecimento que os alunos veteranos de psicologia possuem em relação ao suicídio.....	39
Tabela 7 – Dados do questionário I, referente à percepção do preparo para atuar em situações que envolvem risco de suicídio, de alunos ingressantes de psicologia.....	41
Tabela 8 – Dados do questionário I, referente à percepção do preparo para atuar em situações que envolvem risco de suicídio, de alunos veteranos de psicologia.....	41
Tabela 9 – Dados brutos e de análise do questionário II, referente aos alunos ingressantes de psicologia.....	44
Tabela 10 – Dados brutos e de análise do questionário II, referente aos alunos veteranos de psicologia.....	46
Tabela 11 – Tabela de análise dos dados do questionário II, referente à categoria mitos, ideias equivocadas em relação ao comportamento suicida, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia.....	54
Tabela 12 – Tabela de análise do questionário II, referente à categoria fatores de risco: transtornos mentais, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia.....	60
Tabela 13 - Tabela de análise dos dados do questionário II, referente à categoria fatores de risco: sociodemográficos, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia.....	63
Tabela 14 - Tabela de análise dos dados do questionário II, referente à categoria fatores de risco: psicológicos, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia.....	66

Tabela 15 - Tabela de análise dos dados do questionário II, referente à categoria fatores de risco: condições clínicas incapacitantes, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia.....	69
Tabela 16 - Tabela de análise dos dados do questionário II, referente à categoria manejo em situações relacionadas ao suicídio, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia.....	72

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 OBJETIVOS	11
1.1.1 Objetivo geral.....	11
1.1.2 Objetivos específicos.....	12
1.2 PROBLEMÁTICA, PROBLEMA DE PESQUISA E JUSTIFICATIVA	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
2.1 SUICÍDIO.....	19
2.1.1 Definição.....	19
2.1.2 Manejo em situações relacionadas ao suicídio	21
3 MÉTODO	29
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	29
3.2 SUJEITOS DA PESQUISA	29
3.3 EQUIPAMENTO E MATERIAL	30
3.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE.....	30
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	30
3.6 PROCEDIMENTOS.....	31
3.7 ORGANIZAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	33
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	34
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICES	85
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	86
APÊNDICE B – Questionário para coleta de dados	87
APÊNDICE C – Questionário para coleta de dados	88
APÊNDICE D – Gabarito.....	91
APÊNDICE E – Diários de campo.....	95

1 INTRODUÇÃO

Este é um trabalho de pesquisa da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso – TCC II, vinculado às disciplinas Núcleo Orientado em Psicologia e Saúde I, II, III e Estágio Específico em Psicologia da Saúde I e II do curso de Psicologia da Universidade de Santa Catarina – UNISUL. O estágio específico foi realizado juntamente ao Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II, no município de Palhoça – SC, que é um serviço de saúde comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), e é destinado a pessoas que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes, como psicoses e neuroses graves.

Este trabalho tem o suicídio como tema central, e pretendeu obter informações acerca da percepção do preparo que alunos de psicologia têm para efetuarem intervenções em casos que envolvem o suicídio, e assim realizar a promoção da prevenção do suicídio.

São utilizados para o desenvolvimento desta pesquisa autores e fontes como Durkheim (2004), Cassorla (2004), Meleiro e Bahls (2004), Wang e Ramadam (2004), Resmini (2004), Botega e Werlang (2004), Organização Mundial da Saúde (2000, 2006), Ministério da Saúde do Brasil, entre outros, que abordam em seus estudos informações epidemiológicas, sobre fatores de risco, definições, bem como o manejo referente ao suicídio.

Em relação a estrutura deste trabalho, que é apresentado a seguir, é composta por objetivos geral e específicos, problemática, problema de pesquisa e justificativa, fundamentação teórica, o método, apresentação e análise dos dados, considerações finais, referências e apêndices.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Verificar como os alunos de psicologia percebem seu preparo para atuação em relação ao suicídio

1.1.2 Objetivos específicos

- Verificar a percepção que alunos ingressantes de psicologia têm sobre seu conhecimento acerca do suicídio
- Verificar a percepção que alunos veteranos de psicologia têm sobre seu conhecimento acerca do suicídio
- Comparar a percepção do conhecimento que alunos ingressantes e veteranos de psicologia têm sobre suicídio
- Identificar se os alunos veteranos de psicologia se sentem preparados para atuar em situações relacionadas ao suicídio

1.2 PROBLEMÁTICA, PROBLEMA DE PESQUISA E JUSTIFICATIVA

O suicídio é definido por Durkheim (2004) como a morte resultante de um ato realizado pela própria pessoa, sendo que esta tinha ciência do resultado de seu ato, ou seja, havia a intenção de tirar a própria vida. O autor define a tentativa de suicídio como o ato referido anteriormente, porém, ineficaz ou interrompido por terceiros antes de resultar a morte. O suicídio é um fenômeno complexo que causa impacto no âmbito profissional e social, e há um crescimento significativo de incidência, o que causa preocupação a nível mundial.

De acordo com estimativas da Organização da Saúde [OMS] (2000), no ano de 2000 aproximadamente 1 milhão de pessoas estiveram em risco de cometer o suicídio. O suicídio é uma das 10 mais frequentes causas de morte em todos os países. A Organização Mundial da Saúde (2002 apud SEMINOTTI, PARANHOS e THIERS, 2006), com relação à população geral mundial, registra que o suicídio a cada ano atinge índices de 16 mortes em 100.000 habitantes, o equivalente a uma morte a cada 40 segundos.

No Brasil existem três aspectos importantes que tornam o suicídio um fenômeno de preocupação que merece ser estudado e prevenido. O primeiro aspecto é que, sendo o Brasil um país populoso, o número total de suicídios ocorridos coloca-o entre os 10 países

com maiores números absolutos, sendo 7.987 suicídios no ano de 2004. A proporção em que os números vêm crescendo é o segundo aspecto, tendo em vista que de 1994 a 2004, o aumento proporcional das taxas foi de 16,4% para os homens e de 24,7% para mulheres. Outro aspecto relevante é que as taxas no Brasil variam desproporcionalmente entre os Estados, ficando a região Sul com as taxas mais altas de suicídio no Brasil (BRASIL, 2006; MENEGHEL et al., 2004).

Em estudo epidemiológico do suicídio no Rio Grande do Sul entre o período de 1980 a 1999, Meneghel et al. (2004) salientam que o estado do Rio Grande do Sul ocupa o primeiro lugar na classificação da distribuição do suicídio no Brasil, contendo uma média de incidência de 10,2/100.000 habitantes verificados neste estudo. Durante o período de 20 anos estudados, os autores indicam que o Estado de Santa Catarina ficou em segundo lugar, apresentando uma média de 7,9 e o Estado do Paraná em terceiro, apresentando taxas de 7,1 por 100.000 habitantes, enquanto a média brasileira correspondeu a 4,3 mortes por suicídio para cada 100.000 habitantes. Portanto, a região Sul é classificada como tendo uma média de incidências de suicídio maior que a média nacional. Isto remete a importância de realizar planejamentos e ações que visam à prevenção do suicídio nestes três Estados, principalmente.

Em pesquisa realizada entre os anos 1998 e 2008, Waiselfisz (2011) menciona que o total de suicídios registrados no Brasil passa de 6.985 para 9.328 (dados brutos), o que representa um aumento de 33,5% durante a década pesquisada. Estes dados equivalem a 4,2/100.000 para 4,9/100.000 habitantes. Na região Sul, especificamente, de 1998 a 2008 o aumento de óbitos por suicídio foi de 4,7%, ficando o Estado de Santa Catarina de 7,8/100.000 para 8,1/100.000 habitantes, um aumento total de 21,3%. O Estado do Rio Grande do Sul teve dados de 10,9/100.000 para 10,7/100.000, no total teve um aumento de 7,4%. O Estado do Paraná teve dados de 7,1/100.000 para 5,7/100.000 habitantes, no total houve a diminuição de óbitos por suicídio, ficando com -9,7% na década pesquisada.

Ainda que os números de suicídios registrados sejam relativamente altos e causem preocupação, há outro ponto importante a ser considerado que é relacionado ao registro destes óbitos. Wang, Santos e Bertolote (2004) salientam que no sistema brasileiro, os registros de suicídio são feitos na seção das *causas externas* da Classificação Internacional de Doenças, décima edição (CID10). Como causas de mortalidades são registrados eventos letais que não advêm de doenças biológicas, ou seja, são englobadas nesta categoria todas as mortes por violência, como homicídio, suicídio e acidentes fatais. Porém, o que costuma ocorrer é a dificuldade na distinção entres estas mortes violentas, ou seja, a definição exata dessas mortes e seu registro fidedigno, podendo muitos casos de suicídio serem caracterizados e registrados

como acidentes fatais, o que causa uma não exatidão dos dados epidemiológicos, sendo que estes dados são extraídos de registros de óbitos.

Considerado um grave problema de saúde pública, a Organização Mundial da Saúde propõe que a temática do suicídio requer a nossa atenção, porém, reconhece que sua prevenção e controle não são tarefas fáceis. A prevenção do suicídio, embora possível, envolve uma série de atividades, que vão desde o proporcionar as melhores condições possíveis para criar as crianças e adolescentes, passando pelo tratamento eficaz de perturbações mentais, até o controle ambiental de fatores de risco. A apropriada disseminação de informações e a consciencialização são elementos essenciais para o sucesso dos programas de prevenção do suicídio (OMS, 2006).

Pensar na possibilidade de defrontar-se com casos de pacientes com risco de suicídio é importante para estudantes de psicologia, tendo em vista o número crescente de tentativas de suicídio e suicídio, e por virem a trabalhar futuramente com o sofrimento psíquico, sendo que o estímulo mais comum no suicídio é a cessação e ou fuga de dor psíquica intolerável, como mencionam Wang e Ramadam (2004). Meleiro, Botega e Prates (2004, p. 175) apontam que “durante o exercício da profissão, aproximadamente metade dos psiquiatras e 20% dos psicólogos perdem algum paciente, em tratamento, por suicídio”.

Pfützenreuter (2006) realizou um mapeamento do suicídio na Grande Florianópolis, utilizando pesquisa documental e entrevistas com profissionais da saúde, como enfermeiros e médico legista, que atendiam casos que envolviam riscos de suicídio e suicídio. Referente às entrevistas a pesquisadora destaca que os profissionais da saúde entrevistados comentaram sentir falta de capacitação a fim de compreender melhor o suicídio e de saber como lidar com pacientes que estão sob risco de cometer o suicídio. E mais, salienta que a preocupação desses profissionais sobre os casos de pacientes em risco de suicídio voltava-se mais para a responsabilidade profissional e da instituição pela possível ocorrência do suicídio, do que para o sofrimento e a saúde do sujeito com comportamento suicida.

A Organização Mundial da Saúde (1998 apud BOTEGA et al., 2006) afirma que após a organização de um simpósio internacional em 1998, com base na contribuição de pesquisadores, profissionais da saúde geral e mental, sobreviventes de suicídio e líderes comunitários, foi elaborado um modelo de referência para se pensar a saúde pública com recomendações que orientaram países e comunidades a estruturar ações preventivas para o suicídio. As recomendações apresentadas referiam três aspectos, sendo eles: ampliação da conscientização da comunidade acerca do suicídio e seus fatores de risco; intensificação de programas e serviços de conscientização e de assistência; e, incremento e aprimoramento da

ciência sobre o tema, de forma a aumentar os recursos de prevenção e de ação sobre o suicídio.

O Ministério da Saúde do Brasil criou a Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio. A elaboração e implementação dessa estratégia está sendo desenvolvida e iniciou-se com uma parceria de trabalho composta por representantes de secretarias do Ministério da Saúde, Universidades e organizações civis, para isso foi implementada a Portaria N° 2.542/GM em dezembro de 2005. Em agosto de 2006 houve a publicação das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio com a Portaria N° 1.876/GM. Neste mesmo ano ocorreu em Porto Alegre/RS, o I Seminário Nacional de Prevenção do Suicídio, onde foi lançado o Projeto ComViver que oferece acompanhamento para parentes de pessoas que cometeram o suicídio, e foi lançado também, o Manual de Prevenção do Suicídio para Equipes de Saúde Mental. Esta Estratégia foi criada com intuito de reduzir as taxas de suicídio e tentativas, bem como os danos associados a este comportamento que são: impacto familiar, ambientes de trabalho e escolar, instituições em geral, na sociedade brasileira e também fornecer um direcionamento para a atuação dos profissionais em situações que envolvem o suicídio.

Oliveira (2008) realizou uma pesquisa com profissionais que atuam em diferentes níveis de atenção à saúde, como Centro de saúde, Programa de Saúde Mental, Hospital Geral e Hospital Psiquiátrico da Grande Florianópolis, com objetivo de caracterizar o manejo que profissionais da saúde realizam para prevenir o suicídio em casos que envolvem risco de suicídio. Neste estudo há verificação dos critérios relacionados às situações de riscos de suicídio indicados pelos manuais de prevenção do suicídio, indicando a relação destes critérios com a prática dos profissionais entrevistados. O resultado da relação aponta que, dos profissionais que utilizam estes manuais como referência, a maioria deles apresentou contradição em suas respostas, pois indicavam estarem embasados em manuais de prevenção do suicídio em suas atuações, porém, em seus relatos de prática revelam uma divergência ao que preconizam os manuais. Oliveira (2008) identificou, ainda, que, dentre os entrevistados, os que tinham formação em psiquiatria tenderam demonstrar estar mais em acordo com o manejo preconizado pelos manuais de prevenção.

Com base nestes dados, pode-se pensar que publicações de manuais informativos para prevenção e atuação em situações relacionadas ao suicídio tem colaborado para atuação, porém, não estão sendo suficientes para preparar os profissionais da saúde que trabalham com indivíduos sob risco de cometer o suicídio. Logo se pode pensar em como vem sendo feita a

formação de profissionais da saúde para trabalhar com o manejo e prevenção do suicídio, e, mais especificamente, a formação em psicologia:

Qual é a percepção que alunos de psicologia têm de seu preparo para atuação em relação ao suicídio?

A OMS (2006, p.2) expõe que “[...]infelizmente, uma formação abrangente a respeito da gestão do suicídio raramente faz parte dos programas de formação em saúde mental.” Com base nesta informação, foi realizada uma busca no *Google*, no dia 01/05/2011 - com as palavras-chave: ementa curso de psicologia suicídio – a fim de verificar quantas ementas de disciplinas de graduação em psicologia, no Brasil, inseriam o tema suicídio. Nesta busca foram encontradas cinco ementas de disciplinas que têm em pauta o tema suicídio, sendo elas “*Psicologia e Luto*” (Instituição do Rio Grande do Sul), que aborda a história da morte, tipos de perda e processo de luto, políticas públicas de saúde: suicídio violência e eutanásia; “*Intervenção em Crise*” (Instituição de Brasília), enfocando situações críticas, fatores de risco e proteção na Intervenção em Crise (suicídio, transtornos mentais, violência, contexto, família); “*Psicopatologia Geral II*” (Instituição do Pará), que menciona alguns tópicos, sendo o segundo relacionado a depressão, suicídio, teorias psicanalítica, comportamental e biológica, fatores de risco, prevenção do suicídio e estudo de caso sobre o comportamento suicida; “*Adolescência e as Teorias Psicodinâmicas*” (Instituição de Minas Gerais), que enfoca tópicos como potencialidade traumática na adolescência, neurose e psicose da adolescência, suicídio, anorexia, bulimia, gravidez na adolescência; e “*Ética Profissional*” (Instituição de Minas Gerais), abordando tópico como sexualidade e abuso sexual, morte e suicídio, e violência doméstica. Portanto, pode-se considerar este número de ementas que inserem a temática do suicídio, encontradas em uma busca em nível nacional, pequeno, tendo em vista o grande número de instituições que oferecem graduação em psicologia, o movimento mundial, e também nacional que há perante a crescente incidência do suicídio e estratégias para a prevenção. Investigações nesta direção, ou seja, da formação inicial de profissionais que têm grande probabilidade de encontrar demandas referentes ao suicídio são fundamentais para se pensar no preparo e manejo adequado visando à prevenção do suicídio.

Outro levantamento feito para este estudo foram consultas em bases de dados (*BVS, Lilacs, Scielo, BVS Psicologia*) feitas até 25/04/2011, para verificar se haviam pesquisas publicadas que tivessem como objetivo investigações sobre o preparo de estudantes de psicologia para atuação em relação ao suicídio. Destas buscas, foi encontrado somente um estudo diretamente relacionado com o preparo de alunos de psicologia para atuar em situações

relacionadas ao suicídio. O estudo encontrado intitula-se como “*Conhecimento e Capacidade de Manejo de estudantes de Psicologia frente ao Comportamento Suicida*” e está relacionado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, iniciado em 2008 sendo que o prazo para o término não foi divulgado. Este estudo tem a proposta de investigar o nível de conhecimento e a capacidade de manejo que estudantes de psicologia em início e final de estágio de Psicologia Clínica têm para identificar, intervir e possibilitar o tratamento adequado para sujeitos com risco de suicídio. Portanto, pode-se perceber que a formação de psicólogos não tem sido alvo frequente de avaliação quanto à preparação para atuação em situações que envolvem o suicídio.

Propõe-se esta pesquisa, com base nos dados citados acima, que apontam a preocupação com a crescente ocorrência do suicídio e o apelo por métodos de prevenção e uma formação abrangente a respeito da gestão do suicídio. Através dessa pesquisa é possível verificar se os alunos de psicologia de início e fim do curso de graduação em psicologia se sentem preparados para atuar em questões relacionadas ao suicídio.

Ao verificar que os alunos de psicologia se sentem preparados para atuarem em questões relacionadas ao suicídio, esta pesquisa poderá fornecer dados referentes à origem, bem como a percepção deste preparo e conhecimento que os alunos têm, sendo possível, então, avaliar se este preparo está condizente ou não com o que o Manual de Prevenção do Suicídio dirigido a profissionais das equipes de saúde mental [Brasil] (2006) e literaturas sobre o procedimento adequado quanto ao manejo do suicídio. Estando a percepção dos alunos em acordo com os procedimentos adequados, este estudo irá corroborar para a continuidade do preparo já existente, caso seja verificado como origem o curso de graduação. E se a percepção não estiver em acordo com os procedimentos adequados, será possível pensar em um aprimoramento deste procedimento que visa à preparação para o manejo em questões relacionadas ao suicídio.

Caso haja prevalência de percepção por parte dos alunos entrevistados como tendo pouco preparo, a presente pesquisa poderá auxiliar com estes dados na elaboração de metodologias qualificadas para orientação acadêmica e capacitação técnica referentes à temática. Possibilitará, ainda, uma condição melhor para o manejo de futuros profissionais frente a questões relacionadas ao suicídio, maiores chances na prevenção do suicídio, bem como atendimento técnico adequado à pessoas próximas de indivíduos que cometeram o suicídio. Pois, como consta no Manual de Prevenção do Suicídio dirigido a profissionais das equipes de saúde mental [Brasil] (2006, p.7), “para cada suicídio há, em média, 5 ou 6 pessoas próximas ao falecido que sofrem consequências emocionais [...]”, portanto, faz-se necessário,

além de intervenções que visam à prevenção, o atendimento e atenção a pessoas que padecem com a morte por suicídio.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 SUICÍDIO

2.1.1 Definição

A palavra suicídio, etimologicamente, vem do latim. *Sui* é si mesmo e *caedes* é a ação de matar, portanto, significa a ação de matar a si mesmo, como menciona Meleiro e Bahls (2004). Em definição sociológica do suicídio, ao estudar as causas sociais do suicídio, Durkheim (2004) excluiu os estímulos extra sociais, denominados por ele como sendo influências da loucura, estados psicológicos normais e individuais, a raça, hereditariedade, o clima. O foco no estudo do suicídio como fenômeno coletivo, para este autor, foi as implicações da condição social, sendo elas a religião, a política, a composição familiar, estado civil, estado econômico e profissional.

Em sua obra “*O Suicídio*”, publicada em 1897, Durkheim (2004) propõe três categorias para o suicídio, estabelecidas a partir do estudo de taxas de suicídio e características sociais dos suicidas, sendo elas: *suicídio egoísta*, *suicídio altruísta* e *suicídio anômico*. O *suicídio egoísta* é caracterizado pela perda de coesão do grupo, um exemplo para isto é o grupo religioso, em que o indivíduo sempre fez parte e que suas crenças sempre foram respeitadas e predominantes, e, no momento em que a ciência passa a estar em maior evidência e o grupo religioso perde a coesão, a dimensão social que tinha, o indivíduo pode acabar não aderindo a esta nova perspectiva social, passando a haver uma individuação excessiva, onde as regras de conduta deixam de serem coletivas e passam a ser pessoais.

Portanto, quando “há um desligamento da sociedade”, como recém visto, pode incitar o suicídio, e também quando há ligação e integração extrema a ela, como veremos a seguir. É esta integração extrema à sociedade o que caracteriza o *suicídio altruísta*, que pode ser exemplificado com casos de suicídios de mulheres pela ocasião de morte do marido, ou até mesmo suicídios de pessoas que adoecem ou chegam ao limiar da velhice, onde se veem sem uma função ativa na qual sempre estiveram. E a última categoria destacada pelo autor é o *suicídio anômico*, que são crises econômicas, perturbações e desequilíbrio coletivo, social,

que se instalam a partir de mudanças significativas, por exemplo, uma crise econômica pelo declínio financeiro, ou até mesmo de cargo, quando os indivíduos se veem frente à situações que não eram as de costume, passando de um cargo de chefia para um cargo de subordinado, ou vice versa, não se ajustando às novas condições sociais.

Este estudo de Durkheim (2004) foi fundamental para o avanço nas práticas para com a temática do suicídio, pois através de seu estudo e definições, houve reflexões que nortearam estudos posteriores, bem como críticas ao método adotado pelo autor. Minayo (1998, p. 423) assinala oposições frente ao estudo de Durkheim, que consistem no deixar em segundo plano, ou até mesmo descartado de seus estudos os “fatores individuais” e o “papel do sujeito, dos significados e das intencionalidades como parte integrante do fato e do ato social”. A autora ainda complementa dizendo que no campo das ciências sociais, em geral, não se descarta esta interação individual da coletiva, sendo que uma compõe a outra. Portanto, passa-se agora a referir estudos que mencionam as variáveis individuais implicadas no suicídio.

A autodestruição referida por Wang e Ramadam (2004) como suicídio, não é um ato aleatório, e, na perspectiva psicológica, é entendido como a saída para resolver um problema, uma dificuldade, uma crise, uma situação de sofrimento psíquico intolerável. Este ato refere, em geral, a uma ambivalência, sendo que o indivíduo vê na sua própria morte a solução para cessar seu sofrimento, ao mesmo tempo em que este não quer de fato sua morte integral, mas sim parcial. Cassorla (2004) corrobora com a ideia de ambivalência em que o indivíduo suicida costuma se defrontar, e menciona que o resultado deste dilema é determinado pela força desses desejos de morrer e viver, que pode estar relacionado com a escolha do método utilizado, a possibilidade de ser socorrido a tempo ou sua resistência física. Wang e Ramadam (2004) salientam que é impossível fazer afirmações universais para o fenômeno suicídio, porém, o que se pode é discutir características frequentes, presentes nos indivíduos suicidas.

O comportamento suicida, segundo Meleiro e Bahls (2004), em geral, costuma derivar de um *continuum*, um processo, sendo este composto por ideias de morte, ideias suicidas, desejo de suicídio, intenção de cometer o suicídio, planejamento do suicídio, as tentativas e o suicídio consumado. As ideias de morte são pensamentos que visam à ruptura da vida como um alívio, sem cogitar em auto-realizar. As ideias suicidas são ideias de pôr fim à sua própria vida que invadem o pensamento do indivíduo. O desejo de suicídio acompanha as ideias de suicídio, porém, não ocorrendo planejamento ou ação. A intenção de cometer o suicídio é expressa por comunicados de que vai pôr fim à própria vida, podendo ocorrer antes

do planejamento do suicídio como conjuntamente. O planejamento é feito quando o indivíduo está decidido a pôr fim à própria vida, então ele passa a programar sua morte, planejando detalhes como o método que vai utilizar, o horário e local. Após o planejamento seguem as tentativas de cometer o suicídio, que são atos auto agressivos que acabam não resultando a morte. E o suicídio é o êxito do planejamento, método e ato fatal que leva à morte. Resmini (2004) confirma este *continuum*, mas ressalta a importância de se ter em mente que o ato suicida pode ser, também, impensado, não planejado, onde o sujeito age através de um impulso repentino que pode ser fatal.

2.1.2 Manejo em situações relacionadas ao suicídio

A avaliação do indivíduo potencial suicida, que já tentou se matar ou que está sob risco de cometer o suicídio, e preocupações com relação ao manejo destes pacientes são os dois pontos principais caracterizados por Botega e Werlang (2004), para atuação do profissional da saúde. Os mesmos autores pontuam que a tentativa de suicídio é um sinal alarmante, sendo que este comportamento é a expressão aguda de um sofrimento, que revela ocorrência de fenômenos psicossociais complexos na vida do sujeito. Meleiro, Botega e Prates (2004, p. 177) corroboram com estas informações e referem que “o indivíduo com risco de cometer o suicídio deve ser examinado como uma pessoa única, inserida numa sociedade, vivendo numa circunstância particular de vida e carregando a sua própria história psicobiológica”. Com isto, a avaliação a ser feita deve ser situacional, de acordo com as particularidades do indivíduo, de sua cultura, e não generalizada.

A entrevista de avaliação deve ter como objetivo obter o máximo de informação do indivíduo, para isto, é necessário realizá-la por um tempo indeterminado, para que as informações necessárias sejam colhidas, bem como para avaliar o grau de risco de suicídio apresentadas pela pessoa e conseqüentemente as devidas intervenções a serem feitas. Para tanto, é primordial favorecer um ambiente tranquilo, com privacidade e ouvir com empatia, sem julgamentos, possibilitando ao indivíduo se sentir acolhido, compreendido, e não se sentir como um fardo para este profissional (MELEIRO, BOTECA e PRATES, 2004; BRASIL, 2006).

Para que ocorra este contato que possibilite ao indivíduo se sentir compreendido, e que esta avaliação e intervenção sejam válidas e benéficas, Botega e Werlang (2004), Brasil (2006) e Meleiro, Botega e Prates (2004) propõem ao profissional que possa vir a se ocupar destes indivíduos potencialmente suicidas, a revisão pessoal de atitudes e temores em relação ao comportamento suicida. Para isto, apontam ideias consideradas equivocadas em relação ao comportamento suicida, sendo elas ideias de que se perguntar sobre o suicídio para o sujeito, poderá induzi-lo ao ato; ele está ameaçando com o suicídio apenas para manipular; quem quer se matar, se mata mesmo; quem quer se matar não avisa; o suicídio é um ato de covardia ou coragem; no lugar dele, eu também me mataria; após uma tentativa de suicídio, uma melhora rápida significa que o perigo passou.

Para estas ideias equivocadas, Botega e Werlang, (2004), Meleiro, Botega e Prates (2004) referem que quando se fazem questionamentos sobre ideias, planos de suicídio demonstrando interesse e cuidado com o sofrimento, o indivíduo pode se sentir acolhido, cuidado e compreendido, o que pode fazer com que diminua a desesperança do indivíduo potencial suicida. Quando há ameaças de suicídio, elas devem ser levadas a sério sempre, pois indica que a pessoa está em sofrimento psíquico e precisa de ajuda. Em relação ao pensamento de que quem quer se matar, se mata mesmo, os autores remetem que esta ideia pode conduzir ao descuido no manejo e tratamento de pessoas sob risco de suicídio, pois o profissional diante destes casos não acredita poder auxiliar na prevenção. Quanto ao pensar que quem quer se matar não avisa, referem que este tipo de comunicação é um sinal de risco a ser levado em consideração, pois é a intenção de autoeliminar-se sendo revelada, e salientam que pelos menos dois terços dos que tentam ou se matam, comunicam sua intenção de alguma maneira. Em relação ao suicídio ser um ato de covardia ou coragem, é mencionado que esta ação é dirigida por uma dor psíquica intolerável, e não um ato de covardia ou coragem. Por fim, quanto à melhora súbita após uma tentativa de suicídio, Botega e Werlang, (2004) e Meleiro, Botega e Prates (2004) indicam que não quer dizer que a crise acabou, muito pelo contrário, comportamentos deste tipo devem remeter a uma atenção redobrada, levando em consideração que muitos suicídios são consumados logo após uma tentativa anterior.

Para Botega e Werlang (2004, p.126) a entrevista deverá lidar com informações que conduzam a formulação de um diagnóstico global. Para que ocorra este entendimento global, nestas informações devem conter a “caracterização do ato suicida”, que envolvem investigação acerca do grau de intencionalidade para cometer o suicídio, que pode ser feita com base no *continuum*, já descrito anteriormente, proposto por Meleiro, Botega e Prates (2004), das circunstâncias em que o indivíduo pensa executar, e do método que pretende

utilizar, em casos de haver plano para cometer o suicídio; “dados de cunho epidemiológico”, caracterizados como eventos marcantes da vida do sujeito que causam sofrimento psíquico, denominado em literaturas como fatores de risco de suicídio; “fatores predisponentes”, que são doenças mentais graves e crônicas; “aspectos psicodinâmicos”, como conflitos, motivações e fantasias a respeito da morte; “antecedentes pessoais e familiares” de tentativa de suicídio e suicídio, e “rede de apoio social”, que são as pessoas com quem o indivíduo se relaciona e que pode vir a contar. Botega e Werlang (2004) ainda propõem que a entrevista deve seguir em dois momentos, e deve iniciar com perguntas mais abrangentes, onde o indivíduo pode se expressar livremente, e, gradualmente, passar a investigar com perguntas mais objetivas e diretivas, se há risco de suicídio e qual o seu grau.

Ao definir um fator de risco, Meleiro e Teng (2004, p. 110) citam Fletcher e cols., (1996) que referem o fator de risco como um conceito basicamente estatístico, sendo que:

[...] é definido como associação entre alguma característica ou atributo do indivíduo, grupo ou ambiente, que aumenta a chance de se desenvolver um resultado adverso e mensurável, que precede o resultado, isto é, a probabilidade de ocorrência de uma condição particular relacionada ou não à doença.

Os fatores de risco de suicídio são caracterizados no Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006) por categorias, sendo elas transtornos mentais/psiquiátricos, sociodemográficos, psicológicos e condições clínicas incapacitantes. Em relação aos transtornos mentais, psiquiátricos, estudos feitos em diversas partes do mundo pela OMS demonstram que, na maioria dos casos de suicídio, os indivíduos sofriam de algum transtorno psiquiátrico. Botega, Rapeli e Freitas (2004, p.107) referem que “dentre os fatores de risco de suicídio, o principal é a existência de uma doença mental, notadamente se essa for grave e crônica”, pois destaca que o fator em si não é ter a doença, o transtorno, mas sim o seu grau, que sendo grave pode ser o suficiente para levar a pessoa a cometer o suicídio.

O Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006) refere um estudo de 15.629 casos de suicídio ocorridos no mundo, realizado pela OMS, o qual aponta que, dentre os números mais significativos, 35,9% dos casos estavam relacionados a transtornos do humor, 22,4% a transtornos relacionados ao uso de substâncias, 11,6% a transtornos de personalidade, 10,6% a esquizofrenia e 6,1% a transtornos de ansiedade/somatoformes. No que se refere aos transtornos do humor, Meleiro e Teng (2004), Botega, Rapeli e Freitas (2004) atribuem à depressão maior o maior risco de suicídio, e mencionam que no transtorno bipolar, o risco de suicídio ocorre durante a fase depressiva e estado misto que se segue à fase

da mania. Nos transtornos relacionados ao uso de substâncias, os autores pontuam que a dependência de álcool ou outras drogas é um forte fator de risco de suicídio, sendo que muitos suicídios acontecem durante a embriaguez, uma vez que esta prejudica o julgamento e controle da impulsividade. Em transtornos de personalidade, os mesmos autores referem o transtorno *borderline* como o que apresenta maior risco, por ter sintomas como a impulsividade, desesperança, desespero, sensação de vazio angustiante, intolerância à solidão. Na esquizofrenia o risco aumenta quando há interrupção na medicação, na presença de ansiedade, sintomas depressivos, vozes de comando que indicam a ação ou pensamentos delirantes, como pensar que pode voar. Por fim, os transtornos de ansiedade, que podem estar associados a outros transtornos psiquiátricos, como a depressão, transtorno de personalidade e abuso de drogas.

Os fatores de risco sociodemográficos mencionados pelo Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006) estão relacionados com a idade, gênero, estado civil, situações empregatícias e financeiras, e isolamento social. No que diz respeito à idade, é referido como fator de risco as faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos. Meleiro e Teng (2004) corroboram com esta informação quando referem que o aumento do risco de suicídio se dá através de idades, sendo baixo em crianças, tendo um aumento significativo no período da adolescência, em adultos jovens e idosos. Estes autores salientam que o comportamento suicida em idosos costuma ser mais letal que em jovens, o que requer atenção e cuidado redobrado nestes casos. Ainda referem sobre adolescentes, dois grupos que epidemiologicamente apresentam mais tentativas de suicídio, sendo o primeiro caracterizado por problemas comportamentais, um estilo de vida autodestrutivo, onde o risco de reincidência se torna iminente, e o segundo é caracterizado por problemas circunstanciais, que a predominância de pensamentos e comportamentos não é autodestrutivo, o que torna menor o risco de suicídio posterior.

Em relação ao gênero, o Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006) menciona o masculino como principal fator de risco para o suicídio. Meleiro e Teng (2004) confirmam esta informação, e referem que no Brasil e na maioria dos países o suicídio é mais frequente em homens que em mulheres, sendo que a prevalência chega ser duas a três vezes maior para homens. Os mesmos autores discutem ainda sobre a tentativa de suicídio, e mencionam haver uma inversão neste caso, sendo que as tentativas são mais frequentes em mulheres que em homens, e que as idades predominantes são entre 15 e 30 anos. Propõem que o risco é menor em mulheres grávidas, com filhos pequenos, isso quando não há transtornos

psiquiátricos associados ao período puerperal ou quando o filho não é planejado, pois nestes casos o risco de ocorrerem comportamentos suicidas é aumentado.

Os estados civis apontados pelo Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006) como fator de risco são solteiro e divorciado. Meleiro e Teng (2004) expõem que as menores taxas de suicídio dentro da categoria estado civil encontram-se entre os casados, seguido de solteiros, que abrangem uma taxa duas vezes maior, divorciados e viúvos, no qual os viúvos jovens e homens, com menos de 50 anos apresentam risco elevado. Entre as mulheres, as divorciadas têm maior risco de suicídio que as viúvas. Botega e Werlang (2004) referem que a prevalência de menor taxa de suicídio entre os casados pode estar atrelada à responsabilidade pela criação dos filhos, e não em função de ser casado.

As situações empregatícias e financeiras caracterizadas como fatores de risco sociodemográficos pelo Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006) são: desemprego, aposentadoria e estratos econômicos extremos. De acordo com Meleiro e Teng (2004), o desemprego e suicídio são associados com um risco maior e duradouro para mulheres num período de até nove anos de desemprego, e para homens, há risco em um período menor, de até dois anos de desemprego. Estes autores mencionam que a taxa de tentativas de suicídio aumenta nos desempregados que vivem em regiões mais ricas, sugerindo que fator pode ser causado pelo contraste entre dificuldades financeiras pessoais e o ambiente. Referem ainda que o emprego parece ser um fator de proteção para o indivíduo, e que situações de desemprego remetem a uma avaliação criteriosa para verificar se há relações de desemprego com transtornos psiquiátricos. Outro fator sociodemográfico é o isolamento social, que segundo Meleiro e Teng (2004), é frequentemente encontrado nos suicidas, assim como as relações sociais conflituosas. O isolamento social e problemas interpessoais são comumente associados a transtornos psiquiátricos.

Na categoria de fatores de risco psicológicos, proposta pelo Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006), contém seis itens que são apresentados em ordem decrescente pelo grau de maior risco, que são: perdas recentes; perdas de figuras parentais na infância; dinâmica familiar conturbada; datas importantes; reações de aniversário; personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade, humor lábil. Esta categoria é composta por três características, as quais são constituintes do estado psicológico em que se encontra a maioria das pessoas que estão sob risco de suicídio. São elas: ambivalência, impulsividade e rigidez/construção. A ambivalência é caracterizada pela vontade de morrer, acabar com a dor psíquica, mas também viver. Neste caso, é a prevalência do desejo de viver sobre o de morrer que possibilita a prevenção do suicídio. A impulsividade pode ser o que motiva um sujeito a

tentar ou cometer o suicídio, e este estado impulsivo pode ser causado por eventos negativos do dia-a-dia, e ter duração de minutos a horas. Já a constrição está relacionada ao estado cognitivo de quem apresenta comportamento suicida, que consiste no funcionamento dicotômico da consciência, a ideia de “tudo ou nada”. Neste estado não é somente o pensamento que está constricto, mas também os sentimentos e as ações, pois há pensamentos de que “não há mais nada a fazer” e/ou “a única coisa que poderia fazer era me matar”, o que representa um estreitamento de opções possíveis para o indivíduo, levando-o ao ato suicida. Meleiro e Teng (2004) referem mais uma dimensão psicológica associada ao comportamento suicida que é a desesperança, mencionando que está presente em maior intensidade na maioria dos sujeitos que tentaram ou cometeram suicídio, independente de diagnósticos de transtornos psiquiátricos.

No que se refere a condições clínicas incapacitantes como fator de risco, o Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006) aponta as doenças orgânicas incapacitantes, dor crônica, lesões desfigurantes, epilepsia, trauma medular, neoplasias malignas (câncer) e Aids. Meleiro e Teng (2004) propõem que a epilepsia tem um aumento do risco estimado de tentativas de suicídio e suicídio, de cinco a seis vezes maior que a população geral. Nos indivíduos que possuem Aids o risco está atrelado a incidência de transtornos psiquiátricos como abuso de drogas, isolamento social, falta de suporte, e que o risco encontra-se alto no período próximo do exame sorológico. Referem ainda que muitas das doenças associadas ao risco de suicídio estão relacionadas com transtornos mentais, como a esclerose múltipla com depressão e úlcera com alcoolismo, e que ainda não há evidências de que as doenças físicas são fatores de risco independentes para o suicídio, sem a correlação com patologias psiquiátricas.

Portanto, ter conhecimento sobre os fatores de risco e poder identificá-los é tarefa indispensável para profissionais da saúde de diversas áreas de atuação. Para Botega e Werlang (2004), o que mais orienta na avaliação de risco de suicídio é a combinação de fatores, e não a presença de uma condição isoladamente. Meleiro e Teng (2004) corroboram com esta visão e ainda mencionam que se deve fazer uma avaliação direcionada para a problemática individual de cada sujeito.

O Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006) ainda propõe níveis baixo, médio e alto para o risco de tentativa de suicídio e suicídio, bem como o manejo que se deve realizar. O baixo risco é referido para casos em que há pensamentos suicida como “eu gostaria de estar morto”, “eu não consigo continuar”, mas que não há nenhum plano para tentar o suicídio. O médio risco é caracterizado quando a pessoa tem pensamentos suicidas e planos

para cometer o suicídio, porém, não planeja ter ações imediatas para tentar se suicidar. E o alto risco é quando a pessoa tem um plano definido, tem os meios para realizar e planeja fazê-lo assim que possível.

Nos casos de baixo risco, para o manejo, é proposto pelo Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006) que se ofereça apoio emocional, quando o sujeito pode falar sobre as circunstâncias que geram sofrimento, seus sentimentos, como desesperança, desvalorização, entre outros, que poderá deixá-lo menos confuso em relação a suas emoções, e focalizar aspectos positivos de resoluções anteriores que a pessoa teve para resolução de problemas, realizar acompanhamento ou encaminhar o indivíduo para um profissional capacitado. Em casos de médio risco deve-se também realizar os procedimentos descritos anteriormente, e focalizar os sentimentos de ambivalência, que são o desejo de viver e morrer, até que prevaleça, gradualmente, o desejo de viver. Deve-se explorar as alternativas possíveis para tentativa de suicídio, para verificar qual ou quais delas o indivíduo identifica como apropriada, a que possivelmente ele optaria para tentar cometer o suicídio, informação esta que pode ser valiosa em situações de elevação do grau de risco, possibilitando medidas preventivas práticas do profissional. Deve-se também fazer um contrato com o indivíduo, quando este deve comprometer-se a entrar em contato com o profissional antes de realizar qualquer ato de tentativa de suicídio, e deve-se também obter a permissão do sujeito para entrar em contato com pessoas próximas, a fim de orientá-las sobre as medidas de prevenção ao suicídio que poderão realizar, como impedir acesso livre aos meios que podem incitar tentativas de suicídio e suicídio, por exemplo, ter medicamentos em locais de acesso restrito, e quando fizer uso de medicamentos, que alguém os administre, esconder armas, facas, cordas e outros materiais autolesivos. De acordo com o Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006) e Botega e Werlang (2004), quando identificado risco alto para tentativa de suicídio, deve-se realizar os procedimentos de contrato, permissão para entrar em contato com pessoas próximas e remoção de materiais autolesivos, já descritos anteriormente, e o indivíduo deve estar sempre acompanhado, por profissionais ou pessoas próximas. Nessas situações, consideradas como emergenciais, propõe-se internação do indivíduo em um pronto-socorro psiquiátrico, para isso, deve-se tentar que o sujeito aceite internar-se voluntariamente, e caso este não aceite, é preciso entrar em contato com familiares para comunicá-los, e realizar a internação, acionando uma ambulância para efetuar esta ação.

O tratamento psicoterápico proposto por Botega e Werlang (2004) deve voltar-se para as circunstâncias pessoais e sociais, reais ou imaginárias, que colocam o indivíduo sob risco de tentar ou cometer suicídio, sua percepção e sentimentos. Mencionam que o processo

terapêutico deve ser flexível e diretivo, oferecendo apoio e encorajamento. Referem ainda que se deve dar apoio e orientação à família do sujeito, que pode estar desestruturada ou tendo reações hostis para com o indivíduo, e que a ação do profissional deve se direcionar a favor da saúde mental do sujeito, através de atitudes acolhedoras e de esclarecimento, atuando para manutenção de sentimentos de esperança e como intermediário da comunicação entre o indivíduo e seus próximos.

3 MÉTODO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Para Gil (2002, p. 17), a pesquisa define-se como um “procedimento racional e sistemático” necessário quando não se dispõe de informações para responder determinado problema, ou ainda, quando as informações que dispomos não são suficientes e precisam de ordenamento para dar respostas satisfatórias ao problema levantado. Portanto, é através deste “procedimento racional e sistemático” que se pretende responder à questão: qual é a percepção que alunos de psicologia têm de seu preparo para atuação em relação ao suicídio?

Esta pesquisa pode ser delineada como um levantamento, que para Gil (2002) é caracterizada pela interrogação direta das pessoas que se pretende obter informações, seguida de análise quantitativa, para posteriormente obter as conclusões dos dados coletados. Também se caracteriza como um estudo descritivo, definido por Gil (2002) como tendo por objetivo principal a descrição de características de um determinado grupo, fenômeno, ou estabelecimento de relações entre as variáveis, e tem como característica mais significativa a utilização de técnica padronizada para coleta de dados.

Além de ser uma pesquisa delineada como um levantamento e caracterizada como descritiva, este estudo tem também caráter quantitativo e qualitativo, e tem como objetivo verificar o preparo de alunos de psicologia, adquirido ao longo do curso, para atuação em relação ao suicídio. Para isto, será utilizada uma amostra de cada subgrupo de estudantes, entre alunos ingressantes e veteranos de psicologia. A amostra é definida por Gil (2002) como parte da população ou grupo a ser estudado, que é tomada como objeto de investigação e que representa sua totalidade, sendo esta última, os estudantes do curso de psicologia de uma Instituição da Grande Florianópolis.

3.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Para realizar esta pesquisa e responder ao problema de pesquisa - qual é a percepção que alunos de psicologia têm de seu preparo para atuação em relação ao suicídio? – são os sujeitos desta pesquisa 21 alunos ingressantes, que estavam cursando a segunda fase, bem como 19 alunos veteranos, que estavam cursando a nona fase do curso de graduação em psicologia de uma Instituição da Grande Florianópolis, no período 2011/2.

A escolha por alunos de segunda fase para representar os ingressantes ocorreu a partir de uma avaliação do tema central deste projeto, o suicídio. Por ser um assunto que costuma ser impactante, pensa-se que não seria apropriado para sujeitos de primeira fase, sendo que estes estariam em um período de adaptação ao curso. E a escolha por alunos de nona fase para representar os veteranos ocorreu por já terem concluído o período de preparação teórica e estarem na etapa prática e final do curso.

3.3 EQUIPAMENTO E MATERIAL

Para a realização desta pesquisa foram utilizadas folhas de papel A4, canetas esferográficas, computador pessoal e impressoras.

3.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE

O processo de coleta de dados foi realizado juntamente à universidade em que os alunos em questão estão realizando sua graduação em psicologia, durante o período de aula em sala de aula.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado para coleta de dados um questionário estruturado, padronizado, com questões fechadas e mistas. No total foram vinte e uma questões, sendo que o questionário foi dividido em duas partes, sendo questionário parte I (APÊNDICE B), que contém quatro questões, e questionário parte II (APÊNDICE C) que contém dezessete questões afirmativas. A primeira parte do questionário pretendeu obter dados para verificar a percepção que os alunos de psicologia têm sobre seu conhecimento acerca da temática suicídio, seu preparo para atuação em casos que envolvem o suicídio, bem como a origem do conhecimento que possuem. A segunda parte do questionário foi elaborada conforme as informações contidas no Manual de Prevenção do Suicídio dirigido a profissionais das equipes de saúde mental, do Ministério da Saúde do Brasil (2006), e pretendeu obter dados para verificar o conhecimento dos alunos de psicologia, com base no que preconiza este manual. Para isto, foram elaboradas questões sobre mitos, que são ideias equivocadas sobre suicídio, fatores de risco de suicídio, e o manejo em situações que envolvem o suicídio.

3.6 PROCEDIMENTOS

Em um primeiro momento, foi feito contato com a coordenação do curso de psicologia da universidade onde se realizou a pesquisa a fim de pedir autorização para efetuar o contato com professores e alunos, bem como a realização desta pesquisa por meio de alunos que fazem parte desta instituição. Após obter a autorização da coordenação do curso, em documento impresso e assinado na primeira etapa, e na segunda autorização, via e-mail, para ir a campo, a pesquisadora entrou em contato com professores que estavam lecionando na segunda e nona fases do curso de psicologia, via e-mail, para verificar quais concordariam em disponibilizar cerca de trinta minutos do período de aula para realização do teste piloto e da coleta de dados desta pesquisa. Após os professores concederem a autorização, foi realizado teste piloto do instrumento de coleta de dados, a fim de verificar a clareza das questões.

O teste piloto foi realizado juntamente a 9 alunos da décima fase do curso de psicologia, após autorização da professora, que estavam em sala de aula no dia 16/08/2011, às 19h30min. O procedimento foi realizado da mesma forma que se pretendia realizar a coleta de dados. A pesquisadora apresentou a pesquisa referindo seus objetivos, e referindo que o procedimento seria para teste piloto, ou seja, avaliação do instrumento de coleta de dados.

Pediu a colaboração de todos, e deixou claro a não obrigatoriedade de participação, quando todos os alunos presentes aceitaram participar. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e o questionário, mencionando que este seria realizado em duas etapas, sendo que primeiro responderiam o Questionário I (APÊNDICE B) e posteriormente o Questionário II (APÊNDICE C). Foi solicitado que todos realizassem o procedimento individualmente, e que ao final seria aberto espaço para que fizessem as considerações acerca do instrumento. Em geral mencionaram que o instrumento estava claro, e fizeram uma sugestão, que era de possibilitar marcar mais de uma alternativa na questão 3 do Questionário I. Esta sugestão foi considerada pertinente, sendo que possibilitaria, obter mais dados a esta pesquisa, e, portanto foi acatada.

Para realizar o procedimento de coleta de dados executou-se a pesquisa aplicando questionário com o número máximo de alunos que concordaram em participar, sendo estes pertencentes às turmas da segunda e nona fase do curso de psicologia no período 2011/2, que estiveram em sala de aula no dia 22/08/2011, às 20h30min e 29/08/2011, às 20h, data e horário da aplicação do instrumento de coleta de dados.

No momento de sala de aula, a pesquisadora apresentou a pesquisa mencionando seus objetivos e devidos fins. Pediu a colaboração de todos na pesquisa, e deixou claro que não era obrigatório participar, então perguntou quem gostaria de colaborar respondendo ao questionário, quando todos os alunos presentes aceitaram. A pesquisadora apresentou aos alunos que concordaram participar da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e o questionário, mencionando que este seria realizado em duas etapas, uma seguida da outra, ou seja, que ao terminar de responder a primeira parte (Questionário I), passariam a responder a segunda e última parte do questionário (Questionário II), individualmente, concluindo assim a etapa de participação nesta pesquisa. Desta forma, os alunos responderam ao questionário, individualmente, e realizando as duas etapas do procedimento de coleta de dados. Ao responderem ao questionário, os alunos veteranos iniciaram discussão acerca da temática, e o procedimento adotado foi lembrar que o instrumento deveria ser feito individualmente, e sugerido que fizessem a discussão após a entrega do questionário, e assim o fizeram.

É importante ressaltar que, durante a segunda etapa da pesquisa, foi modificada a grafia do título deste trabalho, objetivo geral, bem como o problema/pergunta de pesquisa. Primeiramente o título consistia em “Preparo de alunos de psicologia, adquirido ao longo do curso, para atuação em relação ao suicídio”, passando a ser “Preparo de alunos de psicologia para atuação e prevenção em relação ao suicídio”. O objetivo geral era “Verificar o preparo de

alunos de psicologia, adquirido ao longo do curso, para atuação em relação ao suicídio”, e passou a ser “Verificar como os alunos de psicologia percebem seu preparo para atuação em relação ao suicídio”. E por fim o problema/pergunta de pesquisa que, inicialmente, consistia em “Qual é o preparo que alunos de psicologia têm, ao longo do curso, para atuação em relação ao suicídio”, passando a ser “Qual é a percepção que alunos de psicologia têm de seu preparo para atuação em relação ao suicídio?”

3.7 ORGANIZAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Inicialmente, os dados obtidos durante a coleta de dados foram organizados de forma separada por dois subgrupos, sendo estes subgrupos compostos por alunos ingressantes de psicologia e veteranos. Posteriormente foi realizada a categorização dos dados de cada subgrupo, que foram apresentadas em tabelas. Depois de realizada a categorização dos dados obtidos por cada subgrupo, foi feita a análise dos dados, quantitativa, apresentando a frequência em números absolutos, bem como a porcentagem de cada categoria por subgrupo, e qualitativamente, através da análise de conteúdo, que, para Minayo (2000, p.74), tem como função a “verificação de hipóteses e/ou perguntas”, ou seja, “podemos encontrar respostas para as questões formuladas”, neste caso, antes do trabalho de investigação.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A seguir são apresentados dados relacionados ao questionário I (APÊNDICE B) que contém quatro questões e diz respeito à percepção do conhecimento dos alunos de psicologia. Dados sobre a percepção que alunos ingressantes (2ª fase) e veteranos (9ª fase) de psicologia têm sobre seu conhecimento em relação ao suicídio: sobre já terem pensado, ou não, na possibilidade de, profissionalmente, vir atender pessoas sob risco de suicídio; sobre a origem de seu conhecimento, e sobre a percepção de seu preparo para atuar em situações que envolvam o suicídio.

Os dados serão apresentados inicialmente em tabelas separadas para alunos ingressantes e veteranos. Na sequência a cada tabela os dados são apresentados em forma cursiva. Posteriormente os dados são comparados a partir de gráficos, também apresentados em forma cursiva e finalmente analisados.

Tabela 1 – Dados do questionário I, referente à percepção do conhecimento técnico em relação ao suicídio, de alunos ingressantes de psicologia.

SEGUNDA FASE (21 PARTICIPANTES)					
QUESTÃO	RESPOSTAS*				
	Muito alto	Alto	Médio	Baixo	Sem conhecimento técnico
1. Você considera que seu conhecimento técnico em relação ao suicídio é:	0	3	6	8	3
%	0%	15%	30%	40%	15%

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

*Um participante não assinalou

Referente à percepção do conhecimento técnico, de 21 participantes ingressantes (2ª fase), oito consideram seu conhecimento “baixo” (40%), seis consideram seu conhecimento “médio” (30%), três consideram “alto” (15%), três se consideram “sem conhecimento técnico” (15%), e nenhum considera seu conhecimento “muito alto” (0%), como consta na Tabela 1.

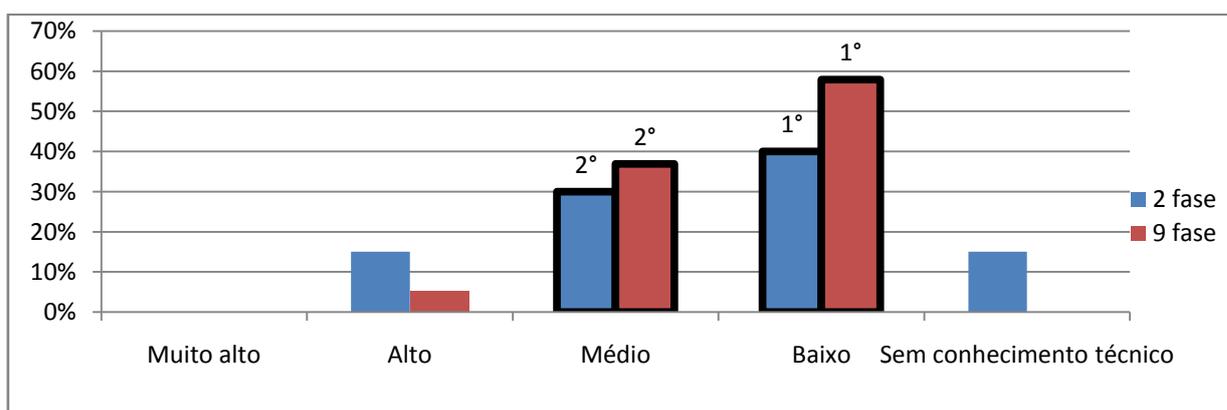
Tabela 2 – Dados do questionário I, referente à percepção do conhecimento técnico em relação ao suicídio, de alunos veteranos de psicologia.

NONA FASE (19 PARTICIPANTES)					
QUESTÃO	RESPOSTAS				
	Muito alto	Alto	Médio	Baixo	Sem conhecimento técnico
1. Você considera que seu conhecimento técnico em relação ao suicídio é:	0	1	7	11	0
%	0%	5,2%	36,9%	57,9%	0%

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Os alunos veteranos (9ª fase), referente à percepção do conhecimento técnico em relação ao suicídio, de 19 participantes, onze consideram seu conhecimento “baixo” (57,9%), sete consideram “médio” (36,9%), um considera “alto” (5,2%), e nenhum se considera “sem conhecimento técnico” ou com conhecimento “muito alto” (0%), de acordo com a Tabela 2.

Gráfico 1 - Comparação dos dados de análise do questionário I, referente à percepção do conhecimento técnico em relação ao suicídio, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia.



Fonte: Elaboração da autora, 2011.

A comparação geral dos dados de alunos ingressantes e veteranos, referentes à percepção do conhecimento técnico em relação ao suicídio, demonstra que, nenhum aluno considera seu conhecimento muito alto, porém, 15% dos alunos ingressantes consideram seu conhecimento alto, para 5,2% dos veteranos. 15% de alunos ingressantes se consideram sem

conhecimento técnico, para nenhum aluno veterano. Já os dois dados mais significativos para cada fase, destacados no gráfico, indicam uma percepção de conhecimento baixo para médio tanto para alunos veteranos quanto para ingressantes, sendo as ocorrências para “baixo” de 57,9% (veteranos) e 40% (ingressantes), e para “médio” de 36,9% (veteranos) e 30% (ingressantes).

Ao analisar os dados referentes à percepção do conhecimento técnico em relação ao suicídio, levando em consideração o dado mais relevante, de acordo com a escala de 0 - 100, que consiste em dados de 0 – 20 (sem conhecimento técnico), 21 – 49 (baixo), 50 (médio), 51 – 79 (alto) e, 80 – 100 (muito alto), e o instrumento de coleta de dados deste trabalho, construído com base nas informações contidas no Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006), nota-se que o que prevalece para alunos ingressantes (2ª fase) e veteranos (9ª fase) é a *percepção de menor conhecimento técnico*, com ocorrência para alunos veteranos de 57,9%, e para alunos ingressantes 40%, com diferença percentual de 17,9% (Gráfico 1). Estes dados na escala 0 – 100 indicam índice *alto* na percepção de baixo conhecimento de alunos veteranos, e índice *baixo* na percepção de baixo conhecimento técnico de ingressantes. Considerando que ambas as fases atingiram índice de percepção do conhecimento técnico baixo, o fato de alunos ingressantes perceberem seu conhecimento mais elevado que veteranos pode estar atrelado a uma incongruência de percepção por ainda não terem entrado em contato com questões práticas, ou não, podendo de fato terem conhecimento maior. Estas sugestões serão avaliadas perante os dados do conhecimento técnico do questionário II, deste trabalho, que serão apresentados posteriormente.

Tabela 3 – Dados do questionário I, referente a alunos ingressantes de psicologia pensar na possibilidade de, profissionalmente, vir atender a pessoas sob risco de suicídio.

SEGUNDA FASE (21 PARTICIPANTES)		
QUESTÃO	RESPOSTAS	
	Sim	Não
2. Você já havia pensado até o momento na possibilidade de, profissionalmente, vir a atender pessoas que estão sob risco de cometer suicídio?	19	2
%	90,4%	9,5%

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Referente a alunos ingressantes de psicologia pensarem na possibilidade de, profissionalmente, vir atender pessoas sob risco de suicídio, de 21 participantes, dezenove (90,4%) responderam já ter pensado, e dois (9,5%) não haviam pensado nesta possibilidade (Tabela 3).

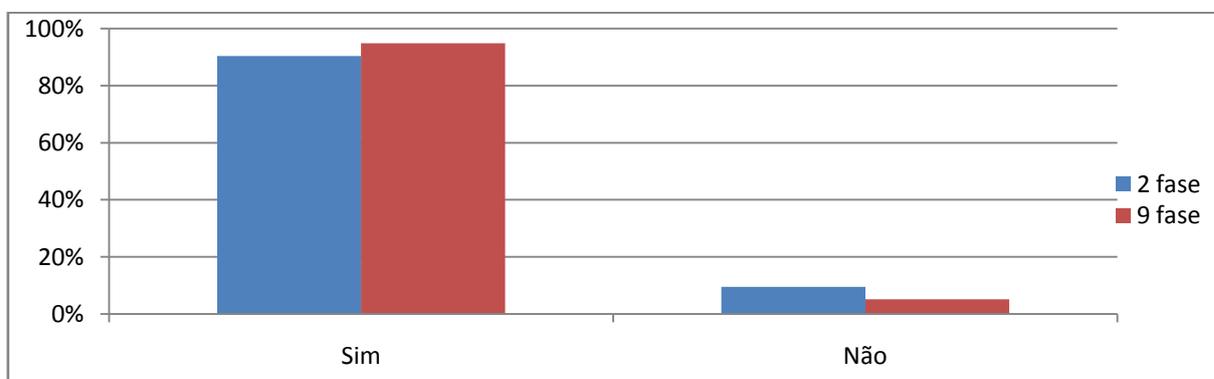
Tabela 4 - Dados do questionário I, referente a alunos veteranos de psicologia pensar na possibilidade de, profissionalmente, vir a atender pessoas sob risco de suicídio.

NONA FASE (19 PARTICIPANTES)		
QUESTÃO	RESPOSTAS	
	Sim	Não
2. Você já havia pensado até o momento na possibilidade de, profissionalmente, vir a atender pessoas que estão sob risco de cometer suicídio?	18	1
%	94,8%	5,2%

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Os alunos veteranos de psicologia, em relação a pensar na possibilidade de, profissionalmente, vir atender pessoas sob risco de suicídio, de 19 participantes, dezoito (94,8%) responderam já ter pensado, e um (5,2%) não pensou nesta possibilidade até o momento (Tabela 4).

Gráfico 2 - Comparação dos dados de análise do questionário I, referente a alunos ingressantes e veteranos de psicologia pensar na possibilidade de, profissionalmente, vir a atender pessoas sob risco de suicídio.



Fonte: Elaboração da autora, 2011.

A comparação dos dados referente a alunos ingressantes e veteranos de psicologia pensar na possibilidade de, profissionalmente, vir a atender pessoas sob risco de suicídio, não refere uma diferença significativa, sendo que a ocorrência de já ter pensado ou não, foi muito próxima entre as duas fases, como ilustra o Gráfico 2. Em relação a pensar na possibilidade de, profissionalmente, vir a atender pessoas sob risco de suicídio, 94,8% dos alunos veteranos, e 90,4% dos alunos ingressantes responderam já ter pensado. Sendo a diferença percentual entre as duas fases de 4,8%. Esses dados numa escala de 0 – 100 referem um índice *muito alto* de alunos ingressantes e veteranos já terem pensado na possibilidade de, profissionalmente, vir a atender pessoas sob risco de suicídio. A proximidade e quase unanimidade dos dados de alunos ingressantes e veteranos de psicologia, que referem já terem pensado na possibilidade de, profissionalmente, vir a atender pessoas sob risco de suicídio, sugerem que esta ideia não é construída através do curso de psicologia e que revela atenção e preocupação por parte dos alunos.

Tabela 5 – Dados do questionário I, referente à origem do conhecimento que os alunos ingressantes de psicologia possuem em relação ao suicídio.

SEGUNDA FASE (21 PARTICIPANTES)				
QUESTÃO	RESPOSTAS*			
	Do curso de psicologia	De comentários	De ir em busca de informações por conta própria	Outro
3. O conhecimento que você tem em relação ao suicídio foi adquirido através:	10	9	11	7
%	47,7%	42,9%	52,3%	33,3%

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

*Os participantes marcaram uma ou mais alternativas

Relativo à origem do conhecimento que alunos ingressantes de psicologia possuem em relação ao suicídio, como consta na Tabela 5, de 21 participantes, onze (52,3%) “de ir em busca de informações por conta própria”, nove (42,9%) “de comentários”, dez (47,7%) referiram que seu conhecimento advém “do curso de psicologia”, e sete (33,3%) referiram ter adquirido conhecimento através de “outro” meio.

Tabela 6 – Dados do questionário I, referente à origem do conhecimento que os alunos veteranos de psicologia possuem em relação ao suicídio.

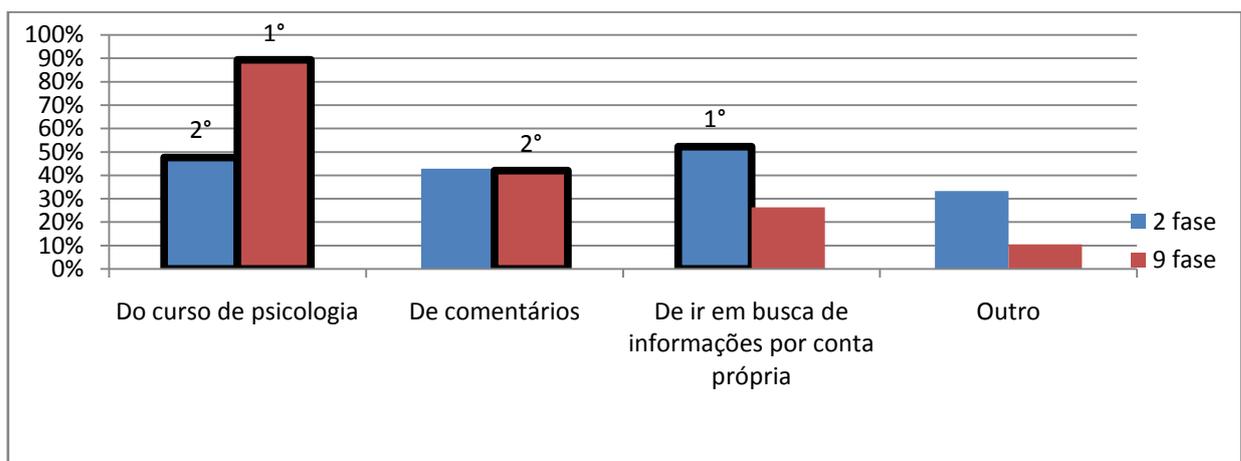
NONA FASE (19 PARTICIPANTES)				
QUESTÃO	RESPOSTAS*			
	Do curso de psicologia	De comentários	De ir em busca de informações por conta própria	Outro
3. O conhecimento que você tem em relação ao suicídio foi adquirido através:	17	8	5	2
%	89,4%	42,1%	26,3%	10,5%

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

*Os participantes marcaram uma ou mais alternativas

No tocante à origem do conhecimento que alunos veteranos de psicologia possuem em relação ao suicídio, de 19 participantes, dezessete (89,4%) referiram que seu conhecimento advém “do curso de psicologia”, oito (42,1%) “de comentários”, cinco (26,3%) “de ir em busca de informações por conta própria”, e dois (10,5%) referiram ter adquirido conhecimento através de “outro” meio (Tabela 6).

Gráfico 3 - Comparação dos dados de análise do questionário I, referente à origem do conhecimento que os alunos ingressantes e veteranos de psicologia possuem em relação ao suicídio.



Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Relacionando os dados referentes à origem do conhecimento de alunos ingressantes e veteranos de psicologia em relação ao suicídio, percebe-se que as duas maiores ocorrências, que são destacadas no gráfico, para alunos veteranos acontece da seguinte forma: 89,4% “do curso de psicologia”, 42,1% “de comentários”. Já sobre os dados dos alunos ingressantes de psicologia, percebe-se que a ocorrência acontece com 52,3% “de ir em busca de informações por conta própria”, e 47,7% “do curso de psicologia”, como ilustra o Gráfico 3.

Quanto à origem do conhecimento, levando em consideração o dado mais relevante, 89,4% dos alunos veteranos referem que é “do curso de psicologia, e 52,3% dos alunos ingressantes referem que seu conhecimento advém “de ir em busca de informações por conta própria”. Numa escala de 0 – 100, o dado mais significativo dos alunos veteranos é *muito alto*, e dos alunos ingressantes é *alto*. Com isso, presume-se que o conhecimento adquirido pelos alunos veteranos advém do curso de psicologia, e de alunos ingressantes, por haver interesse pela temática, de irem em busca de informações por conta própria. Percebe-se também, que as informações sobre suicídio, no curso de psicologia, não são repassadas aos alunos antes da terceira fase. Talvez possa se pensar, também, que a diferença de percepção entre os alunos veteranos e ingressantes sobre a origem do conhecimento advir do curso de psicologia, que é 41,7%, seja adquirida ao longo do curso.

Quanto à informação de que o conhecimento de alunos veteranos advém do curso de psicologia, é importante salientar que, em busca realizada no *Google* para verificar quantas ementas de disciplinas de graduação em psicologia inseriam o tema suicídio no Brasil, foram encontradas cinco ementas de disciplinas que têm em pauta o tema suicídio, sendo que a Instituição em questão neste trabalho não apareceu. Portanto, pode-se pensar que as informações adquiridas pelos alunos veteranos relacionadas ao suicídio através do curso, foram informações pontuais, sendo que o tema suicídio não é foco de trabalho destacado nas ementas das disciplinas de psicologia da instituição.

Tabela 7 – Dados do questionário I, referente à percepção do preparo para atuar em situações que envolvem risco de suicídio, de alunos ingressantes de psicologia.

SEGUNDA FASE (21 PARTICIPANTES)					
QUESTÃO	RESPOSTAS*				
	Muito alto	Alto	Médio	Baixo	Sem preparo
4. Você considera que seu preparo para atuar em situações que envolvem risco de suicídio é:	1	1	3	8	7
%	5%	5%	15%	40%	35%

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

*Um participante não assinalou

No que se refere à percepção do preparo que alunos ingressantes de psicologia têm para atuar em situações que envolvem risco de suicídio, de 21 participantes, oito (40%) referem que seu preparo é “baixo”, sete (35%) se consideram “sem preparo”, três (15%) consideram seu preparo “médio”, um (5%) “muito alto”, e um (5%) considera que seu preparo para atuar em situações que envolvem risco de suicídio é “alto” (Tabela 7).

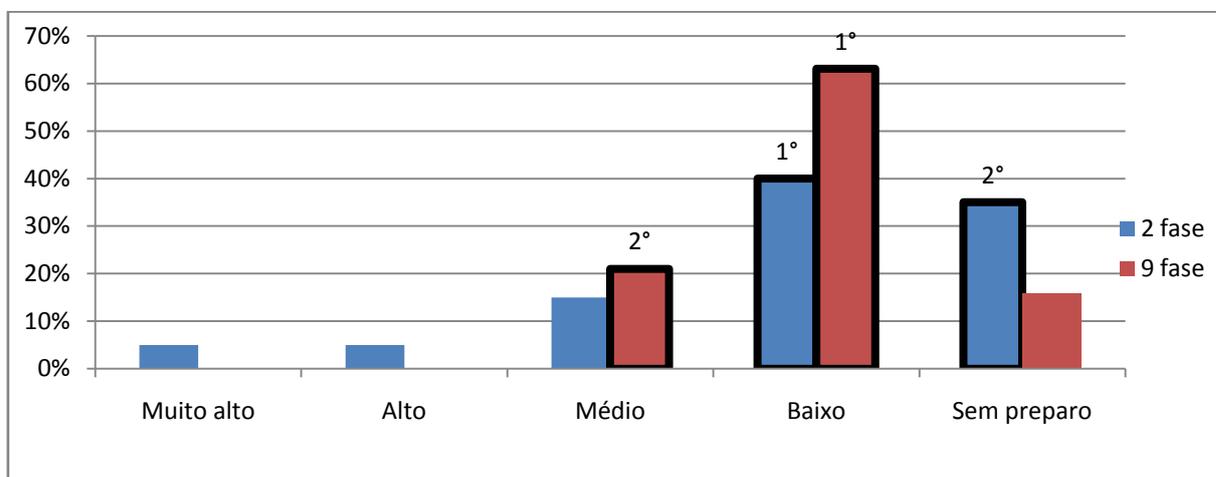
Tabela 8 – Dados do questionário I, referente à percepção do preparo para atuar em situações que envolvem risco de suicídio, de alunos veteranos de psicologia.

NONA FASE (19 PARTICIPANTES)					
QUESTÃO	RESPOSTAS				
	Muito alto	Alto	Médio	Baixo	Sem preparo
4. Você considera que seu preparo para atuar em situações que envolvem risco de suicídio é:	0	0	4	12	3
%	0%	0%	21%	63,1%	15,8%

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Sobre a percepção do preparo que alunos veteranos de psicologia têm para atuar em situações que envolvem risco de suicídio, de 19 participantes, doze (63,1%) consideram seu preparo “baixo”, quatro (21%) consideram “médio”, três (15,8%) consideram-se “sem preparo”, e nenhum (0%) considera seu preparo para atuar em situações que envolvem risco de suicídio “muito alto” e “alto”, como consta na Tabela 8.

Gráfico 4 - Comparação dos dados de análise do questionário I, referente à percepção do preparo para atuar em situações que envolvem risco de suicídio, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia.



Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Ao comparar os dois dados mais relevantes de alunos ingressantes e veteranos de psicologia, que são destacados no gráfico, em relação à percepção do preparo para atuar em situações que envolvem risco de suicídio, nota-se que a maior parte dos alunos veteranos percebe seu preparo, em ordem decrescente, “baixo” (63,1%), e “médio” (21%), e alunos ingressantes “baixo” (40%), e “sem preparo” (35%), como ilustra o Gráfico 4.

Sobre a percepção do preparo para atuar em situações que envolvem risco de suicídio, 63,1% (índice *alto* numa escala de 0 – 100) dos alunos veteranos, e 40% (índice *baixo* numa escala de 0 – 100) dos alunos ingressantes referem que seu preparo é “baixo”. Levando em consideração o dado mais relevante para cada fase, nota-se que a percepção do preparo, tanto de alunos ingressantes quanto de veteranos, para atuar em situações que envolvem o suicídio é baixo, sendo que os alunos veteranos de psicologia percebem seu preparo inferior à percepção dos alunos ingressantes, com uma diferença percentual de 23,1%. Em contrapartida os alunos ingressantes se percebem mais sem preparo que os veteranos, o que indica que a percepção do preparo para alunos veteranos é de “baixo” para “médio”, e de alunos ingressantes de “baixo” para sem “conhecimento técnico”. Poder-se-ia inferir que como os alunos ingressantes pouco sabem sobre a temática, não poderiam avaliar esse conhecimento de forma ampla, em compensação os veteranos, até por terem outros tipos de conhecimentos, podem avaliar essa percepção de forma mais fidedigna.

Ao relacionar o dado mais significativo da percepção do preparo (Gráfico 4) com a percepção do conhecimento técnico (Gráfico 1) de alunos ingressantes e veteranos, nota-se

que alunos veteranos percebem seu preparo para atuar em situações que envolvem risco de suicídio inferior à percepção do conhecimento técnico, sendo que a maior ocorrência de preparo foi “baixo”, com 63,1%, e de conhecimento técnico “baixo”, com 57,9%. Os alunos ingressantes percebem o seu preparo e seu conhecimento em uma mesma proporção, sendo ambas as ocorrências de preparo e conhecimento técnico “baixo”, com 40%.

Em relação ao questionário II (APÊNDICE C), referente ao conhecimento técnico dos alunos de psicologia acerca do suicídio com base nas informações contidas no Manual de Prevenção do Suicídio dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental, do Ministério da Saúde do Brasil (2006), serão apresentados a seguir, os dados gerais e de análise dos alunos ingressantes (2ª fase) e veteranos (9ª fase) de psicologia. Neste questionário foram abordadas questões sobre mitos, que são ideias equivocadas sobre o suicídio, fatores de risco de suicídio, e o manejo em situações que envolvem o suicídio.

O questionário II é composto por 17 questões afirmativas, com três alternativas padrão para cada questão, que são: concordo, não sei e discordo. Serão apresentados na Tabelas 9 e 10, os dados brutos e os dados do questionário corrigido (dados de análise), de acordo com o Gabarito (APÊNDICE D), onde serão analisadas as questões “corretas”, “não sei” e “erradas” dos alunos ingressantes e veteranos de psicologia, bem como a comparação dos dados, após o Gráfico 5. E serão apresentados ainda, dados do questionário corrigido separados por categorias, sendo elas mitos, que são ideias equivocadas em relação ao comportamento suicida (Tabela 11; Gráfico 6), fatores de risco de suicídio como transtornos mentais (Tabela 12; Gráfico 7), sociodemográficos (Tabela 13; Gráfico 8), psicológicos (Tabela 14; Gráfico 9), condições clínicas incapacitantes (Tabela 15; Gráfico 10), e o manejo em situações que envolvem o suicídio (Tabela 16; Gráfico 11). A análise qualitativa será apresentada após a tabela, e a comparação dos dados, análise quantitativa, após os respectivos gráficos.

Tabela 9 – Dados brutos e de análise do questionário II, referente aos alunos ingressantes de psicologia

(continua)

SEGUNDA FASE (21 PARTICIPANTES)					
QUESTÕES	RESPOSTAS				
	Dados brutos			Dados corrigidos	
	Concordo	Não sei	Discordo	Corretas	Erradas
1. A epilepsia é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio.	2	13	6	2	6
2. Entre os transtornos mentais, a esquizofrenia é o que está mais presente nos casos de tentativa de suicídio e suicídio.	10	9	2	2	10
3. Quando o indivíduo fala sobre pensamentos e planos suicidas, deve-se desviar o assunto e tomar uma atitude imediatamente, porque falar sobre suicídio pode aumentar o risco de a pessoa querer se matar.	5	2	14	14	5
4. Ao perguntar sobre suicídio, o profissional poderá estar induzindo o indivíduo ao suicídio.	0	4	17	17	0
5. O suicídio é um ato de covardia.	2	3	16	16	2
6. Perdas de figuras parentais na infância é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio.	8	9	4	8	4
7. Quando o indivíduo apresenta risco de tentar ou cometer suicídio, deve-se avisar a pessoas próximas, de preferência sem que o sujeito saiba.	16	1	4	4	16
8. A AIDS é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio.	9	7	5	9	5
9. Quem quer realmente se matar, se mata mesmo.	10	7	4	4	10
10. Pessoas solteiras estão sob maior risco de tentar ou cometer o suicídio.	2	7	12	2	12

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Tabela 9 – Dados brutos e de análise do questionário II, referente aos alunos ingressantes de psicologia

(conclusão)

SEGUNDA FASE (21 PARTICIPANTES)					
QUESTÕES	RESPOSTAS				
	Dados brutos			Dados corrigidos	
	Concordo	Não sei	Discordo	Corretas	Erradas
11. Quando identificado que há ideiação/pensamento suicida, por medida de precaução, é sempre bom intervir com a internação do indivíduo.	6	3	12	12	6
12. A maior parte dos indivíduos que tentam ou cometem suicídio está associada a um transtorno mental.	2	6	13	2	13
13. Quando a pessoa ameaça se matar é para manipular.	4	5	12	12	4
14. O suicídio é um ato de coragem.	4	6	11	11	4
15. Os homens costumam cometer mais suicídio que as mulheres.	7	12	2	7	2
16. Quem quer se matar não avisa.	10	5	6	6	10
17. Personalidade com traços significativos de agressividade é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio.	2	7	12	2	12
SUBTOTAL (Dados brutos)	99	106	152	-	-
TOTAL (Dados brutos)	357			-	-
SUBTOTAL (Dados de análise)	-	106	-	130	121
TOTAL (Dados de análise)	357				
%	-	29,5%	-	36,4%	33,9%

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Tabela 10 – Dados brutos e de análise do questionário II, referente aos alunos veteranos de psicologia

(continua)

NONA FASE (19 PARTICIPANTES)					
QUESTÕES	RESPOSTAS				
	Dados brutos			Dados corrigidos	
	Concordo	Não sei	Discordo	Corretas	Erradas
1. A epilepsia é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio.	1	7	11	1	11
2. Entre os transtornos mentais, a esquizofrenia é o que está mais presente nos casos de tentativa de suicídio e suicídio.	5	7	7	7	5
3. Quando o indivíduo fala sobre pensamentos e planos suicidas, deve-se desviar o assunto e tomar uma atitude imediatamente, porque falar sobre suicídio pode aumentar o risco de a pessoa querer se matar.	1	1	17	17	1
4. Ao perguntar sobre suicídio, o profissional poderá estar induzindo o indivíduo ao suicídio.	2	5	12	12	2
5. O suicídio é um ato de covardia.	0	0	19	19	0
6. Perdas de figuras parentais na infância é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio.	0	11	8	0	8
7. Quando o indivíduo apresenta risco de tentar ou cometer suicídio, deve-se avisar a pessoas próximas, de preferência sem que o sujeito saiba.	4	1	14	14	4
8. A AIDS é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio.	5	7	7	5	7
9. Quem quer realmente se matar, se mata mesmo.	9	3	7	7	9
10. Pessoas solteiras estão sob maior risco de tentar ou cometer o suicídio.*	0	6	12	0	12

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Tabela 10 - Dados brutos e de análise do questionário II, referente aos alunos veteranos de psicologia

(conclusão)

NONA FASE (19 PARTICIPANTES)					
QUESTÕES	RESPOSTAS				
	Dados brutos			Dados corrigidos	
	Concordo	Não sei	Discordo	Corretas	Erradas
11. Quando identificado que há ideiação/pensamento suicida, por medida de precaução, é sempre bom intervir com a internação do indivíduo.	0	5	14	14	0
12. A maior parte dos indivíduos que tentam ou cometem suicídio está associada a um transtorno mental.	6	5	8	6	8
13. Quando a pessoa ameaça se matar é para manipular.*	2	3	13	13	2
14. O suicídio é um ato de coragem.*	5	3	10	10	5
15. Os homens costumam cometer mais suicídio que as mulheres.	3	14	2	3	2
16. Quem quer se matar não avisa.*	6	4	8	8	6
17. Personalidade com traços significativos de agressividade é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio.	2	6	11	2	11
SUBTOTAL (Dados brutos)	51	88	180	-	-
TOTAL (Dados brutos)	319			-	-
SUBTOTAL (Dados de análise)	-	88	-	138	93
TOTAL (Dados de análise)	319				
%	-	27,6%	-	43,2%	29,1%

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

*Diferentes questões em diferentes questionários não foram assinaladas

Em relação aos dados brutos do questionário II, de 21 participantes ingressantes (2ª fase), se obteve um total de 357 respostas, sendo que 152 foram “discordo”, 106 “não sei”, e 99 “concordo”. E de 19 participantes veteranos (9ª fase), se obteve um total de 319 respostas, sendo que 180 foram “discordo”, 88 “não sei”, e 51 foram “concordo”. A partir de agora serão apresentados os dados referentes a cada questão.

A primeira questão refere que “a epilepsia é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio”, onde treze alunos ingressantes assinalaram “não sei”, seis “discordo”, e dois “concordo”, e onze alunos veteranos assinalaram “discordo”, sete “não sei”, e um “concordo”. A segunda questão diz que “entre os transtornos mentais, a esquizofrenia é o que está mais presente nos casos de tentativa de suicídio e suicídio”, e, de alunos ingressantes, teve dez assinalamentos em “concordo”, nove em “não sei”, e dois em “discordo”, de alunos veteranos teve sete “não sei”, sete discordo”, e cinco “concordo”. A terceira questão afirma que “quando o indivíduo fala sobre pensamentos e planos suicidas, deve-se desviar o assunto e tomar uma atitude imediatamente, porque falar sobre suicídio pode aumentar o risco de a pessoa querer se matar”, e, de alunos ingressantes, quatorze alunos responderam “discordo”, cinco “concordo”, e dois “não sei”, de alunos veteranos teve dezessete “discordo”, um “não sei”, e um “concordo”. A quarta questão refere que “ao perguntar sobre suicídio, o profissional poderá estar induzindo o indivíduo ao suicídio”, e, de alunos ingressantes, obteve dezessete respostas “discordo”, quatro “não sei”, e nenhuma “concordo”, de alunos veteranos obteve doze “discordo”, cinco “não sei”, e dois “concordo”. A quinta questão menciona que “o suicídio é um ato de covardia”, teve de alunos ingressantes, dezesseis respostas “discordo”, três “não sei”, e duas resposta “concordo”, e de alunos veteranos teve dezenove “discordo”, e nenhuma “não sei” e “concordo”. A sexta questão refere que “perdas de figuras parentais na infância é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio”, e de alunos ingressantes teve nove “não sei”, oito “concordo”, e quatro “discordo”, de alunos veteranos teve onze “não sei”, oito discordo”, e nenhuma “concordo”. A sétima questão afirma que “quando o indivíduo apresenta risco de tentar ou cometer suicídio, deve-se avisar a pessoas próximas, de preferência sem que o sujeito saiba”, e, de alunos ingressantes, dezesseis assinalaram “concordo”, quatro “discordo”, e um “não sei”, de alunos veteranos, quatorze responderam “discordo”, quatro “concordo”, e um “não sei”.

As últimas dez questões do questionário são: a oitava questão referindo que “a AIDS é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio”, de alunos ingressantes, teve nove assinalamentos em “concordo”, sete em “não sei”, e cinco em “discordo”, de alunos veteranos, teve sete “não sei”, sete “discordo”, e cinco “concordo”. A nona questão

mencionando que “quem quer realmente se matar, se mata mesmo”, e de alunos ingressantes, dez respostas foram em “concordo”, sete em “não sei”, e quatro em “discordo”, de alunos veteranos, nove respostas foram em “concordo”, sete em “discordo”, e três “não sei”. A décima questão afirmando que “pessoas solteiras estão sob maior risco de tentar ou cometer suicídio”, teve, de alunos ingressantes, doze respostas “discordo”, sete “não sei”, e duas “concordo”, de alunos veteranos, teve doze “discordo”, seis “não sei”, e nenhuma “concordo”, sendo que um participante não assinalou. A décima primeira questão referindo que “quando identificado que há ideação/pensamento suicida, por medida de precaução, é sempre bom intervir com a internação do indivíduo”, obteve, de alunos ingressantes, doze respostas “discordo”, seis “concordo”, e três “não sei”, de alunos veteranos obteve quatorze “discordo”, cinco “não sei”, e nenhuma concordou. A décima segunda questão referindo que “a maior parte dos indivíduos que tentam ou cometem suicídio está associada a um transtorno mental”, obteve, de alunos ingressantes, treze respostas “discordo”, seis “não sei”, e duas “concordo”, de alunos veteranos obteve oito respostas “discordo”, seis “concordo”, e cinco “não sei”. A décima terceira questão afirmando que “quando a pessoa ameaça se matar é para manipular”, teve de alunos ingressantes, doze alunos assinalando “discordo”, cinco “não sei”, e quatro “concordo”, de alunos veteranos teve treze “discordo”, três “não sei”, e duas “concordo”, sendo que um participante não assinalou. A décima quarta questão referindo que “o suicídio é um ato de coragem”, teve de alunos ingressantes, onze respostas “discordo”, seis “não sei”, e quatro “concordo”, e de alunos veteranos dez “discordo”, cinco “concordo”, e três “não sei”, sendo que um participante não assinalou. A décima quinta questão mencionando que “os homens costumam cometer suicídio mais que as mulheres”, obteve de alunos ingressantes, doze respostas “não sei”, sete “concordo”, e duas “discordo”, de alunos veteranos quatorze “não sei”, três “concordo”, e duas “discordo”. A décima sexta questão afirmando que “quem quer se matar não avisa”, obtendo de alunos ingressantes, dez respostas “concordo”, seis “discordo”, e cinco “não sei”, e de alunos veteranos, oito “discordo”, seis “concordo”, e quatro “não sei”, sendo que um participante não assinalou. E a décima sétima questão referindo que “personalidade com traços significativos de agressividade é um fator de risco de suicídio e suicídio”, que de alunos ingressantes, obteve doze respostas em “discordo”, sete em “não sei”, e duas em “concordo”, de alunos veteranos, onze em “discordo”, seis em “não sei”, e duas em “concordo”, como consta nas Tabelas 9 e 10.

Referente aos dados do questionário II corrigido, de acordo com o Gabarito (APÊNDICE D), de 21 participantes ingressantes (2ª fase), se obteve um total de 357 (100%) respostas, sendo que 130 (36,4%) são “corretas”, 121 (33,9%) “erradas”, e 106 (29,5%) “não

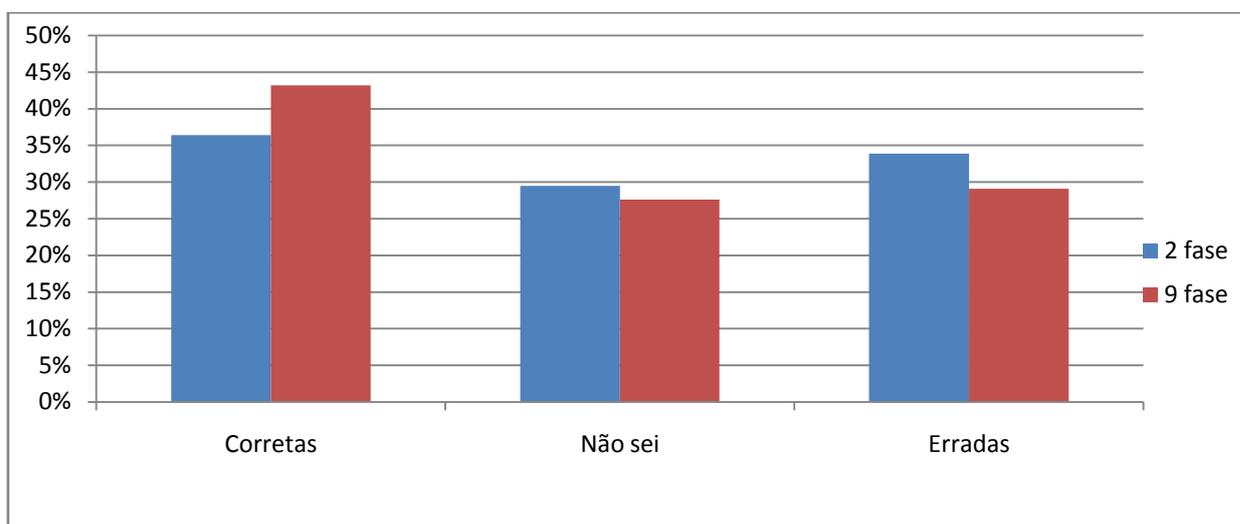
sei”. De 19 participantes veteranos (9ª fase), se obteve um total de 319 (100%) respostas, sendo que 138 (43,2%) são “corretas”, 93 (29,1%) “erradas”, e 88 (27,6%) “não sei”. A partir de agora serão apresentados os dados de análise dos alunos ingressantes (2ª fase) e veteranos (9ª fase) de psicologia, referentes a cada questão.

A primeira questão refere que “a epilepsia é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio”, onde, de alunos ingressantes, treze respostas foram “não sei”, seis “erradas”, e duas respostas foram “corretas”, e de alunos veteranos, onze respostas foram “erradas”, sete “não sei”, e uma “correta”. A segunda questão diz que “entre os transtornos mentais, a esquizofrenia é o que está mais presente nos casos de tentativa de suicídio e suicídio”, de alunos ingressantes, teve dez questões “erradas”, nove “não sei”, e duas “corretas”, de alunos veteranos, teve sete “não sei”, sete “corretas”, e cinco “erradas”. A terceira questão afirma que “quando o indivíduo fala sobre pensamentos e planos suicidas, deve-se desviar o assunto e tomar uma atitude imediatamente, porque falar sobre suicídio pode aumentar o risco de a pessoa querer se matar”, teve, de alunos ingressantes, quatorze respostas “corretas”, cinco “erradas”, e duas “não sei”, de alunos veteranos, dezessete respostas “corretas”, uma “não sei”, e uma “errada”. A quarta questão refere que “ao perguntar sobre suicídio, o profissional poderá estar induzindo o indivíduo ao suicídio”, e obteve, de alunos ingressantes, dezessete respostas “corretas”, quatro “não sei”, e nenhuma “errada”, de alunos veteranos, doze “corretas”, cinco “não sei”, e duas “erradas”. A quinta questão menciona que “o suicídio é um ato de covardia”, e teve de alunos ingressantes, dezesseis respostas “corretas”, três “não sei”, e duas “erradas”, de alunos veteranos, dezenove “corretas”, e nenhuma resposta “errada” e “não sei”. A sexta questão refere que “perdas de figuras parentais na infância é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio”, e, de alunos ingressantes, teve nove respostas “não sei”, oito “corretas”, e quatro “erradas”, de alunos veteranos, onze “não sei”, oito “erradas”, e nenhuma “correta”. A sétima questão afirma que “quando o indivíduo apresenta risco de tentar ou cometer suicídio, deve-se avisar a pessoas próximas, de preferência sem que o sujeito saiba”, e teve de alunos ingressantes, dezesseis respostas foram “erradas”, quatro “corretas”, e uma “não sei”, de alunos veteranos, quatorze “corretas”, quatro “erradas”, e uma “não sei”.

As últimas dez questões do questionário são: a oitava questão referindo que “a AIDS é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio”, e de alunos ingressantes, nove respostas foram “corretas”, sete “não sei”, e cinco “erradas”, de alunos veteranos, sete “não sei”, sete “erradas”, e cinco “corretas”. A nona questão mencionando que “quem quer realmente se matar, se mata mesmo”, onde, de alunos ingressantes, dez respostas foram

“erradas”, sete “não sei”, e quatro “corretas”, de alunos veteranos, nove “erradas”, sete “corretas”, e três “não sei”. A décima questão afirmando que “pessoas solteiras estão sob maior risco de tentar ou cometer suicídio”, teve de alunos ingressantes, doze respostas “erradas”, sete “não sei”, e duas “corretas”, de alunos veteranos, doze “erradas”, seis “não sei”, e nenhuma “correta”. A décima primeira questão referindo que “quando identificado que há ideação/pensamento suicida, por medida de precaução, é sempre bom intervir com a internação do indivíduo”, obteve de alunos ingressantes, doze respostas “corretas”, seis “erradas”, e três “não sei”, de alunos veteranos, quatorze “corretas”, cinco “não sei”, e nenhuma “errada”. A décima segunda questão referindo que “a maior parte dos indivíduos que tentam ou cometem suicídio está associada a um transtorno mental”, onde, de alunos ingressantes, treze respostas foram “erradas”, seis “não sei”, e duas “corretas”, de alunos veteranos, oito “erradas”, seis “corretas”, e cinco “não sei”. A décima terceira questão afirmando que “quando a pessoa ameaça se matar é para manipular”, teve de alunos ingressantes, doze respostas “corretas”, cinco “não sei”, e quatro “erradas”, de alunos veteranos, treze “corretas”, três “não sei”, e duas “erradas”. A décima quarta questão referindo que “o suicídio é um ato de coragem”, teve de alunos ingressantes, onze respostas “corretas”, seis “não sei”, e quatro “erradas”, de alunos veteranos, dez “corretas”, cinco “erradas”, e três “não sei”. A décima quinta questão mencionando que “os homens costumam cometer suicídio mais que as mulheres”, obteve de alunos ingressantes, doze respostas “não sei”, sete “corretas”, e duas “erradas”, de alunos veteranos, quatorze “não sei”, três “corretas”, e duas “erradas”. A décima sexta questão afirmando que “quem quer se matar não avisa”, obteve de alunos ingressantes, dez respostas “erradas”, seis respostas “corretas”, e cinco “não sei”, de alunos veteranos, oito “corretas”, seis “erradas”, e quatro “não sei”. E a décima sétima questão referindo que “personalidade com traços significativos de agressividade é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio”, teve de alunos ingressantes, doze respostas “erradas”, sete “não sei”, e duas “corretas”, de alunos veteranos, onze “erradas”, seis “não sei”, e duas “corretas”, como consta nas Tabelas 9 e 10.

Gráfico 5 - Comparação dos dados de análise do questionário II, referente ao conhecimento técnico acerca do suicídio, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia



Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Ao relacionar os dados referentes a alunos ingressantes e veteranos de psicologia, percebe-se que os alunos veteranos acertaram mais que os ingressantes, sendo que a porcentagem de acertos para alunos veteranos foi de 43,2%, e para alunos ingressantes 36,4%. A diferença percentual de acertos foi de 6,8%. Relativo às questões erradas, os alunos ingressantes obtiveram mais erros, pois a porcentagem para alunos ingressantes foi de 33,9% e para alunos veteranos 29,1%, sendo que a diferença percentual de erro entre as duas fases foi de 4,8%. Em relação a não saber responder, os alunos ingressantes não souberam responder mais que os alunos veteranos, sendo que a porcentagem para alunos ingressantes foi de 29,5%, e para veteranos 27,6%, com diferença percentual de 1,9% (Gráfico 5).

Ao comparar a ocorrência em porcentagem de respostas “corretas” de alunos veteranos, que é 43,2%, com a soma de respostas “não sei” (27,6%) e “erradas” (29,1%), que é 56,7%, percebe-se que o índice que prevalece é o de *menor conhecimento técnico*. Utilizando o mesmo método de comparação para alunos ingressantes, que tem ocorrência em porcentagem de respostas “corretas” de 36,4%, e com a soma de respostas “não sei” (29,5%) e “erradas” (33,9%), que é 63,4%, percebe-se que o índice que prevalece é o de *menor conhecimento técnico*. Portanto, tanto alunos veteranos quanto ingressantes, indicam ter conhecimento técnico *baixo*, de acordo com a escala de 0 - 100, que consiste em dados de 0 – 20 (sem conhecimento técnico), 21 – 49 (baixo), 50 (médio), 51 – 79 (alto) e, 80 – 100 (muito alto), e o instrumento de coleta de dados deste trabalho, construído com base nas informações

contidas no Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006). A diferença de acertos entre alunos ingressantes e veteranos refere um aumento geral do conhecimento técnico de alunos veteranos, de acordo com o instrumento de coleta de dados deste trabalho, de 6,8%. Vale destacar também que os ingressantes erraram e acertaram de forma muito próxima, o que poderia sugerir que esses dados foram informados ao acaso e não por conhecimento propriamente dito.

Relacionando os dados da *percepção do conhecimento técnico* (Questionário I), com os dados do conhecimento técnico em relação ao suicídio (Questionário II), percebeu-se que os alunos ingressantes (2ª fase) e veteranos (9ª fase) consideram que seu conhecimento é “baixo”, com ocorrência para alunos veteranos de 57,9%, e ingressantes 40%, e o índice de prevalência do *conhecimento técnico* é baixo, tanto para alunos veteranos quanto para ingressantes. Portanto, a percepção do conhecimento de alunos ingressantes e veteranos está em acordo com a classificação do conhecimento técnico. Há somente um aspecto em desacordo, que é a percepção de alunos veteranos referir ter conhecimento técnico menor que a percepção de ingressantes, pois a prevalência de acertos dos veteranos em relação ao conhecimento técnico (43,2%) foi maior do que a de ingressantes (36,4%), e a prevalência de *menor conhecimento técnico*, o contrário, sendo 63,4% para alunos ingressantes e 56,7% para veteranos. Com isto, presume-se que os alunos ingressam no curso de psicologia percebendo seu conhecimento técnico em relação ao suicídio mais alto do que realmente é, ou seja, têm uma percepção incongruente do conhecimento. Como o dado da percepção do conhecimento (Gráfico 1) dos alunos veteranos foi equivalente ao dado do conhecimento técnico (Gráfico 5), presume-se que ao longo do curso de psicologia, estes alunos vão percebendo o quanto sabem, concluindo o curso com uma percepção congruente do conhecimento que possuem.

Ainda relacionado ao questionário II (APÊNDICE C), referente ao conhecimento técnico dos alunos de psicologia acerca do suicídio com base nas informações contidas no Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006), serão apresentados a seguir, os dados de análise por categoria dos alunos ingressantes (2ª fase) e veteranos (9ª fase) de psicologia, bem como a comparação dos dados de ambas as fases. Serão apresentados aqui, os dados do questionário corrigido, de acordo com o Gabarito (APÊNDICE D). Portanto, serão analisadas as questões “corretas”, “não sei” e “erradas” dos alunos ingressantes e veteranos de psicologia, separadas por categorias. As categorias que serão apresentadas a seguir consistem em: mitos, que são ideias equivocadas em relação ao comportamento suicida, fatores de risco de suicídio como transtornos mentais, sociodemográficos, psicológicos, condições clínicas incapacitantes, e o manejo em situações que envolvem o suicídio.

Tabela 11 – Tabela de análise dos dados do questionário II, referente à categoria mitos, ideias equivocadas em relação ao comportamento suicida, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia

(continua)

QUESTÕES	SEGUNDA FASE (21 PARTICIPANTES)				NONA FASE (19 PARTICIPANTES)			
	RESPOSTAS							
	Corretas	Não sei	Erradas	Justificativas	Corretas	Não sei	Erradas	Justificativas
4. Ao perguntar sobre suicídio, o profissional poderá estar induzindo o indivíduo ao suicídio.	17	4	0	- Acredito que não. - Creio que depende do caso. - Ainda não sei como fazer a abordagem mais acho que não pioraria o quadro. - Acredito que o profissional esteja querendo descobrir algo sobre o que pensa.	12	5	2	- Não sei se vai induzir ao suicídio, mas quem deve trazer a demanda/assunto é o próprio sujeito.
5. O suicídio é um ato de covardia.	16	3	2	- É uma maneira que o suicida achá para resolver os seus problemas. - É um ato de coragem. - Fuga de problemas. - É um ato de desespero.(2) - Por várias razões, pois a mente acaba passando por muitas situações até reversíveis.	19	0	0	- O indivíduo pode estar com um grau de sofrimento que não suporta. - Ao contrário, para tentar ou realizar o suicídio o indivíduo deve ter força e estar realmente desesperado para efetuar tal ato. - Considero de muita coragem e principalmente de angústia.
9. Quem quer realmente se matar, se mata mesmo.	4	7	10	- Depende do estado que se encontra. - Depende do caso. - Nem sempre. - Em parte sim, outras não. - Eventualmente acredito que sim, ou é covarde. - Não necessariamente, pode apenas se expressar de maneira aleatória.	7	3	9	- As circunstâncias podem interferir.

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Tabela 11 – Tabela de análise dos dados do questionário II, referente à categoria mitos, ideias equivocadas em relação ao comportamento suicida, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia

QUESTÕES	SEGUNDA FASE (21 PARTICIPANTES)				NONA FASE (19 PARTICIPANTES)			
	RESPOSTAS							
	Corretas	Não sei	Erradas	Justificativas	Corretas	Não sei	Erradas	Justificativas
13. Quando a pessoa ameaça se matar é para manipular.*	12	5	4	- Depende da maneira que está pessoa ver a vida. - Depende do caso. - As vezes. - Chamar atenção para ajuda talvez. - Concordo em partes. Em alguns casos, é o que acontece. (2) - Não se sabe verdadeiramente o seu proposto.	13	3	2	- Acho que deve ter sofrimento. - Em muitos casos acredito que sim.
14. O suicídio é um ato de coragem.*	11	6	4	- Cometer suicídio é uma alternativa extrema para fugir do(s) problema(s). - Pra mim é fraqueza. - Pode ser, desapego a vida mostra falta de medo.	10	3	5	- Considero um ato de desespero. (2) - Pode não ser correto, mas que eu acho corajoso, acho! - Depende da percepção de cada um.
16. Quem quer se matar não avisa.*	6	5	10	- Depende do caso. (3) - Quem quer se matar não se importa. - A maioria avisa, mais como um pedido de ajuda.	8	4	6	- Depende muito da pessoa. - Pode avisar sim.
SUBTOTAL	66	30	30	-	69	18	24	-
TOTAL	126			31	111			13
%	52,3%	23,9%	23,9%	-	62,1%	16,2%	21,7%	-

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

* Diferentes questões em diferentes questionários não foram assinaladas por alunos veteranos

No tocante à categoria mitos, ideias equivocadas em relação ao comportamento suicida (Tabela 11), que contém seis questões, de 21 participantes ingressantes se obteve um total de 126 (100%) respostas, sendo que 66 (52,3%) são “corretas”, 30 (23,9%) “não sei”, e 30 (23,9%) “erradas”, e 31 “justificativas”. De 19 participantes veteranos, o total de respostas foi 111 (100%), sendo que 69 (62,1%) são “corretas”, 24 (21,7%) “erradas”, e 18 (16,2%) “não sei”, e 13 “justificativas”.

É importante salientar que as literaturas referem como mitos as percepções de senso comum, e não técnicas. Portanto, são avaliadas como “corretas” neste trabalho, as respostas de cunho técnico e científico, e “erradas”, as respostas com percepções de senso comum.

A questão quatro refere que “ao perguntar sobre suicídio, o profissional poderá estar induzindo o indivíduo ao suicídio”, e obteve justificativas como, de alunos ingressantes, “acredito que o profissional esteja querendo descobrir algo sobre o que pensa” e, de alunos veteranos, “não sei se vai induzir ao suicídio, mas quem deve trazer a demanda/assunto é o próprio sujeito”. Sobre este aspecto, Meleiro, Botega e Prates (2004) mencionam que em caso de avaliação de risco de suicídio, deve-se ter como objetivo obter o máximo de informações possíveis do indivíduo, e quanto mais detalhes, melhor, pois desta forma é possível avaliar o grau de risco de suicídio que o indivíduo apresenta. Os autores ainda corroboram com Botega e Werlang (2004) quando sugerem que fazer questionamentos sobre ideias, planos de suicídio, proporcionando ao indivíduo cuidado com seu sofrimento e compreensão, pode ser efetivo para fazer com que diminua a desesperança do indivíduo.

Quanto à quinta questão dizendo que “o suicídio é um ato de covardia”, obteve justificativas como “é um ato de desespero”, de alunos ingressantes, e “o indivíduo pode estar com um grau de sofrimento que não suporta”. E a décima quarta afirmando que “o suicídio é um ato de coragem”, de ingressantes teve justificativas como “cometer suicídio é uma alternativa extrema para fugir do(s) problema(s), e de veteranos “considero um ato de desespero”. Botega e Werlang (2004) e Meleiro, Botega e Prates (2004) enfatizam que a ação suicida é dirigida por uma dor psíquica intolerável, portanto, não referem tal ato como coragem ou covardia.

A nona questão sugere que “quem quer realmente se matar, se mata mesmo”, e obteve justificativas “depende do estado que se encontra”, de alunos ingressantes, e “as circunstâncias podem interferir”, de alunos veteranos. Os autores Botega e Werlang (2004) e Meleiro, Botega e Prates (2004) remetem que esta ideia pode conduzir ao descuido no manejo e tratamento de pessoas sob risco de suicídio, pois o profissional com esta percepção diante

destes casos, não acredita poder auxiliar na prevenção. Meleiro e Bahls (2004) propõem o conceito de *continnum*, o qual refere que o comportamento suicida, em geral, costuma ocorrer em um processo gradual, composto por ideias de morte, ideias suicidas, desejo de suicídio, intenção de cometer o suicídio, planejamento do suicídio, tentativas de suicídio e o suicídio consumado. Meleiro, Botega e Prates (2004, p.177) referem que “o indivíduo com risco de cometer o suicídio deve ser examinado como uma pessoa única, inserida numa sociedade, vivendo numa circunstância particular de vida e carregando a sua própria história psicobiológica”. No entanto, deve-se realizar uma avaliação detalhada e situacional, de acordo com as particularidades do indivíduo, e não generalizada, a fim de verificar o grau de risco e as intervenções mais adequadas para o caso específico.

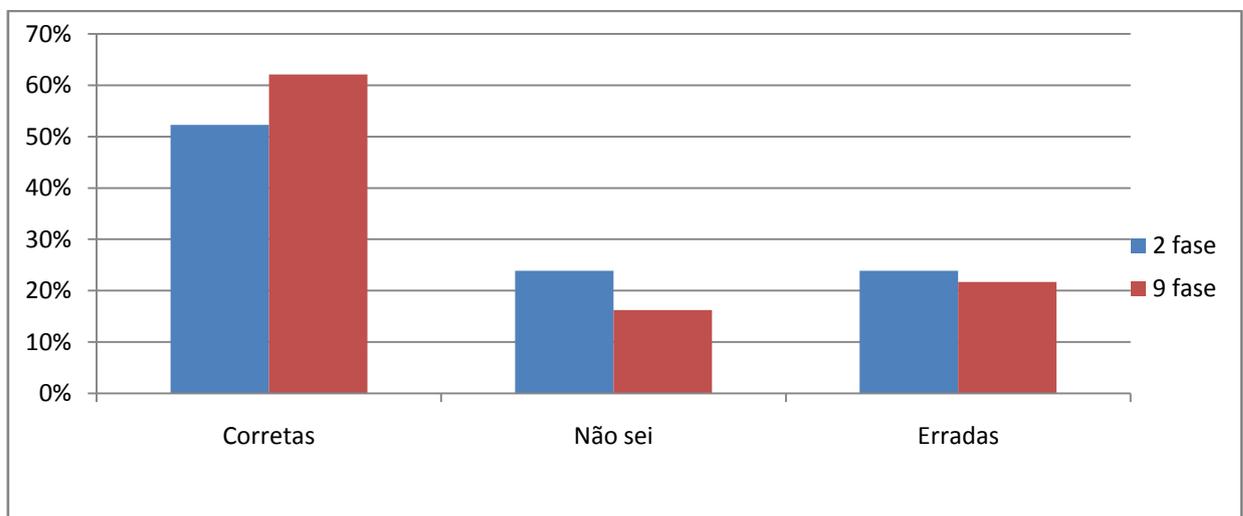
Em casos de baixo risco, por exemplo, que é quando há pensamentos suicida, mas sem planos para efetuar o suicídio, ter o pensamento de que “quem quer realmente se matar, se mata mesmo” por parte do profissional, pode fazer com que este ignore a possibilidade de o indivíduo vir a concretizar o ato suicida, o que pode ocorrer de acordo com o conceito de *continnum* citado acima. Nos casos de risco baixo, se houver intervenção adequada, como oferecer apoio emocional, quando o sujeito pode falar sobre as circunstâncias que geram sofrimento, seus sentimentos, como desesperança, desvalorização, entre outros, e focalizar aspectos positivos de resoluções de problemas utilizados anteriormente pela pessoa, realizar acompanhamento regular, ou encaminhar para um profissional capacitado, há grande probabilidade dos pensamentos se extinguirem. Em casos de risco alto, onde há planos definidos para cometer o suicídio, e a pessoa tem os meios e planeja realizar assim que possível, as chances de prevenção são menores. Porém, há procedimentos que podem ser realizados para tentar evitar a consumação do ato, como realizar contrato com o potencial suicida, entrar em contato com pessoas próximas para alertá-las e orientá-las quanto à situação e procedimentos, bem como realizar internação voluntária ou involuntária do indivíduo em risco, como sugere o Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006). Mesmo que estas intervenções sejam feitas, ainda assim há o risco de ocorrer o suicídio, porém, as chances diminuem, aumentando a possibilidade de prevenção.

A questão treze menciona que “quando a pessoa ameaça se matar é para manipular”, teve justificativas como “concordo em partes. Em alguns casos é o que acontece”, de alunos ingressantes, e “em muitos casos acredito que sim”, de alunos veteranos. Botega e Werlang (2004) e Meleiro, Botega e Prates (2004), quando há ameaças de suicídio, elas devem ser levadas a sério sempre, pois indica que a pessoa está, no mínimo, em sofrimento

psíquico e precisando de ajuda, pois de acordo com Meleiro e Bahls (2004), a intenção de cometer o suicídio é expressa por comunicados de que vai pôr fim à própria vida.

Sobre um mesmo aspecto a questão dezesseis, afirmando que “quem quer se matar não avisa”, que obteve justificativas “depende do caso”, de alunos ingressantes, e “depende muito da pessoa” de alunos veteranos. Botega e Werlang (2004) e Meleiro, Botega e Prates (2004) referem que os sinais sempre devem ser levados a sério, pois pelo menos dois terços dos que tentam ou se suicidam, comunicam sua intenção de alguma maneira. Meleiro e Bahls (2004) mencionam que a intenção de cometer o suicídio é expressa, na maioria das vezes, por comunicados de que vai pôr fim à própria vida, seja direta ou indiretamente, podendo ocorrer antes do planejamento do suicídio como conjuntamente. Resmini (2004) ressalta a importância de se ter em mente que o ato suicida pode ser, também, impensado, não planejado, onde o sujeito age através de um impulso repentino que pode ser fatal. Sendo assim, pode-se pensar que o potencial suicida, na maioria dos casos, expressa de alguma forma sua intenção, porém, há casos em que o indivíduo pensa e age logo em seguida, não havendo planejamento anterior, nem comunicado de sua intenção. Portanto, há casos em que o indivíduo quer tirar a própria vida e comunica sua intenção (maioria), sendo esses os casos possíveis para se fazer intervenção e tentativa de prevenção do suicídio, e outros casos em que não há comunicados de intenção (minorias), o que dificulta a prevenção.

Gráfico 6 - Comparação dos dados de análise do questionário II, referente à categoria mitos, ideias equivocadas em relação ao comportamento suicida, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia



Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Comparando os dados gerais da categoria mitos, ideias equivocadas em relação ao comportamento suicida, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia, percebe-se que os alunos veteranos acertaram mais que os ingressantes, sendo que a ocorrência de acertos para alunos veteranos foi de 62,1%, e ingressantes 52,3%, com uma diferença percentual de 9,8%. Quanto à alternativa “não sei”, os alunos ingressantes apresentaram saber menos, sendo que a ocorrência foi de 23,9%, e para alunos veteranos 16,2%, com diferença percentual de 7,7%. Sobre as alternativas “erradas”, os alunos ingressantes apresentaram índice de erro maior, com porcentagem de 23,9%, e veteranos 21,7%, uma diferença percentual de 2,2%, como ilustra o Gráfico 6.

Ao comparar a ocorrência em porcentagem de respostas “corretas” de alunos veteranos, que é 62,1%, com a soma de respostas “não sei” (16,2%) e “erradas” (21,7%), que é 37,9%, percebe-se que o índice que prevalece é o de *maior conhecimento técnico*. Para alunos ingressantes, que tem ocorrência em porcentagem de respostas “corretas” de 52,3%, e a soma de respostas “não sei” (23,9%) e “erradas” (23,9%), que é 47,8%, percebe-se que o índice que prevalece é o de *maior conhecimento técnico*. Portanto, os alunos veteranos indicam ter conhecimento *alto*, e ingressantes indicam ter conhecimento *médio*, de acordo com a escala de 0 - 100. Levando em consideração o intervalo entre a segunda e nona fase na graduação de psicologia, considera-se a diferença de acertos, entre alunos ingressantes e veteranos, baixa. Pode-se considerar, então, que o aumento do conhecimento técnico em relação aos mitos relacionados ao comportamento suicida, neste intervalo, ocorre em média 9,8% (aumento muito baixo), o equivalente à diferença de acertos entre as fases.

Tabela 12 – Tabela de análise do questionário II, referente à categoria fatores de risco: transtornos mentais, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia

QUESTÕES	SEGUNDA FASE (21 PARTICIPANTES)				NONA FASE (19 PARTICIPANTES)			
	RESPOSTAS							
	Corretas	Não sei	Erradas	Justificativas	Corretas	Não sei	Erradas	Justificativas
2. Entre os transtornos mentais, a esquizofrenia é o que está mais presente nos casos de tentativa de suicídio e suicídio.	2	9	10	<ul style="list-style-type: none"> - O esquizofrênico não sabe lidar com os surtos. - Não conheço nenhum dado estatístico sobre essa relação. - Pessoas esquizofrenicas têm tendências estranhas. - Acredito que tem vários fatores e tem que ser analisado todos. - No meu entendimento, acredito ser uma das tentativas. 	7	7	5	<ul style="list-style-type: none"> - Acredito que seja a depressão. - Acredito que os transtornos de humor (depressão maior e mania) estejam mais relacionados com o suicídio. - Sei que está presente nos casos de suicídio mas se é o que “mais” está presente, eu não sei. - Imagino que não, pois psicóticos deliram e isso baixa a tensão. Imagino que em neuróticos o caso é maior. Os índices não são divulgados.
12. A maior parte dos indivíduos que tentam ou cometem suicídio está associada a um transtorno mental.	2	6	13	<ul style="list-style-type: none"> - Muitas vezes está associado ao estado emocional. - Depende do caso. - Não necessariamente. - Acho a idéia suicida normal, ou você esta me chamando de transtornado? - Acho que não, acredito que por vários fatores ou fenômenos. - Na maioria das vezes, as pessoas apresentam esses distúrbios. 	6	5	8	<ul style="list-style-type: none"> - Como falei anteriormente, acho que o sofrimento da neurose provoca o ato.
SUBTOTAL	4	15	23	-	13	12	13	-
TOTAL	42			11	38			5
%	9,5%	35,8%	54,8%	-	34,2%	31,5%	34,2%	-

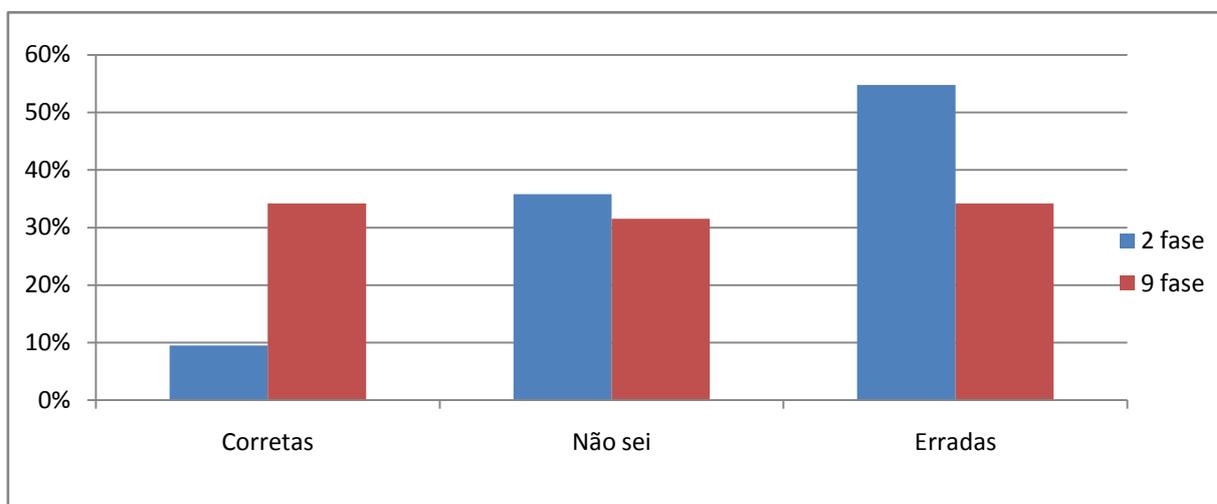
Fonte: Elaboração da autora, 2011.

A categoria fatores de risco: transtornos mentais contém duas questões que, de 21 alunos ingressantes se obteve um total de 42 (100%) respostas, sendo 23 (54,8%) “erradas, 15 (35,8%) “não sei”, 4 (9,5%) “corretas”, e 11 “justificativas”. De 19 alunos veteranos, teve um total de 38 (100%) respostas, com 13 (34,2%) “corretas”, 13 (34,2%) “erradas”, 12 (31,5%) “não sei”, e 5 “justificativas” (Tabela 12).

A questão dois afirma que “entre os transtornos mentais, a esquizofrenia é o que está mais presente nos casos de tentativa de suicídio e suicídio”, e obteve justificativas como “o esquizofrênico não sabe lidar com os surtos”, de alunos ingressantes, e “sei que está presente nos casos de suicídio mas se é o que “mais” está presente, eu não sei”. De acordo com o Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006), em estudo realizado pela OMS com 15.629 casos de suicídio, os transtornos mentais presentes com números mais significativos são transtornos do humor, com ocorrência de 35,9%, seguido de transtornos relacionados ao uso de substâncias, com 22,4%, transtorno de personalidade, com 11,6%, a esquizofrenia, com 10,6%, e transtornos de ansiedade/somatoformes, com 6,1%. De acordo com as estatísticas deste estudo realizado pela OMS [Brasil] (2006), percebe-se que a esquizofrenia aparece em quarto lugar, e os transtornos que estão mais presente nos casos de tentativa de suicídio e suicídio, são os transtornos do humor.

Já a questão doze afirma que “a maior parte dos indivíduos que tentam ou cometem suicídio está associada a um transtorno mental”, e teve justificativas, “acho que não, acredito que por vários fatores ou fenômenos”, de alunos ingressantes e, “como falei anteriormente, acho que o sofrimento da neurose provoca o ato”, de alunos veteranos. Segundo o Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006), estudos feitos pela OMS em diversas partes do mundo demonstram que, *na maioria dos casos de suicídio, os indivíduos sofriam de algum transtorno psiquiátrico*. De acordo com Botega, Rapeli e Freitas (2004), a existência de um transtorno mental é o principal fator de risco de suicídio. Destacam ainda que ter um transtorno não é o que determina, mas o seu grau, pois se for grave e crônico, que gera grande sofrimento, pode ser o suficiente para levar um indivíduo a cometer suicídio. Portanto, de acordo com os autores, a maior parte dos indivíduos que tentam ou cometem suicídio está associada a um transtorno mental. Levando em consideração a definição psicológica do suicídio, proposta por Wang e Ramadam (2004) e Cassorla (2004), que consiste em um sofrimento psíquico intolerável, que é uma característica psicopatológica. Portanto, respondendo à justificativa “[...] acho que o sofrimento da neurose provoca o ato” pode-se atribuir o ato tanto à neurose quanto à psicose, sendo que o sofrimento psíquico intolerável pode ocorrer em ambas as classificações.

Gráfico 7 - Comparação dos dados de análise do questionário II, referente à categoria fatores de risco: transtornos mentais, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia



Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Ao relacionar os dados da categoria fatores de risco transtornos mentais, percebe-se que alunos ingressantes erraram mais que os veteranos, pois a ocorrência de respostas “erradas” foi de 54,8% para ingressantes, e 34,2% para veteranos, uma diferença percentual de 20,6%. Os alunos ingressantes não souberam responder mais que os veteranos, pois a ocorrência foi de 35,8% para ingressantes, e 31,5% para veteranos, sendo a diferença percentual de 4,3%. Sobre as respostas “corretas”, os alunos veteranos acertaram mais que os ingressantes, sendo que a ocorrência foi de 34,2% para veteranos, e 9,5% para ingressantes, uma diferença percentual de 24,7%, como ilustra o Gráfico 7.

Ao comparar a ocorrência em porcentagem de respostas “corretas” de alunos veteranos, que é 34,2%, com a soma de respostas “não sei” (31,5%) e “erradas” (34,2%), que é 65,7%, percebe-se que o índice que prevalece é o de *menor conhecimento técnico*. Para alunos ingressantes, que tem ocorrência em porcentagem de respostas “corretas” de 9,5%, e a soma de respostas “não sei” (35,8%) e “erradas” (54,8%), que é 90,6%, percebe-se que o índice que prevalece é o de *menor conhecimento técnico*. Portanto, os alunos veteranos indicam ter conhecimento *baixo*, e ingressantes indicam ser *sem conhecimento técnico*, de acordo com a escala de 0 - 100. A diferença de acertos entre alunos ingressantes e veteranos indica um provável aumento do conhecimento técnico de alunos veteranos em relação à categoria fatores de risco transtornos mentais, no intervalo entre a segunda e nona fase, de 24,7%.

Tabela 13- Tabela de análise dos dados do questionário II, referente à categoria fatores de risco: sociodemográficos, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia

QUESTÕES	SEGUNDA FASE (21 PARTICIPANTES)				NONA FASE (19 PARTICIPANTES)			
	RESPOSTAS							
	Corretas	Não sei	Erradas	Justificativas	Corretas	Não sei	Erradas	Justificativas
10. Pessoas solteiras estão sob maior risco de tentar ou cometer o suicídio.*	2	7	12	- Depende do caso. - Principalmente de mais idade. - Todo mundo tem problemas. - Pode ocorrer com pessoas casadas, depende do contexto.	0	6	12	- Depende comparado a qual outro grupo. - O determinante não é o estado civil. - Uma coisa não determina outra neste caso. - Acho que não influencia.
15. Os homens costumam cometer suicídio mais que as mulheres.	7	12	2	- Pois são mais estressados. - Não conheço dados estatísticos sobre essa relação. - Ainda nos dias de hoje, mas as mulheres tem apresentado uma crescente.	3	14	2	- A mulher normalmente tem tentativas de suicídio, normalmente para chamar atenção e manipular pessoas próximas. - Não são divulgados os dados.
SUBTOTAL	9	19	14	-	3	20	14	-
TOTAL	42			7	37			6
%	21,4%	45,2%	33,3%	-	8,1%	54%	37,9%	-

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

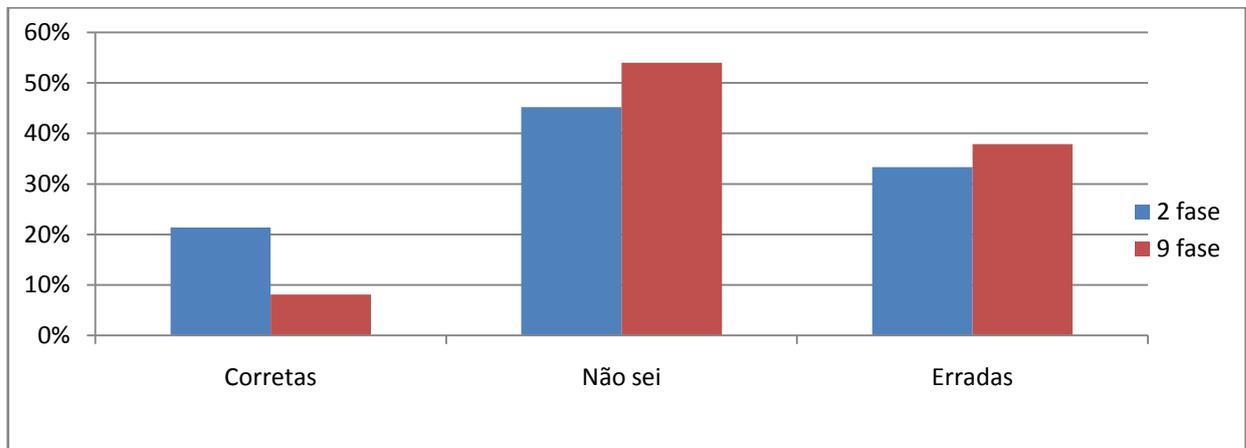
*Um participante veterano não assinalou

Referente à categoria fatores de risco sociodemográficos, que contêm duas questões, de 21 alunos ingressantes se obteve um total de 42 (100%) respostas, sendo 19 (45,2%) “não sei”, 14 (33,3%) “erradas”, 9 (21,4%) “corretas”, e 7 “justificativas”. De 19 alunos veteranos se obteve um total de 37 (100%) respostas, sendo 20 (54%) “não sei”, 14 (37,9%) “erradas”, 3 (8,1%) “corretas”, e 6 “justificativas”, conforme Tabela 13.

A décima questão refere que “pessoas solteiras estão sob maior risco de tentar ou cometer o suicídio”, e obteve justificativas como “depende do caso”, de alunos ingressantes, e “uma coisa não determina outra neste caso”, de alunos veteranos. De acordo com Meleiro e Teng (2004), dentro da categoria estado civil, os casados apresentam a menor taxa de suicídio, e solteiros abrangem uma taxa duas vezes maior. Botega e Werlang (2004) corroboram com esta informação, e referem que a prevalência de menor taxa de suicídio entre os casados pode estar atrelada à responsabilidade pela criação dos filhos, e não especificamente pelo matrimônio. A publicação mais atual, do Manual de Prevenção do suicídio [Brasil] (2006), aponta como fator de risco entre estados civis, solteiros e divorciados. Portanto, entre solteiros, casados e divorciados, estatisticamente os solteiros tem apresentado maior risco de tentar ou cometer o suicídio até a última década.

A décima quinta questão afirma que “os homens costumam cometer suicídio mais que as mulheres”, e teve como justificativas “não conheço dados estatísticos sobre essa relação”, de alunos ingressantes, e “não são divulgados os dados”, de alunos veteranos. No que se refere à questão gênero, o Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006) menciona o masculino como principal fator de risco para o suicídio. Corroborando com esta informação, Meleiro e Teng (2004) referem que o suicídio é mais frequente em homens que em mulheres no Brasil e na maioria dos países, sendo que a prevalência chega a ser duas a três vezes maior para homens. Portanto, percebe-se que os dados e informações estão presentes em estudos estatísticos realizados sobre a temática e, ao que indica segundo a justificativa de alunos veteranos “não são divulgados os dados”, a divulgação destes dados não tem ocorrido no curso de graduação em psicologia.

Gráfico 8 - Comparação dos dados de análise do questionário II, referente à categoria fatores de risco: sociodemográficos, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia



Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Relativo à categoria fatores de risco sociodemográficos, os alunos veteranos não souberam responder mais que os ingressantes, sendo a ocorrência de “não sei” para veteranos de 54%, e para alunos ingressantes 45,2%, uma diferença percentual de 11,8%. Referente aos erros, os alunos veteranos erraram mais, pois a ocorrência foi de 37,9% para veteranos, e 33,3% para ingressantes, apresentando uma diferença de 11,8%. Por fim as respostas “corretas”, que teve ocorrência prevalente de alunos ingressantes, com 21,4%, e 8,1% de alunos veteranos, uma diferença percentual de 13,3% (Gráfico 8).

Ao comparar a ocorrência em porcentagem de respostas “corretas” de alunos veteranos, que é 8,1%, com a soma de respostas “não sei” (54%) e “erradas” (37,9%), que é 91,9%, percebe-se que o índice que prevalece é o de *menor conhecimento técnico*. Para alunos ingressantes, que tem ocorrência em porcentagem de respostas “corretas” de 21,4%, e a soma de respostas “não sei” (45,2%) e “erradas” (33,3%), que é 78%, percebe-se que o índice que prevalece é o de *menor conhecimento técnico*. Portanto, os alunos veteranos indicam ser *sem conhecimento técnico*, e ingressantes indicam ter conhecimento técnico *baixo*, de acordo com a escala de 0 - 100. Com isto, presume-se que informações sobre fatores de risco sociodemográficos em relação ao suicídio não têm sido fornecidas durante o curso de psicologia. Pode-se considerar ainda, o aumento do interesse e a busca por informações sobre o tema, tendo em vista que o índice de acerto para ingressantes foi maior que para veteranos.

Tabela 14 - Tabela de análise dos dados do questionário II, referente à categoria fatores de risco: psicológicos, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia

QUESTÕES	SEGUNDA FASE (21 PARTICIPANTES)				NONA FASE (19 PARTICIPANTES)			
	RESPOSTAS							
	Corretas	Não sei	Erradas	Justificativas	Corretas	Não sei	Erradas	Justificativas
6. Perdas de figuras parentais na infância é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio.	8	9	4	- Depende do caso. - Não sei se existe alguma relação.	0	11	8	- Pode ser ou não, depende de como percebe e sente.
17. Personalidade com traços significativos de agressividade é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio.	2	7	12	- Eu acredito que o meio influi muito. - Meu ex era agressivo com sua família e tentou se matar várias vezes. - Não tenho conhecimento suficiente sobre esse aspecto. - Não existem traços. - Não necessariamente, acredito que possa ser pessoas tranquilas.	2	6	11	- Indicam impulsividade do sujeito, que pode levar ao suicídio, mesmo que acidental. - Pode ser um fator de risco de tentativa de homicídios. - A agressividade precisa estar presente, uma certa dose, uma pessoa deprimida altamente não comete.
SUBTOTAL	10	16	16	-	2	17	19	-
TOTAL	42			7	38			4
%	23,9%	38%	38%	-	5,2%	44,8%	50%	-

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

A categoria fatores de risco psicológicos contém duas questões, e de 21 alunos ingressantes obteve um total de 42 (100%) respostas, sendo 16 (38%) “não sei”, 16 (38%) “erradas”, 10 (23,9%) “corretas”, e 7 “justificativas”. De 19 alunos veteranos, o total foi de 38 (100%) respostas, sendo 19 (50%) “erradas”, 17 (44,8%) “não sei”, 2 (5,2%) “corretas”, e 4 “justificativas”, conforme Tabela 14.

A sexta questão afirma que “perdas de figuras parentais na infância é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio”, e teve justificativas “depende do caso”, de alunos ingressantes, e “pode ser ou não, depende de como percebe e sente”, de alunos veteranos.

A décima sétima questão afirma que “personalidade com traços significativos de agressividade é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio”, e obteve justificativas “não tenho conhecimento suficiente sobre esse aspecto”, de alunos ingressantes, e “pode ser um fator de risco de tentativa de homicídios”, “indicam impulsividade do sujeito, que pode levar ao suicídio, mesmo que acidental”, de alunos veteranos.

A categoria de fatores de risco psicológicos proposta pelo Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006) contém seis itens que são apresentados em ordem decrescente pelo grau de maior risco, que são: perdas recentes; perdas de figuras parentais na infância; dinâmica familiar conturbada; datas importantes; reações de aniversário; personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade, humor lábil. Portanto, percebe-se que perdas de figuras parentais na infância ocupam um espaço de alto grau de risco de suicídio, e que personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade e humor lábil, também é um fator de risco.

Em relação à última justificativa citada “[...]pode levar ao suicídio, mesmo que acidental”, de alunos veteranos, é importante salientar que a conceituação de suicídio feita por Durkheim (2004) refere este fenômeno como a morte resultante de um ato realizado pela própria pessoa, sendo que esta tinha ciência do resultado de seu ato. Portanto, havia a *intenção* de tirar a própria vida. Só é caracterizado como acidente, o ato que leva a morte, sem que haja ciência e intenção.

Gráfico 9 - Comparação dos dados de análise do questionário II, referente à categoria fatores de risco: psicológicos, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia



Fonte: Elaboração da autora, 2011.

A comparação dos dados referente à categoria fatores de risco psicológicos remete ao índice alto de erro dos alunos veteranos, com ocorrência de 50%, e 38% de alunos ingressantes, uma diferença percentual de 12%. Quanto à alternativa “não sei”, os alunos veteranos assinalaram mais, com ocorrência de 44,8%, e de alunos ingressantes 38%, sendo a diferença percentual de 6,8%. E as respostas corretas foram prevalentes para alunos ingressantes, com 23,9%, sendo que para alunos veteranos foi de 5,2%. A diferença percentual entre as ocorrências foi de 18,7%, como consta no Gráfico 9.

Ao comparar a ocorrência em porcentagem de respostas “corretas” de alunos veteranos, que é 5,2%, com a soma de respostas “não sei” (44,8%) e “erradas” (50%), que é 94,8%, percebe-se que o índice que prevalece é o de *menor conhecimento técnico*. Para alunos ingressantes, que tem ocorrência em porcentagem de respostas “corretas” de 23,9%, e a soma de respostas “não sei” (38%) e “erradas” (38%), que é 76%, percebe-se que o índice que prevalece é o de *menor conhecimento técnico*. Portanto, os alunos veteranos indicam ser *sem conhecimento técnico*, e ingressantes indicam ter conhecimento técnico *baixo*, de acordo com a escala de 0 - 100. Embora ambas as fases tenham tido prevalência de menor conhecimento técnico, os alunos veteranos apresentaram ter conhecimento técnico inferior ao conhecimento dos ingressantes, com diferença percentual de 18,7%. Com isto, pode-se concluir que informações referentes à categoria fatores de risco psicológico de suicídio não têm sido fornecidas durante o curso de psicologia. Mais uma vez pode-se referir o aumento de interesse sobre a temática, que tem feito alunos ingressantes irem em busca de informações por conta própria, como foi referido por estes alunos na questão 3 do questionário I.

Tabela 15 - Tabela de análise dos dados do questionário II, referente à categoria fatores de risco: condições clínicas incapacitantes, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia

QUESTÕES	SEGUNDA FASE (21 PARTICIPANTES)				NONA FASE (19 PARTICIPANTES)			
	RESPOSTAS							
	Corretas	Não sei	Erradas	Justificativas	Corretas	Não sei	Erradas	Justificativas
1. A epilepsia é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio.	2	13	6	<ul style="list-style-type: none"> - Porque a pessoa que tem este tipo de doença pode ser cuidada e medicada. - Não tenho conhecimento relevante acerca da epilepsia. (2) - Depende de outras condições, mas pode levar ao suicídio. - Nunca houve relação, pelo menos com conhecidos que sofrem ataques. - Acredito que não seja o caso, trata-se de um distúrbio, mas não leva ao suicídio. 	1	7	11	<ul style="list-style-type: none"> - A epilepsia não apresenta risco de suicídio é apenas físico. - Imagino que não tem nada a ver, a não ser que a pessoa tenha outro problema, e a epilepsia a incomode muito, mesmo assim acho difícil.
8. A AIDS é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio.	9	7	5	<ul style="list-style-type: none"> - Muitos deles pensam que não tem mais nada a perder. - Não conheço dado estatístico sobre essa relação. - Se eu tivesse AIDS me mataria. - Algumas pesquisas tentam evidenciar tais fatos relacionados à doenças crônicas, como a AIDS. 	5	7	7	<ul style="list-style-type: none"> - Conheço casos que ocorreram isso, embora não seja um fator determinante para ocorrer o suicídio. - Pode ser ou não, como outros temas. - Pra mim seria, mas não vejo isso na vida (prática).
SUBTOTAL	11	20	11	-	6	14	18	-
TOTAL	42			10	38			5
%	26,1%	47,7%	26,1%	-	15,8%	36,9%	47,3%	-

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

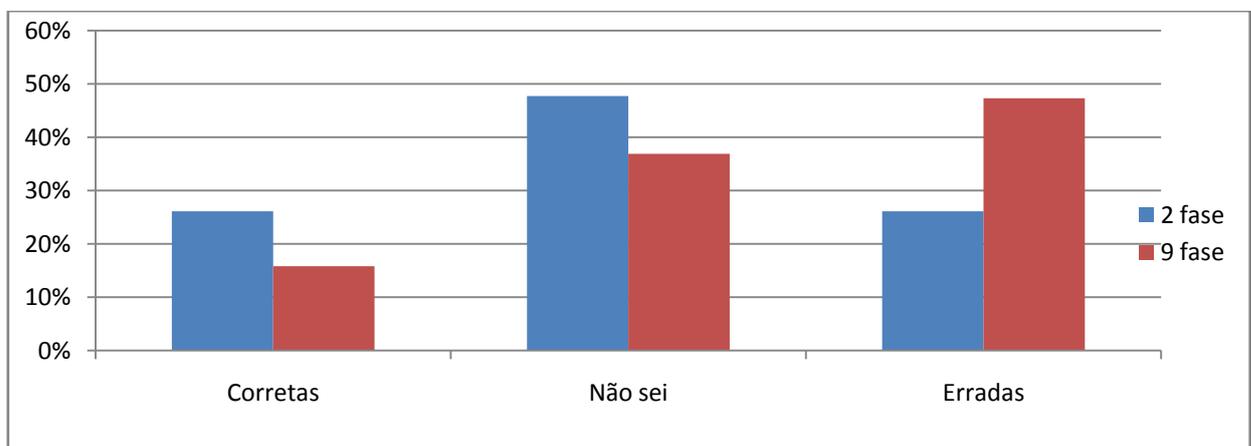
Referente à categoria fatores de risco: condições clínicas incapacitantes, que contém duas questões, de 21 alunos ingressantes, se obteve um total 42 (100%) respostas, sendo 20 (47,7%) “não sei”, 11 (26,1%) “erradas”, 11 (26,1%) “corretas”, e 10 “justificativas”. De 19 alunos veteranos se obteve um total de 38 (100%) respostas, sendo 18 (47,3%) “erradas”, 14 (36,9%) “não sei”, 6 (15,8%) “corretas”, e 5 “justificativas” (Tabela 15).

A questão um afirma que “a epilepsia é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio”, e teve justificativas “não tenho conhecimento relevante acerca da epilepsia”, de alunos ingressantes, e “a epilepsia não apresenta risco de suicídio é apenas físico”, de alunos veteranos.

A oitava questão afirma que “a AIDS é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio”, e obteve justificativas “Muitos deles pensam que não tem mais nada a perder”, de alunos ingressantes, e “pode ser ou não, como outros temas”, de alunos veteranos.

Em relação a condições clínicas incapacitantes como fator de risco, o Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006) aponta as doenças orgânicas incapacitantes, dor crônica, lesões desfigurantes, epilepsia, trauma medular, neoplasias malignas (câncer) e AIDS. Meleiro e Teng (2004) propõem que a epilepsia tem um aumento do risco estimado de tentativas de suicídio e suicídio, de cinco a seis vezes maior que a população geral. Em relação à AIDS mencionam que o risco está atrelado a incidência de transtornos psiquiátricos como abuso de drogas, isolamento social, falta de suporte, e que o risco encontra-se alto no período próximo do exame sorológico.

Gráfico 10 - Comparação dos dados de análise do questionário II, referente à categoria fatores de risco: condições clínicas incapacitantes, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia



Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Na categoria fatores de risco condições clínicas incapacitantes, conforme o Gráfico 10, percebe-se que alunos veteranos erraram mais, com ocorrência de 47,3%, e alunos ingressantes com 26,1%, uma diferença percentual de 21,2%. Em relação a não saber responder, a ocorrência maior foi para alunos ingressantes, com ocorrência de 47,7%, e alunos veteranos com 36,9%, com diferença percentual de 10,8%. Já nas respostas corretas, prevaleceram os acertos de alunos ingressantes, com 26,1%, e veteranos com 15,8%, sendo a diferença percentual de 10,3%.

Ao comparar a ocorrência em porcentagem de respostas “corretas” de alunos veteranos, que é 15,8%, com a soma de respostas “não sei” (36,9%) e “erradas” (47,3%), que é 84,2%, percebe-se que o índice que prevalece é o de *menor conhecimento técnico*. Para alunos ingressantes, que tem ocorrência em porcentagem de respostas “corretas” de 26,1%, e a soma de respostas “não sei” (47,7%) e “erradas” (26,1%), que é 73,8%, percebe-se que o índice que prevalece é o de *menor conhecimento técnico*. Portanto, os alunos veteranos indicam ser *sem conhecimento técnico*, e ingressantes indicam ter conhecimento técnico *baixo*, de acordo com a escala de 0 - 100. Percebe-se que ambas as fases atingiram a prevalência de menor conhecimento técnico, porém, os alunos veteranos erraram mais que os ingressantes, com diferença percentual de acertos de 10,3%. Com isto, percebe-se que a categoria fatores de risco condições clínicas incapacitantes não tem sido, provavelmente, explorada no curso de graduação de psicologia pela instituição. E, pelo maior índice de acerto ser de alunos ingressantes, mais uma vez pode-se referir que vem ocorrendo aumento de interesse pela temática do suicídio.

Tabela 16 - Tabela de análise dos dados do questionário II, referente à categoria manejo em situações relacionadas ao suicídio, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia

(continua)

QUESTÕES	SEGUNDA FASE (21 PARTICIPANTES)				NONA FASE (19 PARTICIPANTES)			
	RESPOSTAS							
	Corretas	Não sei	Erradas	Justificativas	Corretas	Não sei	Erradas	Justificativas
3. Quando o indivíduo fala sobre pensamentos e planos suicidas, deve-se desviar o assunto e tomar uma atitude imediatamente, porque falar sobre suicídio pode aumentar o risco de a pessoa querer se matar.	14	2	5	<ul style="list-style-type: none"> - Falar sobre o assunto ajuda a resolvê-lo, positivamente. - Deve-se trabalhar o que sugestiona o indivíduo a tal pensamento.(4) - Acho que depende do nível da pessoa. - Mudar de assunto, possa ser pertinente à situação. 	17	1	1	<ul style="list-style-type: none"> - Falar sobre não está atrelado ao aumento do risco de suicídio. - Ela precisa falar sobre o suicídio e a morte, isso poderá ajudá-la a baixar a tensão. - Ao falar sobre o assunto ele pode estar demonstrando um pedido de ajuda. - Se o indivíduo fala sobre isso o terapeuta não deve ignorar o assunto, deve trabalhar com indivíduo e tomar as providências éticas e necessárias para garantir a vida do sujeito.

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Tabela 16 - Tabela de análise dos dados do questionário II, referente à categoria manejo em situações relacionadas ao suicídio, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia

(conclusão)

QUESTÕES	SEGUNDA FASE (21 PARTICIPANTES)				NONA FASE (19 PARTICIPANTES)			
	RESPOSTAS							
	Corretas	Não sei	Erradas	Justificativas	Corretas	Não sei	Erradas	Justificativas
7. Quando o indivíduo apresenta risco de tentar ou cometer suicídio, deve-se avisar a pessoas próximas, de preferência sem que o sujeito saiba.	4	1	16	<ul style="list-style-type: none"> - As vezes eles não gostam de ouvir sermões de outras pessoas. - É importante que as pessoas próximas estejam cientes do que acontece com o sujeito. - A vergonha do que os outros pensam acredito que nesse caso ajude. - Procurar ajuda, é importante e necessário para evitar o suicídio. 	14	1	4	<ul style="list-style-type: none"> - Avisar a um responsável e o indivíduo deve ser informado. (10) - Pois se ele quer, vai fazer escondido e pode ser impulso de momento, outras pessoas podem ajudá-lo a desistir. - Concordo que deva avisar, mas não sei se deve ser sem que a pessoa saiba.
11. Quando identificado que há ideação/pensamento suicida, por medida de precaução, é sempre bom intervir com a internação do indivíduo.	12	3	6	<ul style="list-style-type: none"> - A maioria não gosta que toquem no assunto. - Depende do caso. - Não quero ser internada por pensamento. - Acredito que numa circunstância desta, é importante tomar uma decisão. 	14	5	0	<ul style="list-style-type: none"> - Depende do caso. O “sempre” não considera as particularidades do caso. (2) - Acho que é importante buscar casar uma rede de apoio junto da família e dos amigos do paciente. - A internação é o último recurso em caso de transtorno mental, por que seria a 1ª opção no suicídio? Discordo.
SUBTOTAL	30	6	27	-	45	7	5	-
TOTAL	63			15	57			16
%	47,7%	9,5%	42,9%	-	79%	12,2%	8,8%	-

Fonte: Elaboração da autora, 2011.

A categoria manejo em situações relacionadas ao suicídio contém três questões, e de 21 alunos ingressantes obteve um total de 63 (100%) respostas, sendo 30 (47,7%) “corretas”, 27 (42,9%) “erradas”, 6 (9,5%) “não sei”, e 15” justificativas”. De 19 alunos veteranos se obteve um total de 57 (100%) respostas, sendo 45 (79%) “corretas”, 7 (12,2%) “não sei”, 5 (8,8%) “erradas”, e 16 “justificativas”, conforme Tabela 16.

A terceira questão afirma que “quando o indivíduo fala sobre pensamentos e planos suicidas, deve-se desviar o assunto e tomar uma atitude imediatamente, porque falar sobre suicídio pode aumentar o risco de a pessoa querer se matar”, e obteve justificativas “deve-se trabalhar o que sugestiona o indivíduo a tal pensamento”, de alunos ingressantes, e “falar sobre não está atrelado ao aumento do risco de suicídio”, de alunos veteranos. O Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006) propõe níveis de risco de tentativa de suicídio e suicídio, que consistem em baixo, médio e alto, e ainda remete o manejo a ser realizado. Quando há pensamentos e planos de cometer o suicídio, porém sem planos imediatos para tentativas, é considerado risco médio. O manejo proposto consiste em oferecer apoio emocional, quando o indivíduo pode falar sobre as circunstâncias que geram sofrimento, seus sentimentos, como desesperança, desvalorização, podendo deixá-lo menos confuso em relação a suas emoções, e focalizar os sentimentos de ambivalência, que são o desejo de viver e morrer, até que prevaleça, gradualmente, o desejo de viver, realizar acompanhamento ou encaminhar para um profissional capacitado. Deve-se explorar as alternativas possíveis para tentativa de suicídio, para verificar qual ou quais delas o indivíduo utilizaria, informação esta que pode ser importante na prevenção em casos de elevação do grau de risco, possibilitando medidas preventivas práticas do profissional. Outra estratégia técnica e ética é realizar um contrato com o indivíduo, quando este deve comprometer-se a entrar em contato com o profissional antes de realizar qualquer ato de tentativa de suicídio, além de obter permissão para contatar pessoas próximas, para orientá-las sobre as medidas de prevenção ao suicídio que poderão estar realizando.

A sétima questão afirma que “quando o indivíduo apresenta risco de tentar ou cometer suicídio, deve-se avisar a pessoas próximas, de preferência sem que o sujeito saiba”, e obteve justificativas “é importante que as pessoas próximas estejam cientes do que acontece com o sujeito”, de alunos ingressantes, e “avisar a um responsável e o indivíduo deve ser informado”, de alunos veteranos. Em casos de risco médio, quando a pessoa tem pensamentos e planos suicidas, mas não pretende tentar o suicídio tão breve, e em casos de risco alto, quando a pessoa tem plano definido, tem os meios para realizar e planeja fazê-lo assim que possível, deve-se pedir a permissão do indivíduo para entrar em contato com familiares. Em

casos de extrema urgência deve-se contatar pessoas próximas mesmo que sem a permissão do indivíduo, bem como realizar a internação.

A décima primeira questão afirma que “quando identificado que há ideação/pensamento suicida, por medida de precaução, é sempre bom intervir com a internação do indivíduo”, e obteve justificativas “acredito que numa circunstância desta, é importante tomar uma decisão”, de alunos ingressantes, e “acho que é importante buscar uma rede de apoio junto da família e dos amigos do paciente”, de alunos veteranos. A ideação/pensamento suicida sem nenhum plano para tentar o suicídio é considerada como risco baixo. Nestes casos, o manejo deve ser realizado oferecendo apoio emocional, quando o sujeito pode falar sobre as circunstâncias que geram sofrimento, seus sentimentos como desesperança, desvalorização, entre outros, que poderá deixá-lo menos confuso em relação a suas emoções. Deve-se focalizar aspectos positivos de resoluções anteriores bem sucedidas que a pessoa teve para superar problemas, realizar acompanhamento ou encaminhar o indivíduo para um profissional capacitado. A internação é recomendada quando há grau de risco elevado para a tentativa de suicídio (BRASIL, 2006).

Gráfico 11 - Comparação dos dados de análise do questionário II, referente à categoria manejo em situações relacionadas ao suicídio, de alunos ingressantes e veteranos de psicologia



Fonte: Elaboração da autora, 2011.

Em relação à última categoria, manejo em situações relacionadas ao suicídio (Gráfico 11), a prevalência de acerto foi de alunos veteranos, com 79% de questões

“corretas”, sendo que para alunos ingressantes foi de 47,7%, uma diferença percentual de 31,3% entre as ocorrências. Nas respostas “erradas” os alunos ingressantes tiveram prevalência, sendo que a ocorrência foi de 42,9%, e de alunos veteranos 8,8%, uma diferença percentual de 34,1%. Quanto ao não saber responder, a ocorrência de alunos veteranos prevaleceu, sendo ela 12,2%, e de alunos ingressantes 9,5%. A diferença percentual foi de 2,7%.

Ao comparar a ocorrência em porcentagem de respostas “corretas” de alunos veteranos, que é 79%, com a soma de respostas “não sei” (12,2%) e “erradas” (8,8%), que é 21%, percebe-se que o índice que prevalece é o de *maior conhecimento técnico*. Para alunos ingressantes, que tem ocorrência em porcentagem de respostas “corretas” de 47,7%, e a soma de respostas “não sei” (9,5%) e “erradas” (42,9%), que é 52,4%, percebe-se que o índice que prevalece é o de *menor conhecimento técnico*. Portanto, os alunos veteranos indicam ter conhecimento *alto*, e ingressantes indicam ter conhecimento técnico *baixo*, de acordo com a escala de 0 - 100. Pensa-se que os alunos veteranos terem acertado mais que os alunos ingressantes, com diferença percentual de acertos de 31,3%, tendo atingido um índice alto de conhecimento, se deve ao fato de durante a graduação, possivelmente em estágios, terem trabalhado questões referentes à intervenção psicoterápica devido ao contato com potenciais suicidas na prática.

Embora os alunos veteranos tenham atingido um nível de conhecimento alto, de acordo com o instrumento de coleta de dados deste trabalho, não quer dizer que estes estejam preparados para atuação/manejo em situações que envolvem o suicídio. Pois segundo Botega e Werlang (2004) o que mais possibilita uma intervenção adequada (preparo) para prevenção é a avaliação de risco de suicídio por uma combinação de fatores, como os mencionados neste trabalho, sendo eles transtornos mentais, sociodemográficos, psicológicos, e condições clínicas incapacitantes. E a combinação destes fatores indicou, estatisticamente, um *conhecimento técnico baixo*, tanto para alunos ingressantes quanto para veteranos, como apontam os dados gerais do questionário II (Tabelas 9 e 10, e Gráfico 5). Relacionando estes dados com a *percepção do preparo* (Gráfico 4) de alunos veteranos, percebe-se uma congruência da percepção do preparo em relação ao preparo, de acordo com o instrumento de coleta de dados deste trabalho, que indica *baixo* preparo de alunos veteranos para atuação e prevenção do suicídio.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que este trabalho atingiu seus objetivos a partir da realização do procedimento de coleta de dados, que consistiu na aplicação de um questionário estruturado, padronizado, com questões fechadas e mistas (Questionário I e II) em alunos ingressantes e veteranos de psicologia de uma instituição da Grande Florianópolis. Os alunos ingressantes que fizeram parte deste trabalho foram alunos de 2ª fase (21 alunos), e os veteranos foram alunos de 9ª fase (19 alunos) do curso de graduação em psicologia. A seguir, serão apresentados os objetivos e seus respectivos resultados.

Este trabalho teve como primeiro objetivo específico *verificar a percepção que alunos ingressantes de psicologia têm sobre seu conhecimento acerca do suicídio*. Este objetivo foi atingido, uma vez que se chegou ao resultado de que a percepção de alunos ingressantes (2ª fase) em relação ao próprio conhecimento sobre a temática é *baixo*, de acordo com a escala de 0 – 100 o escore apresentado foi de 21 – 49 (baixo), e o instrumento de coleta de dados deste trabalho, construído com base nas informações contidas no Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006), quando apresentaram ocorrência de 40% (Tabela 1).

O segundo objetivo específico deste trabalho foi *verificar a percepção que alunos veteranos de psicologia têm sobre seu conhecimento acerca do suicídio*. Este objetivo também foi atingido, sendo que se obteve um resultado acerca da percepção do próprio conhecimento de alunos veteranos (9ª fase), indicando que percebem seu conhecimento em relação ao suicídio, *baixo*, sendo que a ocorrência para este escore foi de 57,9% (Tabela 2).

O terceiro objetivo específico foi *comparar a percepção do conhecimento que alunos ingressantes e veteranos de psicologia têm sobre suicídio* (Gráfico 1). Ao serem comparados os dados referentes à percepção do conhecimento técnico em relação ao suicídio, levando em consideração o dado mais relevante, nota-se que o que prevalece para alunos ingressantes (2ª fase) e veteranos (9ª fase) é a *percepção de menor conhecimento técnico*, com ocorrência para alunos veteranos de 57,9%, e para alunos ingressantes 40%. Estes dados na escala de 0 – 100 indicam índice *alto* na percepção de baixo conhecimento de alunos veteranos, e índice *baixo* na percepção de baixo conhecimento técnico de ingressantes. Portanto, os alunos veteranos percebem seu conhecimento técnico inferior à percepção de alunos ingressantes, com diferença percentual de 17,9%. Considerando que ambas as fases atingiram índice de percepção do conhecimento técnico baixo, o fato de alunos ingressantes terem atingido um escore menor na percepção de baixo conhecimento técnico em relação aos

veteranos, sugere-se que haja certa incongruência de percepção, talvez por ainda não terem entrado em contato com questões práticas ou por terem pouco conhecimento do fenômeno realizarem a percepção de forma não precisa, ou ainda, podendo de fato terem conhecimento maior.

A hipótese de haver incongruência de percepção do conhecimento técnico dos alunos ingressantes foi avaliada perante os dados do *conhecimento técnico* acerca do suicídio, adquiridos através do questionário II (APÊNDICE C), o qual foi construído com base nas informações contidas no Manual de Prevenção do Suicídio dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental, do Ministério da Saúde do Brasil (2006). Portanto, serão apresentados a seguir, os dados do questionário II, e posteriormente a relação entre a *percepção do conhecimento* (questionário I) com o *conhecimento técnico* (questionário II) apresentados pelos alunos ingressantes e veteranos de psicologia.

Os dados gerais do questionário II (Tabelas 9 e 10) indicaram ocorrência para respostas corretas de 43,2% para alunos veteranos, e 36,4% para ingressantes; para respostas erradas as ocorrências foram de 33,9% para ingressantes, e 29,1% para veteranos; e referente a não saber responder a ocorrência foi de 29,5% para ingressantes, e 27,6% para veteranos.

Ao comparar a ocorrência em porcentagem de respostas “corretas” de alunos veteranos (9ª fase), que é 43,2%, com a soma de respostas “não sei” (27,6%) e “erradas” (29,1%), que é 56,7%, percebeu-se que o índice que prevaleceu, na escala de é o de *menor conhecimento técnico*.

Utilizando o mesmo método de comparação para alunos ingressantes, que tiveram ocorrência em porcentagem de respostas “corretas” de 36,4%, e com a soma de respostas “não sei” (29,5%) e “erradas” (33,9%), que é 63,4%, percebeu-se que o índice que prevaleceu é o de *menor conhecimento técnico*. Portanto, os dados coletados indicam que tanto alunos veteranos quanto ingressantes, têm conhecimento técnico *baixo*, de acordo com a escala de 0 – 100.

A diferença de acertos entre alunos ingressantes e veteranos refere um aumento do conhecimento técnico de alunos veteranos, de 6,8%, de acordo com o instrumento de coleta de dados deste trabalho. Vale destacar também que os ingressantes erraram e acertaram de forma muito próxima, o que poderia sugerir que esses dados foram informados ao acaso e não por conhecimento propriamente dito.

Por fim, relacionando os dados da *percepção do conhecimento técnico* (Questionário I), com os dados que indicam o *conhecimento técnico* em relação ao suicídio (Questionário II), percebeu-se que os alunos ingressantes (2ª fase) e veteranos (9ª fase)

consideram que seu conhecimento é “baixo”, com ocorrência para alunos veteranos de 57,9%, e ingressantes 40%; e o índice de prevalência do *conhecimento técnico* na escala de 0 – 100 é baixo, com ocorrência de 56,7% para alunos veteranos, e 63,4% para ingressantes. Portanto, notou-se que a *percepção do conhecimento* de alunos ingressantes e veteranos está em acordo com o escore apresentado acerca do *conhecimento técnico* dos alunos, sendo que ambos foram *baixo*.

O fato de alunos ingressantes terem atingido um escore menor sobre a percepção de baixo conhecimento técnico em relação aos veteranos (Gráfico 1), indica um desacordo na percepção do conhecimento de alunos ingressantes diante da avaliação do conhecimento técnico, a qual indicou que os alunos veteranos possuem maior conhecimento técnico, com diferença percentual de 6,8% (Gráfico 5).

Com isto, presume-se que os alunos que ingressam no curso de psicologia percebem seu conhecimento técnico em relação ao suicídio mais alto do que realmente é, ou seja, têm uma percepção incongruente do próprio conhecimento. Como o dado da percepção do conhecimento dos alunos veteranos foi equivalente ao dado do conhecimento técnico, sendo a percepção do conhecimento e conhecimento técnico *baixo*, presume-se que ao longo do curso de psicologia, estes alunos vão percebendo o quanto sabem, concluindo o curso com uma percepção congruente do conhecimento que possuem.

E o último objetivo específico foi *identificar se os alunos veteranos de psicologia se sentem preparados para atuar em situações relacionadas ao suicídio*. Pôde-se atingir a este objetivo também, sendo que os alunos veteranos consideram seu preparo para atuar em situações que envolvem risco de suicídio “*baixo*”, com ocorrência para este escore de 63,1%.

Os dados referente à categoria manejo em situações relacionadas ao suicídio, na escala de 0 – 100, indicam índice *alto* de conhecimento de alunos veteranos acerca do manejo, sendo que a ocorrência de acertos foi de 79%. Porém, embora os alunos veteranos tenham atingido um nível de conhecimento alto, de acordo com o instrumento de coleta de dados deste trabalho, não quer dizer que estes estejam preparados para atuação/manejo em situações que envolvem o suicídio. Pois, de acordo com autores citados neste trabalho, o que mais possibilita uma intervenção adequada (preparo) para prevenção é a avaliação de risco de suicídio por uma combinação de fatores, como transtornos mentais, sociodemográficos, psicológicos, e condições clínicas incapacitantes. Quando nesta pesquisa a combinação destes fatores aparece, estatisticamente, um *conhecimento técnico baixo*, tanto para alunos ingressantes quanto para veteranos, como apontam os dados gerais do questionário II (Tabelas 9 e 10, e Gráfico 5). Relacionando estes dados com a *percepção do preparo* (Gráfico 4) de

alunos veteranos, percebe-se uma congruência entre a percepção que os alunos têm sobre o seu preparo e os dados que indicam o preparo para o manejo, de acordo com o instrumento de coleta de dados deste trabalho, os quais referem o *baixo* preparo de alunos veteranos para atuação e prevenção do suicídio.

Com isto pode-se dizer que o objetivo geral deste trabalho que é *verificar como os alunos de psicologia percebem seu preparo para atuação em relação ao suicídio* foi atingido, bem como respondida a pergunta/problema desta pesquisa: *qual é a percepção que alunos de psicologia têm de seu preparo para atuação em relação ao suicídio?* Sendo que verificou-se que a percepção sobre o preparo de alunos de psicologia para atuação em relação ao suicídio é *baixo*.

Quanto aos resultados obtidos neste trabalho, pensa-se que estes dados são preocupantes. Pois, de acordo com autores citados na fundamentação teórica deste trabalho, o suicídio a cada ano atinge alto índice de óbito no mundo, o equivalente a uma morte a cada 40 segundos. Outro dado é que o Brasil está entre os 10 países com maiores números absolutos de suicídio no ano de 2004, e que a região Sul atinge as taxas mais altas de suicídio no País. Uma pesquisa recente, realizada entre os anos 1998 e 2008, infere um aumento total na década pesquisada de 21,3% da ocorrência de suicídio no Estado de Santa Catarina. Portanto, há um crescimento na ocorrência de suicídio tanto mundial, no País e até mesmo no Estado, o que demonstra a importância de se ter nas universidades a disseminação de informações acerca da temática, possibilitando o reconhecimento da relevância, e fornecendo subsídios para o conhecimento e preparo de alunos de psicologia para atuação e prevenção do suicídio. É importante salientar que, independente da área de atuação que o estagiário ou psicólogo atuar, há grandes chances de se deparar com casos que envolvem o risco de suicídio, pois este está diretamente relacionado, na perspectiva psicológica, ao sofrimento psíquico.

Sugere-se que a formação em psicologia seja alvo de mais pesquisas relacionadas ao suicídio. O instrumento de coleta de dados desta pesquisa pode ser reavaliado, aprimorado, e reaplicado a outras instituições, a fim de ampliar a verificação de como vem ocorrendo a percepção dos alunos de psicologia acerca de seu conhecimento e preparo para atuação em relação ao suicídio; se as instituições vêm trabalhando a temática e como. Outra sugestão de pesquisa é verificar a percepção de professores que lecionam no curso de psicologia, acerca da relevância de trabalhar a temática do suicídio na graduação. E não somente estudos voltados à psicologia, mas também a outros cursos de graduação como enfermagem, medicina, serviço social, entre outros.

Por fim, as facilidades encontradas durante o percurso. Esta pesquisa teve como facilidades o acesso à instituição e coordenação do curso de psicologia, bem como a autorização para realização deste trabalho. Tanto a coordenação do curso, os professores, e até mesmo os alunos participantes foram facilitadores do processo de coleta de dados. Como dificuldade pode-se referir a precariedade de informações acerca da temática, sendo que há grandes volumes de materiais, porém, com pouca variação de conteúdo. O que também refere à importância de serem realizados mais estudos acerca da temática.

REFERÊNCIAS

BOTEGA, Neury J. et al. Prevenção do comportamento suicida. **Revista Psico**: v. 37, n. 3, p. 213–220, set./dez. 2006.

BOTEGA, Neury J.; RAPELI, Claudemir B.; FREITAS, Gisleine V. S. Perspectiva psiquiátrica. In: WERLANG, Blanca G.; BOTEGA, Neury J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 107-121.

BOTEGA, Neury J.; WERLANG, Blanca S. G. Avaliação e manejo do paciente. In: WERLANG, Blanca G.; BOTEGA, Neury J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 123-140.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.876/GM de 14 de agosto de 2006. Diretrizes da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=25605>. Acesso em: 4 mar. 2011.

_____. _____. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental. 2004.

_____. _____. **Estratégia Nacional de Prevenção ao suicídio**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=25605>. Acesso em: 4 mar. 2011.

_____. _____. **Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental. 2006.

CASSORLA, Roosevelt M. S. Suicídio e autodestruição humana. In: WERLANG, Blanca G.; BOTEGA, Neury J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 21-33.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: estudos de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

GIL, Antonio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria C. S. (org). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, 2000. p. 67-80.

MELEIRO, Alexandrina M. A. S.; BAHLS, Sant-Clair. O comportamento suicida. In: MELEIRO, Alexandrina M. A. S.; TENG, Chei. T.; WANG, Yuan.P. **Suicídio**: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004.p.13-36.

MELEIRO, Alexandrina M. A. S.; TENG, Chei T. Fatores de risco de suicídio. In: MELEIRO, Alexandrina M. A. S.; TENG, Chei. T.; WANG, Yuan.P. **Suicídio**: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004. p.109-131.

MELEIRO, Alexandrina M. A. S.; BOTEGA, Neury J.; PRATES, José G. Manejo das situações ligadas ao suicídio. In: MELEIRO, Alexandrina M. A. S.; TENG, Chei. T.; WANG, Yuan.P. **Suicídio**: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004. p.175-192.

MENEGHEL, Stela N. et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol.38, n.6, p. 804-810, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102004000600008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 abr. 2011.

MINAYO, Maria C. S. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 421-428, abr./jun. 1998.

OLIVEIRA, Marcia S. C. P. **O manejo que profissionais da saúde realizam para prevenir o suicídio em casos que envolvem risco de suicídio**. 2008. 140 f. Monografia (Graduação em Psicologia)-Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: um manual para médicos clínicos gerais. Departamento de Saúde Mental. Transtornos Mentais e Comportamentais. Genebra: 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: um recurso para conselheiros. Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias. Genebra: 2006.

PFÜTZENREUTER, Gláucia R. **O Mapa do Suicídio na Grande Florianópolis**. 2006. 146 f. Monografia (Graduação em Psicologia)-Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2006.

RESMINI, Enio. **Tentativa de suicídio:** um prisma para compreensão da adolescência. Rio de Janeiro: ed. Revinter, 2004.

SEMINOTTI, Elisa P.; PARANHOS, Mariana E.; THIERS, Valéria O. **Intervenção em crise e suicídio:** análise de artigos indexados. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006. Disponível em: < http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0297&area=d5&subarea=>. Acesso em: 20 mar. 2011.

WASELFISZ, Julio J. **Mapa da violência:** os jovens do Brasil. São Paulo: Instituto Sangari, 2011.

WANG, Yuan P.; MELLO-SANTOS, Carolina; BERTOLOTE, José M. Epidemiologia do Suicídio. In: MELEIRO, Alexandrina M. A. S.; TENG, Chei T.; WANG, Yuan P. **Suicídio:** estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004. p. 97-108.

WANG, Yuan P.; RAMADAM, Zacaria B. A. Aspectos psicológicos do suicídio. In: MELEIRO, Alexandrina M. A. S.; TENG, Chei T.; WANG, Yuan P. **Suicídio:** estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004. p. 79 - 96.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu _____, declaro que estou de acordo em fornecer informações a Antônia de Menezes Burtet, estudante da 10ª fase de Psicologia, para o desenvolvimento da pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso II em Psicologia, intitulada: “Preparo de alunos de psicologia, adquirido ao longo do curso, para atuação em relação ao suicídio”, sob orientação da Profª. Drª. Maria do Rosário Stotz. Declaro ainda ter conhecimento de que a minha participação nessa fase do projeto consiste em responder a um questionário, no qual não precisarei me identificar, e que por se tratar de uma pesquisa de caráter científico, aceito participar voluntariamente e não receberei qualquer remuneração para tanto. Declaro que fui informado(a) sobre todos os procedimentos da pesquisa e sobre o conteúdo do questionário que responderei, o qual trata de aspectos relacionados a: percepção do próprio conhecimento e preparo para atuação em relação ao suicídio, a origem do conhecimento, fatores de risco de suicídio e intervenções realizadas diante do risco de suicídio, que serão abordados em questões fechadas e mistas. Declaro que a mim foi esclarecido que não sou obrigado(a) a responder as questões e que posso desistir do estudo em qualquer momento, inclusive se já tiver respondido ao questionário. Declaro que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e poderei solicitar informações durante qualquer fase da pesquisa, inclusive após a publicação. Declaro que fui informado(a) que meus dados de identificação serão mantidos em sigilo e que a divulgação dos resultados terá como objetivo mostrar os possíveis benefícios advindos da pesquisa em questão, podendo ser utilizados em eventos e obras científicas.

Estou ciente que este estudo não apresenta riscos, desconfortos ou constrangimentos, ficando preservada minha integridade física, moral e psicológica e que em qualquer momento posso ter acesso aos dados da pesquisa através do contato com a pesquisadora e sua orientadora.

Nome por extenso _____

RG _____

Local e data _____

Assinatura _____

Pesquisadora

Orientadora

 Antônia de Menezes Burtet
 e-mail: antonia.mb@bol.com.br
 Fone: (48) 8805 5581

 Maria do Rosário Stotz
 e-mail: mrstotz@gmail.com
 Fone: (48) 9919 6116

APÊNDICE B – Questionário para coleta de dados**QUESTIONÁRIO I**

Prezado Aluno de Psicologia,

Como Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia da UNISUL, está se desenvolvendo a pesquisa “Preparo de alunos de psicologia, adquirido ao longo do curso, para atuação em relação ao suicídio”. Sua participação contribuirá em muito para se alcançar o objetivo proposto que consiste em “verificar o preparo de alunos de psicologia, adquirido ao longo do curso, para atuação em relação ao suicídio”. Contamos com a sua colaboração para responder as questões de forma completa e sincera. Você não terá que se identificar.

Para tanto, basta assinalar a alternativa que, para você, represente a melhor resposta à pergunta.

1. Você considera que seu conhecimento técnico em relação ao suicídio é:

Muito alto Alto Médio Baixo Sem conhecimento técnico

2. Você já havia pensado até o momento na possibilidade de, profissionalmente, vir a atender pessoas que estão sob risco de cometer suicídio?

Sim Não

3. O conhecimento que você tem em relação ao suicídio foi adquirido através:

do curso de psicologia

de comentários

de ir em busca de informações por conta própria

outro: _____

4. Você considera que seu preparo para atuar em situações que envolvem risco de suicídio é:

Muito alto Alto Médio Baixo Sem preparo

APÊNDICE C – Questionário para coleta de dados**QUESTIONÁRIO II**

Assinale a alternativa que, para você, represente a melhor resposta à pergunta, podendo complementar ou justificar sua resposta.

1. A epilepsia é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: _____

2. Entre os transtornos mentais, a esquizofrenia é o que está mais presente nos casos de tentativa de suicídio e suicídio.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: _____

3. Quando o indivíduo fala sobre pensamentos e planos suicidas, deve-se desviar o assunto e tomar uma atitude imediatamente, porque falar sobre suicídio pode aumentar o risco de a pessoa querer se matar.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: _____

4. Ao perguntar sobre suicídio, o profissional poderá estar induzindo o indivíduo ao suicídio.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: _____

5. O suicídio é um ato de covardia.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: _____

6. Perdas de figuras parentais na infância é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: _____

7. Quando o indivíduo apresenta risco de tentar ou cometer suicídio, deve-se avisar a pessoas próximas, de preferência sem que o sujeito saiba.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: _____

8. A AIDS é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: _____

9. Quem quer realmente se matar, se mata mesmo.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: _____

10. Pessoas solteiras estão sob maior risco de tentar ou cometer o suicídio.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: _____

11. Quando identificado que há ideação/pensamento suicida, por medida de precaução, é sempre bom intervir com a internação do indivíduo.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: _____

12. A maior parte dos indivíduos que tentam ou cometem suicídio está associada a um transtorno mental.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: _____

13. Quando a pessoa ameaça se matar é para manipular.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: _____

14. O suicídio é um ato de coragem.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: _____

15. Os homens costumam cometer suicídio mais que as mulheres.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: _____

16. Quem quer se matar não avisa.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: _____

17. Personalidade com traços significativos de agressividade é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: _____

Agradecemos sua disposição e participação nesta pesquisa!

APÊNDICE D – Gabarito**QUESTIONÁRIO II**

Assinale a alternativa que, para você, represente a melhor resposta à pergunta, podendo complementar ou justificar sua resposta.

1. A epilepsia é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: De acordo com o Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006, p. 16), a epilepsia é um dos fatores de risco para o suicídio dentro da categoria “Condições clínicas incapacitantes”.

2. Entre os transtornos mentais, a esquizofrenia é o que está mais presente nos casos de tentativa de suicídio e suicídio.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: De acordo com o Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006, p. 15), entre os transtornos mentais, os transtornos do humor são os que estão mais presentes nos casos de suicídio.

3. Quando o indivíduo fala sobre pensamentos e planos suicidas, deve-se desviar o assunto e tomar uma atitude imediatamente, porque falar sobre suicídio pode aumentar o risco de a pessoa querer se matar.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: De acordo com o Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006, p. 64), quando o indivíduo fala sobre pensamentos e planos suicidas deve-se trabalhar com os sentimentos suicidas, a ambivalência sentida pelo indivíduo focalizando aspectos positivos e explorar as alternativas de suicídio planejadas, bem como estabelecer um contrato, e então somente após isto, tomar atitudes como encaminhamento, entre outras.

4. Ao perguntar sobre suicídio, o profissional poderá estar induzindo o indivíduo ao suicídio.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: De acordo com o Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006, p. 57) “a melhor maneira de descobrir se uma pessoa tem pensamentos de suicídio é perguntar para ela. Ao contrário da crença popular, falar a respeito de suicídio não inculca a idéia na cabeça das pessoas.”

5. O suicídio é um ato de covardia.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: De acordo com o Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006, p. 54) “o que dirige a ação auto-inflingida é uma dor psíquica insuportável e não uma atitude de covardia ou coragem.”

6. Perdas de figuras parentais na infância é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: De acordo com o Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006, p. 16), dentro da categoria fatores de risco psicológicos, perdas de figuras parentais na infância é um fator de risco de suicídio.

7. Quando o indivíduo apresenta risco de tentar ou cometer suicídio, deve-se avisar a pessoas próximas, de preferência sem que o sujeito saiba.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: De acordo com o Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006, p. 65-66) em casos de médio risco, onde há ideação e plano, e alto risco, onde há plano, meios para efetuar e pretende fazê-lo prontamente, deve-se avisar a pessoas próximas com o consentimento do indivíduo em questão. Em casos extremos, em que o indivíduo não aceita o contato com a família e a internação voluntária, e é necessário intervir com internação involuntária, deve-se contatar a família, mesmo assim, informando o indivíduo.

8. A AIDS é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: De acordo com o Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006, p. 16), dentro da categoria fatores de risco condições clínica incapacitantes, a AIDS é um fator de risco de suicídio.

9. Quem quer realmente se matar, se mata mesmo.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: De acordo com o Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006, p. 54) “essa idéia pode conduzir ao imobilismo terapêutico, ou ao descuido no manejo das pessoas sob risco.”

10. Pessoas solteiras estão sob maior risco de tentar ou cometer o suicídio.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: De acordo com o Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006, p. 16), dentro da categoria de fatores de risco sociodemográficos, pessoas solteiras ou separadas estão sob maior risco de suicídio que pessoas casadas.

11. Quando identificado que há ideação/pensamento suicida, por medida de precaução, é sempre bom intervir com a internação do indivíduo.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: De acordo com o Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006, p. 63- 64) quando identificado que há ideação suicida sem plano para efetuar, deve-se trabalhar sobre os sentimentos suicidas, e aspectos positivos do indivíduo, não devendo ocorrer internação, pois a ideação suicida sem planos é considerada como baixo risco para suicídio.

12. A maior parte dos indivíduos que tentam ou cometem suicídio está associada a um transtorno mental.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: De acordo com o Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006, p. 19) “estudos em diferentes regiões do mundo têm demonstrado que, na quase totalidade dos suicídios, os indivíduos estavam padecendo de um transtorno mental.”

13. Quando a pessoa ameaça se matar é para manipular.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: De acordo com o Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006, p. 53) “a ameaça de suicídio sempre deve ser levada a sério. Chegar a esse tipo de recurso indica que a pessoa está sofrendo e necessita de ajuda.”

14. O suicídio é um ato de coragem.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: De acordo com o Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006, p. 54) “o que dirige a ação auto-inflingida é uma dor psíquica insuportável e não uma atitude de covardia ou coragem.”

15. Os homens costumam cometer suicídio mais que as mulheres.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: De acordo com o Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006, p. 16), dentro da categoria de fatores sociodemográficos, pessoas do sexo masculino estão sob maior risco de cometer suicídio.

16. Quem quer se matar não avisa.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: De acordo com o Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006, p. 54) “pelo menos dois terços das pessoas que tentam ou que se matam haviam comunicado de alguma maneira sua intenção para amigos, familiares ou conhecidos.”

17. Personalidade com traços significativos de agressividade é um fator de risco de tentativa de suicídio e suicídio.

Concordo Não sei Discordo

Justifique: De acordo com o Manual de Prevenção do Suicídio [Brasil] (2006, p. 16), dentro da categoria de fatores psicológicos, personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade e humor lábil são fatores de risco de suicídio.

APÊNDICE E – Diários de campo

Serão apresentados os Diários de Campo referentes aos dois dias de coletas realizadas neste trabalho, sendo que foi com alunos ingressantes e outro com veteranos. Antes disso, é importante referir que foi obtida autorização da coordenação do curso de psicologia da instituição, na primeira etapa, via documento impresso, e na segunda etapa foi solicitada permissão para entrada no campo via e-mail. O contato com professores para autorização e acerto de data e horário para a realização do teste piloto e da coleta de dados, também foi realizado via e-mail.

O teste piloto foi realizado juntamente a 9 alunos da décima fase do curso de psicologia, após autorização da professora, que estavam em sala de aula no dia 16/08/2011, às 19h30min. O procedimento foi realizado da mesma forma que se pretendia realizar a coleta de dados. A pesquisadora apresentou a pesquisa referindo seus objetivos, e referindo que o procedimento seria para teste piloto, ou seja, avaliação do instrumento de coleta de dados. Pediu a colaboração de todos, e deixou claro a não obrigatoriedade de participação, quando todos os alunos presentes aceitaram participar. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e o questionário, mencionando que este seria realizado em duas etapas, sendo que primeiro responderiam o Questionário I (APÊNDICE B) e posteriormente o Questionário II (APÊNDICE C). Foi solicitado que todos realizassem o procedimento individualmente, e que ao final seria aberto espaço para que fizessem as considerações acerca do instrumento. Em geral mencionaram que o instrumento estava claro, e fizeram uma sugestão, que era de possibilitar marcar mais de uma alternativa na questão 3 do Questionário I.

Foi realizado o procedimento de coleta de dados com alunos ingressantes e veteranos de psicologia de uma instituição da Grande Florianópolis. Os ingressantes foram 21 alunos de 2ª fase, os quais responderam ao questionário no dia 22/08/2011, segunda-feira. Os veteranos foram 19 alunos de 9ª fase, que responderam ao questionário no dia 29/08/2011, segunda-feira. O procedimento em ambos os dias consistiu em apresentação da pesquisa, quando a pesquisadora mencionou os objetivos do trabalho e devidos fins. Foi pedido a colaboração de todos os alunos que estavam em sala de aula neste momento, deixando claro a não obrigatoriedade em participar desta pesquisa. Posteriormente foi perguntado quem gostaria de colaborar respondendo ao questionário, quando todos os alunos presentes aceitaram. Logo foi apresentado aos alunos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(APÊNDICE A) e o questionário, quando foi mencionado que este último era composto de duas partes, e que realizariam o questionário em duas etapas, uma seguida da outra, ou seja, que ao terminar de responder a primeira parte (Questionário I), passariam a responder a segunda e última parte do questionário (Questionário II), individualmente, concluindo assim a etapa de participação nesta pesquisa.

Os alunos ingressantes (2ª fase) começaram a responder ao questionário às 20h40min, respondendo às questões individualmente, e em silêncio. O primeiro questionário foi entregue às 20h50min, e o último às 21h30min.

Os alunos veteranos (9ª fase) começaram a responder ao questionário às 20h, sendo que de início responderam às questões em silêncio e, em média, quinze minutos depois, surgiu conversa paralela. Neste momento foi lembrado aos alunos que o instrumento deveria ser respondido individualmente, e sugerido que fizessem discussão acerca da temática após a entrega do questionário, e assim o fizeram. O primeiro questionário foi entregue às 20h15min, e o último às 20h25min.