UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

ALINA WALLAUER

O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE ACERCA DO SUICÍDIO

Palhoça

2009

ALINA WALLAUER

O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE ACERCA DO SUICÍDIO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de graduação em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL como pré-requisito parcial para obtenção de título de psicólogo.

Orientador: Prof. Maurício Eugênio Maliska, Dr.

Palhoça

2009

ALINA WALLAUER

O CONHECIMENTO DOS PROFISISONAIS DA SAÚDE ACERCA DO 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, 23 de junho de 2009.

_____

Prof. Orientador Maurício Eugênio Maliska, Dr.

Universidade do Sul de Santa Catarina

_____

Prof. Zuleica Pretto, Msc.

Universidade do Sul de Santa Catarina

_____

Prof. Alessandra Scherer, Msc.

Universidade do Sul de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que direta ou indiretamente me ajudaram na realização deste trabalho.

Aos meus pais, por todo apoio e carinho. Por permanecer ao meu lado nos momentos de alegria, tristeza, dor, saudade, e mudança. E principalmente, por estenderem a mão e sempre acreditarem em mim.

Ao meu irmão, que apesar da distância, me faz querer ser sempre uma pessoa melhor.

Ao meu orientador, professor Maurício Eugênio Maliska, por todo conhecimento repassado, dedicação e incentivo. Por sua capacidade de ensinar e ser amigo, sem nunca perder a seriedade.

Às professoras Zuleica Pretto e Alessandra Scherer por terem aceitado fazer parte deste trabalho, e pelas contribuições significativas e indispensáveis durante a qualificação. Sem elas, este trabalho não teria sido o mesmo.

Às minhas queridas colegas de orientação, Maíra, Laidi, e Amanda, pela companhia, amizade e carinho, em todos os momentos.

À querida amiga, Flávia, por ter tornado minhas manhãs tão agradáveis e alegres. Por me ensinar que não existe nem hora e nem lugar para se começar uma amizade.

Às enfermeiras Isabel Cristina Alves Maliska e Carla Moreira, pelas inúmeras indicações de sujeitos de pesquisa e pela grande ajuda na viabilização desta pesquisa.

A todos os profissionais da saúde participantes desta pesquisa, pelo tempo desprendido.

Ao meu melhor amigo, Victor, pelo apoio, companheirismo e paciência.

A todos os meus familiares, amigos, colegas de sala e professores, que estiveram ao meu lado e me ensinaram a importância do contato humano e da cumplicidade.

Muito Obrigada!

Um suicida,
Levado pelo seu próprio abandono,
Que não falou com sua alma,
Porque não teve amor (...)

Quem dera o amor estivesse,
Disponível nos classificados...
Que fosse fácil de achar,
Tipo carta marcada.
Que a gente viesse ao mundo,
Com o endereço certo do amor,
E que o amor tivesse o nosso (...)

Estamos na terra do desencontro,
Não é o paraíso,
Mas amo você, acredite.
Não se mate por isso.

Jonas Wallauer

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo identificar o conhecimento dos profissionais da saúde de um hospital geral acerca do suicídio, conforme preconiza o Manual de Prevenção do Suicídio elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e pelo Ministério da Saúde do Brasil (MSB). Com caráter quali-quantitativo, esta pesquisa descreve o conhecimento atual de 35 profissionais da saúde, sendo eles 8 médicos, 11 enfermeiros, 9 técnicos de enfermagem, 3 auxiliares de enfermagem e 4 psicólogos. Para a coleta de dados, foi elaborado, com base no Manual de Prevenção do Suicídio da OMS, um questionário semi-aberto contendo 17 questões, sendo 10 específicas para identificar o conhecimento acerca dos possíveis fatores de risco, e 7 específicas para identificar o conhecimento acerca de possíveis ações em atendimento a esses pacientes. Para análise dos dados coletados, foram utilizadas, análise estatística para questões fechadas e análise de conteúdo para questões abertas. A partir da coleta de dados, foi possível identificar o conhecimento dos profissionais da saúde acerca dos fatores de risco envolvidos na tentativa de suicídio e o conhecimento dos profissionais da saúde acerca das possíveis ações no atendimento aos pacientes com risco de suicídio. Os resultados desta pesquisa apontaram para a falta de conhecimento desses profissionais principalmente em relação aos riscos envolvidos em homens, idosos, indivíduos que moram sozinhos e viúvos, assim como os riscos relacionados dependência química e isolamento social. Os resultados também apontam para a falta de conhecimento quanto à necessidade de identificar planos de suicídio, acesso ao meio, rede de apoio, capacidade de encontrar alternativas e investigar histórico de transtorno mental. Assim como, pouco conhecimento quanto à necessidade de avaliar o risco de suicídio e estabelecer um contrato. Por último percebe-se a necessidade de existir uma equipe interdisplicinar no hospital, uma vez que 62% dos profissionais participantes não se sentem preparado para atender pacientes com tentativa de suicídio.

Palavras-chave: Suicídio. Conhecimento e intervenção. Profissionais da saúde. Manual de Prevenção do Suicídio.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Perfil dos sujeitos pesquisados..... 44
Quadro 2 - Transtornos mentais..... 52
Quadro 3 - Estressores de vida..... 64
Quadro 4 - Modo de comunicação..... 81
Quadro 5 - Identificação de riscos..... 87
Quadro 6 - Ações em atendimento..... 94

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Questão 2 do questionário - Características de estado mental..... 55
Gráfico 2 - Questão 3 do questionário- Sexo..... 58
Gráfico 3 - Questão 4 do questionário - Faixa etária..... 60
Gráfico 4 - Questão 5 do questionário - Estado civil..... 61
Gráfico 5 - Questão 7 do questionário - Facilidade ao método..... 69
Gráfico 6 - Questão 8 do questionário - Exposição ao suicídio..... 70
Gráfico 7 - Questão 9 do questionário - Tentativas anteriores..... 72
Gráfico 8 - Questão 10 do questionário – Mitos..... 74
Gráfico 9 - Questão 16 do questionário - Já atendeu paciente com risco e/ou tentativa de suicídio?..... 101
Gráfico 10 - Questão 17 do questionário - Se sente preparado para atender?..... 102

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 10
1.1 PROBLEMÁTICA..... 11
1.2 OBJETIVOS..... 13
1.2.1 Objetivo Geral..... 13
1.2.2 Objetivos Específicos..... 13
1.3 JUSTIFICATIVA..... 14
2 REFERENCIAL TEÓRICO..... 18
2.1 SUICÍDIO..... 18
2.1.1 Suicídio e Tabus culturais, sócio-econômicos e religiosos..... 18
2.2 TENTATIVAS DE SUICÍDIO E HOSPITAL..... 23
2.2.1 O Suicídio na realidade hospitalar: Procedimentos da equipe de saúde no hospital..... 23
2.2.2 Profissionais da saúde frente à tentativa de suicídio..... 25
2.2.3 O trabalho do psicólogo hospitalar..... 26
2.3 FATORES DE RISCO CORRELACIONADOS À TENTATIVA DE SUICÍDIO. 28
2.3.1 Fatores psiquiátricos e psicológicos..... 28
2.3.1.1 Transtornos mentais..... 29
2.3.1.2 Estados mentais..... 32
2.3.2 Fatores sócio-demográficos..... 33
2.3.3 Fatores ambientais..... 35
2.4 ATENDENDO O PACIENTE..... 37
2.4.1 Abordando e lidando com o paciente suicida..... 39
2.4.2 Identificando o risco de novas tentativas de suicídio..... 40
2.4.3 Possíveis ações frente ao paciente com risco de suicídio..... 41
3 MÉTODO..... 43
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA..... 43
3.2 PARTICIPANTES..... 43
3.3 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS..... 44
3.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE..... 45
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA..... 45
3.6 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS..... 46

3.6.1 Procedimento de seleção dos participantes..... 46
3.6.2 Procedimento de contato com os participantes..... 46
3.6.3 Procedimento de coleta dos dados..... 47
3.6.4 Procedimento para análise de dados..... 48
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS..... 50
4.1 CONHECIMENTO QUANTO AOS POSSÍVEIS FATORES DE RISCO DE SUICÍDIO..... **51**
4.1.1 Aspectos psiquiátricos e psicológicos..... 51
4.1.1.1 Transtornos mentais..... **51**
4.1.1.2 Estados mentais..... **55**
4.1.2 Fatores sócio-demográficos..... 57
4.1.2.1 Sexo..... **58**
4.1.2.2 Faixa etária..... **59**
4.1.2.3 Estado civil..... **61**
4.1.3 Fatores ambientais..... 63
4.1.3.1 Estressores de vida..... **63**
4.1.3.2 Facilidade de acesso..... **69**
4.1.3.3 Exposição ao suicídio…… **70**
4.1.3.4 Tentativas anteriores..... **71**
4.1.4 Mitos acerca do suicídio..... 74
4.2 CONHECIMENTO QUANTO ÀS POSSÍVEIS AÇÕES EM ATENDIMENTO **79**
4.2.1 Atendendo ao paciente suicida..... 79
4.2.2 Modo de comunicação..... 80
4.2.3 Identificando o risco de suicídio..... 86
4.2.4 Ações em atendimento..... 93
4.2.5 Preparo dos profissionais para atender paciente suicidas..... 100
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 103
REFERÊNCIAS..... 108
APÊNDICES..... 116
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 117
APÊNDICE B – Questionário para coleta de dados..... 119

1 INTRODUÇÃO

Este relatório de pesquisa é resultado da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II (TCC II) do curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL. Como proposta do curso, o TCC tem o objetivo de vincular pesquisa científica à prática profissional, realizadas na 9ª e 10ª fase através de estágios orientados.

Esta pesquisa tem como tópico central o suicídio, buscando, especificamente, mais informações sobre o conhecimento dos profissionais da saúde acerca dos fatores de risco e sobre as possíveis ações em atendimento. A necessidade de abordar esse tema é significativa, visto que a taxa de mortalidade por suicídio, principalmente do sexo masculino, aumentou expressivamente nos últimos anos, colocando o Brasil no 9º lugar em números absolutos de suicídio. Esse fato transformou o suicídio em um problema de saúde pública, e consequentemente, motivou a elaboração de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio pelo Ministério da Saúde do Brasil (MSB) em 2005 e a elaboração de um Manual de Prevenção ao Suicídio em 2006 (BOTEGA, 2007). Os objetivos da Estratégia Nacional de Prevenção visam principalmente uma sensibilização da sociedade, promoção de qualidade de vida, capacitação dos profissionais da saúde e incentivo a projetos de pesquisa.

Uma vez que se aborda o tema prevenção do suicídio, é importante, para fins deste trabalho, descrever o que se entende como prevenção. Segundo Faria e Ferrero (2005) a prevenção pode ser primária ou secundária. A prevenção primária está voltada à conscientização e capacitação da população, professores e profissionais para identificar elementos de risco de suicídio em um indivíduo a partir de suas particularidades. Essa identificação precoce pode prevenir que qualquer tentativa venha a acontecer no futuro. Por outro lado, na prevenção secundária, os profissionais agem com o objetivo de evitar que futuras tentativas venham a acontecer (FARIA; FERRERO, 2005).

Os profissionais participantes desta pesquisa atuam em hospitais gerais tendo maior contato com indivíduos que tentaram suicídio. Sendo assim, pode-se dizer que este trabalho aborda o conhecimento dos profissionais da saúde para atuar na prevenção secundária do suicídio. Ou seja, o foco aqui está na prevenção

secundária, onde o conhecimento é visto como um mecanismo que pode prevenir futuras tentativas.

Este trabalho se estrutura da seguinte forma: inicia-se com a problemática e o problema de pesquisa, onde será descrita a situação atual do suicídio no Brasil, e os principais problemas relacionados à intervenção dos profissionais da saúde frente ao paciente suicida. Em seguida, apresenta-se o objetivo geral e os objetivos específicos que este trabalho deseja alcançar, a justificativa, o referencial teórico e a descrição do método de pesquisa. Por fim, a apresentação e análise de dados, considerações finais, referências bibliográficas, apêndice.

1.1 PROBLEMÁTICA

O número de mortes por suicídio cresce a cada ano. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca um milhão de pessoas morrem por ano por suicídio (OMS, 2008). Sendo que a cada morte por suicídio, em média cinco ou seis pessoas próximas do falecido sofrem alguma consequência emocional, social ou econômica (BOTEGA, 2007). No Brasil, o número de mortes por suicídio também tem aumentado significativamente, sendo em média, 3,5 - 4,6 mortes para cada 100 mil habitantes no período de um ano. Além disso, segundo a OMS (2008), para cada suicídio consumado acredita-se que existam cerca de 20 ou mais tentativas de suicídio. Deste modo, a alta mortalidade por suicídio, assim como o alto número de tentativas de suicídio, fez com que o suicídio tenha se tornado um problema de saúde pública para o Brasil (BOTEGA, 2007).

Quando há uma tentativa de suicídio, a equipe de saúde da emergência de um hospital é quem geralmente irá ter contato direto com essa população de risco. Segundo Jim Anderton (2003), representante do Ministério da Saúde da Nova Zelândia e um dos responsáveis pela criação do Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio de seu país, é importante que todas as pessoas que tentaram suicídio recebam atenção especializada devido à possível fragilidade emocional em que estas pessoas se encontram. A equipe de emergência, então, se encontra em posição de salvar vidas devendo levar em consideração não somente o aspecto físico, como também os aspectos psicológicos envolvidos no processo.

Porém, há ainda muita incompreensão por parte de alguns profissionais da saúde em relação às pessoas que tentam se suicidar. Um número grande de pesquisas comprova o pensamento ou comportamento errôneo de muitos profissionais da saúde frente à tentativa de suicídio (CASSORLA, 1991; DESLANDES, 1999; SAMPAIO, BOEMER, 2000; SILVA, BOEMER, 2004). Alguns profissionais relatam sentimentos de desprezo e preconceito quando se deparam com estas situações no hospital (SAMPAIO, BOEMER, 2000). Além disso, erroneamente, outros profissionais acreditam que apesar de ser um ato de desespero, foi cometido com o objetivo de chamar atenção para culpar, agredir ou até impressionar outra pessoa. Existindo, então, uma desconsideração quanto à possível existência de um sofrimento psíquico daquele que cometeu suicídio ou tentativa (SILVA, BOEMER, 2004). Pode-se questionar, se a falta de consideração por parte de alguns profissionais está relacionada à falta de conhecimento acerca do suicídio.

Com o objetivo de informar e fornecer conhecimento, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000a; 2000b; 2000c; 2000d), assim como o Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2006a), elaboraram Manuais de Prevenção ao Suicídio para profissionais da saúde em atenção primária, médicos clínicos, professores, profissionais da saúde mental, e profissionais da mídia. Segundo os Manuais, há alguns fatores de risco correlacionados à tentativa do suicídio como fatores psiquiátricos e psicológicos, fisiológicos, sócio-demográficos e ambientais. Além disso, há informações sobre as possíveis maneiras de lidar e abordar um paciente com risco de suicídio, identificação e avaliação de risco, ações aconselháveis e opções de encaminhamento (BRASIL, 2006a).

Parece importante problematizar as possíveis consequências em ter profissionais pouco informados a respeito dos fatores envolvidos no suicídio e as maneiras de lidar com sujeitos com risco e/ou tentativa de suicídio. Pode-se pensar na possibilidade da falta de conhecimento levar o profissional a atuar de forma precária na prevenção do suicídio. E ainda, possivelmente, causar maior sofrimento ao paciente.

Para que haja uma intervenção eficaz junto aos pacientes de risco, as informações disponíveis nos Manuais de Prevenção ao Suicídio, desenvolvidos pela OMS e pelo MSB, devem ser de conhecimento de todos os profissionais da saúde. Porém, apesar da existência desse material, pode-se identificar através dos estudos

citados anteriormente, uma falta de preparo e um olhar distorcido de alguns profissionais frente ao paciente que tentou o suicídio. Com o objetivo de trazer mais informações acerca do estudo do suicídio cabe, então, perguntar: **Qual o conhecimento dos profissionais da saúde que atuam em um hospital geral acerca do suicídio, conforme preconiza os Manuais de Prevenção do Suicídio da Organização Mundial da Saúde e do Ministério de Saúde do Brasil?**

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Identificar o conhecimento dos profissionais da saúde de um hospital geral acerca do suicídio conforme preconiza o Manual de Prevenção do Suicídio da Organização Mundial da Saúde e do Ministério de Saúde do Brasil.

1.2.2 Objetivos Específicos

a) Identificar o conhecimento dos profissionais da saúde de um hospital geral acerca dos possíveis fatores de risco envolvidos na tentativa de suicídio;

b) Identificar o conhecimento dos profissionais em estudo acerca das possíveis ações no atendimento aos pacientes com risco de suicídio.

1.3 JUSTIFICATIVA

O suicídio está entre as dez maiores causas de morte em todos os países. Nas últimas décadas as taxas de mortalidade por suicídio no Brasil variaram entre 3,5 e 4,6 para 100.000 habitantes (BOTEGA, 2007). Em 2007, um estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2007) revela que no Brasil, em 14 anos, de 1990 a 2004, o número de casos de suicídio saltou 59%, superando o aumento do número de mortes no trânsito (17%) e até o de homicídios (55%). Percebe-se, assim, que estatisticamente o crescimento de mortes por suicídio aumentou mais do que qualquer outro tipo de violência.

De acordo com o Perfil Epidemiológico do Suicídio, da Secretaria e Vigilância da Saúde do Ministério da Saúde, a região sul é a que tem a maior taxa enquanto a região Norte apresenta a menor taxa de mortalidade por suicídio. Seguido do Rio Grande do Sul, Santa Catarina aparece como o segundo estado de maior incidência de morte por suicídio e Florianópolis a 5ª capital do país onde há o maior número de mortes do sexo masculino. A faixa etária com maior ocorrência de mortalidade por suicídio é de 75 anos ou mais. Já com relação às internações por suicídio, o sexo masculino apresenta maiores internações entre as faixas etárias de 20-24 e 35-39 anos, enquanto o sexo feminino, entre 15 a 24 anos (D'OLIVEIRA, 2005). Com base nessas informações, pode-se identificar a maior ocorrência por faixa etária, gênero e locais de risco, tendo destaque o sul do país. Desta forma, é importante levantar dados sobre conhecimento dos profissionais da saúde que são responsáveis pelo atendimento emergencial na cidade de Florianópolis, uma vez que há um elevado risco de suicídio regional quando comparado ao restante do país.

Além do alto número de tentativas de suicídio no Brasil, é importante ressaltar que muitas das tentativas de suicídio irão desembocar na emergência de um hospital geral. Somente no ano de 2003, foram 10.436 internações hospitalares do SUS no Brasil por tentativa de suicídio (D'OLIVEIRA, 2005). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000b) é importante dar atenção às tentativas de suicídio uma vez que elas são um fator de risco e principal indício de possíveis tentativas futuras. Um exemplo que confirma a elevada possibilidade de uma tentativa de suicídio voltar a acontecer é a pesquisa realizada em um Hospital

Geral do Rio de Janeiro, onde dos 160 casos registrados em um ano, 69% já tinham história pessoal ou familiar de tentativa de suicídio (WERNECK et al., 2000). Com a alta reincidência de tentativas de suicídio, são os profissionais que trabalham na emergência de um hospital que têm, então, contato direto com essa população de risco. Como citado anteriormente, é nesse contato que se pode praticar a prevenção secundária evitando que novas tentativas venham a se concretizar. Assim, sendo esses profissionais da saúde responsáveis pelo auxílio desses pacientes, pode-se levantar a hipótese de que profissionais informados e capacitados sobre fatores relacionados à tentativa de suicídio estão mais aptos a realizar um atendimento mais eficaz a esses pacientes. Desta forma, identificar o conhecimento dos profissionais da saúde que atuam em um hospital geral acerca do suicídio poderá trazer informações para a avaliação da necessidade, ou não, de implantar novos métodos de intervenção e/ou capacitação.

É ainda relevante ressaltar as mudanças significativas da noção de saúde nos últimos anos e a importância da humanização dos tratamentos. A noção de saúde hoje em dia entende o ser humano como um ser biopsicossocial, ou seja, biológico, social e psicológico, devendo então ser acolhido em sua totalidade. Segundo Kujawa (2003, p.26), o cidadão tem direito a todas as ações da saúde como “promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e alívio” fazendo com que o conceito de saúde não se fixe apenas na remoção do sintoma.

Com base nesta proposta do Sistema Único de Saúde no Brasil, pode-se perceber a necessidade dos profissionais da saúde estarem preparados para enxergar o paciente na sua totalidade. Dessa forma, esta pesquisa também se torna relevante já que se propõe a pesquisar e descrever o conhecimento desses profissionais sobre os aspectos psicológicos, sócio-demográficos e ambientais dos pacientes que tentaram suicídio assim como as possíveis ações em atendimentos aos mesmos. A descrição do panorama atual possibilitará a discussão sobre a veracidade da intervenção humanizada e do atendimento biopsicossocial.

Todos os dados citados acima, como alta incidência mundial, nacional e regional de tentativas de suicídio, o alto número de internações hospitalares, a nova concepção de saúde e o papel do profissional da saúde na prevenção secundária do suicídio apontam para a relevância social desta pesquisa.

Apesar do crescente interesse e número de pesquisas, há ainda poucas publicações sobre suicídio no Brasil quando comparado a outros países. Segundo o

artigo, “Intervenção em crise e suicídio: análise de artigos indexados” não há muitos artigos publicados no Brasil sobre intervenção. Por outro lado, a América do Norte possui em torno de 83% dos artigos publicados entre o continente europeu, asiático, oceânico e americano sobre intervenção e suicídio (SEMINOTTI et al., 2006). Também no Brasil, em 2007 foi publicado na Revista Brasileira de Psiquiatria o artigo “Onde estão sendo publicados os estudos sobre suicídio no Brasil?” que discute exatamente sobre a escassez de publicações sobre suicídio (CORRÊA, 2007).

Quanto às pesquisas que estejam relacionadas às ações e/ou percepções e/ou conhecimento dos profissionais da saúde em relação ao suicídio, foi encontrado na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)- Banco de dados *online*, as teses “Convivendo com a possibilidade do suicídio: Representações Sociais dos profissionais da enfermagem” (IGUE, 2001), “Lidando com tentativas de suicídio em um serviço de emergência” (BRAGA, 2004) e, por fim, a tese “O comportamento autodestrutivo e o impacto junto aos profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar” (BROCKER, 2007) que faz uma relação entre a atitude do profissional e sua prática. Essas teses, assim como os artigos citados anteriormente (CASSORLA, 1991; DESLANDES, 1999; SAMPAIO, BOEMER, 2000; SILVA, BOEMER, 2004) relatam principalmente as representações sociais, percepção, sentimentos e ações destes profissionais frente à tentativa de suicídio. Contudo, nenhum desses artigos faz uma descrição específica do conhecimento desses profissionais e como estão preparados, ou não, para prevenir o suicídio.

As publicações sobre suicídio a nível do governo, assim como cartilhas de prevenção e estratégias nacionais só foram implantadas nos últimos anos. Em 2005, o Ministério da Saúde iniciou a construção do primeiro Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio. Algumas ações já foram tomadas para implantação dessa Estratégia Nacional de Prevenção, como a publicação em 2006 do primeiro Manual de Prevenção ao Suicídio, a realização do I Seminário Nacional de Prevenção ao Suicídio, a publicação de diretrizes nacionais para prevenção do suicídio, além da criação de uma logomarca, lançamentos de DVDs, e projetos. Contudo, segundo o Ministério da Saúde, as próximas ações para a implantação dessa Estratégia estão direcionadas para a construção de projetos pilotos e contínuo desenvolvimento e publicação de material técnico que possibilitará ampliação de novos conhecimentos (BRASIL, 2006b).

Como o estudo do suicídio é recente e estratégias de prevenção ainda estão em desenvolvimento, é necessário elaborar pesquisas que procurem descrever a situação atual para que se possa intervir de forma cada vez mais eficaz. Dessa forma, esta pesquisa é relevante cientificamente, pois contribui na produção de novos conhecimentos sobre o tema além de trazê-lo à discussão. Acredita-se que os resultados desta pesquisa podem colaborar na prevenção e promoção da saúde, assim como na elaboração de futuros projetos de intervenção relacionados ao tema.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SUICÍDIO

Conforme descrito anteriormente, o objetivo deste trabalho é identificar o conhecimento dos profissionais da saúde acerca do suicídio. Desta forma, três tópicos importantes sobre o suicídio serão apresentados neste referencial teórico para que seja possível a compreensão e realização desta pesquisa. Primeiramente, será descrita o desenvolvimento histórico da concepção de suicídio para o homem. Deste modo, partindo do pressuposto que a visão atual do suicídio seja resultado de um processo dialético, a compreensão do desenvolvimento sócio-histórico e cultural das crenças do homem frente ao suicídio poderá fornecer subsídios para a compreensão de sua concepção atual. Após, será descrito com base nos Manuais de Prevenção do Suicídio da Organização Mundial da Saúde (2000a, 2000b) e do Ministério da Saúde do Brasil (2006a), os fatores psicológicos, sócio-demográficos e ambientais envolvidos no risco de suicídio. Por último, também com base nos documentos da OMS e MSB, será descrito as ações recomendadas aos profissionais da saúde ao lidar com um paciente suicida. Essas informações serão relevantes para esta pesquisa, uma vez que a análise de dados será baseada nessas informações.

2.1.1 Suicídio e Tabus culturais, sócio-econômicos e religiosos

O suicídio, ao longo da história da humanidade, já foi tolerado, aceito e admirado, como também discriminado, punido e condenado. Desde as tribos mais primitivas até a sociedade atual, o suicídio foi descrito e explicado por cada uma delas de acordo com suas crenças. Essas crenças, mutáveis ao longo da história e registradas através de literatura, leis e sanções religiosas, foram sofrendo uma construção, desconstrução e reconstrução social que nos leva até as crenças contemporâneas e aos tabus atuais sobre o suicídio.

Sendo assim, os registros mostram que suicídios ocorrem desde a existência das tribos mais primitivas, estando associado, sobretudo, a espíritos do mal, demônios e vinganças. Porém, tantos os rituais frente à morte, quanto os rituais frente ao suicida estão envoltos de tabus. A origem do tabu frente aos mortos foi discutida por Freud, em 1913, em seu trabalho “Totem e Tabu”. Segundo Freud, o tabu quanto ao contato com os mortos, é proveniente dos rituais de desinfecção das tribos às pessoas que tiveram contato com o defunto. O ritual tinha o objetivo de manter longe os espíritos dos mortos da aldeia, uma vez que se acreditava que ao morrer, o indivíduo se transformava em um demônio (FREUD, 1913). Além das crendices frente ao fato da morte, o indivíduo que provocava intencionalmente sua própria morte era considerado um espírito inquieto e vingativo, além de produzir medo e terror pela possibilidade de retornar (ALVAREZ, 1999).

Apesar das superstições e medo das tribos primitivas, muitas sociedades guerreiras encararam o suicídio como um ato de bravura e honra. Para os *Vikings*, violentos guerreiros marítimos da Escandinava, era necessário morrer de forma honrosa, de preferência em uma batalha, para poder entrar na Valhalla - paraíso dos *Vikings*. Além da morte em batalhas, o suicídio era considerado, para os *Vikings*, a segunda melhor maneira de entrar no paraíso. Por outro lado, os membros que morriam pacificamente eram excluídos do paraíso. Além dos *Vikings*, escravos e guerreiros de algumas tribos africanas se matavam após a morte de seu rei com o intuito de reencontrá-lo no paraíso. Da mesma forma que as viúvas de algumas comunidades Hindus praticavam um ritual chamado *Sati*, aonde se jogavam na pira funerária do marido (ALVAREZ, 1999).

O suicídio era aceito por muitas culturas como uma maneira de não cair nas mãos inimigas assim como frente a uma batalha perdida. Os Samurais eram autorizados a praticar o ritual *seppuku* (cortar a barriga) como forma de recuperar a honra pessoal frente uma derrota. Registros em literaturas citam grandes nomes da história mundial que cometeram suicídio quando encurralados pelo inimigo, como Brutus e Cássio, assassinos de Júlio Cesar, se mataram após perder a batalha de Fillipos; Catão, político romano, se matou quando seu rival Julio Cesar venceu a batalha de Tarso; e Demóstenes, político grego, se suicida com veneno quando se vê cercado por soldados de Antípater; entre outros (ALVAREZ, 1999). Como exemplos recentes de suicídio frente uma derrota, pode-se citar a figura histórica de Adolf Hitler que se suicida em 1945 enquanto o exército soviético invade Berlim, e

Getúlio Vargas, que se suicida em 1954 após uma reunião, em que seu ministério propôs seu afastamento da presidência, por conta das pressões políticas.

Além de morte honrosa, o suicídio já foi considerado um ato altruísta e necessário por muitas culturas. Para os Eskimos, Escandinavos, Samoa e algumas comunidades indígenas americanas, o suicídio era encorajado e aceito entre os doentes e idosos. Assim como nas sociedades nômades, o suicídio era encorajado aos fisicamente doentes e idosos uma vez que os mesmos não podiam se locomover como os outros e sua morte pouparia comida aos saudáveis (JAMINSON, 1999).

Na Grécia Antiga houve muitas discussões racionais e opiniões diversas a respeito do suicídio. As opiniões sobre suicídio dos principais filósofos, Aristóteles, Platão e Sócrates, são racionalizadas considerando-o um desrespeito aos deuses e ao Estado. Sócrates era contra o suicídio apesar de transmitir em seus discursos a ideia tentadora da morte como passagem para o mundo dos ideais. Aristóteles também era contra o suicídio relatando ser um crime contra o Estado, uma vez que a morte de um cidadão útil enfraquece a economia de estado. Platão, por sua vez, apesar de ser contra inicialmente, defendeu o suicídio como uma alternativa frente às situações de sofrimento intolerável ou doença irreparável (ALVAREZ, 1999).

As preocupações políticas e econômicas frente ao suicídio, tanto na Grécia Antiga quanto em Roma, eram valorizadas e discutidas. Em Atenas, os cidadãos que não desejavam mais viver deveriam explicitar suas razões ao Conselho. Caso este autorizasse, seria fornecida cicuta para que o cidadão concretizasse a própria morte.

> Aquele que não desejar mais viver deverá declarar suas razões ao Senado e, após ter recebido permissão, poderá abandonar a vida. Se tua existência te é insuportável, morre; se o destino te oprime, bebe a cicuta; se estás esmagado pela dor, abandona a vida. Que os infelizes narrem os seus infortúnios e que o magistrado lhes forneça o remédio para que sua aflição chegue ao fim (LIBÂNIO apud DURKHEIM, 2000, p. 427).

Durkheim (2000) acredita que na Roma Antiga o poder do senado romano era semelhante ao Grego, uma vez que este também não aceitava o suicídio quando o ato resultasse em uma perda política ou econômica. Os escravos não poderiam se suicidar pelo prejuízo que causariam a seu dono. Assim como os soldados eram proibidos de se matar, pois estariam enfraquecendo seu exército.

As opiniões racionais sobre o suicídio mudaram com o surgimento do estoicismo. O estoicismo, doutrina filosófica nascida na Grécia e levada a Roma, teve como principais seguidores Sêneca, escritor e intelectual; Marco Aurélio, imperador romano, e Epiteto, filósofo grego. Os estóicos gregos acreditavam que se deve viver de acordo com a natureza e trouxeram novamente o suicídio como uma opção "quando as circunstâncias extremas se tornassem intoleráveis" (ALVAREZ, 1999, p.73). Entretanto, os estóicos romanos não somente eram a favor do suicídio, mas também o estimulavam. O suicídio foi transformado "na mais razoável e desejável de todas as saídas" (ALVAREZ, 1999, p.72). Sêneca, o principal precursor do estoicismo romano, ilustra com clareza, a maneira emotiva com que percebiam o suicídio:

> Homem tolo, de que te lamentas e de que tens medo? Para onde quer que olhes existe um fim para os males. Vês aquele precipício escancarado? Ele leva à liberdade. Vês aquele oceano, aquele rio, aquele poço? A liberdade mora dentro deles. Vês aquela pobre árvore mirrada e seca? De cada galho seu pende a liberdade. Teu pescoço, tua garganta, teu coração, todos oferecem tantos meios para fugir da escravidão. [...] Indagas o caminho para a liberdade? Tu o encontrarás em cada veia de teu corpo (SÊNECA, apud ALVAREZ, 1999).

Mais tarde, o cristianismo começou a se estabelecer em Roma aumentando o número de adeptos. Neste período, contudo, ainda influenciados pelas concepções de suicídio dos estóicos gregos e romanos, o suicídio era visto como uma irresistível opção para a entrada nos reinos dos céus. Desta forma,

> quanto mais a igreja incutia em seus fiéis a ideia de que este mundo era um vale de lágrimas, pecados e tentações, onde eles esperavam com a ansiedade que a morte os libertasse para a glória eterna, mais irresistível se tornava a tentação do suicídio (ALVAREZ, 1999, p.78).

Essa ideia era corroborada pelo fato de não haver nenhuma menção negativa contra o suicídio no Velho e Novo Testamento. Tanto os quatro suicidas do Velho Testamento, Sansão, Saul, Abimelec e Aquitofel, quanto o suicídio de Judas no Novo testamento, não são condenados pelos seus atos e o incidente é tratado com certo laconismo (ALVAREZ, 1999).

Menções negativas da Igreja Cristã frente ao suicídio só foram proferidas quando o cristianismo, fundado por Constantino e doutrinado por Santo Agostinho, se tornou a religião oficial do Império Romano. A necessidade de tornar o suicídio

como pecado surgiu pelo demasiado número de fiéis causarem a própria morte com o objetivo de alcançar a redenção. Assim, a ininterrupção deste ato faria com que a Igreja perdesse cada vez mais seu número de seguidores causando seu enfraquecimento. Com a finalidade de sanar este problema, Santo Agostinho se baseou no sexto mandamento cristão, “não matarás”, para argumentar contra o ato suicida. A partir disso, o suicídio segundo ele era “uma detestável e condenável perversão.” (AGOSTINHO apud ALVAREZ, 1999, p. 80). Os teólogos cristãos da época também interpretaram o suicídio de Judas como um pecado maior do que sua própria traição.

As primeiras leis de punição contra o suicídio foram implantadas na Idade Média e percorreram séculos de existência até 1961. Durante a Idade Média, período de grande influência cristã, as punições eram aplicadas sob forma de rituais especiais além de mutilação e proibição de sepultamente em terreno sagrado (RIBEIRO, 2004). Em 533 d.C.,

> o Concílio de Orléans proibiu que se prestassem honras fúnebres a todo aquele que se matasse quando sob acusação de ter cometido algum crime [...] [e] em 562, o Concílio de Braga proibiu que se prestassem honras fúnebres a *todo e qualquer* suicida, independente de posição social, motivo ou método [...] [e finalmente] em 693 [o] Concílio de Toleto, determinou que até mesmo aquele que não tivesse sucesso na sua tentativa de suicídio deveria ser excomungado (ALVAREZ, 1999, p.81, grifo do autor).

Durante os próximos mil anos, o suicídio era discriminado, julgado e condenado. Segundo Alvarez (1999), o que começou como uma medida de prevenção por parte de Santo Agostinho acabou se transformando em uma atitude universal. O cristianismo, porém, não é o único contra o suicídio, o islamismo e judaísmo também o condenam. Com o Renascimento alguns filósofos como Voltaire, Hume e Schopenhauer voltaram a tratar o suicídio de forma mais racional, porém o culto contra o suicídio ainda era muito forte. Com objetivos econômicos, o Rei Luis XIV, em 1670, implantou no código de leis

> todas as práticas mais brutais relacionadas à degradação de cadáveres suicidas, acrescentando que seu nome deveria ser difamado [...] se fosse nobre, perderia o título e seria declarado um homem do povo; seu escudo seria partido seu bosque cortado e seu castelo demolido. [Tanto na França quanto Inglaterra] as propriedades dos suicidas eram entregues à Coroa (ALVAREZ, 1999, p.61).

Somente depois da Revolução Francesa (1789-99) que foram abolidas as primeiras leis de confisco de propriedades assim como difamações ao suicida (VENEU, 1994). Na Inglaterra, apenas em 1870 que as leis referentes à apreensão de propriedades foram abolidas e segundo Alvarez (1999, p.61), “em 1961 ainda era possível mandar para a prisão um suicida que não tivesse sucesso em sua tentativa”. Na Irlanda o suicídio foi considerado um crime até 1993 (JAMINSON, 1999).

Como base nas literaturas existentes, percebe-se uma recriminação milenar do suicídio. Contudo, o surgimento da ciência trouxe aos poucos o suicídio para uma discussão social, cultural, psicológica, fisiológica e econômica. O primeiro grande estudo científico sobre o suicídio foi uma compreensão sociológica de Émile Durkheim em 1897. Durkheim trouxe uma visão inovadora sobre o suicídio, compreendendo o ato, antes considerado individual e egoísta, como um acontecimento social. Desta forma, para Durkheim (2000), apesar de o suicídio ser considerado um ato de desespero de um sujeito que não quer mais viver, o grande número de suicídios de uma determinada sociedade, pede uma compreensão social e não somente individual.

Entretanto, apesar do suicídio ter se tornado um problema intelectual e científico nos últimos anos, é impossível desconsiderar os séculos de repreensão, seguidos de julgamentos, punições e condenações. Com base neste fato, é pertinente levantar a hipótese da construção histórica de reprovação do suicídio estar ainda hoje, de certa forma, submersa em nossa cultura humana.

2.2 TENTATIVAS DE SUICÍDIO E HOSPITAL

2.2.1 O Suicídio na realidade hospitalar: Procedimentos da equipe de saúde no hospital

A grande maioria dos indivíduos resgatados de uma tentativa de suicídio vão para o pronto socorro de um hospital geral. Por este motivo, a Organização Mundial da Saúde (2006), divulgou um artigo apresentando meios de prevenir o

suicídio. Segundo este artigo, os hospitais devem estar preparados para tratar o suicídio de maneira mais eficaz, seguindo assim, algumas normas específicas.

Primeiramente, os hospitais devem admitir e tratar imediatamente qualquer paciente. Segundo a OMS (2006), alguns hospitais se recusam a receber pacientes que tentaram cometer suicídio. Os motivos mais comuns para a não aceitação desses pacientes são: aumento da carga de trabalho, crença de que o paciente só está chamando atenção e medo de problemas legais caso o suicídio venha a se concretizar dentro do hospital. Essas atitudes frente ao paciente podem desencorajá-lo a procurar ajuda (OMS, 2006).

Além de aceitar e tratar o paciente, a OMS (2006) relata que no momento de liberação, alguns cuidados devem ser tomados. Uma reavaliação completa da saúde é recomendada, assim como orientação aos familiares da necessidade de acompanhamento psicológico e outras intervenções, se necessárias. Ainda, indicações e encaminhamentos para psicólogos, psiquiatras e agentes sociais locais devem ser realizadas para evitar futuras tentativas.

No Brasil, devido às publicações de planos de prevenção serem recentes, não há ainda uma procedimento padrão ou atendimento diferenciado no hospital ao paciente que tentou suicídio; com exceção dos hospitais que dispõem de serviços psicológicos. A realidade da emergência hospitalar, muitas vezes caótica, pode ser um obstáculo na humanização do atendimento ao paciente com sofrimento psíquico. Segundo Angerami-Camon (2004), um dos pioneiros da psicologia hospitalar e referência no assunto, a realidade do hospital apresenta muitas urgências graves como espancamentos, contusões e acidentes de trânsito; deste modo, a tentativa de suicídio é mais uma das violências a serem atendidas. Além disso, podem existir outras variáveis que impossibilitem um atendimento mais humanizado a esses pacientes, como possíveis limitações técnicas, altas jornadas de trabalho, e lotação nas unidades de emergência (SEBASTIANI, 1998). Contudo, apesar das possíveis limitações técnicas e estruturais, Angerami-Camon (2004) relata que, na maioria das vezes, a primeira dificuldade encontrada no pronto-socorro de um hospital é a insensibilidade da equipe de saúde frente aos aspectos emocionais do paciente que tentou suicídio.

2.2.2 Profissionais da saúde frente à tentativa de suicídio

A equipe de saúde, em sua formação acadêmica, aprende a cuidar especificamente do corpo orgânico. E mais tarde, no campo de trabalho, a equipe trata do corpo físico doente. Assim, os aspectos emocionais e existenciais frente à morte são, na maioria das vezes, pouco trabalhados (ANGERAMI-CAMON, 2004; BRAGA, 2004).

Devido ao pouco entendimento dos aspectos psicológicos e emocionais envolvidos em uma tentativa de suicídio, a reação negativa da equipe da saúde frente ao paciente suicida pode ser prejudicial. Segundo Cassorla (1991, p.151), "a equipe de saúde costuma lidar com esse tipo de paciente com desprezo agressivo, às vezes chegando-se próximo ao maltratado. Esse desprezo será tanto maior quanto menor a gravidade do quadro orgânico". Essa atitude pode ser percebida através do relato desta paciente:

> Tentei morrer. Não sei se a dose de remédios que tomei não foi suficiente. A verdade é que comecei a passar muito mal. Tive vômitos e muita dor de cabeça. Daí, levaram-me ao pronto socorro, então percebi o que significava buscar a solução de nossos problemas através da morte. **Os médicos me desprezavam, as enfermeiras pareciam interessadas na provocação de dor. Até as atendentes vinham me olhar como se fosse um animal raro em extinção no zoológico**. Pude então perceber de forma clara o que significa o ato de suicídio: uma busca da morte onde não se quer morrer, e sim livrar-se desse mundo egoísta que enlouquece e tortura. E quando não conseguimos atingir nossos propósitos, a sociedade, através de seus representantes-médicos, enfermeiros, policiais etc.- nos imputam todos os tipos de prevaricação (ANGERAMI-CAMON, 2002 apud ANGERAMI-CAMON, 2004, p.51, grifo nosso).

Em seu estágio curricular de enfermagem psiquiátrica, Sampaio e Boemer (2000), relatam que muitos pacientes, ao chegarem agressivos após a tentativa, são sedados e deixados em seu leito. Além disso, podem sofrer o preconceito da equipe médica, e receber comentários maldosos. Contudo, estes comportamentos agressivos por parte da equipe de saúde, podem ocorrer devido aos "sentimentos de impotência, frustração, de fragilidade, diante dos ataques violentos de ordem emocional que recebe de seu paciente." (CASSORLA, 1991, p.153).

Ainda, o sentimento de impotência e frustração de alguns profissionais da saúde frente ao paciente suicida, pode ser um reflexo da falta de preparo para lidar com os aspectos psicológicos. Brocker (2007), em sua tese “O comportamento autodestrutivo e o impacto junto aos profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar”, analisou a atitude de 118 enfermeiros do Hospital São Lucas (PUCRS) frente ao suicídio. Desses profissionais, 70% não se consideravam preparados para lidar com o paciente com risco de suicídio. E ainda, muitos não se sentiam capazes de diferenciar uma tristeza de uma depressão.

Para lidar com esta carência e auxiliar na atenção aos aspectos emocionais, alguns hospitais, hoje em dia, estão implantando serviços de psicologia. Angerami-Camon (2004, p.52), após anos trabalhando em serviços de psicologia em diversos hospitais, afirma: “sem margem de erro [...] nossa atividade é considerada bem sucedida quando, além de atender o paciente, conseguimos sensibilizar a equipe de saúde para aspectos emocionais do suicídio.” O autor ressalta a importância da inserção do psicólogo no hospital, uma vez que o mesmo pode trazer contribuições não somente ao paciente, mas também à equipe.

2.2.3 O trabalho do psicólogo hospitalar

A participação do psicólogo na rede de saúde pública acontece em torno de 1970 devido à necessidade de ações preventivas no âmbito da saúde. Em decorrência do surgimento da nova concepção de saúde e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil houve o desenvolvimento de equipes multidisciplinares nos setores públicos, incluindo psicólogos. A partir dos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, o cidadão passou a ter direito a saúde física, mental e social. Assim, os psicólogos foram introduzidos as novas áreas de atuação que ultrapassam os consultórios e se estendem às instituições, sendo uma delas, o hospital (KAHALE, 2003).

Kahhale descreve que a inserção do psicólogo nos hospitais tem como objetivo principal facilitar o tratamento fisiológico, ou seja, auxiliar na recuperação da saúde física do paciente, por meio de psicoterapia breve, através da remoção de estressores causados pela hospitalização (KAHHALE, 2003). Desta forma, assim

como o psicólogo pode auxiliar na recuperação da doença física, parece então adequado levantar a hipótese, de sua presença ser imprescindível quando conflitos psicológicos estão seriamente envolvidos na hospitalização do paciente, como por exemplo, uma tentativa de suicídio. Segundo Angerami-Camon (2004), a presença do psicólogo é satisfatória e pode auxiliar a equipe de saúde a compreender um pouco mais sobre os fatores envolvidos no suicídio.

As tentativas de suicídio são consideradas crises de emergência. Para Di Biaggi (2002), psicóloga supervisora do Serviço de Psicologia Hospitalar no Hospital Brigadeiro de São Paulo e supervisora do Serviço de psicologia do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, a psicoterapia breve, utilizada no hospital, é muito eficiente em crises de emergência. Quando se trata de uma crise, o atendimento psicológico tem a finalidade de tratar o sintoma e trazer o alívio ao paciente o mais rápido possível. Shneidman (1993) concorda com esta intervenção, afirmando que em uma crise de alto risco, por exemplo, em uma tentativa de suicídio, o principal objetivo é diminuir a letalidade da situação e auxiliar o paciente a reconsiderar outras opções. Desta forma, segundo Di Biaggi (2002), o psicólogo estaria auxiliando na minimização do sofrimento e na reestruturação funcional do paciente, além de aliviar a sintomatologia e oferecer apoio e orientação. Esta intervenção psicológica, portanto, é propícia para um paciente que se encontra na emergência de um hospital, em crise, e com alto risco de tentar novamente o suicídio.

Angerami-Camon (1998a, p.1), respondeu a uma entrevista do jornal do Conselho Regional de Psicologia (CRP) sobre as diferenças entre a atuação do psicólogo em casos de suicídio no hospital e na psicoterapia:

> No suicídio ele tem uma especificidade bastante clara. Trabalhávamos com a pessoa no momento agudo do desespero. Então configura também a minimização do sofrimento da hospitalização. Estamos atenuando aquele desespero naquele momento que configura a hospitalização. Depois, sim, é que vai ser deliberado que tipo de encaminhamento deve ser feito.

A entrada do psicólogo no hospital, ainda segundo Angerami-Camom (1998b), é importante devido ao fato dos profissionais de psicologia estarem preparados para lidar com os aspectos emocionais do paciente e de minimizar o sofrimento causado

pela hospitalização. Desta forma, sua inserção estaria beneficiando tanto os pacientes, quanto os profissionais da saúde.

2.3 FATORES DE RISCO CORRELACIONADOS À TENTATIVA DE SUICÍDIO

Segundo Kay Jaminson (1999), uma das maiores autoridades internacionais no estudo do Transtorno de Humor, há um considerável número de estudos científicos publicados que nos permite identificar as condições que predispõem um indivíduo a cometer suicídio. É atualmente possível identificar fatores correlacionados com o suicídio como: quais os transtornos mentais e temperamentos de risco, e quais circunstâncias sociais e eventos específicos podem desencadear um sofrimento intenso no indivíduo. Além disso, Jaminson (1999, grifo do autor) afirma que é possível saber *quem* comete suicídio (gênero, idade, grupo social), além de *como* e *quando* (métodos, lugares, horários e estações do ano). O grande problema, segundo a autora, está em entender o *porquê* comentem suicídio.

O filosofo Albert Camus (s/d) já dizia que, compreender o motivo do suicídio, ou seja, se a vida vale à pena ser vivida ou não, seria responder a principal pergunta da filosofia. Contudo, apesar da pergunta não ter sido ainda respondida, a compreensão dos fatores correlacionados aos motivos pelo qual um indivíduo comete suicídio é o primeiro passo para tentar preveni-lo.

2.3.1 Fatores psiquiátricos e psicológicos

Segundo o Manual de Prevenção ao Suicídio (2000a, 2000b) da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da saúde (2007), existem alguns fatores psicológicos, como transtornos mentais e estado mental propício, envolvidos nos suicídios e nas tentativas de suicídio. Muitos dos principais estudiosos do suicídio citam os transtornos mentais como um dos principais fatores que interferem e influenciam na possibilidade de desencadear um suicídio futuro (JAMINSON, 1999; OMS, 2000a, 2000b; CAVANAGH et al., 2003; REINECKE, 2003; JOINER,

2005; BOTEGA et al., 2006; BRASIL, 2006a). Segundo Canavagh et al. (2003), 95% dos indivíduos que cometeram suicídio possuíam algum transtorno mental. Este estudo reafirma o estudo de Clark e Fawcett (1992) de que um diagnóstico psiquiátrico pode ser feito em 93-95% dos casos de suicídio (apud BOTEGA et al*.,* 2006*).* Contudo, apesar deste dado alarmante, muitas pessoas que possuem um transtorno mental não cometem ou tentam suicídio. Assim, além da existência de um transtorno psiquiátrico, é observado um estado mental específico além de uma interação de fatores biológicos, sociais, econômicos, culturais e ambientais capazes de influenciar um episódio de tentativa de suicídio ou o próprio suicídio (CONNER et al., 2001; JAMINSON, 1999).

2.3.1.1 Transtornos mentais

O suicídio e o comportamento suicida são mais frequentes em alguns transtornos mentais do que em outros. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2000a, 2000b), os diagnósticos de mais risco são: transtornos de humor; transtornos de personalidade, especificamente anti-social e borderline; abusos de substância e alcoolismo; esquizofrenia, e transtorno mental orgânico.

Os transtornos de humor são os principais diagnósticos dos indivíduos que cometeram suicídio (OMS, 2000). Segundo Jaminson (1999, p.103, tradução nossa),

> os transtornos de humor, ou transtornos de humor em combinação com álcool e abuso de substância, são de longe a mais comum condição psiquiátrica associada com suicídio. Na verdade, algum tipo de depressão é quase essencial naqueles que se matam.[1]

De tal modo, há uma estimativa de que 30-70% das pessoas que cometeram suicídio serem vítimas de transtornos de humor, sendo que sua associação com álcool ou abuso de substância aumentaria ainda mais esta estimativa. Alguns autores (SHNEIDMAN, 1993; JAMINSON, 1999; JOINER, 2005) assim como a OMS

[1] "*Mood disorders, or mood disorders in combination with alcohol and drug abuse, are by far the most common psychiatric conditions associated with suicide. In fact, some type of depression is almost ubiquitous in those who kill themselves."* (texto original).

(2000), descrevem os sintomas da depressão em si como sendo um dos fatores influentes e geradores de uma dor psicológica intensa.

Dentro dos transtornos de humor, a depressão maior e transtorno bipolar aparecem com mais frequência. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais IV (DSM-IV, 2000), mais de 15% de pessoas com depressão maior cometem suicídio. Enquanto no transtorno bipolar, além de 10-15% também morrerem por suicídio, as tentativas e ideação suicida aparecem com mais frequência nos episódios depressivos e de mania. No Brasil, um estudo no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, com adolescentes, mostrou que 75% dos indivíduos que tentaram suicídio eram suspeitos de possuir um transtorno mental, sendo que desses, 28% receberam o diagnóstico de depressão maior (FEIJÓ et al.,1996) . Segundo Reinecke (2003), o suicídio está fortemente ligado a fatores clínicos, principalmente à depressão.

Além dos transtornos de humor, os transtornos de personalidade também estão relacionados ao suicídio e ao comportamento suicida. Contudo, dois transtornos específicos de personalidade, o transtorno de personalidade borderline e o transtorno de personalidade anti-social, são os que mais causam mortes por suicídio (JAMINSON, 1999; OMS, 2000a, 2000b; JOINER, 2005).

No transtorno de personalidade borderline, há uma constante instabilidade nos relacionamentos interpessoais, comportamentos impulsivos e autodestrutivos, sentimentos de vazio e medo de abandono, episódios de extrema raiva, mudanças de humor, além de automutilação e comportamento suicida. Os sintomas deste transtorno, como a impulsividade, agressividade e comportamento de automutilação, influenciam na possível passagem da ideação suicida para o ato em si (JAMINSON, 1999; DSM-IV, 2000). Segundo Joiner (2005), através da prática do comportamento de automutilação ocorre uma familiarização com o comportamento suicida, podendo assim, resultar a competência de cometer suicídio durante um episódio de raiva ou de impulsividade. Um dado preocupante mostra que a cada quatro indivíduos com transtorno borderline, aproximadamente três tentam suicídio e 5-10% se matam de fato (JAMINSON, 1999).

O transtorno de personalidade anti-social geralmente tem início na infância e se caracteriza pela excessiva agressividade e crueldade física, falta de respeito pelo direito dos outros e falta de empatia, assim como pouca capacidade de sentir remorso. Este perfil pode ser encontrado em muitos psicopatas e sociopatas.

Assim como no transtorno borderline, o transtorno anti-social apresenta sintomas que podem gerar um comportamento suicida como impulsividade, agressividade, episódios de raiva extrema, além do envolvimento em situações arriscadas como brigas, abuso de substâncias e imprudências sexuais (JAMINSON, 1999; DSM-IV, 2000).

O alcoolismo e abuso de substância apresentam também um grande risco de suicídio, principalmente por estar muitas vezes associada a outro transtorno mental. Segundo Jaminson (1999), tanto no alcoolismo quanto no abuso de substâncias os indivíduos podem continuar a usar compulsivamente suas substâncias apesar de possíveis problemas financeiros, sociais, físicos, pessoais e até legais. O uso de álcool e de substâncias químicas com o propósito de automedicação é comum em muitos transtornos, porém, esta combinação é na maioria das vezes uma das principais causas do suicídio. Ainda segundo a autora (1999, p.128, tradução nossa): "duas em cada três pessoas com transtorno maníaco-depressivo [transtorno bipolar], e uma em cada quatro pessoas com depressão possuem problemas significativos com álcool ou abuso de drogas."[2] Além disso, as estimativas para os indivíduos com esquizofrenia, são igualmente altas.

A esquizofrenia também é citada como um dos transtornos que pode desencadear um suicídio ou comportamento suicida. Além da grande maioria dos indivíduos diagnosticados com esquizofrenia sentirem grande sofrimento psíquico, podem também sofrer alienação social, incapacidade de ter relacionamentos afetivos e de se manter financeiramente. Segundo Alec Roy (1992, p.205, tradução nossa), ganhador do prêmio de honra da Associação Internacional de Prevenção ao Suicídio pelas suas contribuições ao estudo do suicídio,

> aproximadamente 10% dos esquizofrênicos morrem por suicídio. O esquizofrênico que comete suicídio tende a ser do sexo masculino, jovem, solteiro, vulnerável à depressão, se encontra nos primeiros anos do desenvolvimento do transtorno e já teve alguma tentativa no passado. O período de liberação após a tentativa é o período de maior risco.[3]

---

[2] "*Two of every three people with manic-depression, and one of every four with depression, have substantial alcohol or drug abuse problems."* (texto original).

[3] "*Approximately 10% of schizophrenics die by committing suicide. The schizophrenic who commits suicide tends to be male, young, unmarried, vulnerable to develop depression, is in the first few years of illness and has made a past suicide attempt. The postdischarge period is a time of increased risk."* (texto original).

Por último, os transtornos mentais orgânicos são os caracterizados por doença ou lesão cerebral podendo ser primária ou secundária. Apesar do número de mortes serem menores em comparação aos outros, segundo a OMS o transtorno mental orgânico é responsável por 1% dos suicídios.

2.3.1.2 Estados mentais

Segundo a OMS (2000), há três características próprias do estado mental de um indivíduo suicida: ambivalência, impulsividade, e rigidez. Essas características são geralmente expressas através da fala, mas podem também ser características da própria pessoa ou até sintoma de um transtorno mental.

A ambivalência está relacionada aos sentimentos confusos quanto ao desejo de morrer, ou seja, acabar com o sofrimento, e ao desejo de viver. Segundo o Manual de Prevenção do Suicídio da OMS (2000), muitos indivíduos com comportamento suicida não querem de fato morrer. Shneidman, fundador da Associação Americana de Suicidologia, acredita que as pessoas que cometeram suicídio são ambivalentes quanto à vida e morte no momento em que estão se matando. Para o autor (apud Joiner, 2005, p.53, tradução nossa), "eles desejam morrer e simultaneamente desejam ser resgatados" [4]. Finalmente, este fato pode ser observado e comprovado pelo meio de relatos de pessoas que iniciaram uma tentativa letal de suicídio e se arrependeram:

> Algumas pessoas que pularam de lugares muito altos e sobreviveram relatam terem se arrependido enquanto estavam no ar. Por exemplo, [...] um homem que pulou da *Golden Gate Bridge* [São Francisco, CA] disse 'eu percebi instantaneamente que tudo na minha vida que eu pensei que fosse irreparável eram reparáveis- menos o fato de ter pulado.' Outro sobrevivente da *Golden Gate Bridge* [...] disse, 'meu primeiro pensamento foi: Que merda que eu acabei de fazer? Eu não quero morrer.' [5] (JOINER, 2005, p.53, tradução nossa).

---

[4] "*They wish to die and they simultaneously wish to be rescued."* (texto original)

[5] "*Some people who have jumped from high places and survived report that they very much regretted their act in midair. For instance, as previously noted, a New Yorker article in 2003 by Tad Friend quotes a man who had jumped off the Golden Gate Bridge and survived: 'I instantly realize that everything in my life that I'd thought it was unfixable was totally fixable- except for having Just jumped.' Another Golden Gate Bridge survivor, quoted in the same article, said, 'My first thought was: What the hell did I just do? I don't want to die'."* (texto original).

A impulsividade, tendência de agir sem pensar, é a segunda característica presente no indivíduo suicida. Segundo a OMS (2000, p.12), “o suicídio é um ato impulsivo [...] e usualmente desencadeado por eventos negativos do dia-a-dia.” Além da impulsividade ser um sintoma dos transtornos de personalidade citados anteriormente, o estudo de Corruble et al. (1999) demonstra que a impulsividade pode ser também um traço ou estado dos indivíduos com depressão que tentaram cometer suicídio. Desta forma, tanto a impulsividade como um traço de personalidade próprio, quanto um sintoma de transtorno são característicos em suicídio e comportamento suicida.

Por fim, a última característica de estado mental é a rigidez. Para a OMS (2000, p.12), “quando pessoas são suicidas, seus pensamentos, sentimentos e ações estão constritos”, ou seja, “elas constantemente pensam sobre suicídio e não são capazes de perceber outras maneiras de sair do problema.” Esta rigidez, ou seja, pensamento dicotômico foi percebido em vários pacientes suicidas (LEVENSON & NEURINGER, 1971; NEURINGER, 1964; PATSIOKAS, CLUM, & LUSCOMB, 1979, apud PERRAH & WICHMAN, 1987; BECK et at., 1997, REINECKE, 2003). Ainda, Bartfai et al. (1990), em um experimento realizado com pacientes hospitalizados após uma tentativa de suicídio, demonstram que pacientes suicidas tem pouca habilidade de resolver problemas e gerar ideias quando nenhuma alternativa é fornecida.

2.3.2 Fatores sócio-demográficos

Assim como fatores psicológicos, os fatores sócio-demográficos e ambientais podem influenciar, uma vez que a causa não é uni fatorial, no suicídio e no comportamento suicida. Quanto às características demográficas principais, a OMS (2000) destaca: sexo, idade, estado civil, profissão, desemprego e migração.

Quanto ao sexo, é correto afirmar que os homens cometem mais suicídio enquanto são as mulheres que mais tentam suicídio (OMS, 2000a, 2000b; MARÍN-LEON; BARROS, 2003; BRASIL, 2006a). Segundo Joiner (2005), a probabilidade de o homem cometer suicídio é quatro vezes maior, enquanto a probabilidade das mulheres tentarem suicídio é três vezes maior. Este dado é exceção na China, onde

aproximadamente o mesmo número de mulheres e homens cometem suicídio. No Brasil, no entanto, assim como em grande parte do mundo, os homens cometem mais suicídio que as mulheres (D'OLIVEIRA, 2008).

A alta taxa de suicídio quanto à faixa etária, segundo a OMS (2000), ocorre em jovens de 15-35 anos e em idosos acima dos 75 anos. No Brasil, as taxas de mortalidade aumentam a partir dos 70 anos (D'OLIVEIRA, 2008). Segundo Kapczinski et al. (2001), as consequências do envelhecimento, como por exemplo incapacidades físicas e isolamento social, estão diretamente ligados as motivações deste grupo para o suicídio.

Além da idade avançada, o estado civil também pode oferecer risco. Segundo a OMS (2000), há maior risco de suicídio entre os indivíduos divorciados, viúvos, solteiros, e também, os que vivem sozinhos. Segundo Kaplan e Sadock (1995) ser solitário é um fator de risco. A falta de relações sociais e vínculos afetivos tornam o indivíduo mais propenso ao risco de suicídio, e assim, suscetível a cometê-lo (KAPCZINSKI et al., 2001; SUOMINEM et al., 2004).

Quanto à profissão, os profissionais da saúde são os que mais se suicidam. A OMS (2000) destaca médicos, veterinários, farmacêuticos, químicos e agricultores. Segundo Sebastiani (1998, p.32),

> em relatório sobre estatísticas de suicídio por categoria profissional apresentado em 1992 pela OMS, os profissionais da saúde ocupavam um preocupante segundo lugar, perdendo apenas para jornalistas. Esse dado é corroborado pela divulgação de outro relatório da Secretária da Saúde do Rio de Janeiro em julho de 1997, assinalando que no ano anterior 40% dos casos de suicídio registrados na cidade do Rio de Janeiro foram de médicos.

O desemprego e a migração são dois fatores relacionados com o suicídio. A perda de emprego, mais do que "estar desempregado", pode ser um problema. Assim como a migração, seja de área rural para área urbana, diferentes regiões ou países podem causar fragilidade e influenciar no comportamento suicida (OMS, 2000, p.11).

2.3.3 Fatores ambientais

Além dos fatores sócio-demográficos, os fatores ambientais merecem atenção especial pela sua alta correlação com suicídio e comportamento suicida. Os fatores ambientais são classificados em três categorias principais: estressores da vida, facilidade de acesso e exposição ao suicídio (OMS, 2000).

Os estressores da vida podem ser problemas interpessoais, rejeição, perdas, mudanças, problemas financeiros, e ainda, sentir-se extremamente envergonhado ou ameaçado. Por exemplo, o político americano Robert Budd Dwyer acusado injustamente de receber uma alta quantia de dinheiro, fez um pronunciamento nacional expressando sua frustração:

> [...] agora minha vida mudou, sem uma razão aparente. As pessoas que me telefonam e escrevem estão exasperadas e sentindo-se desamparadas. Eles sabem que eu sou inocente e quero ajudar. Mas neste país, a maior democracia do mundo, não há nada que eles possam fazer para evitar que eu seja punido por um crime que eles sabem que eu não cometi. Alguns disseram que eu era um Jó dos tempos modernos [...].Eu peço àqueles que acreditam em mim para continuarem com sua amizade e que rezem pela minha família, que continuem a trabalhar por um verdadeiro sistema judicial aqui nos Estados Unidos, e que continuem com os esforços para me ratificar, assim minha família e suas futuras famílias não ficarão maculadas pela injustiça que está sendo perpetrada sobre mim [...] (WIKIPÈDIA, 2008, nota de suicídio).

Após o pronunciamento, Dwyer retira uma arma de um envelope e se mata em rede nacional. Um recente estudo na Finlândia demonstrou que 80% dos suicídios ocorreram recentemente após um evento estressante. Dos eventos estressores citados, 28 % tiveram problemas no trabalho, 23 % problemas familiares, 22 % doença somática, 18 % problemas financeiros, 16 % desemprego, 14 % separação, 13 % morte, e 12% doença na família (HEIKKINEN et al., 2007).

Segundo Botega (2006), a perda recente de uma pessoa e o luto mal elaborado da perda pode funcionar com desencadeante de um comportamento suicida. Assim como indivíduos que cresceram em ambientes hostis e receberam um tratamento abusivo (PRIETO, 2002; BOTEGA, 2006). A falta de um ambiente familiar, e ou relações estáveis também oferecem risco ao suicídio (RAPELLI, 1997;

GASPARI, 22002; BOTEGA, 2006). Ainda, outros fatores de risco são: desemprego, isolamento social, histórico de suicídio, histórico de doenças.

O histórico de suicídio, assim como tentativas anteriores de suicídio, são fatores de risco significativos (OMS, 2000a, 2000b; CAVANAGH, 2003; BRASIL, 2006a). Segundo Kapczinski et al. (2001), é caracterizado alto risco de suicídio o sujeito que possui múltiplas tentativas, onde a possibilidade de salvamento é mínima e o método é letal.

O fácil acesso a um método de cometer suicídio também aumenta as possibilidades do ato vir a se materializar. O recente estudo de Faria et al. (2006) discute a possibilidade da alta taxa de suicídio da região agrícola no Rio Grande do Sul estar associada ao acesso aos venenos pesticidas. Outro estudo, realizado com adolescentes dos Estados Unidos, demonstrou que a presença de uma arma de fogo em casa aumentava significativamente o risco de suicídio (BRENT et al., 1993, apud CONWELL et al*.,* 2002). O acesso imediato a um meio de cometer suicídio pode então aumentar drasticamente os riscos de suicídio.

Por último, a OMS (2000) cita também a exposição ao suicídio como um fator ambiental de risco, ou seja, presenciar um suicídio, tanto na vida real quanto pela mídia, pode produzir um efeito motivador. Émile Durkheim (2000, p. 140), em seu estudo sociológico do suicídio, já afirmava que “não há dúvidas de que a ideia do suicídio se transmite por contágio”, sendo ainda segundo o autor, talvez, o fenômeno social que mais facilmente causa contágio. Fazendo uma breve revisão de literatura, é possível identificar e corroborar esta hipótese através de alguns exemplos.

Em 1933, duas estudantes subiram o Monte Mihara, no Japão. Uma delas, antes de cometer suicídio pulando dentro do vulcão, relatou a sua amiga que seria cremada e suas cinzas levadas aos céus. Mais tarde, o boato se espalhou, e aos poucos a história se transformou em uma força cultural. Segundo Jaminson (1999), as mortes começaram a ocorrer com tal frequência que turistas subiam o Monte Mihara para assistir aos suicídios. Ao final do ano, pelo menos 140 pessoas tinham se jogado no vulcão. Assim como o primeiro suicídio no Monte Mihara, a publicação do livro “Os sofrimentos do jovem Werther” de Goethe, em 1774, também teve consequências significativas. O livro, narrado pelo jovem Werther, revela seus sofrimentos frente ao amor não correspondido de Carlota, resultando em seu trágico suicídio. Após a publicação da obra, houve uma onda de suicídios na Europa. Muitos

jovens da época se suicidaram da mesma maneira e com as mesmas roupas que o jovem Werther, e ainda, muitos tinham o livro perto do corpo. Com o objetivo de acabar com o contagio, o livro foi banido na Itália, Alemanha e Dinamarca. O evento foi tão significativo que o sociólogo David Phillips, em 1974, utilizou o termo “efeito de Werther” para descrever os suicídios por contágio. (JAMINSON, 1999, p. 278).

Com base em todos os fatores correlacionados ao suicídio, psicológicos, fisiológicos, sócio-demográficos e ambientais, pode-se perceber que a causa do suicídio não é uni - fatorial e sim, muitas vezes, uma interação entre esses fatores. O conhecimento desses fatores pode auxiliar na prevenção ao suicídio, uma que vez que este conhecimento poderá auxiliar os profissionais da saúde na sua intervenção junto ao paciente.

2.4 ATENDENDO O PACIENTE

O suicídio é

> um grito de socorro que pode dar certo, provocando um movimento de apoio e reestruturação, ou que, ao contrário, pode provocar mais agressões, vindas de pessoas próximas ou de uma equipe assistencial despreparada para atender esses casos (BOTEGA, 2006, p. 438)

Desta forma, pergunta-se, como atender um paciente suicida? Como identificar o risco de suicídio? O que perguntar e o que não perguntar?

A Organização Mundial da Saúde elaborou alguns Manuais de Prevenção ao Suicídio para as mais diversas populações alvo. No que se refere aos profissionais da saúde, a OMS elaborou um Manual de Prevenção ao Suicídio aos médicos e clínicos gerais (2000b), e profissionais da saúde primária (2000a). Assim como a OMS, o Ministério da Saúde do Brasil também elaborou um manual de Prevenção do Suicídio em 2007 para os profissionais da saúde mental. Todos os manuais têm fundamentalmente as mesmas informações, por exemplo, a descrição dos fatores relacionados ao suicídio, (citados pela autora ao longo deste trabalho), assim como a descrição dos meios de atender e lidar com o paciente com risco de suicídio. Segundo a OMS (2000a; 2000b), existem alguns comportamentos que são

indispensáveis ao atender pessoas com ideação suicida como, ouvir atentamente, ser empático, passar mensagens não verbais de aceitação, expressar respeito pela opinião do outro, conversar honestamente, mostrar preocupação e focar nos sentimentos da pessoa. Para Botega (2006), os profissionais da saúde devem tentar estabelecer um vínculo de confiança desde o começo, enquanto, por outro lado, a ideia de que o paciente tentou suicídio para manipular os outros deve ser abandonada.

A postura do profissional da saúde frente ao paciente é discutida por Angerami-Camon (2004) em seu livro "Urgências Psicológicas no Hospital". Ao refletir sobre a postura de "distanciamento crítico", onde o profissional se afasta para entender a dor do outro em sua totalidade, Angerami-Camon (1998b, p.51) recorre à Merleau-Ponty para reavaliar esta postura e defender o contato humano e genuíno com o outro:

> Ao expor seu sofrimento, o paciente não apenas revela sua dor, mas também a sua configuração de valores, ou até mesmo a maneira como toca tangencialmente o seu próprio universo perceptivo. Embora não possamos abarcar a totalidade de sua dor no dimensionamento daquilo que ele sente, ainda assim tenho como compreendê-lo em sua configuração de desespero. Torno esse encontro decididamente humano, onde a dor tangível na relação será aliviada, não apenas pela sua compreensão, mas também, e principalmente, pelo aspecto humano e humanitário que este encontro apresentará.

Além do contato com o outro e compreensão, a empatia genuína, também citada pela OMS, é uma postura indispensável do profissional da saúde frente ao paciente suicida. Angerami-Camon (1998b, p.52) define empatia como uma "atitude onde o profissional da saúde se envolve com o doente de um modo singelo sem o estabelecimento de qualquer barreira". Na empatia, o profissional compreende e é capaz de vivenciar de alguma forma a emoção sentida pelo outro, em outras palavras, ele é capaz de entender que "a dor do outro não é a minha dor, mas ela me dói" (COPPE apud ANGERAMI-CAMON, 1998, p.61).

> A empatia genuína é algo que nos torna capaz de um envolvimento com a dor do paciente na sua condição humana, estabelecendo-se uma relação interpessoal entre dois humanos. A dor circunstancialmente está presente na pessoa do paciente, mas igualmente pode, a qualquer momento, manifestar-se também na figura do profissional da saúde. Por outro lado, a própria configuração de sofrimento e de empatia com a dor do outro não nos torna mais ou menos eficientes em nossa *performance* profissional. Ao contrário, sem dúvida, podemos afirmar que será muito mais ampla e

> profunda, com nossa condição humana sendo exercida em sua totalidade (ANGERAMI-CAMON, 1998, p.56, grifo do autor).

Com base nas informações oferecidas pela OMS (2000a; 2000b) e pelo Ministério da Saúde (2007), ao atender o paciente com ideação suicida, é importante, ouvir atentamente o outro, não julgá-lo, tentar compreender sua dor, ser empático, e por fim demonstrar preocupação e cuidado. Além disso, o Manual de Prevenção ao Suicídio ressalta algumas recomendações de como não se comunicar, como por exemplo, interromper com frequência, ficar muito chocado, dizer que está ocupado, tratar ou colocar o paciente em uma posição de inferioridade, e fazer comentários ou perguntas invasivas. Desta forma, conclui-se que “uma abordagem calma, aberta, de aceitação e de não-julgamento é fundamental para facilitar a comunicação” (OMS, 2000a, p. 14).

2.4.1 Abordando e lidando com o paciente suicida

Segundo a OMS (2000b), ao abordar um paciente suicida, três aspectos devem ser levados em consideração, o estado mental atual, o plano suicida atual (plano, método, e data) e sistema de apoio social.

Desde o primeiro atendimento, os profissionais da saúde devem tentar estabelecer um vínculo de confiança e de apoio além do comportamento de vigilância. Este vínculo de confiança pode aliviar o estado mental do paciente, uma vez que, na maioria das vezes, o primeiro atendimento ocorre em situações desfavoráveis, como na emergência de um hospital (BOTEGA, 2006).

Além do estado mental, o plano suicida também deve ser levado em consideração. Segundo o Manual de Prevenção ao Suicídio da OMS, a melhor maneira de descobrir sobre a existência de pensamentos e planos suicidas no paciente é perguntando ao mesmo. Aconselha-se a questionar primeiramente como o paciente se sente e seguir gradativamente para as perguntas mais específicas, como por exemplo, se este possui um plano, os meios para colocá-lo em ação e data. As perguntas devem ser feitas aos pacientes com “cuidado, preocupação e compaixão” (OMS, 2000b, p.18). Corroborando com a OMS, Botega (2006, p.439)

descreve com precisão a maneira como os profissionais devem questionar o paciente:

> O profissional deve partir de perguntas mais abrangentes, não-diretivas, incentivando o paciente a falar livremente, sobretudo, sobre seus problemas, sentimentos e motivações. Gradualmente, passa a investigar ideação suicida. Perguntas objetivas devem, então, ser feitas com o intuito de contribuírem para a avaliação do risco de suicídio.

2.4.2 Identificando o risco de novas tentativas de suicídio

A avaliação do risco de suicídio está diretamente ligada aos fatores de risco citados ao longo do trabalho. Os fatores de risco mais alarmantes são, a presença de um transtorno mental e/ou tentativas prévias de suicídio (OMS, 2000b; BRASIL, 2006a) . Contudo, como foi descrito anteriormente, não há um único fator responsável e sim uma interação de fatores que podem resultar em um risco de suicídio ao sujeito. Desta forma, é necessário ter conhecimento dos fatores de risco para que se possa avaliar e identificar se o paciente possui risco alto, médio ou baixo de suicídio.

Conforme Kapczinki et al. (2001) a avaliação de risco no hospital ocorre com o paciente que já se encontra fora de risco de vida, e os sinais vitais já estão estáveis.

Segundo Botega (2006), um dos principais estudiosos do suicídio e organizador da versão brasileira do Manual de Prevenção ao Suicídio publicado pelo Ministério da Saúde, é necessário obter alguns dados do paciente durante a primeira entrevista. Os dados a serem coletados são: caracterização do ato suicida, tais como método, circunstância, e intencionalidade; dados epistemológicos (fatores de risco e eventos de vida); fatores predisponentes; aspectos psicodinâmicos (conflitos, motivos, fantasias sobre a morte); antecedentes pessoais e familiares; modelos de identificação; dados sobre saúde física e dados sobre a rede de apoio. A partir desses dados, os profissionais devem formular ideias sobre sua personalidade e de seus mecanismos de adaptação.

Ainda, caso seja necessário, Botega (2006) indica o uso de algumas escalas para medir o risco de suicídio. Entre elas, o autor cita a Escala de Intencionalidade Suicida e de Ideação Suicida e a Escala de Desesperança de Beck.

Segundo Kapczinski et al. (2001, p.152), “o conhecimento desses fatores [de risco] permite o médico avaliar e quantificar com relativa segurança o risco de suicídio, decidir pela internação ou não do paciente, bem como estabelecer um prognóstico confiável”. Apesar de o autor ter citado a avaliação como responsabilidade do médico, o conhecimento dos fatores de risco devem ser de todos os profissionais. Sendo assim, quanto à avaliação, todos os fatores de risco citados no capítulo anterior devem ser levados em consideração e devem ser investigados.

2.4.3 Possíveis ações frente ao paciente com risco de suicídio

Além disso, a OMS (2000b) oferece aos profissionais da saúde uma lista de ações necessárias a serem tomadas de acordo com o risco de suicídio do paciente. Para os pacientes com baixo risco, ou seja, pacientes que desejam morrer, mas ainda não possuem um plano, as ações indicadas são: oferecer apoio emocional, deixar o paciente falar sobre seus sentimentos, ajudá-lo a lembrar de problemas anteriores que foram resolvidos sem necessidade de recorrer ao suicídio e encaminhá-lo a um profissional de saúde mental.

Para pacientes com médio risco, ou seja, pacientes que já possuem um plano de se matar, mas não planejam fazê-lo imediatamente, as ações recomendadas são: oferecer apoio emocional, focalizar no sentimento de ambivalência até que o desejo de viver seja mais forte que o desejo de morrer, procurar de alternativas além do suicídio, fazer um contrato verbal, encaminhar para um profissional de saúde mental e entrar em contato com o grupo de apoio social do paciente (OMS, 2000b).

E finalmente, para um paciente com alto risco de suicídio, ou seja, paciente que tem um plano, um meio e ainda pretendem efetuá-lo num futuro próximo, as ações necessárias são: não deixar a pessoa sozinha, remover qualquer

objeto que possa facilitar o meio, fazer um contrato, entrar em contato com um profissional de saúde mental e informar a família (OMS, 2000b).

A internação hospitalar é aconselhada quando há risco iminente de suicídio. Além disso, a internação é indicada quando há a necessidade de obter mais dados sobre o paciente, determinar o risco, auxiliar no restabelecimento da confiança nas relações, resgatar de uma situação estressante, ou provocar a conscientização da família. Após a internação do paciente, algumas ações devem ser tomadas, como por exemplo, remover objetos pontiagudos, colocar o paciente em um leito de fácil observação, de preferência, longe da janela, e enfatizar o risco de suicídio no prontuário além de acompanhar o estado mental (BOTEGA, 2006).

De acordo com a OMS (2000b, grifo nosso), os principais recursos que um profissional da saúde deve ter ao lidar com o paciente suicida são: compromisso, sensibilidade, conhecimento e preocupação. Por fim, o Manual de Prevenção ao Suicídio discorre uma lista do que fazer e não fazer com o paciente: O profissional deve: ouvir, demonstrar empatia e ficar calmo; ser afetuoso e dar apoio; levar a situação a sério e verificar o grau de risco; perguntar sobre tentativas anteriores; explorar as outras saídas, além do suicídio; perguntar sobre o plano de suicídio; fazer um contrato; identifique outras formas de apoio emocional; remova os meios; e fique com a pessoa caso o risco seja alto. O profissional não deve: ignorar a situação; ficar chocado; falar que tudo vai ficar bem; desafiar a pessoa; fazer o problema parecer trivial; dar falsas garantias; jurar segredo; e deixar a pessoa sozinha.

3 MÉTODO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A presente pesquisa possui natureza quali-quantitativa. Pode-se considerar quantitativa, pois a coleta e análise de dados utilizam técnicas estatísticas através de medidas de variáveis pré-estabelecidas, com base na literatura (MICHEL, 2005). E também qualitativa, pois fornece interpretações sobre os dados coletados.

Quanto aos objetivos desse trabalho, esta pesquisa é descritiva, uma vez que identifica e descreve o conhecimento dos profissionais de saúde de um hospital geral sobre os fatores de risco envolvidos na tentativa de suicídio, e possíveis ações em atendimento. (GIL, 2007; SANTOS, 2001). Quanto ao delineamento, esta pesquisa se caracteriza como um levantamento que ocorre através da “interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer” (GIL, 2007, p. 50).

3.2 PARTICIPANTES

A população alvo da presente pesquisa são os profissionais da saúde que atuam em hospitais gerais. Para esta pesquisa, os profissionais da saúde em foco foram médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, uma vez que, estes profissionais possuem uma maior probabilidade de entrar em contato com um paciente com risco/tentativa de suicídio no hospital geral. A amostra desta pesquisa é de 35 profissionais da saúde, sendo eles 3 auxiliares de enfermagem, 11 enfermeiros, 8 médicos, 4 psicólogos, e 9 técnicos de enfermagem, conforme quadro 1 a seguir:

Sujeito	Idade	Sexo	Escolaridade	Profissão	Tempo de Experiência
Sujeito 1	35	Feminino	Superior	Aux. de Enfermagem	8 anos
Sujeito 2	26	Masculino	Superior	Aux. de Enfermagem	5 anos
Sujeito 3	50	Feminino	2º Grau	Aux. de Enfermagem	31 anos
Sujeito 4	32	Feminino	Superior	Enfermeira	7 anos
Sujeito 5	37	Feminino	Superior	Enfermeira	10 anos
Sujeito 6	35	Feminino	Superior	Enfermeira	8 anos
Sujeito 7	55	Feminino	Pós Graduação	Enfermeira	10 anos
Sujeito 8	23	Feminino	Superior	Enfermeira	1 ano
Sujeito 9	24	Feminino	Superior	Enfermeira	1 ano
Sujeito 10	27	Feminino	Superior	Enfermeiro	2 anos
Sujeito 11	37	Feminino	Superior	Enfermeiro	15 anos
Sujeito 12	27	Feminino	Superior	Enfermeiro	3 anos
Sujeito 13	31	Feminino	Pós Graduação	Enfermeiro	6 anos
Sujeito 14	33	Feminino	Superior	Enfermeiro	8 anos
Sujeito 15	27	Feminino	Superior	Médica	2 anos
Sujeito 16	38	Masculino	Pós Graduação	Médico	14 anos
Sujeito 17	37	Masculino	Superior	Médico	15 anos
Sujeito 18	26	Feminino	Superior	Médico	1 ano
Sujeito 19	24	Masculino	Superior	Médico	1 ano
Sujeito 20	31	Feminino	Superior	Médico	7 anos
Sujeito 21	27	Masculino	Superior	Médico	2 anos
Sujeito 22	27	Masculino	Superior	Médico	4 anos
Sujeito 23	26	Feminino	Pós Graduação	Psicóloga	2 anos
Sujeito 24	42	Feminino	Pós Graduação	Psicóloga	20 anos
Sujeito 25	51	Feminino	Pós Graduação	Psicóloga	23 anos
Sujeito 26	36	Feminino	Superior	Psicóloga	1 ano
Sujeito 27	28	Masculino	Superior	Tec. De Enfermagem	2 anos
Sujeito 28	55	Feminino	2° Grau	Téc. de Enfermagem	19 anos
Sujeito 29	37	Feminino	2° Grau	Téc. de Enfermagem	9 anos
Sujeito 30	38	Feminino	2° Grau	Téc. de Enfermagem	9 anos
Sujeito 31	51	Feminino	2° Grau	Téc. de Enfermagem	30 anos
Sujeito 32	26	Feminino	Superior	Téc. de Enfermagem	6 anos
Sujeito 33	26	Feminino	2º Grau	Téc. de Enfermagem	4 anos
Sujeito 34	43	Feminino	2º Grau	Téc. de Enfermagem	19 anos
Sujeito 35	28	Feminino	2º Grau	Téc. de Enfermagem	5 anos

Quadro 1- Perfil dos sujeitos pesquisados.
Fonte: Elaboração da autora, 2009.

3.3 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Foi necessário para esta pesquisa folhas de papel A4, canetas esferográficas, computador, impressora, *pendrive*, livros, termos de consentimento

livre e esclarecido, artigos relacionados com o tema da presente pesquisa e manuais de Prevenção ao Suicídio da Organização Mundial da Saúde.

3.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE

O ambiente utilizado para a coleta de dados foi a residência dos sujeitos pesquisados, após seu consentimento e conforme sua disponibilidade. O ambiente para coleta de dados tinha condições ambientais favoráveis, sem interrupções, com poucos ruídos externos, boa luminosidade e temperatura adequada. Estas condições ambientais foram apresentadas aos participantes durante o contato.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados utilizado neste estudo é um questionário semi-aberto contendo 17 itens, conforme Apêndice A. O questionário foi construído com base no conteúdo dos Manuais de Prevenção ao Suicídio da Organização Mundial da Saúde (2000a; 2000b) e do Ministério da Saúde (2006), uma vez que o questionário pretende identificar o conhecimento dos profissionais da saúde acerca do suicídio conforme preconiza estes mesmo manuais. Os itens do questionário foram construídos a partir dos objetivos específicos. Quanto ao conhecimento acerca dos fatores de risco, foram desenvolvidas questões (1 a 10) para identificar os fatores de risco psicológicos, sócio-demográficos e ambientais, conforme foram descritos no referencial teórico. Para contemplar o conhecimento das possíveis ações no atendimento ao paciente suicida foram desenvolvidas questões (11 a 17) relacionadas à comunicação, identificação de risco, e modo de agir.

Foram realizados dois testes pilotos no instrumento de coleta de dados para identificar possíveis falhas quanto à estrutura do questionário, compreensão das perguntas e tempo necessário para conclusão. A partir deste teste piloto, foi

possível reescrever as questões 11 e 12 de modo que se tornassem mais claras, sem modificar, contudo, os objetivos das questões.

3.6 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

3.6.1 Procedimento de seleção dos participantes

A seleção dos participantes aconteceu a partir do método de amostragem bola de neve, ou seja, sucessivas indicações de participantes a partir dos participantes iniciais até que obtenha o número total da amostra (FREITAS et al., 2000). Os participantes iniciais desta pesquisa foram dois indivíduos das relações pessoais da pesquisadora, sendo elas duas enfermeiras. Após a coleta de dados, os mesmos identificam outros participantes pertencentes a mesma população-alvo.

3.6.2 Procedimento de contato com os participantes

Os primeiros contatos foram com indivíduos das relações pessoais da pesquisadora, onde, os objetivos da pesquisa foram apresentados de forma resumida, e foi solicitado o contato telefônico de possíveis participantes. As médicas forneceram cada uma, 11 e 7 contatos de possíveis participantes, e as enfermeiras forneceram 15 e 11 contatos.

A partir dessas indicações, foi realizado por meio telefônico o primeiro contato com os possíveis participantes. Neste contato foram apresentados os objetivos da pesquisa, e o comprometimento ético envolvido. Foi questionada a disponibilidade de participação do mesmo, sendo esta participação voluntária e anônima.

Por se tratar de um assunto que pode emergir sentimentos fortes, foram esclarecidos possíveis riscos e desconfortos apresentados pela pesquisa, e o direito de não participar e/ou interromper o questionário a qualquer momento. Para os sujeitos que concordaram em participar, as condições ambientais para a coleta de

dados foram explicitadas para que o agendamento de local e horário propicie essas condições. A pesquisadora se colocou a disposição para ir até a residência dos participantes, quando esta era a melhor opção para os mesmos.

3.6.3 Procedimento de coleta dados

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisul conforme registro no CEP n° 08.618.7.07.III e parecer emitido em data de 26 janeiro de 2009.

Durante o contato inicial descrito anteriormente, foi agendado um encontro para a aplicação do questionário. Dos possíveis participantes indicados, 12 dos 18 profissionais indicados por uma das enfermeiras concordaram em participar da pesquisa e forneceram o endereço da onde a coleta poderia acontecer. O horário em que a coleta ocorreu foi estabelecido neste primeiro contato telefônico. Desses 12 participantes, apenas 2 tiveram problemas externos aonde foi necessário adiar a coleta.

Dos possíveis participantes indicados pela segunda enfermeira, 9 dos 12 se colocaram a disposição e concordaram em participar da pesquisa. A coleta ocorreu da mesma maneira que os anteriores. Sendo assim, neste primeiro momento foi possível obter a participação de 21 profissionais.

Devido ao fato de muitos participantes trabalharem no mesmo local, e conforme sugestão dos mesmos, 4 aplicações foram realizadas durante o período de folga desses participantes, e em grupos (máximo 4 pessoas). Nestes casos, foi solicitado que não fizessem nenhum comentário, e que chamassem a pesquisadora caso sentissem algum desconforto e quisessem interromper a pesquisa. Os profissionais levaram em média de 10-15 minutos para responder o questionário.

Devido à facilidade na obtenção de indicações de profissionais da saúde para participar da pesquisa, uma vez que após o encontro com os primeiros participantes, cada um indicou mais 1 ou 2 profissionais, foi solicitado ao CepUnisul autorização para aumentar a amostra de participantes. Desta forma, esse processo de indicações se prosseguiu até que se conseguisse 35 participantes.

Durante o encontro, os participantes foram novamente informados sobre os objetivos da pesquisa, o tempo médio despendido para responder o questionário e o direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido foram assinados e os participantes responderam o questionário. Os questionários foram respondidos na presença da pesquisadora, para evitar que os sujeitos participantes possam vir a procurar as repostas do questionário em outras fontes, além de oferecer suporte caso o participante venha a se mobilizar com a pesquisa. Contudo, não houve nenhum caso de mobilização.

3.6.4 Procedimento para análise de dados

Nesta pesquisa foi utilizada análise estatística para as questões fechadas e análise de conteúdo para as questões abertas. As respostas das questões fechadas foram colocadas em uma planilha Excel e um gráfico de frequência foi construído. Os dados quantitativos foram analisados e discutidos com base na bibliografia existente.

Por outro lado, para as questões abertas (1.1, 6.1, 12.1, 13.1, 15) foi utilizado análise de conteúdo com categorias formadas a partir das respostas de maior frequência dos participantes, e nomeadas com base nas informações contidas nos Manual de Prevenção de Suicídio.

As questões 1.1 e 6.1 pertencem ao primeiro objetivo específico e apresentam respectivamente o conhecimento sobre os transtornos mentais e as situações de estresse de risco que apresentam risco ao suicídio.

A partir da questão 1.1 foram formadas as seguintes categorias: transtorno de humor, esquizofrenia, dependência química, ansiedade, síndrome do pânico, e transtorno de personalidade. A partir da questão 6.1 foram formadas as categorias: desemprego, problemas financeiros, mortes e perdas, problemas interpessoais (com subcategorias: conflitos amorosos, problemas afetivos, isolamento, problemas familiares), estresse, traumas e abusos, e por último abuso de drogas.

As questões 12.1, 13.1, 15 pertencem ao segundo objetivo específico e apresentam respectivamente o conhecimento sobre a comunicação, identificação de risco, e possíveis ações tomadas pelos profissionais da saúde.

A partir da questão 12.1 foram formadas as categorias: acolhimento/conforto, sem julgamento, linguagem clara, abertura, ouvir, e por último, respostas referentes à ação (com subcategorias: auxílio psicológico, identificar fatores de risco, internação e medicação). A partir da questão 13.1 foram formadas as categorias: tentativas prévias e/ou ideação suicida, situações ambientais de risco, plano de suicídio e meios, existência de rede de apoio, capacidade de encontrar alternativas, histórico familiar, existência de transtornos mentais. E por fim, a partir da questão 15 foram formadas as seguintes categorias: segurança e restrição, encaminhamento, articulação com rede de apoio, modo de comunicação, atendimento ambulatorial, avaliação de risco, e contrato.

O conteúdo obtido na coleta de dados foi analisado e discutido a partir dos dados contidos nos Manuais de Prevenção ao Suicídio da OMS descrito com detalhe no referencial teórico e pesquisas científicas sobre o mesmo tema.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Este capítulo de apresentação e análise de dados será dividido em dois subcapítulos, seguindo os objetivos específicos. Primeiramente, serão apresentados e analisados os dados referentes ao conhecimento dos profissionais de saúde quanto aos possíveis fatores de risco de suicídio. No subcapítulo seguinte, serão apresentados e analisados os dados referentes ao conhecimento desses profissionais quanto às possíveis ações em atendimento. Uma vez que esta pesquisa possui natureza quanti-qualitativa, as respostas dos profissionais para as questões abertas serão apresentadas por meio de categorizações, enquanto as respostas para questões fechadas do questionário serão apresentadas em forma de gráficos. Os eixos dos gráficos terão cores vermelhas, verdes e cinzas. Os eixos de cores verdes correspondem às respostas corretas, conforme consta nos Manuais de prevenção (OMS, 2000a; 2000b; BRASIL, 2000a), os vermelhos correspondem às incorretas, e os cinzas correspondem às respostas em que o participante relatou não saber a resposta.

Esta pesquisa teve como objetivo identificar o conhecimento dos profissionais da saúde acerca do suicídio conforme preconiza os Manuais de Prevenção da OMS (2000a; 2000b) e do MSB (BRASIL, 2006a). Assim sendo, o instrumento de coleta de dados foi elaborado com base nos dados contidos nesses Manuais. Logo, as respostas serão consideradas corretas ou incorretas conforme indicam as informações contidas nesses documentos.

Contudo, é importante ressaltar aqui, que esta pesquisa não pretende analisar o conteúdo desses Manuais, muito menos avaliar as informações neles contidas. Sendo assim, o foco principal da pesquisa é identificar o que os profissionais sabem desses Manuais, uma vez que são esses os únicos documentos de informação e prevenção ao suicídio oferecido pelo Ministério da Saúde e pela OMS.

4.1 CONHECIMENTO QUANTO AOS POSSÍVEIS FATORES DE RISCO DE SUICÍDIO

O ato do suicídio e as tentativas de suicídio são decorrentes de uma série de fatores. Reinecke (2003, p.87) afirma que os fatores de risco podem ser “necessários e/ou suficientes” para que uma pessoa venha de fato a cometer suicídio. Sendo assim, o conhecimento quanto aos fatores de risco é de extrema importância para que se possa identificar o real risco de suicídio de um indivíduo.

As questões de 1 a 10 do instrumento de coleta de dados estão relacionadas aos fatores de risco envolvidos no suicídio. Dessa forma, a apresentação dos dados terá como base a sequência das questões apresentadas no questionário. Primeiramente será apresentado o conhecimento dos profissionais pesquisados quanto aos riscos psiquiátricos e psicológicos (transtornos mentais, estados mentais). Logo, será apresentado o conhecimento quanto aos fatores de risco sócio-demográficos (sexo, faixa etária, estado civil) e ambientais (estressores de vida, acesso ao método, exposição ao suicídio, tentativas anteriores). Por último, conhecimento dos profissionais quanto aos mitos sobre o suicídio.

4.1.1 Aspectos psiquiátricos e psicológicos

4.1.1.1 Transtornos mentais

Os Transtornos Mentais são frequentemente citados em pesquisas como um significante indicativo de risco de suicídio. Essas pesquisas apontam que mais de 90% das pessoas que cometeram suicídio possuíam um transtorno mental diagnosticado (JAMISON, 1999; OMS, 2000a, 2000b; CAVANAGH et al., 2003; JOINER, 2005; BOTEGA et al., 2006). Além disso, os Manuais citam os transtornos mentais como um dos principais fatores de risco do suicídio (OMS, 2000a; 2000b; BRASIL, 2006a). Com base nesses dados, pode-se dizer que, dos 35 profissionais da saúde que participaram da pesquisa, 34 afirmaram corretamente que os

transtornos mentais são um fator de risco ao suicídio. Entre esses 34 profissionais, os transtornos mais citados como sendo de risco foram depressão e esquizofrenia, conforme ilustra o quadro 2 a seguir:

CATEGORIAS	UCE	FREQ.
Transtorno de Humor	“depressão, transtorno bipolar”	**30**
Esquizofrenia	“esquizofrenia”	**21**
Dependência Química	“dependência química”	**9**
Ansiedade	“ansiedade”	**3**
Síndrome do Pânico	“síndrome do pânico”	**3**
Transtorno de Personalidade	“transtorno de personalidade borderline”	**3**

Quadro 2- Transtornos mentais.
Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Conforme se pode observar no quadro 2, 30 dos 34 profissionais participantes citaram algum **transtorno de humor**, “*depressão” e/ou “transtorno bipolar*”, como um fator de risco ao suicídio, fazendo desse transtorno, o mais mencionado. A resposta dos participantes é corroborada pela literatura, uma vez que os transtornos de humor, principalmente depressão e transtorno bipolar, são os mais frequentes em pessoas suicidas. Segundo Murphy (1985 apud REINECKE, 2003), a forte relação entre depressão e tendência suicida pode ser comprovada tanto em pesquisas existentes, quanto em observações de experiências clínicas e cerca de 80% das pessoas que cometeram suicídio apresentavam um quadro de depressão no momento em que consumaram o ato.

O segundo transtorno mental mais citado pelos participantes, 21 dos 34, foi a “*esquizofrenia*”. A **esquizofrenia** é citada nos Manuais de Prevenção ao Suicídio do Ministério da Saúde e da OMS também como um dos fatores de risco.

Conforme Roy (1992), os sintomas referentes à esquizofrenia, como isolamento social e dificuldade de relacionamentos, aumentam o risco desses pacientes. Além disso, segundo o autor, cerca de 10% das pessoas que possuem esquizofrenia irão morrer por suicídio. Esses dados parecem apoiar as respostas dos profissionais quanto ao risco envolvido no diagnóstico de esquizofrenia.

A **dependência química** e o abuso de substâncias são apontados pela literatura como um fator significativo de risco para o suicídio, principalmente quando associado a outro transtorno mental (JAMISON, 1999; OMS, 2000a; 2000b; REINECKE, 2003; BRASIL, 2006a). Os suicídios são mais frequentes em indivíduos que combinam transtorno de humor com abuso e/ou dependência química (JAMISON, 1999). Cerca de 5 a 10% dos indivíduos dependentes do álcool irão acabar morrendo por suicídio. Além disso, cerca de 33% dos suicídios estão ligados à dependência ao álcool (BRASIL, 2006a). Com base nesses dados, percebe-se uma significante correlação entre suicídio e dependência química. Contudo, dos 34 participantes que assinalaram os transtornos mentais como fatores de risco, apenas 9 citaram dependência química e/ou abuso de substância como um fator de risco.

Não se pode afirmar com certeza, de que o fato dos outros 25 participantes não terem citado dependência química em suas respostas, indica o desconhecimento de risco do mesmo, contudo, parece ser um dado significativo para discussão e questionamento.

Beck (1992 apud REINECKE, 2003) relata que após a crise suicida ter passado, pode-se pensar em meios de tratar os problemas do paciente referentes à dependência ao álcool e/ou ao abuso de substância. Contudo, antes que possam levantar discussões acerca do que pode ser feito pelo profissional da saúde ao detectar este risco em um paciente hospitalizado, é necessário que o mesmo tenha conhecimento do risco envolvido neste grupo. Assim, pode-se levantar a suposição de que somente a partir deste conhecimento, o profissional poderá agir de forma mais eficaz, como por exemplo, encaminhá-lo para um profissional de saúde mental, e/ou informar à rede social do paciente sobre os riscos envolvidos, e a necessidade de tratamento.

Nas categorias subsequentes, apenas 3 profissionais da saúde citaram a **ansiedade**, **síndrome do pânico** e o **transtorno de personalidade** como transtornos de risco ao suicídio. O transtorno de personalidade borderline é indicado pela literatura como um transtorno de risco, principalmente pelo fato de seus

sintomas terem a capacidade de incitar comportamentos suicidas (JAMINSON, 1999).

Assim como os transtornos de personalidade, a ansiedade é citada por 3 profissionais. Os transtornos de ansiedade são indicados como risco no Manual do MSB (BRASIL, 2006a). Por outro lado, o transtorno do pânico, também citado por 3 profissionais, não é citado por nenhum Manual como um fator de risco. Com base nas informações contidas nos manuais, as respostas referentes ao transtorno do pânico estariam incorretas. Contudo, apesar do objetivo da pesquisa não ser a avaliação das informações contidas dos manuais, seria importante citar que pesquisas recentes indicam também o transtorno de pânico como fator de risco (REINECKE, 2003).

Sendo assim, o fato de não serem citadas no manual, não necessariamente desconsidera as respostas desses profissionais. Apesar dos transtornos de humor estarem associados ao suicídio com maior frequência, os transtornos mentais em geral podem ser geradores de grande sofrimento psicossocial, e sendo assim, devem sempre ser levados em consideração.

Com base nas informações citadas acima, pode-se dizer que o conhecimento dos sujeitos pesquisados quanto aos transtornos mentais envolvidos tem como referência os transtornos de humor e as esquizofrenias. Os manuais também citam os transtornos de personalidade antissocial, narcisista e histriônico, e o transtorno mental orgânico como transtornos de risco. Contudo, nenhum desses foi citado pelos participantes da pesquisa. Sendo os transtornos mentais agentes de possível sofrimento psíquico, e um fator de risco significativo, cabe-se refletir se, o conhecimento existe e apenas não foi citado ou se realmente o conhecimento se limita aos transtornos de humor e psicoses.

Em resumo, quanto aos fatores psiquiátricos, verificou-se grande conhecimento acerca dos riscos envolvidos em indivíduos com depressão e esquizofrenia (30 e 21 respectivamente de 35 profissionais). Contudo, verificou-se pouco conhecimento acerca dos riscos envolvidos em indivíduos com dependência química e/ou alcoolismo (9). E ainda, nenhum ou quase nenhum conhecimento sobre os riscos envolvidos em indivíduos com transtornos de personalidade borderline (3), transtorno de ansiedade (3), transtornos mentais orgânicos (0), e transtornos de personalidade antissocial (0).

4.1.1.2 Estados mentais

As três características próprias do estado mental de um suicida, segundo os manuais de prevenção são: ambivalência, impulsividade e rigidez. Para verificar o conhecimento quanto a esses estados mentais, foram elaboradas frases que indicassem essas características, e solicitado aos participantes que assinalassem os itens que acreditam ser verdadeiros. As respostas, conforme o gráfico 1, foram as seguintes:

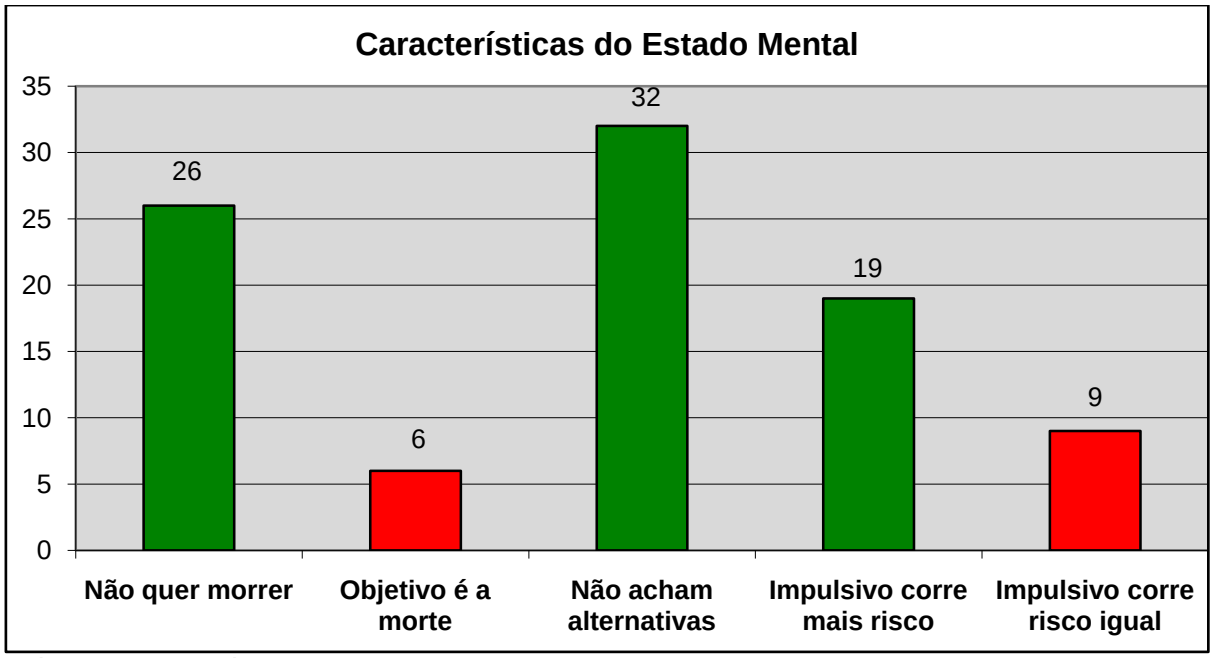

Gráfico 1- Característica do estado mental.
Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Segundo os resultados, 32 participantes acreditam corretamente que os sujeitos com ideação e/ou risco de suicídio geralmente *não conseguem achar alternativas para seus problemas*. Essa frase faz referência ao estado mental de rigidez, onde o suicida apresenta dificuldade de pensar em alternativas e/ou soluções para seus problemas. Shneidman (1993) acredita que o estímulo presente no suicida é uma dor psicológica muito intensa, caracterizando assim, o suicídio, como um estado mental. Para esse autor, a rigidez, ou a “visão de túnel” como ele se refere, é a incapacidade de verificar alternativas para suas ações. Esse fenômeno

resulta pensamento dicotômico, adotando “rigidamente uma perspectiva absolutista, de preto-ou-branco”, além do sujeito apresentar “dificuldades em reconhecer nuances, sutilezas ou alternativas relativistas” (apud REINECKE, 2003, p.85).

O fato dos profissionais pesquisados acreditarem que esta característica de rigidez está presente no sujeito suicida pode ser positivo. Segundo Reineck (2003) os terapeutas, neste caso os profissionais da saúde, podem ajudar ativamente o paciente a encontrar soluções, tomando uma posição de orientação racional frente às distorções cognitivas. Essa orientação, porém, não deve ser de confrontamento e sim de compreensão: “empatizar com o desespero do paciente, entender seus motivos para pensar em se destruir e reconhecer a crença de que não existem alternativas” (BECK et al., 1979, apud REINECKE, 2003, p.94).

Cabe questionar aqui, se esses profissionais se encontram preparados e se há viabilidade para que os mesmos desempenhem esse papel durante o atendimento no hospital, levando em consideração a dinamicidade do mesmo. Essas discussões parecem relevantes e seria conveniente aqui sugerir futuras pesquisas a respeito desses questionamentos. Contudo, o reconhecimento da rigidez como um estado mental característico do suicida pelos profissionais pesquisados, é o primeiro passo para a possibilidade de uma intervenção eficiente.

Além disso, 26 dos 35 participantes afirmaram corretamente acreditar que *o suicida não quer de fato morrer*, relacionando o suicida ao estado mental de ambivalência, em que o paciente deseja ao mesmo tempo morrer e ser resgatado (SHNEIDMAN, 1993). O reconhecimento desse estado de confusão pode auxiliar o profissional a compreender a dor do sujeito que tentou cometer suicídio e/ou com ideação suicida. Essa ambivalência poderia ser associada ao estado mental de rigidez, onde o paciente não quer de fato morrer, mas também não sabe como resolver seus problemas e/ou encontrar alternativas para os mesmos. Por outro lado, 6 participantes não acreditam nessa ambivalência, afirmando acreditar que o objetivo do suicida é a morte. Apesar de esta crença aparecer em apenas 6 participantes, seria adequado levar esse dado em consideração uma vez que a pesquisa não possui caráter representativo.

Quanto ao estado mental de impulsividade, 19 pessoas afirmaram corretamente que *o sujeito impulsivo corre mais risco de cometer um suicídio*, enquanto 9 afirmaram acreditar que o sujeito impulsivo corre risco como qualquer outra pessoa. Pode-se dizer que, com base nos resultados obtidos, grande parte dos

pesquisados respondeu de forma correta conforme o manual de prevenção do suicídio e literatura existente. Conforme citado no referencial teórico, a impulsividade aparece como um sintoma nos transtornos de personalidade além de ser um traço significativo em sujeitos depressivos que cometeram suicídio (CORRUBLE et al., 1999).

Além disso, uma pesquisa recente de Simon (2001) com 153 indivíduos que tentaram suicídio mostrou que 24% dos indivíduos pesquisados foram ao ato de suicídio dentro de 5 minutos após terem tomado a decisão de se matar. Enquanto outros 47% foram ao ato em menos de uma hora. Esse dado evidencia a influência da impulsividade no ato suicida. Desta forma, identificar essa impulsividade seria conveniente, levando em consideração que um sujeito impulsivo, possuindo os meios, se direcionaria ao ato do suicídio com maior rapidez, sem conseguir muitas vezes controlar seus impulsos.

Concluindo, quanto aos aspectos psicológicos, confirmou-se o conhecimento dos profissionais da saúde sobre os riscos envolvidos nos estados mentais de rigidez (32) e ambivalência (26), contudo, verificou-se menor conhecimento quanto aos riscos envolvidos com o sujeito impulsivo (19).

4.1.2 Fatores sócio-demográficos

Segundo a OMS (2000a, 2000b), os fatores sócio-demográficos podem exercer influência ao risco de suicídio. Com base nos fatores de risco sócio-demográficos citados nos Manuais e em literatura científica, verificou-se o conhecimento dos profissionais da saúde quanto ao sexo, idade, e estado civil de maior incidência e risco ao suicídio.

4.1.2.1 Sexo

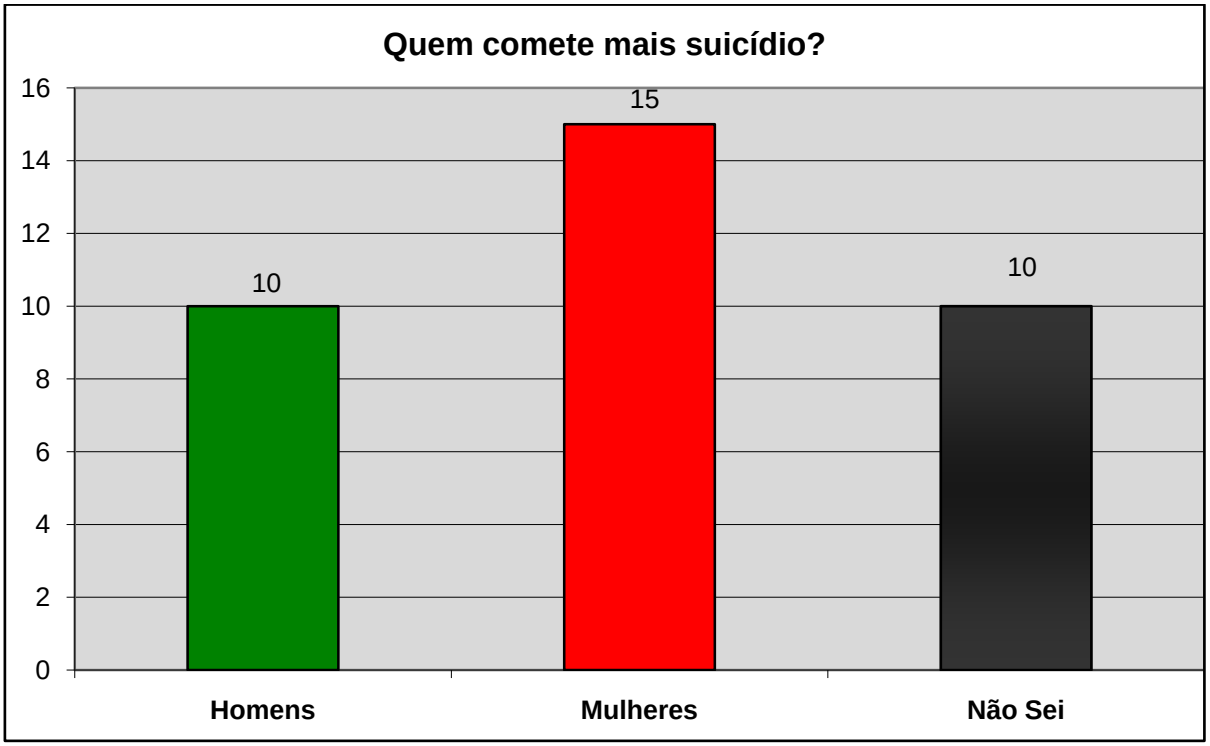

Gráfico 2- Sexo.
Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Quando questionado quem comete mais suicídio, dos 35 participantes, 15 responderam acreditar serem as mulheres, 10 participantes responderam acreditar serem os homens e 10 afirmam não saber a resposta (conforme gráfico 2). Contudo, em grande parte do mundo, com exceção da China, os homens cometem mais suicídio do que as mulheres (JOINER, 2005).

Confirmando a informação contida nos Manuais de prevenção, Marín-León e Barros (2003) realizaram uma pesquisa documental no Banco de Dados de óbito em Campinas investigando tendências de mortalidade de suicídio por sexo, e constataram que a mortalidade entre homens é superior em 2,7 do que entre as mulheres. Isso pode ocorrer, segundo os autores, devido ao fato das mulheres escolherem métodos menos agressivos para tentarem se matar, enquanto homens geralmente utilizam métodos mais fatais, como por exemplo, arma de fogo e enforcamento.

Devido ao fato das mulheres tentarem mais suicídio, pode-se levantar a

hipótese das mesmas serem internadas com mais frequência nos hospitais gerais. Isso explicaria o fato de quase 50% dos profissionais pesquisados acreditarem erroneamente que as mulheres cometem mais suicídio do que os homens.

4.1.2.2 Faixa etária

Quando questionado qual (is) a(s) faixa(s) etária(s) que os participantes acreditam apresentar maior risco de suicídio, 26 dos 35 participantes acreditavam serem *jovens adultos*, ou seja, entre 15 e 35 anos. A classificação dessa faixa etária foi baseada na classificação contida nos Manuais. Devido ao fato dessa pergunta estar no questionário como uma questão aberta, o critério de agrupamento das respostas foi de acordo com a maior proximidade das idades apresentadas. Por exemplo, os participantes que responderam "*20 a 40 anos*" foram incluídos no jovem adulto, enquanto os que responderam "*30 a 50 anos*" foram incluídos em adultos. A soma dos resultados é maior do que o número de participantes, uma vez que alguns citaram duas faixas etárias como maior risco.

Além de 26 participantes responderem jovem adulto, 9 dos 35 acreditam que os *adultos* apresentam maior risco, 3 acreditam serem os *idosos*, e 3 afirmaram não saber a resposta correta, conforme gráfico 3. As respostas inadequadas correspondem às respostas que não dizem respeito à faixa etária.

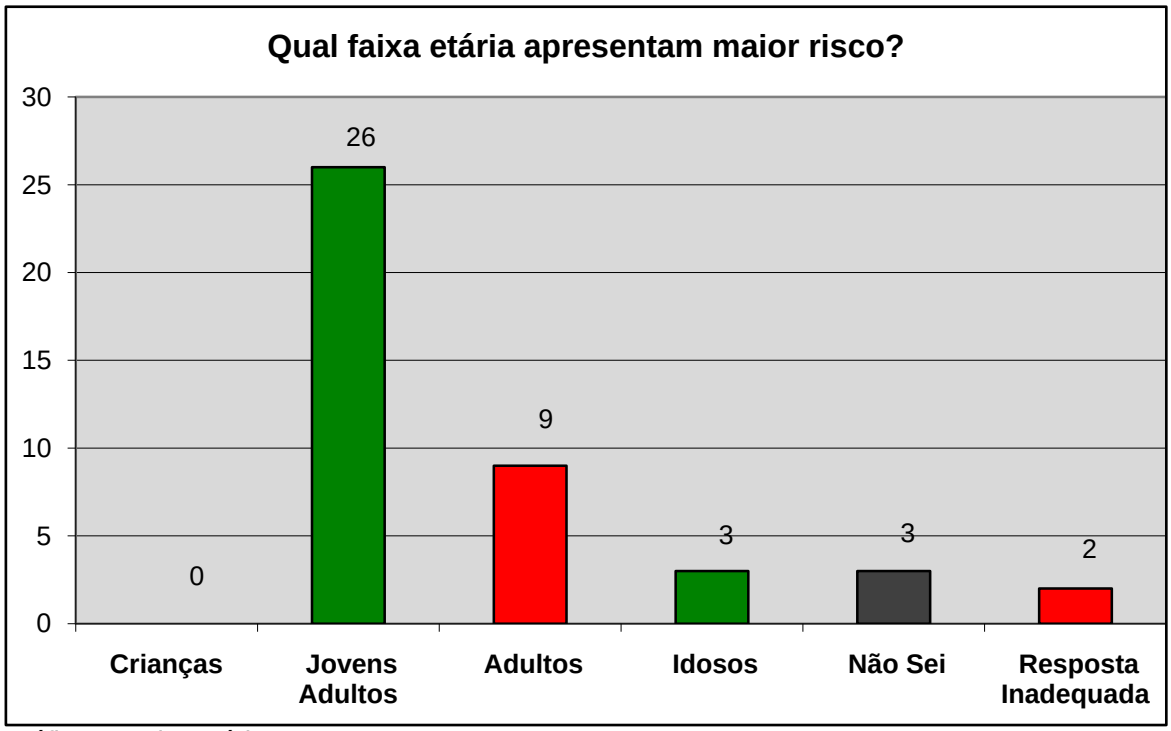

Gráfico 3- Faixa etária.
Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Segundo os Manuais de prevenção, as faixas etárias que apresentam maior risco de suicídio são jovens adultos (15-35 anos) e idosos acima de 75 anos. O manual para médicos clínicos gerais da OMS, contudo, especifica o risco em idosos a partir de 65 anos. Com base nesses dados, pode-se dizer que 26 dos 35 participantes responderam corretamente quanto ao risco envolvido em jovens.

Contudo, apenas 3 participantes citaram idosos como um grupo de risco ao suicídio. Segundo o último relatório da OMS (2003), o suicídio de idosos correspondeu a 7,5% do total naquele ano. Com o envelhecimento, o idoso pode enfrentar isolamento social, adoecimento, incapacidades físicas, perdas significativas, problemas financeiros decorrentes da aposentadoria, entre outros. (KAPCZINSKI et al., 2001; GAWRYSZEWSKI et al., 2004). Segundo Kapczinski et al. (2001, p.207), o suicídio "é um dos problemas mais importantes que se defrontam os profissionais que lidam com pessoas de 60 anos ou mais". Ainda segundo o autor, o suicídio pode atingir até 30% do total de suicídios em países desenvolvidos.

O fato de apenas 3 participantes terem citado os idosos parece demonstrar pouco conhecimento a respeito do risco envolvido nesse grupo. Além

disso, parece ser um dado significativo, levando-nos a questionar possibilidade de prevenção quando se falta conhecimento a respeito do risco envolvido.

4.1.2.3 Estado civil

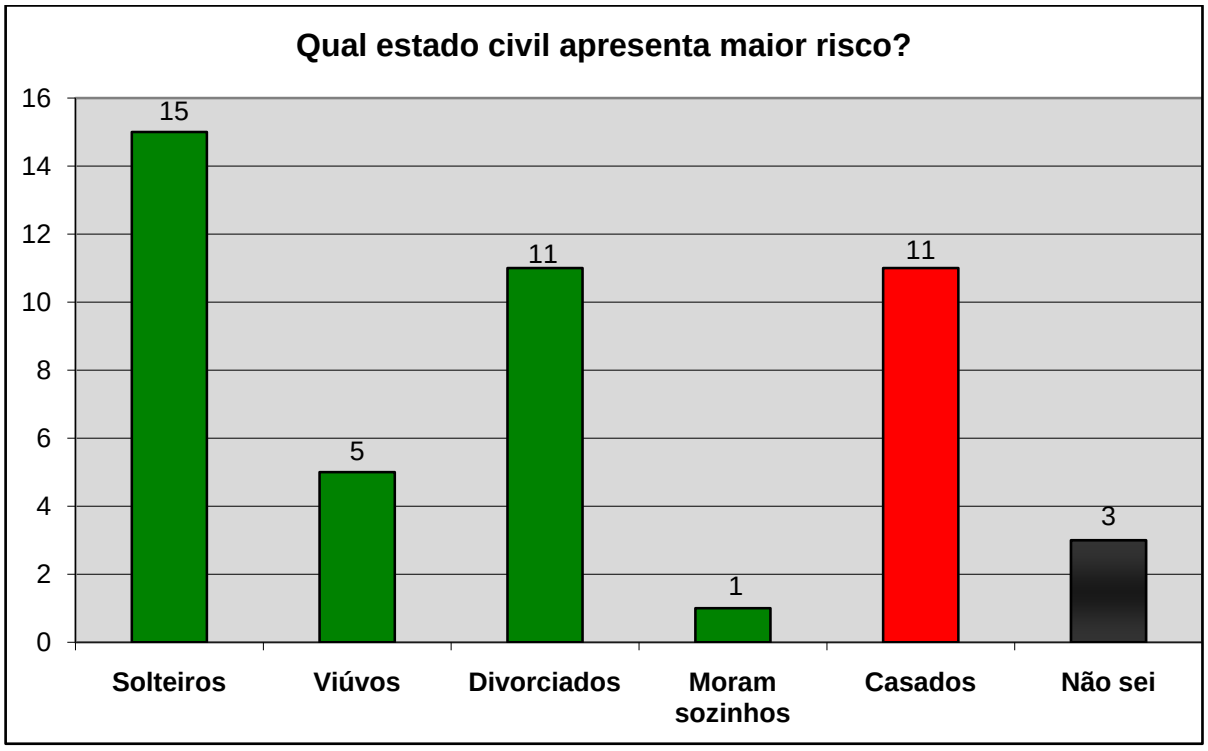

Gráfico 4- Estado civil.
Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Quando questionado qual (is) estado(s) civil(s) possuem maior risco de suicídio, 15 dos 35 participantes disseram acreditar ser os *solteiros*, 11 os *casados,* 10 responderam *divorciados*, 5 os *viúvos* e apenas 1 citou os que *moram sozinhos*. De todos os participantes, apenas 3 afirmaram não saber a resposta.

Segundo os manuais de prevenção, os que podem apresentar maior risco de suicídio são os que, de certa forma, não possuem um vínculo afetivo aparente, ou seja, solteiros, divorciados, viúvos, e os que moram sozinhos. Citados por Pacheco et al. (2004), os autores Botega e Meleiro (2002), Kaplan e Sadock (1999), e Taborda et al. (1995) afirmam que os divorciados são os que mais se suicidam seguidos dos viúvos e solteiros. Segundo os autores, esses grupos apresentam

maior risco devido ao fato de que possivelmente apresentam menos relacionamentos interpessoais.

Corroborando essa afirmação, Kapczinski et al. (2001, p.154) afirma que tanto relações interpessoais caóticas quanto a “ausência de relações interpessoais ou familiares (indivíduo isolado, poucos amigos, mora só)” são fatores que aumentam o risco de suicídio.

Os participantes da pesquisa que responderam “*solteiros*” em suas respostas, geralmente citavam outros estados civis que não possuíam como característica a presença de um relacionamento aparente, como por exemplo, viúvos e divorciados. Essas respostas estão corretas conforme a literatura existente. Contudo, os participantes que responderam “*casados”*, citaram apenas essa resposta.

A existência de bons relacionamentos afetivos, de estar casado ou ter um companheiro fixo, ter filhos, fazer parte de uma comunidade e ter uma religião, são fatores que diminuem o risco de suicídio (SUOMINEM et al., 2004). Conforme a OMS (2000a, 2000b), os casados não apresentam risco quando comparado aos indivíduos solteiros, divorciados, viúvos e que moram sozinhos. Sendo assim, pode-se dizer que 11 dos 32 participantes, afirmaram erroneamente que os sujeitos casados apresentam maior risco.

Contudo, conforme citado anteriormente, Kapczinski et al (2001) se refere aos riscos envolvidos em relacionamentos familiares tumultuados, assim como a OMS (2000a, 2000b) cita os problemas interpessoais como fatores de risco. Sendo assim, a resposta dos profissionais se justificaria caso os indivíduos casados estivessem envolvidos em um relacionamento caótico.

Essa hipótese foi possível ser levantada com base nas respostas dos profissionais referentes aos estressores de vida (discutido nos fatores ambientais a seguir), em que 10 participantes citaram problemas conjugais e decepções amorosas, e 5 citaram problemas afetivos como possíveis fatores de risco de suicídio.

É importante citar que, não se pretende aqui, questionar as representações sociais de casamento deste grupo de participantes. Pretende-se apenas levantar hipóteses e reflexões sobre os resultados obtidos.

A complexidade envolvida nos fatores de risco e a multiplicidade de dados fazem possível que se estabeleça relações e interações entre eles. Contudo, com

base nas informações contidas nos Manuais, é possível dizer que 11 participantes responderam erroneamente ao afirmar que os indivíduos casados apresentam maior risco de suicídio.

Por fim, quanto aos aspectos sócio-demográficos, verificou-se pouco conhecimento a respeito dos riscos relacionados a gênero, pois grande maioria dos profissionais acredita erroneamente que mulheres cometem mais suicídio (15), e 10 afirmam não saber a resposta. Quanto à faixa etária, identifica-se conhecimento acerca dos riscos envolvidos em adultos jovens, entre 15 a 35 anos, (26). No entanto, verificou-se muito pouco conhecimento sobre os riscos envolvidos em idosos (3). Quanto ao estado civil, verificou-se menor conhecimento sobre os fatores de risco envolvendo solteiros (15). E também, pouco conhecimento envolvendo divorciados (10), viúvos (5), e pessoas que moram sozinhos (1). E por fim, 11 acreditam erroneamente que indivíduos casados representam um grupo de risco.

4.1.3 Fatores ambientais

4.1.3.1 Estressores de vida

Segundo os manuais de prevenção assim como pesquisas científicas acerca do suicídio, os estressores de vida podem influenciar e/ou desencadear um ato suicida (CASSORLA, 1991; SHNEIDMAN, 1993; BOTEGA et al., 2006; HEIKKINEN et al., 2007). Uma vez que o comportamento suicida não é unifatorial, a existência de um estressor ambiental não necessariamente resultará em uma tentativa e/ou ideação suicida. Contudo, este pode vir a ser decisivo quando associado a outros fatores. Quando os profissionais da saúde participantes foram questionados se acreditam que situações de estresse durante a vida pode ser um fator de risco ao suicídio, 32 responderam que *sim*, 2 responderam que *não*, e apenas 1 afirmou não saber. Aos participantes que responderam sim, foi questionado quais situações poderiam oferecer risco. A pergunta aberta gerou respostas que foram categorizadas, conforme o quadro 3:

CATEGORIAS		UCE	FREQ.
Desemprego		“perda de emprego”	**14**
Problemas Financeiros		“problemas financeiros, dívidas”	**13**
Mortes e Perdas		“morte parentes/amigos”	**12**
Problemas Interpessoais	**Conflitos Amorosos**	“decepção amorosa”	**10**
	Problemas Afetivos	“problemas afetivos” “dificuldade relacionamento”	**5**
	Isolamento	“Solidão (não ter ninguém por perto)”	**5**
	Conflitos Familiares	“problemas familiares”	**3**
Estresse		“estresse”	**8**
Traumas e Abusos		“indivíduos que sofreram algum tipo de abuso ou injustiça”	**7**
Abuso de Drogas		“abuso de drogas”	**2**

Quadro 3- Estressores de vida.
Fonte: Elaboração da autora, 2009.

As categorias foram criadas e agrupadas de acordo com a frequência em que apareciam na resposta dos participantes. Ao total, foram formadas 9 categorias. Conforme se pode observar, o desemprego aparece com maior incidência, seguido dos problemas financeiros, mortes e perdas, e relacionamentos interpessoais. Também foram citados estresse, traumas e abusos, conflitos familiares, problemas na autoestima e abuso de drogas.

Os manuais de prevenção citam alguns estressores de vida que indicam maior risco de suicídio, sendo eles: problemas interpessoais, rejeição, eventos de

perda, problemas financeiros e no trabalho, mudanças na sociedade, sentimentos de vergonha, ameaça e culpa. Com base nessas informações, podemos observar que grande parte dos profissionais citou corretamente os fatores estressores que apresentam maior risco.

Primeiramente, 14 profissionais indicam o **desemprego** como o principal fator de risco. Segundo Botega et al. (2006), o fato de ter um emprego, uma ocupação e o sentimento de ser produtivo, seria considerado até uma forma de prevenir o suicídio. O fato de estar desempregado faz com que o sujeito não tenha, em grande parte, a sensação de pertencer a algo. Essa sensação pode desencadear o sentimento de desesperança e de isolamento social.

Depois do desemprego, 13 profissionais indicaram corretamente os **problemas financeiros** como fator de risco. Uma pesquisa descritiva realizada por Hesketh e Castro (1978) mostrou que, dos casos de tentativa de suicídio atendidos no Pronto-Socorro do Hospital Sobradinho (DF), os problemas sócio-econômicos são as principais causas de tentativa entre homens. Outras pesquisas também apontam problemas financeiros como fator de risco (BOTEGA et al., 2006; HEIKKINEN et al., 2007).

Levando em consideração a situação de instabilidade econômica em que o Brasil e o mundo se encontram, é conveniente ressaltar o adequado conhecimento dos profissionais da saúde que citaram o desemprego e problemas financeiros como fatores de risco. É importante levar em consideração que apesar da pesquisa de Hesketh e Castro ter sido em 1978, ainda hoje, o Brasil e o mundo depara-se com crises econômicas que podem elevar o risco de suicídio. Margaret Chan, diretora geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), declarou em uma reunião mundial em Genebra em outubro de 2008, que não se deve desprezar as possíveis perturbações que a crise financeira pode trazer. Ainda segundo Margareth Chan, a crise pode aumentar o número de transtornos mentais e de suicídios, uma vez que isso já ocorreu no passado, como por exemplo, em 1929 com a quebra da bolsa de valores de Nova York. A OMS publicou em janeiro deste ano (2009) a ata da reunião em Genebra contendo todas as discussões acerca dos possíveis riscos provenientes da crise financeira.

Além dos problemas financeiros, as **mortes e perdas** de familiares e amigos, e as perdas, também foram citadas por 12 profissionais da saúde como fatores de risco ao suicídio. Essa resposta é corroborada pela informação contida

nos manuais de prevenção ao suicídio. Segundo Cassorla e Smeke (1994) a sociedade atual se sente confusa ao ter que lidar com mortes e perdas, fato que dificulta o processo de elaboração do luto. Em algumas pessoas, segundo os autores, as perdas podem causar sofrimento e frustrações significativas.

A morte provoca sentimentos complexos e intensos nos profissionais da saúde, levando-os muitas vezes a refletir sobre a própria morte (CASSORLA, 2006). Partindo da ideia de que os profissionais sabem do possível sofrimento envolvendo perdas, pode-se dizer que o fato de apenas 12 profissionais terem citado a morte e/ou perdas demonstra pouco conhecimento quanto aos riscos envolvidos neste evento.

Os **problemas interpessoais**, ou seja, problemas de relacionamentos, também estão envolvidos no risco de suicídio segundo a OMS, e foram citados por 20 profissionais. A categoria “problemas interpessoais” foi dividida em 3 subcategorias: conflitos amorosos, problemas afetivos, isolamento, e conflitos familiares. A subcategoria **conflitos amorosos** surgiu devido ao fato de muitos profissionais citarem problemas e/ou conflitos conjugais, separação e/ou divórcio como fatores de risco. A diferença entre conflitos amorosos e a subcategoria **problemas afetivos** é o fato de que, na primeira categoria, há a especificação de conjugalidade. Enquanto na categoria **conflitos familiares** há a especificação de conflitos dentro do sistema familiar. A categoria **isolamento** por sua vez, representa a falta de relacionamento interpessoal.

Muitas pesquisas apontam, como uma medida de prevenção, para a importância de uma rede social estável e de relacionamentos satisfatórios para os pacientes com ideação e/ou tentativas de suicídio (SHNEIDMAN, 1993; JAMISON, 1999; SUOMINEM et al., 2004). A OMS (2000) cita os problemas interpessoais como um indicador de risco ao suicídio. Além da OMS (2000a, 2000b), Rapelli (2003), em seu estudo sobre 53 casos de tentativas de suicídio, concluiu que 52 desses pacientes apresentavam algum problema psicossocial e/ou de rede de apoio. Muitos desses pacientes estavam insatisfeitos com seus relacionamentos sociais e conjugais.

Desta forma, é possível afirmar que problemas de relacionamentos interpessoais sejam um fator de risco ao suicídio. Contudo, como será discutido nos próximos parágrafos, o isolamento social também possui uma relação estreita com o ato suicida. Esse fato poderia explicar o alto índice de suicídio entre divorciados,

solteiros e viúvos.

Com base nesses dados, pode-se arriscar a hipótese de muitos conflitos conjugais resultarem em separação, podendo consequentemente resultar em uma vida mais solitária. Partindo dessa hipótese, o isolamento social associado a outros fatores como instabilidade emocional, problemas financeiros e/ou transtorno mental, poderiam influenciar o comportamento suicida.

O isolamento social e a falta de rede de apoio são apontados por muitas pesquisas como um dos fatores de risco (RAPELLI, 2003; OMS, 2000a, 2000b; BRASIL, 2006a; BOTEGA, 2006). Segundo Gaspari (2002, p.37), “[...] a falta de Rede de Apoio Social, ou a falta de percepção da mesma pelo próprio indivíduo, pode aumentar os níveis de angústia, de depressão, de estresse”. Contudo, dos 35 profissionais que participaram desta pesquisa, somente 5 apontaram o isolamento social e/ou “solidão como fator de risco.

Seria importante questionar aqui se os outros profissionais desconhecem essa informação, ou se apenas, por esquecimento, não citaram no questionário. E se apenas não citaram, pergunta-se se estariam atentos em perceber este isolamento frente a um paciente suicida. Esses questionamentos parecem relevantes uma vez que ao perceber a falta de apoio social, seja proveniente de um transtorno mental, perda, envelhecimento ou outros, o profissional da saúde tem maior chance de indicar um encaminhamento e/ou fazer uma intervenção mais eficaz.

Depois dos problemas interpessoais, o **estresse** foi citado por 8 profissionais como fator de risco. O estresse, de maneira geral, pode estar associado a todos os fatores, uma vez que a OMS (2000) denomina “estressores de vida” qualquer evento ambiental que possa causar estresse. Assim, qualquer evento pode vir a ser um fator de risco, uma vez que envolva um alto nível de estresse.

Traumas e abusos foram citados corretamente por 7 profissionais da saúde como fatores de risco. A OMS (2000a; 2000b) cita nos Manuais de Prevenção, o risco envolvido em situações de rejeição e sentimentos de vergonha, ameaça e culpa. Esses sentimentos podem estar relacionados a situações traumáticas e/ou de abusos**.** Prieto (2002) realizou um estudo com adolescentes que tinham tentado suicídio recentemente, e descobriu que, os principais eventos estressores eram histórias de abuso físico, verbal e sexual, além de negligência

emocional. Percebe-se pouco conhecimento dos profissionais quanto aos riscos de suicídio envolvidos em situações de traumas e abusos.

A última categoria **abuso de drogas** foi formada com base na resposta de 2 profissionais. O abuso de drogas e/ou dependência química pode ser significativo no desenvolvimento de um comportamento suicida, além de possibilitar o desencadeamento de outros problemas psicossociais (JAMISON, 1999). Sendo assim, pode-se dizer que o fato de apenas 2 profissionais terem mencionado abuso de drogas, indica pouco conhecimento quanto ao uso de drogas como um estressor de vida. Essa hipótese pode ser corroborada pelo fato de apenas 9 profissionais, conforme citado anteriormente, mencionarem a dependência química como fator de risco (quadro 2 deste trabalho).

Com base em todas as informações descritas acima, pode-se dizer que há um conhecimento, ainda que básico, dos profissionais pesquisados sobre os principais estressores de vida que podem oferecer risco. Contudo, é importante ressaltar que, um evento estressor isolado, não necessariamente desencadeará um pensamento suicida e/ou uma tentativa de suicídio (REINECKE, 2003).

Os eventos estressores podem, ou não, implicar um sofrimento psicológico, social, ético-político, fisiológico, entre outros. Segundo o autor (2003, p.87), cada indivíduo é influenciado de uma maneira, o que faz com que seja “[...] essencial adotar [mos] uma abordagem individualizada ou idiográfica na avaliação da tendência suicida”.

Dessa forma, o conhecimento dos profissionais quanto aos estressores de vida que indicam maior risco de suicídio poderiam auxiliá-lo na possibilidade de intervir de forma mais direta e eficaz. Contudo, pressupõe-se que esse conhecimento apenas, sem considerar outros fatores, poderia oferecer uma visão simplista ao profissional.

Seria adequado aqui, incentivar novas pesquisas referentes à percepção dos profissionais da saúde acerca das possíveis causas que levam um sujeito a cometer suicídio. Os resultados poderiam fornecer mais dados quanto ao conhecimento desses profissionais acerca dos fatores envolvidos.

4.1.3.2 Facilidade de acesso

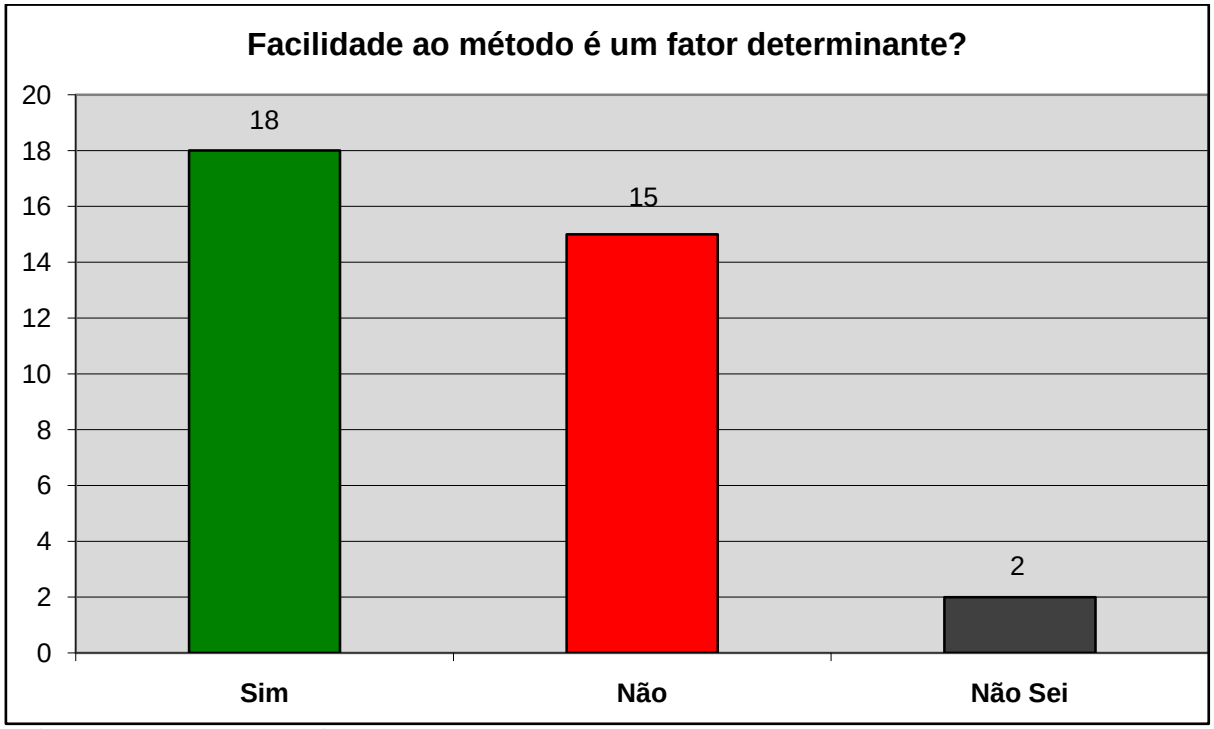

Gráfico 5- Facilidade ao método.
Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Os profissionais foram questionados se a facilidade e/ou acesso imediato ao método de cometer suicídio (por exemplo, ter uma arma em casa), é um fator determinante para o indivíduo cometer suicídio. Sendo assim, dos 35 participantes, 18 assinalaram *sim*, 15 assinalaram *não*, e apenas 2 assinalaram *não sei*.

Segundo o Manual de Prevenção ao Suicídio da OMS para profissionais da saúde em atenção primária (2000b, p.12), ter facilidade ou imediato acesso a um método “é um importante fator determinante para um indivíduo cometer ou não suicídio”. A Associação Americana de Suicidologia elaborou, em 1996, um documento que contém as principais pesquisas existentes sobre suicídio e arma de fogo. Dentre as pesquisas citadas, destacam-se as realizadas por Kellerman et al. (1992) e Brent et al. (1999), comprovando que o risco de suicídio era maior nas casas que tinham armas de fogo. Além disso, os adolescentes eram os que mais utilizavam esses métodos, geralmente fatais. Segundo os autores, o risco é elevado quando os indivíduos que planejam se matar possuem acesso aos métodos de preferência.

Com base nesses dados, seria possível levantar a hipótese de uma falta de informação por parte de alguns profissionais pesquisados, uma vez que 15 profissionais afirmaram não acreditar que a facilidade e/ou acesso imediato ao método seja um fator determinante. Com base nessa resposta, se pode levantar algumas reflexões frente a essa questão.

O acesso ao método, por si só, pode estar em todo lugar como, por exemplo, em um prédio alto. Contudo, o acesso imediato ao método, para um paciente em crise, pode sim ser um fator determinante. Assim, o risco de possuir o método e/ou meio de cometer suicídio deve ser considerado para os indivíduos que podem ter uma crise suicida. A crise suicida, segundo Reinecke (2003), geralmente ocorre por um período limitado e carrega consigo um forte impulso de agir. A impulsividade, citada anteriormente como uma característica de estado mental, pode influenciar o ato e assim, o acesso imediato ao método pode se tornar um fator determinante.

4.1.3.3 Exposição ao suicídio

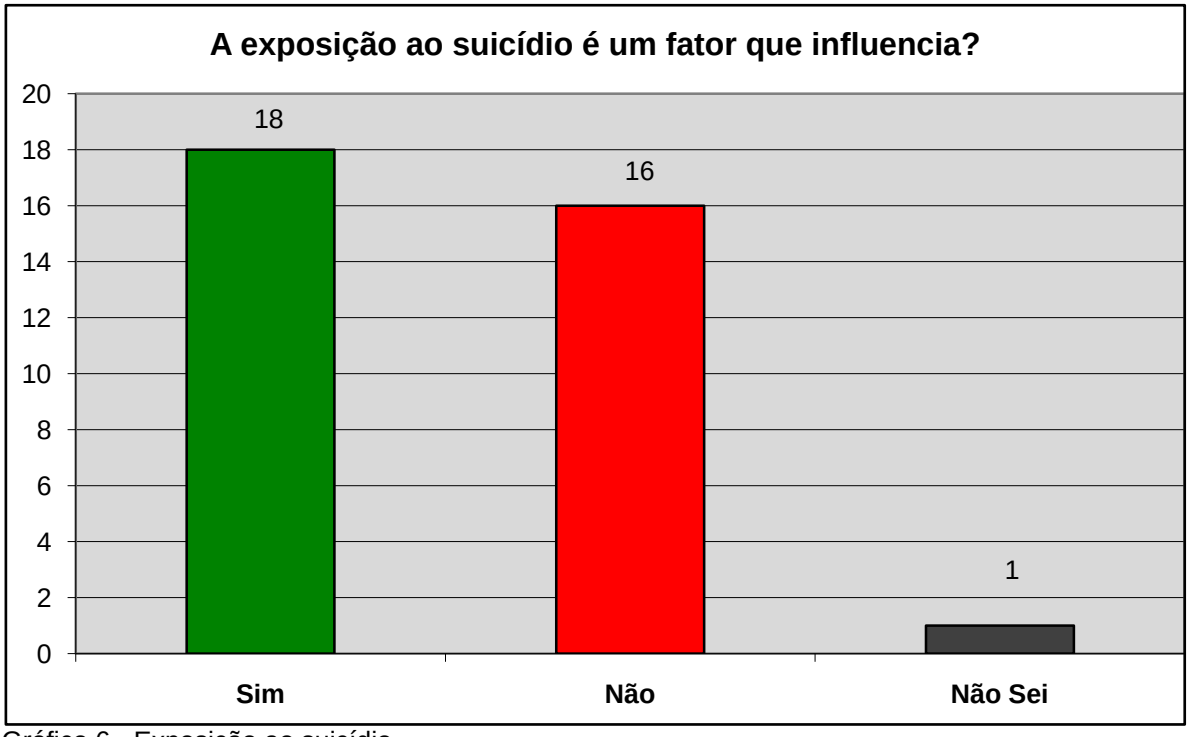

Gráfico 6 - Exposição ao suicídio.
Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Dos 35 participantes da pesquisa, 18 assinalaram *sim* quando questionado se a exposição ao suicídio (por exemplo, presenciar e/ou ser exposto a um suicídio na vida real, ou através da mídia) é um fator que pode influenciar o indivíduo a cometer suicídio. Por outro lado, 16 dos 35 participantes assinalaram *não* e apenas 1 afirmou não saber a resposta.

Segundo o manual de prevenção da OMS para profissionais da saúde em atenção básica, a exposição ao suicídio pode influenciar o indivíduo a se envolver em comportamento suicida. Essa influência é corroborada por Durkheim (2000), conforme discutida no referencial teórico, quando o mesmo cita o suicídio como um ato passível de contágio. Além disso, a alta reprodução de notícias sobre suicídio na mídia pode contribuir para o aumento significativo de comportamentos suicidas. Por esse motivo, o Centro de Controle e Prevenção de Transtornos dos Estados Unidos publicou, em 1994, um guia de recomendações para os profissionais da mídia (JAMISON, 1999). Este ato foi repetido pela OMS (2000d) publicando um Manual de Prevenção ao Suicídio também voltado aos profissionais da mídia.

Com base nesses dados, pode-se dizer que 18 profissionais responderam corretamente quanto à influência da exposição ao suicídio em comportamentos suicidas.

4.1.3.4 Tentativas anteriores

Os Manuais de Prevenção apontam o histórico de tentativas prévias como um fator de risco significativo para o suicídio (OMS, 2000a, 2000b; BRASIL, 2006a). Além dos Manuais, outras pesquisas são unânimes em afirmar que tentativas anteriores são um fator de risco significativo. (OMS, 2000a; 2000b; BOTEGA et al., 2006; BOTEGA; BRASIL, 2006a; WERNECK, 2006).

Sendo assim, quando os profissionais da saúde foram questionados se tentativas anteriores são significativas para um suicídio futuro, pode-se dizer que, conforme gráfico abaixo, 31 assinalaram corretamente *sim*, 3 assinalaram *não* e apenas 1 relatou não saber a resposta.

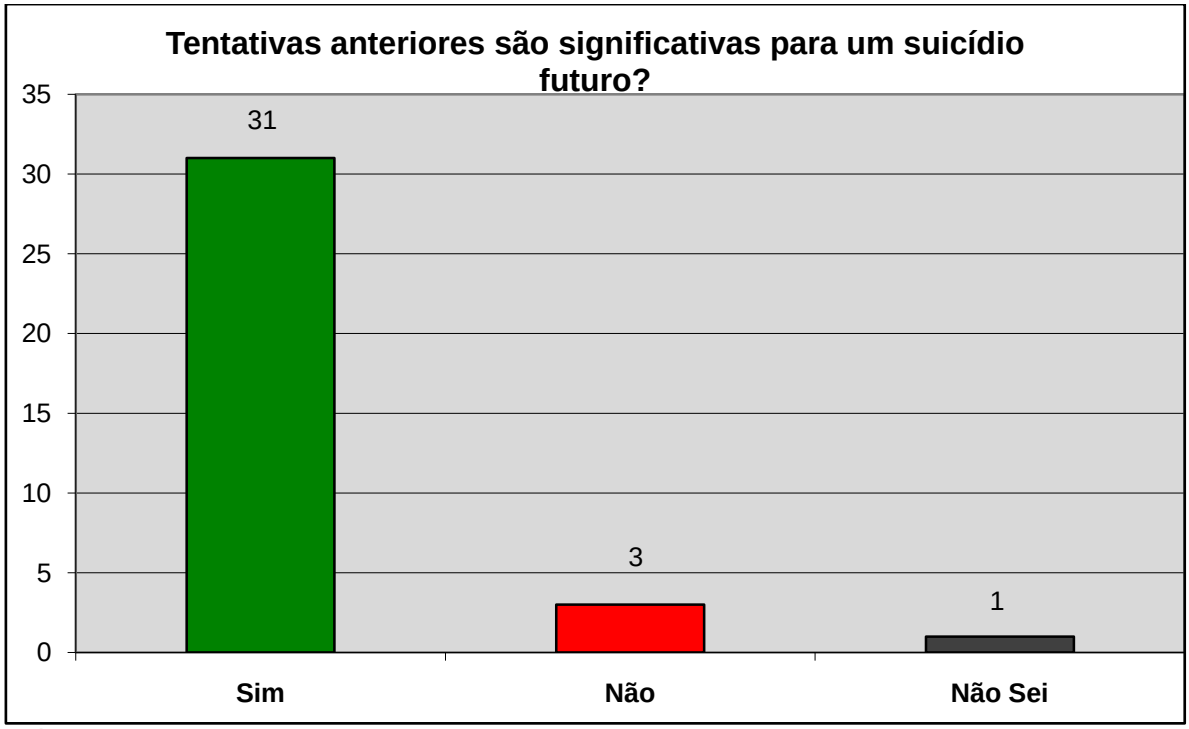

Gráfico 7- Tentativas anteriores.
Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Muitas pessoas que tentam suicídio podem nunca mais vir a tentar novamente e/ou se suicidar de fato. Segundo o estudo internacional de autópsia psicológica publicada por Cavanagh (2003), aproximadamente 40% das pessoas que morreram de suicídio tinham histórico de tentativas anteriores.

Contudo, tentativas anteriores continuam sendo um indicativo expressivo de risco, principalmente no hospital. Segundo o autor, dentre pacientes tratados em hospitais por tentativas de suicídio, cerca de 5 a 11% acabam morrendo por suicídio mais tarde. Esse dado é considerado alto, principalmente quando comparado com o restante da população (CAVANAGH, 2003).

Sendo assim, pode-se considerar positivo o fato de 31 profissionais acreditarem que tentativas anteriores seja um fator de risco significativo para um suicídio futuro. Esse conhecimento associado à prática pode ser importante na prevenção de futuros suicídios, uma vez que possibilita o profissional da saúde compreender a seriedade da situação e a necessidade de uma intervenção eficiente.

Refletir acerca do papel do profissional da saúde frente a esses pacientes parece pertinente uma vez que, conforme Cavanagh (2003), muitos dos pacientes que vieram a se suicidar foram em algum momento atendidos em um hospital. Seria

adequado sugerir a produção de mais estudos acerca dessa discussão, para que se possa intervir de forma cada vez mais eficaz nesses atendimentos, e quem sabe, diminuir o número de mortes por suicídio.

Em contraponto, pergunta-se: há a possibilidade de diminuir o número de suicídios através de atendimentos especializados em um hospital? Essa pergunta parece pertinente quando se leva em consideração a multiplicidade de fatores envolvidos no sofrimento do paciente, o possível sentimento de impotência do profissional da saúde frente à tentativa de suicídio e o ambiente hospitalar, muitas vezes caótico (ANGEROMI-CAMON, 2004). Assim, para que haja um atendimento eficiente, parece relevante que além do preparo do profissional da saúde para o atendimento, seja também necessária uma estrutura adequada de apoio e suporte a esse profissional.

Sendo assim, pode-se levantar a importância da existência de Serviços de Psicologia em hospitais. Essa inserção possibilita tanto o atendimento aos pacientes suicidas, quanto ao apoio, quando necessário, à equipe de saúde (ANGERAMI-CAMON, 2004). Além de possibilitar também o atendimento de caráter psicológico e social além do biológico. A solidificação dessa inserção, além da conscientização e estruturação desse olhar holístico, poderia ser o primeiro passo para um atendimento eficiente e quem sabe a prevenção de futuras tentativas.

Por fim, resumindo os resultados quanto aos fatores ambientais pesquisados, pode-se dizer que: verificou-se a existência do conhecimento dos profissionais acerca dos riscos envolvidos em situações de desemprego (14), problemas financeiros (13) e mortes e perdas (12). Contudo, verificou-se menor conhecimento acerca dos riscos envolvidos em problemas interpessoais - conflitos amorosos (10), problemas afetivos (5), isolamento (5), e problemas familiares (3). Por fim, pouco conhecimento acerca de situações de estresse (8), traumas e abusos (7) e abuso de drogas (2).

Em seguida identificou-se pouco conhecimento quanto aos riscos envolvidos na facilidade do indivíduo ter acesso ao meio de cometer suicídio (18), uma vez que outros 15 profissionais responderam erroneamente. Da mesma forma em que se verificou pouco conhecimento quanto aos riscos envolvidos na exposição ao suicídio (18), uma vez que outros 16 responderam erroneamente.

Por último, pode-se confirmar grande conhecimento acerca dos riscos envolvidos em indivíduos que possuem tentativas prévias de suicídio (31).

4.1.4 Mitos acerca do suicídio

Conforme discutido no referencial teórico, a significação do suicídio está em constante processo de construção, desconstrução e reconstrução, de acordo com o processo sócio-histórico. Contudo, lidar com o desejo de morte do outro sempre aflorou muitos questionamentos e sentimentos no ser humano, entre eles, o preconceito (ALVAREZ, 1999). Os mitos e as crenças sobre o suicídio vêm sendo construídos em um processo dialético e vão influenciando na maneira como o indivíduo percebe e atua na realidade.

Com base nas informações contidas nos Manuais de Prevenção da OMS, foi elaborada uma questão que continha os mitos mais frequentes acerca do suicídio. Assim sendo, foi solicitado aos profissionais para assinalarem as alternativas que os mesmos consideravam serem verdadeiras.

A frequência com que cada resposta foi assinalada pelos profissionais consta no gráfico 8 a seguir:

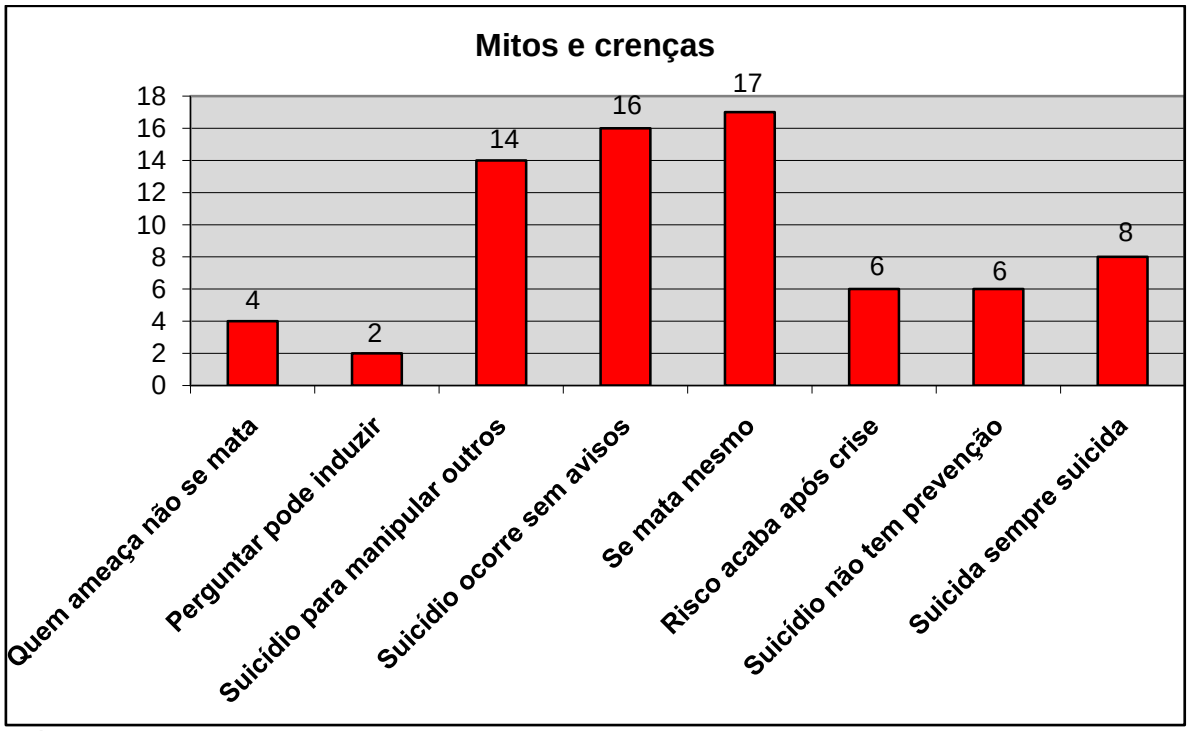

Gráfico 8- Mitos.
Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Dos 35 profissionais que participaram desta pesquisa, 17 acreditam que "*o indivíduo que quer se matar, se mata mesmo*", 16 acreditam que "*suicídios ocorrem sem avisos prévios*", 14 acreditam que "*o indivíduo geralmente tenta cometer suicídio para manipular pessoas*" e 8 acreditam que "*um indivíduo suicida será sempre suicida*". Além disso, 6 acreditam que "*os suicídios não podem ser prevenidos*" e que "*o risco de suicídio acaba após a crise*", 4 acreditam que "*as pessoas que ficam ameaçando suicídio, não se matam*" e 2 acreditam que "*perguntar sobre suicídio ao paciente poderá induzi-lo ao ato*". Todas as alternativas apresentadas são consideradas um mito pelos Manuais, e desta forma, são incorretas.

Dos 35 profissionais da saúde pesquisados, 17 acreditam erroneamente que "*o indivíduo que quer se matar, se mata mesmo*". Segundo o Manual de Prevenção do MSB (2006a, p.54), essa ideia "pode conduzir ao imobilismo terapêutico", ou ainda "ao descuido no manejo das pessoas sob risco". Pode-se relacionar esse mito com o estado mental de ambivalência. Segundo o Manual da OMS para Conselheiros (2006),

> a maioria das pessoas que se sentem suicidas partilham seus pensamentos com pelo menos uma outra pessoa, ou ligam para uma linha telefônica de emergência, ou para um médico, o que constitui prova de ambivalência e não de empenhamento em se matar (OMS, 2006 p.9-10).

Seria apropriado aqui, discutir os possíveis efeitos de pensar que os indivíduos que querem se matar "*se matam mesmo*". Essa ideia parece desconsiderar o possível estado mental de ambivalência do sujeito, levando em consideração apenas seu desejo de morte (SHNEIDMAN, 1993). Além disso, parece remeter o profissional à incapacidade de agir na prevenção de suicídios.

Dos 35 profissionais pesquisados, 16 acreditam incorretamente que "*suicídios ocorrem sem avisos prévios*". Contudo, segundo a OMS (2000a, 2000b), as pessoas que cometeram suicídio frequentemente dão avisos de que possuem a intenção de se matar. Segundo Kapczinski et al. (2001), 80% das pessoas avisam sua intenção de se matar e 50% falam abertamente sobre sua intenção com outras pessoas. Ainda, segundo o autor, 40% dos suicidas foram ao médico na semana anterior ao suicídio.

Com base nessas informações, pode-se perceber que os avisos prévios de intenção podem ocorrer através da fala ou de linguagem não verbal, através de ações. Assim, o fato de alguns profissionais acreditarem erroneamente que o suicídio ocorre sem avisos prévios, pode levá-los a não perceber sinais de intenção suicida.

Devido ao fato do suicídio estar associado à interação de múltiplos fatores, como foi discutido anteriormente neste trabalho, poder-se-ia dizer que, a interação desses fatores não ocorre de um momento para o outro, mas que foram, pelo contrário, se constituindo com o tempo. A existência desses fatores são indícios de risco do suicídio (BOTEGA et al., 2006). Desta forma, levanta-se a ideia da existência dos fatores de risco ser também, por si só, um aviso prévio de possibilidade de suicídio.

Em seguida, 14 profissionais relataram acreditar que "*um indivíduo geralmente tenta suicídio para manipular pessoas*". Essa afirmação, porém, é considerada incorreta (BRASIL, 2006a). Segundo o Manual de Prevenção do MSB (2006a, p.53), "a ameaça de suicídio sempre deve ser levada a sério", e o fato do indivíduo ter chegado a tentar o suicídio "indica que a pessoa está sofrendo e necessita de ajuda". Sendo assim, acreditar que a tentativa é apenas uma forma de manipular pessoas, parece desconsiderar o sofrimento do indivíduo, assim como todos os fatores envolvidos no comportamento suicida.

A partir dos dados apresentados quanto aos mitos até o momento, parece relevante fazer um paralelo entre eles. Acreditar que o suicídio ocorre sem que ninguém possa prever e acreditar que o indivíduo que quer se matar se mata mesmo, parece transpor a ideia de que nada pode ser feito, podendo realmente levar o profissional à imobilidade. Assim, quando a tentativa de suicídio ocorre de fato, ela é então percebida como uma forma de manipulação. Essas ideias, no entanto, parecem sugerir a lógica errônea de que, uma vez que quem quer se matar se mata mesmo, então, quem sobreviveu a uma tentativa quis apenas chamar atenção.

Contudo, seria pertinente questionar o quanto essas crenças podem impossibilitar o profissional de atuar de forma preventiva, como por exemplo, ao invés de perceber a tentativa de suicídio como um aviso prévio, ela é percebida como um ato intencional de manipulação.

Oito dos 35 profissionais da saúde acreditam que "*um indivíduo suicida será sempre suicida*". Contudo, segundo a OMS (2000b) e o Manual do MSB (BRASIL, 2006a), apesar da possibilidade dos pensamentos suicidas retornarem, muitos indivíduos podem nunca mais voltar a pensar em suicídio. Com base nessa informação, pode-se novamente questionar a possibilidade dessa crença levar o profissional à não-ação, ou seja, o que se pode fazer, uma vez que o sujeito será sempre suicida?

Seis dos 35 profissionais acreditam que "*o risco de suicídio acaba após a crise*", contudo, segundo a OMS (2000b), muitos suicídios ocorrem em um período de melhora, onde a pessoa tem energia para colocar seu plano de suicídio em ação. Segundo Jamison (1999), pacientes com transtorno bipolar geralmente cometem suicídio quando estão saindo de um período depressivo. Assim, o sujeito pode ter a energia para transitar das ameaças de suicídio para o ato em si. Desta forma, pode-se acreditar que, o risco de suicídio do paciente que foi atendido no hospital após uma crise e/ou tentativa, não diminui com a saída do mesmo do hospital.

Seis profissionais também acreditam que "*suicídios não podem ser prevenidos*". Essa crença, contudo, está incorreta em partes. Segundo o Manual da OMS (2000b), alguns suicídios não podem ser prevenidos, contudo, uma parte significativa pode ser prevenida. Poder-se-ia pressupor que, o conhecimento de que os suicídios podem, em sua maioria, ser prevenidos, incentivaria mais discussões entre profissionais de saúde acerca de possíveis ações de intervenção, encaminhamento e auxílio a esses pacientes. Por outro lado, acreditar que não podem ser prevenidos de forma alguma, parece colocar o profissional, mais uma vez, na posição de imobilidade.

Quatro profissionais acreditam erroneamente que "*as pessoas que ficam ameaçando suicídio, não se matam*". Contudo, conforme o Manual da OMS (2000a, 2000b) e do MSB (BRASIL, 2006a), as ameaças devem ser sempre levadas a sério, uma vez que, os indivíduos que cometeram suicídio geralmente deram pistas sobre a intenção de se matar.

Por último, 2 profissionais acreditam que perguntar sobre suicídio ao indivíduo poderá induzi-lo ao ato. Essa afirmação é considerada incorreta segundo os Manuais de Prevenção (OMS, 2000a, 2000b; BRASIL, 2006a), uma vez que se deve perguntar sobre as ideações e tentativas prévias do paciente a fim de identificar o risco de suicídio do mesmo.

O fato de apenas 2 profissionais acreditarem que perguntar sobre suicídio pode induzi-lo ao ato, parece um resultado positivo. Levanta-se a hipótese de que, o conhecimento dos profissionais sobre esse fato, incentivaria o mesmo a ter conversas sobre a tentativa com o paciente. Essa intervenção seria positiva, pois segundo Beck et al. (1997, p. 151), “encorajar um paciente a falar sobre suas ideias suicidas geralmente o ajuda a vê-las mais objetivamente, proporciona informações necessárias para intervenção terapêutica e oferece algum grau de alívio”.

Alguns mitos foram assinalados com menor frequência, como por exemplo, apenas 6 acreditam que suicídios não podem ser prevenidos e apenas 4 acreditam que quem ameaça não se mata. Contudo, ainda que proporcionalmente alguns apareçam com menor frequência, os mitos ainda existem, e em alguns casos, são tidos como verdade por pouco mais que 50 % dos profissionais pesquisados. Apesar da amostra não ser representativa, esses dados podem trazer reflexões sobre o assunto, uma vez que são os profissionais da saúde que estão atendendo ou irão atender futuros indivíduos com ideação e/ou tentativa de suicídio.

Com base nas respostas dos profissionais, percebe-se que muitos mitos ainda existem e são tidos como verdades. E, além disso, percebe-se a necessidade de que mais informações sobre os mitos sobre suicídio sejam repassadas para os profissionais de modo geral. Essa conclusão é também compartilhada por Kapczinski e colegas. Segundo os autores (2001, p. 159), “o conhecimento dos fatores de risco, dos mitos e das verdades, bem como da clínica do suicídio, é fundamental para se adotar uma conduta mais adequada”.

Resumindo, quanto aos mitos relacionados ao suicídio, destaca-se maior conhecimento dos profissionais quando a ideia errônea de que perguntar sobre suicídio poderá induzir ao ato (2) e de que quem ameaça não se mata (4). Contudo, verificou-se o pouco conhecimento dos profissionais ao acreditarem que quem quer se matar se mata mesmo (17), que suicídios ocorrem sem avisos prévios (16), e que os indivíduos tentam suicídio para manipular os outros (14).

4.2 CONHECIMENTO QUANTO ÀS POSSÍVEIS AÇÕES EM ATENDIMENTO

> Os esforços de prevenção do comportamento suicida devem estar pautados no conhecimento dos fatores de risco, sendo fundamental que as ações se voltem ao que pode ser transformado, evitando aquilo que possa ser evitado e amenizando o que foge de qualquer possibilidade de intervenção (BOTEGA et al., 2006, p.214).

Quando o sofrimento se torna insuportável, o ato suicida surge como um pedido de ajuda (CASSORLA, 2001; BOTEGA, 2006). Assim, o sujeito que é internado em um hospital devido a uma tentativa de suicídio, geralmente se encontra em um sofrimento intenso, e provavelmente, não encontra meios para se livrar desse sofrimento.

Com o objetivo de auxiliar os profissionais da saúde no atendimento a esses pacientes, os Manuais de Prevenção da OMS (2000a, 2000b) e do MSB (BRASIL, 2006a) indicam possíveis ações a serem tomadas. Com base na informação contida nesses manuais, será descrito a seguir, o conhecimento dos profissionais pesquisados acerca do atendimento ao paciente suicida, modo de comunicação, identificação de risco e possíveis ações.

4.2.1 Atendendo ao paciente suicida

Os participantes foram questionados se acreditavam que o tipo de atendimento realizado no hospital com pacientes com risco e/ou tentativa de suicídio poderia ajudar na prevenção de futuras tentativas. Dos 35 participantes, 32 responderam corretamente que *sim*, e 3 afirmaram *não* saber a resposta.

O fato de grande parte dos profissionais acreditarem que o tipo de atendimento pode ser capaz de prevenir futuras tentativas parece positivo. Contudo, na questão anterior, quando os profissionais foram questionados quanto aos mitos, muitas respostas assinaladas indicaram uma visão negativa frente à possibilidade de prevenção. Desta forma, seria adequado levantar uma discussão quanto à

possibilidade de uma correlação entre os mitos, os atendimentos e seus efeitos preventivos.

Os entrevistados (32) acreditam que atendimentos podem prevenir, no entanto, muitos também acreditam em alguns mitos, conforme discutido anteriormente. Tendo em vista o caráter sócio-cultural envolvido nos mitos, é interessante questionar se essas duas ideias podem coexistir ou se são necessariamente antagônicas. Ou seja, é possível ter algumas crenças, e ainda assim acreditar que o tipo de atendimento pode prevenir futuras tentativas de suicídio? Desta forma, fica aqui a sugestão para novas pesquisas a respeito da percepção dos profissionais a respeito dos mitos e da possibilidade de atuar na prevenção do suicídio.

Por enquanto, de acordo com os objetivos desta pesquisa, verificou-se quanto ao atendimento ao paciente suicida, grande conhecimento dos profissionais sobre a possibilidade do tipo de atendimento realizado no hospital possibilitar a prevenção de futuras tentativas (32).

4.2.2 Modo de comunicação

Os participantes foram questionados se acreditam que a comunicação da equipe de saúde com o paciente com risco e/ou tentativa de suicídio, quando possível, é necessária. Sendo assim, dos 35 profissionais participantes, 33 afirmaram que *sim*, 1 afirmou *não* ser necessária, e 1 afirmou não saber a resposta.

Dos 33 participantes que responderam sim, foi questionado então como deve ser essa comunicação. As respostas desta questão aberta foram categorizadas com base nas informações contidas nos manuais de prevenção e agrupadas por frequência conforme o quadro 4 abaixo:

CATEGORIAS		UCE	FREQ.
Acolhimento/Cuidado		“disponibilidade para cuidar” “acolher as angústias”	**13**
Sem Julgamento		“Se colocar numa posição de ajuda sem fazer julgamento”	**10**
Linguagem clara		“abordagem clara e direta”	**8**
Abertura		“de maneira que o paciente possa expor seus problemas, seus medos/expectativas, dúvidas”	**8**
Ouvir		“ouvir com atenção”	**7**
Calma		“de forma calma”	**5**
Ações	**Auxílio psicológico**	“Se possível com a ajuda psicológica” “presença do psicólogo e psiquiatra é fundamental”	**6**
	Investigar fatores de risco	“investigação fatores de risco, rede familiar/amigos de apoio “Identificação de possíveis transtornos mentais”	**4**
	Orientação	“mostrar serviços de apoio” “Oferecimento de apoio e alternativas a seu estado”	**4**
	Internação e medicação	investigação da necessidade de intervenção imediata “usando medicação apropriada quando necessário”	**3**

Quadro 4 - Modo de comunicação
Fonte: Elaboração pela autora, 2009.

Quanto ao modo de comunicação, foram construídas 7 categorias, acolhimento, sem julgamento, linguagem clara, abertura, ouvir e calma. A sétima categoria agrupou as respostas que indicavam ações ao invés de modo de comunicação. Contudo, apesar de não estarem relacionadas ao modo de comunicação, foram citadas com frequência pelos participantes a ponto de formar uma categoria significativa.

A categoria **acolhimento** foi construída a partir de respostas que indicavam um modo acolhedor de se comunicar, como por exemplo: “*demonstrar interesse, disponibilidade para cuidar*”, “*acolher as angústias*” e “*mostrar-se disponível*”.

Dos 33 profissionais, 13 citaram algum modo de comunicação que transmita acolhimento ao paciente. Essa característica vai ao encontro das recomendações propostas pelos manuais de prevenção, indicando que 18 profissionais acreditam corretamente na importância e/ou necessidade de fazer com que o sujeito se sinta acolhido/cuidado.

Os Manuais de Prevenção citam a atitude de acolhimento como uma importante característica durante um atendimento ao paciente suicida (OMS, 2000a; 2000b; BRASIL, 2006a). A comunicação, segundo os manuais, deve transmitir aceitação e respeito, principalmente pelas ideias e valores do paciente. Além disso, é importante demonstrar “preocupação, cuidado e afeição” (OMS, 2000b, p.14).

Além da OMS (2000a; 2000b) e do MSB (2006), muitos autores citam o acolhimento por parte do profissional como uma característica essencial durante o atendimento (BECK et al., 1997; ANGERAMI-CAMON, 1998b; JAMISON, 1999; KAPZINSKI et al., 2001). Segundo Kapzinski (2001, p.159), é necessário que o profissional tenha consciência de que “está em frente a uma pessoa sob sofrimento intenso e que, por isso mesmo, necessita de respeito e compreensão”.

Com base na literatura existente, é possível afirmar que o fato de 13 profissionais terem indicado algum tipo de acolhimento, demonstra um conhecimento correto quanto à maneira de se comunicar. O ato de acolhimento em si é uma intervenção positiva para o sujeito hospitalizado após uma tentativa de suicídio. Kapzinski (2002, p.159) afirma que “a abordagem cuidadosa e respeitosa faz parte do tratamento e por si só pode ser uma ação terapêutica no pensamento suicida”.

Desta forma, acolher as angústias do paciente pode fazer diferença para o sujeito que há poucas horas atrás estava prestes a se matar, e se sentindo provavelmente desamparado.

A segunda categoria **sem julgamento** foi construída a partir das respostas de 10 profissionais que citaram uma comunicação “*sem preconceitos*” e “*sem demonstrar julgamentos*” como essenciais durante um atendimento.

Não julgar os atos e valores do indivíduo com ideação e/ou tentativa de suicídio é necessário segundo os Manuais de Prevenção (OMS 2000a, 2000b; BRASIL, 2006a). Além disso, uma abordagem de não julgamento é essencial para facilitar a comunicação entre profissional e paciente (OMS, 2000b; BRASIL, 2006a). Com base nessas informações, é possível afirmar que 10 profissionais responderam corretamente quanto à necessidade de uma comunicação sem preconceito, críticas e julgamento.

Segundo Beck et al. (1997), a maioria dos pacientes com comportamento suicida não consegue identificar alternativas para seus problemas, e estão presos a conclusões e crenças errôneas sobre suas motivações para o suicídio. Segundo o autor, apesar das pessoas ao redor conseguirem enxergar essas distorções com clareza, a decisão de se matar do paciente é embasada na sua "avaliação irrealisticamente negativa do prognóstico das soluções para seus problemas" (BECK et al., 1997, p. 160). Sendo assim, uma das intervenções possíveis seria a busca de soluções para os problemas apresentados pelo paciente, sem que o mesmo se sinta julgado ou criticado. Com base nessas informações, percebe-se a importância de uma abordagem sem "emitir julgamentos", e sem "tentar doutrinar" o paciente (BRASIL, 2006a, p.56).

Contudo, parece relevante ressaltar que 25 profissionais não citaram a necessidade de uma comunicação sem julgamentos durante o atendimento ao paciente suicida. Partindo do pressuposto de que esses profissionais não tenham conhecimento sobre a necessidade de uma comunicação sem julgamento, é possível questionar a possibilidade dos mesmos estarem mais propensos a fazer julgamentos frente às distorções cognitivas do paciente. Ou ainda, estarem mais propensos a dizer que tudo vai ficar bem.

Dessa forma, uma vez que a demonstração de julgamentos por parte dos profissionais pode desconsiderar o sofrimento do paciente, e somente 10 profissionais citaram a necessidade de uma comunicação sem exposição de valores, pode-se dizer que existe pouco conhecimento dos profissionais nesse aspecto.

A categoria **linguagem clara** foi construída a partir de respostas de 8 profissionais que indicaram a importância de uma comunicação clara e direta com o paciente. Essa forma de comunicação é correta segundo a OMS (2000b).

O profissional deve falar abertamente com o paciente e deve evitar "fazer comentários invasivos e pouco claros" (OMS, 2000b, p.14). Segundo Igue (2006) é

através da comunicação que o profissional pode transmitir sentimentos de aceitação, respeito e solidariedade. Sendo assim, é possível acreditar que esses sentimentos podem ser transmitidos com maior facilidade através de uma linguagem aberta, clara e direta.

O fato de 27 profissionais não ter citado a necessidade de uma linguagem clara e aberta não necessariamente indica o desconhecimento da importância da mesma. Contudo, esse dado deve ser levado em consideração, uma vez que uma linguagem clara é importante não somente para transmitir sentimentos de aceitação como é também necessária na investigação de risco do paciente a novas tentativas de suicídio.

Segundo os Manuais de prevenção (OMS, 2000a; 2000b; BRASIL, 2006a) é necessário perguntar ao paciente sobre ideações e planos suicidas. Sendo assim, é necessário que o profissional use uma linguagem clara e direta. Caso contrário, pode-se levantar a hipótese de criar uma comunicação confusa e desgastante para o paciente.

A categoria **abertura** também foi formada a partir da resposta de 8 profissionais que citaram a necessidade de "*demonstrar abertura*" e "*mostra-se disponível*" ao paciente. Outro participante descreveu a importância de oferecer abertura ao expressar a necessidade de "*estabelecer uma relação para o paciente poder expressar suas angústias".*

Oferecer abertura para o paciente poder expor seus pensamentos e expressar seus sentimentos é fundamental segundo os manuais de prevenção (OMS, 2000a, 2000b; BRASIL, 2006a). O fato de apenas 8 pessoas terem citado a necessidade de fornecer um espaço e uma abertura para o paciente se expressar é significativa.

Seria adequado refletir sobre as possíveis consequências da falta de conhecimento dos profissionais acerca dessa necessidade de abertura. Sendo uma delas, a oportunidade do profissional de escutar o paciente com atenção.

A necessidade de escutar o paciente, e ouvi-lo com atenção nos leva à categoria seguinte, onde apenas 7 profissionais citaram a importância de **ouvir** o paciente como fundamental para o atendimento. Segundo os Manuais de prevenção, é necessário ouvir o paciente com atenção procurando não interrompê-lo.

No entanto, além da importância de ouvir o paciente com atenção, os Manuais citam a necessidade de uma abordagem calma. A categoria **calma**, neste

contexto, está relacionada à intenção do profissional em trazer alívio através da maneira de falar, como por exemplo, se comunicar de uma "*maneira tranquila*", ou "*de forma calma*". Segundo Kapzinski (2002, p.159), é importante que o profissional tenha uma postura tranquila. Essa postura auxilia o profissional na interação com um paciente em crise.

Essa característica foi citada por apenas 5 profissionais da saúde, parecendo indicar pouco conhecimento dos profissionais quanto à importância e necessidade de se comunicar de forma calma com o paciente.

A categoria seguinte diz respeito à possíveis **ações** de atendimento, ao invés de modo de comunicação, ou seja, quando questionado como deve ser a comunicação com o paciente, muitos profissionais responderam ações que podem ser tomadas e/ou modos de investigação de risco. Seis profissionais responderam a necessidade de um **auxílio psicológico**, 4 de **investigar fatores de risco**, 4 de **orientação** e 3 de **internação e medicação**.

Todas essas ações citadas pelos profissionais são necessárias e importantes (OMS, 2000a; 2000b; BRASIL, 2006a; BOTEGA et al., 2006; BECK et al., 1997; JAMISON, 1999). Contudo, elas estão inadequadas quanto à pergunta, uma vez que se pretendia investigar a maneira como deve ocorrer a comunicação.

A partir desses dados, é possível questionar se falta conhecimento por parte de alguns profissionais quanto à forma de se comunicar com os pacientes, e se essa falta fez com que muitas respostas indicassem possíveis ações. Essa hipótese poderia ser ilustrada pela resposta de dois profissionais que responderam somente: "*encaminhar para psicólogos e psiquiatras*", e "*presença do psicólogo e psiquiatra é fundamental*", sem especificar nenhum modo de comunicação.

Concluindo, quanto ao modo de comunicação, identificou-se grande conhecimento dos profissionais sobre a necessidade de acolhimento ao paciente-transmitindo calma e conforto (18), possibilitando abertura para o paciente falar (8), e ouvir o paciente (7). Identificou-se menor conhecimento quanto à necessidade de não fazer nenhum julgamento e/ou crítica (10) e ter uma linguagem clara e aberta (8). Por último, de modo geral, verificou-se pouco conhecimento sobre os possíveis modos de comunicação, uma vez que 17 respostas mencionaram algum tipo de ação ao invés de somente modos de comunicação.

A maneira como ocorre a comunicação entre profissional e paciente pode ajudar o profissional na investigação de fatores de risco. Uma comunicação que

possibilite abertura e acolhimento pode fazer com que o paciente se sinta seguro em expressar seus sentimentos e suas angústias. Através dessa verbalização, será possível investigar o risco de suicídio do paciente.

4.2.3 Identificando o risco de suicídio

O risco de suicídio de um indivíduo pode ser baixo, médio ou alto segundo os manuais de prevenção (OMS, 2000a; 2000b; BRASIL, 2006a). A avaliação de risco de suicídio tem como base os fatores de risco citados no subcapítulo anterior. Levando em consideração que não há um único fator responsável pela ideação e/ou tentativa de suicídio do indivíduo, e sim a interação de diversos fatores, é necessário que se faça uma avaliação cuidadosa. A avaliação de risco é uma tarefa complexa, porém necessária, de modo que, segundo Kapczinksi (2001, p.159), “a avaliação e decisão médicas podem acarretar a vida ou morte do paciente”. O autor adverte a importância de decidir em um diagnóstico e prognóstico para o paciente, sendo que para isso, é necessário ao profissional que se tenha conhecimento quanto aos fatores de risco envolvidos no suicídio. Sendo assim, o conhecimento dos fatores de risco, assim como o modo de comunicação discutidos no subitem anterior são a base para uma avaliação eficiente.

Quando os profissionais foram questionados se acreditavam que seria necessário fazer perguntas para identificar o risco, 31 acreditam corretamente que *sim*, 2 assinalaram que *não*, e 2 afirmaram não saber.

Dentre os participantes que responderam sim, foi questionado quais perguntas então, seriam necessárias. As respostas abertas foram categorizadas conforme quadro 5 a seguir:

CATEGORIAS	UCE	FREQ.
Identificar tentativas prévias e ideação suicida	"já tentou se matar antes?" "tem ideias negativas? pensa em morte? pensa em morrer como alívio do sofrimento?"	**15**
Identificar situações ambientais de risco	"Como se sente? o que incomoda?" "sentimentos atuais, experiências vivenciadas, relacionamentos, emprego"	**9**
Identificar plano de suicídio e meios	"Se o paciente bolou um plano, se comprou remédios, armas, venenos" "De que forma você pensou em morrer?Como você faria isso?"	**8**
Identificar existência de rede de apoio	"Conta com o apoio de alguém?" "Possui família, amigo?"	**6**
Identificar capacidade de encontrar alternativas	"O que você faz ou pensa para se ver livre destes pensamentos de morte?" "O que poderia ser feito para impedir?"	**5**
Identificar histórico familiar	"Se há algum caso na família"	**3**
Identificar a existência de transtornos mentais	"Histórico de depressão" "Ouve vozes?"	**2**

Quadro 5- Identificação de riscos.
Fonte: Elaboração da autora, 2009.

A categoria **identificar tentativas prévias e ideação suicida** foi formada a partir de respostas que indicavam a importância de "*questionar se* [o paciente] *apresenta ideação suicida*" e "*tentativas anteriores*". Perguntas como, por exemplo, "*tem ideias negativas*? *pensa em morte*?", ou ainda "*já tentou se matar antes*?" foram citadas por 15 profissionais.

Segundo os Manuais de prevenção (OMS, 2000a; 2000b; BRASIL, 2006a), a melhor maneira de descobrir se um paciente tem ideação e pensamento suicida é perguntando ao mesmo. Esse fato não somente irá ajudar o profissional a

fazer uma avaliação de risco mais precisa, como irá também, conforme discutido anteriormente, oferecer conforto ao paciente. As pessoas com pensamentos suicidas “ficarão muito agradecidas e aliviadas de poder falar abertamente sobre os assuntos e as questões com as quais estão se debatendo” (BRASIL, 2006a, p.57-8).

Além da ideação suicida, identificar se o paciente teve tentativas anteriores de suicídio é importante para a avaliação de risco. Segundo Suominen et al. (2004), histórico de tentativas de suicídio prévias é um forte indicador de risco, sendo que em torno de 10-15% desses indivíduos cometem suicídio no futuro. Ainda segundo o autor, apesar dos riscos diminuírem com o passar dos anos, eles ainda são altos nos primeiros meses e anos após a tentativa. Dessa forma, o paciente internado em um hospital por tentativa de suicídio, ainda corre risco de suicídio, mesmo após a crise. Assim sendo, é possível perceber a importância e necessidade de identificar a existência de possíveis tentativas anteriores e ideações de suicídio no paciente.

Contudo, apesar desta ter sido a resposta de maior frequência, 57% dos profissionais não citaram essa possibilidade. Sendo assim, pode-se dizer que o fato de apenas 43% dos profissionais terem citado a necessidade de investigar tentativas prévias e/ou ideação é preocupante. É possível acreditar que esse ato resultaria em uma avaliação incompleta de risco de suicídio. E ainda, levanta questionamentos quanto à preparação dos profissionais da saúde de realizar uma avaliação de risco completa junto ao paciente suicida.

Segundo o Manual do MSB (BRASIL, 2006a), falar diretamente sobre o assunto pode não ser fácil para o profissional da saúde. Sendo assim, o Manual apresenta duas alternativas possíveis: chamar outros profissionais da equipe de saúde, ou chegar ao tópico gradualmente. Como por exemplo, estabelecer primeiramente um vínculo de confiança, fazer perguntas abrangentes e aos poucos, perguntar como o paciente se sente, ou o que está acontecendo com ele no momento.

Sendo assim, é possível levantar alguns questionamentos quanto ao fato de 20 profissionais não terem citado a necessidade de investigar tentativas prévias e/ou ideação suicida no paciente. Partindo da ideia de que esses profissionais responderam o questionário de acordo com seu conhecimento, esse fato poderia indicar uma falta de conhecimento acerca da necessidade de avaliação de risco ou dos fatores a serem investigados. Ou ainda, poderia indicar uma falta de preparação

e/ou dificuldade de alguns profissionais de falar diretamente sobre o assunto com o paciente.

Cabe também aqui questionar a existência de um procedimento padrão de avaliação de risco nos hospitais, como por exemplo, a existência de pessoas especializadas para realizar esta tarefa. Este fato poderia explicar a falta de conhecimento de alguns membros da equipe de saúde, uma vez que o paciente seria encaminhado. Contudo, ainda que haja um atendimento especializado, seria necessária uma discussão ampliada sobre a necessidade de integração entre os profissionais de saúde. Segundo Angerami- Camon (1998b; 2004), é importante que a equipe de saúde compreenda sobre os fatores envolvidos no suicídio. Essa compreensão, segundo o autor, pode ser facilitada pela presença e inserção de psicólogos em hospitais.

A segunda categoria, **identificar situações ambientais de risco** foi formada a partir de respostas que indicavam a necessidade de identificar problemas e motivações do paciente para o suicídio, como por exemplo, "*sentimentos atuais, experiências vivenciadas, relacionamentos, emprego*". A identificação dos mesmos é possível através de perguntas como: "*Como se sente*? *o que o incomoda*?". Dos 35 profissionais da saúde, apenas 9 citaram a necessidade de identificar fatores de risco ambientais.

Além dos Manuais de prevenção (OMS, 2000a; 2000b; BRASIL, 2006a), muitos autores concordam com a influência de fatores ambientais no risco de suicídio (SHNEIDMAN, 1993; BECK et al., 1997; JAMISON, 1999; KAPCZINSKI et al., 2001; BOTEGA et al., 2006). Kapczinski et al. (2001) ressalta a importância de perguntar ao paciente o que está acontecendo na vida dele e o que o faz pensar em tentar o suicídio. Ainda, Botega (2006) adverte a necessidade de investigar aspectos epistemológicos e eventos de vida do sujeito.

Contudo, apenas 9 profissionais citaram a necessidade de identificar as características e os acontecimentos recentes na vida do paciente. Esse fato parece indicar uma possível falta de conhecimento por parte dos profissionais da saúde quanto aos fatores a serem investigados durante um atendimento.

No entanto, este dado suscita uma peculiaridade. Quando os profissionais foram questionados anteriormente a respeito dos possíveis estressores de vida capazes de oferecer risco de suicídio, muitas situações ambientais foram citadas (desemprego, desilusão amorosa, perdas, traumas...). Contudo, ao serem

questionados quanto à identificação de fatores de risco durante uma avaliação de risco, apenas 9 lembraram de perguntar quanto aos possíveis eventos estressores de vida do paciente.

Desta forma, é possível levantar a hipótese *dos profissionais terem menor conhecimento quanto à maneira de conduzir um atendimento e/ou avaliação de risco apesar de possuírem um conhecimento adequado quanto aos possíveis estressores de vida (fatores ambientais) envolvidos no risco de suicídio*.

A categoria seguinte, **identificar planos de suicídio e meios**, foi formada a partir de respostas de 8 profissionais que relataram a necessidade de investigar com o paciente a existência de planos de suicídio e dos meios para colocá-lo em ação.

Os Manuais de Prevenção, assim como outros autores, ressalvam a importância de identificar se o paciente possui um plano de suicídio e o método proposto pelo mesmo (BECK et al., 1997; JAMISON, 1999; OMS 2000a, 2000b; KAPCZINSKI et al., 2001; BOTEGA et al., 2006, BRASIL, 2006a). Segundo Beck et al. (1997, p.151), indícios de plano podem ser detectados através do comportamento do indivíduo. E, além disso,

> ao avaliar o risco suicida de um indivíduo, o profissional deve considerar fatores como o método pensado pelo indivíduo, sua familiaridade com dosagens letais de drogas, ou outras formas de destruição e acesso ao método de suicídio, tais como armas de fogo ou um número adequado de pílulas para dormir.

O indivíduo que possui tanto o plano de suicídio letal quanto fácil acesso ao método proposto, possui um alto risco de cometer suicídio (JAMISON, 1999; KAPCZINSKI et al., 2001). Sendo assim, percebe-se a importância de questionar o paciente sobre planos e métodos de suicídio durante uma avaliação de risco. Contudo, apenas 8 profissionais citaram esse questionamento como necessário.

Com base nesses dados, é possível sugerir o desconhecimento de alguns profissionais da saúde quanto à necessidade de investigar planos e métodos de suicídio junto aos pacientes. Essa hipótese pode ser corroborada pelo fato de 15 profissionais terem respondido, conforme discutido anteriormente, que não acreditavam que o fácil acesso ao método seja um fator determinante para o indivíduo cometer suicídio.

A categoria **identificar existência de rede de apoio** foi formada a partir das respostas de 6 profissionais que mencionaram a necessidade de investigar junto ao paciente a existência de família e/ou amigos que pudessem dar apoio.

Segundo o Manual do MSB (BRASIL, 2006a), as redes de apoio geralmente disponíveis são: família, amigos, colegas, membros da igreja do paciente, centros de crise e profissionais da saúde. Ao avaliar o risco do paciente é necessário checar o sistema de apoio social do mesmo. Essa avaliação é necessária uma vez que, os pacientes que possuem pouco apoio social e/ou pouca capacidade de se relacionar, está mais propenso ao risco de suicídio (OMS, 2000b, BRASIL, 2006a). Esse dado é importante também na hora de decidir se o paciente deve ou não ser hospitalizado (BOTEGA, 2006).

Sendo assim, é possível afirmar que apenas 6 profissionais responderam corretamente que é necessário identificar a existência de um sistema de apoio do paciente. O fato de 29 profissionais não terem citado essa necessidade com o intuito de identificar o risco pode indicar uma falta de conhecimento. Alguns fatores de risco discutidos anteriormente neste trabalho apontam características de isolamento social, como por exemplo, indivíduos que moram sozinhos, possuem problemas interpessoais, tiveram uma perda recente, entre outros. Sendo assim, pode-se perceber a importância de investigar a existência de uma rede social tanto para a avaliação de risco de suicídio como para a articulação com a mesma. A rede social pode auxiliar na necessidade de uma intervenção específica com o paciente, como por exemplo, a adesão a um tratamento ambulatorial (BOTEGA, 2006).

A categoria seguinte, **identificar capacidade de encontrar alternativas**, foi formada a partir das respostas de 5 profissionais que mencionaram perguntas que incitariam o paciente a pensar em outras soluções que não seja a morte.

Segundo o Manual de prevenção do MSB (BRASIL, 2006a), é necessário que durante a avaliação de risco os profissionais fiquem atentos a pacientes pessimistas, e pacientes que expressem sentimentos de impotência e desesperança. Com muita frequência, os indivíduos com alto risco de suicídio não conseguem encontrar alternativas para seus problemas, e geralmente possuem um olhar pessimista quanto ao futuro (REINECKE, 2003).

Sendo assim, pode-se dizer que perguntas como: “*existe algo que lhe impediria*?”, e “*vê solução para seus problemas*?” possibilitariam o profissional a identificar a capacidade do paciente de resolver problemas, criar alternativas, ou

ainda, de perceber saídas para sua situação atual. Essas informações permitiriam o profissional a avaliar o risco de suicídio do paciente de forma mais eficaz. Além disso, fazer o paciente refletir sobre as possíveis alternativas de resolver seus problemas pode modificar o pensamento dicotômico do paciente onde a única solução é morte, e auxiliá-lo e enxergar novas possibilidades (BECK et al., 1997).

Com base nesses dados, pode-se dizer que o fato de apenas 5 profissionais terem citado perguntas que possibilitem uma avaliação da capacidade do paciente de encontrar alternativas, parece demonstrar pouco conhecimento quanto à necessidade dessa avaliação.

Apenas 3 profissionais citaram corretamente a necessidade de **identificar histórico familiar** de suicídio. Essa categoria foi formada a partir de respostas que citaram a necessidade de uma anamnese completa junto ao paciente. De acordo com os manuais de prevenção (OMS, 2000b; BRASIL, 2006a) o paciente com histórico familiar de suicídio apresentaria maior risco de suicídio. Sendo assim, parece essencial que o profissional investigue o histórico familiar de suicídio para que se tenha uma avaliação de risco completa.

Contudo, apenas 3 profissionais citaram a necessidade de investigar a existência de histórico familiar de suicídio. Pode-se dizer que esse número é relativamente baixo quando comparado ao número total de participantes.

Por último, a categoria **identificar transtornos mentais** foi construída com base na resposta de apenas 2 participantes que mencionaram a necessidade de identificar junto ao paciente a existência de transtornos mentais. Um dos profissionais citou a necessidade de investigar a existência de um possível "*histórico de depressão*". Enquanto o outro profissional citou a necessidade de perguntar ao paciente se o mesmo "*ouve vozes?"*. Essa pergunta possibilitaria a investigação de uma possível psicose.

Como foi discutido anteriormente neste trabalho, o indivíduo que possui um transtorno mental corre mais risco de suicídio do que um indivíduo que não possui transtorno mental (SHNEIDMAN, 1993; BECK et al, 1997; JAMISON, 1999; OMS, 2000a; 2000b; BOTEGA et al., 2006; BOTEGA, 2006; BRASIL, 2006a). Segundo a OMS (2000a), entre 80 a 100% dos indivíduos que cometeram suicídio possuíam algum transtorno mental diagnosticado. Entre eles, em torno de 30 a 40% possuíam algum transtorno de humor. Sendo assim, é possível perceber o risco envolvido em um paciente que possui um transtorno psiquiátrico.

Contudo, dos 35 profissionais da saúde, apenas 2 mencionaram a necessidade de identificar a existência de algum transtorno mental. E somente 1 profissional levantou a necessidade de investigar a existência de um histórico de depressão.

Tendo em vista o alto risco de suicídio envolvido nos pacientes com transtornos mentais, parece relevante destacar o fato de apenas 2 profissionais terem mencionado a necessidade de identificar esse risco. Esse resultado pode indicar uma falta de conhecimento por parte dos profissionais.

O paciente psiquiátrico necessita de um tratamento adequado (OMS, 2000b). Contudo, para que o paciente seja encaminhado para um tratamento adequado é necessário que antes o profissional saiba da necessidade de investigar a existência de transtornos mentais durante a avaliação de risco.

Concluindo, quanto à identificação de fatores de risco, verificou-se maior conhecimento dos profissionais quando a necessidade de identificar a existência de tentativas anteriores de suicídio e/ou ideação suicida (15). Contudo identificou-se pouco conhecimento quanto à necessidade de verificar situações ambientais de risco (9), identificar planos de suicídio e meios (8), rede de apoio (6), e capacidade do paciente de encontrar alternativas para sua situação (5). E ainda, quase nenhum conhecimento quanto à necessidade de investigar histórico familiar (3) e histórico de transtornos mentais do paciente (2).

4.2.4 Ações em atendimento

Segundo os Manuais de Prevenção da OMS (2000a, 2000b) e do MSB (BRASIL, 2006a), algumas ações devem ser tomadas frente ao risco de suicídio do paciente. Apesar dos Manuais serem direcionados a diferentes profissionais e *setting*, as ações continuam tendo um padrão. As ações envolvem uma comunicação empática e acolhedora, conforme discutido anteriormente, identificação de riscos, articulação com rede de apoio, medidas de segurança, hospitalização quando necessário, encaminhamento, contrato e apoio emocional (OMS, 2000a, 2000b; BRASIL, 2006a; BOTEGA, 2006).

Foi solicitado aos profissionais que descrevessem quais ações seriam

necessárias durante um atendimento no hospital geral frente ao paciente com risco de suicídio. As respostas foram categorizadas e agrupadas, conforme quadro 6, de acordo com a frequência e comparadas às informações contidas nos manuais de prevenção.

CATEGORIAS	UCE	FREQ.
Segurança e restrição	"Mantê-lo o mais próximo possível da equipe de enfermagem, se possível mantê-lo com acompanhante. Não deixar próximo de janelas, oferecer material descartável para alimentação. Em casos mais graves...pediria ao médico uma sedação leve até que seja garantida a segurança"	**23**
Encaminhamento para psicólogo, psiquiatra, saúde mental	"Encaminhar ao atendimento especializado em CAPs, hospitais psiquiátricos, encaminhar para avaliação especializada imediata" "Encaminhamento para psicólogo e/ou psiquiatra"	**15**
Articulação com a rede de apoio	"Entrar em contato com rede de apoio social significativa para pacientes" "Chamar pessoas próximas responsáveis para acompanhamento"	**14**
Modo de comunicação	"Acolher as angústias, ouvir com empatia, mostrar-se disponível para ouvir"	**13**
Atendimento ambulatorial	"Dar o primeiro atendimento" "Atendimento de emergência (estabilização dos estados vitais...)	**7**
Avaliação de risco	"Investigar o real risco suicida, identificação de fatores de risco importantes"	**7**
Contrato	"Fazer contratos com o paciente" "Pactuar com paciente, se possível, contrato verbal"	**2**

Quadro 6- Ações em atendimento.
Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Dos 35 profissionais, 23 mencionaram algum tipo de ação que envolvia a **segurança/ restrição** do paciente durante sua internação no hospital. As respostas dos profissionais geralmente indicavam a necessidade de "*manter vigilância constante*" e "*supervisionar o paciente para reduzir os riscos de tentativa de suicídio* [no hospital]". Além disso, ações específicas foram mencionadas como, por exemplo, "*mantê-lo em um leito próximo à enfermagem*", "*avisar toda a equipe* [...]", "*retirar objetos cortantes, cuidar com janelas* [...]", e "*dependendo do caso, o uso de restrição mecânica*". Também foi mencionada a necessidade de "*uma abordagem agressiva se risco elevado (como internação, uso de medicamentos)*", "[...] *utilizar calmantes caso o paciente esteja agressivo*", ou apenas "[*...*] *uma sedação leve, até que seja garantida a segurança*".

Segundo a OMS (2000a), ao hospitalizar um paciente com alto risco de suicídio é importante não deixá-lo sozinho. Além disso, é importante colocá-lo distante dos meios de cometer suicídio como, por exemplo, pílulas, facas, etc. (BRASIL, 2006a). Conforme Botega (2006, p.441),

> para o paciente internado que mantém ideação suicida, algumas precauções devem ser tomadas, como remover objetos perigosos que estejam a seu alcance, colocá-lo em um leito de fácil observação pela enfermagem, se possível em andar térreo ou em local com proteção nas janelas, enfatizar o risco de suicídio no prontuário e na papeleta da enfermagem e acompanhar constantemente o estado mental do paciente.

Sendo assim, é correto afirmar que 23 profissionais possuem conhecimento quanto à necessidade de manter a segurança desses paciente durante a hospitalização.

Contudo, a alta frequência de respostas que indicam segurança e/ou restrição destaca atenção quando comparada a qualquer outra categoria deste trabalho. Além do conhecimento de 30 profissionais quanto ao risco de suicídio envolvido em paciente com depressão, essa foi a resposta com maior frequência dentre todas as outras.

Embora Botega (2006, p.441) mencione a necessidade de ações de segurança frente a um paciente com ideação suicida hospitalizado, o autor destaca ainda que a "disponibilidade e a capacitação da equipe assistencial são mais importantes do que barreiras físicas". Segundo o autor (2006, p.441), "o contato

pessoal mais frequente deve vir como atitude de apoio, e não de intrusão e vigilância simplesmente".

Apesar do fato de 18 profissionais terem conhecimento quanto à necessidade de um acolhimento ao paciente suicida como modo de comunicação, conforme descrito anteriormente, somente 13 mencionaram acolhimento como umas das ações necessárias (conforme a 4º categoria), e 23 profissionais fizeram referência às ações de segurança e/ou restrição a esse paciente. Uma vez que esta pesquisa teve como objetivo identificar o conhecimento dos profissionais, é conveniente sugerir futuras pesquisas que descrevam as práticas dos profissionais da saúde durante o atendimento a esses pacientes. Só assim será possível confirmar se as ações de segurança e/ou restrição sobrepõem às ações de acolhimento e apoio, e com que frequência isso ocorre. Nesta pesquisa, contudo, fica apenas evidenciada a preocupação dos profissionais com a segurança e/ou restrição dos pacientes internados.

Por fim, é conveniente levantar um último questionamento a respeito desse conhecimento com base nas informações fornecidas pela OMS (2006) e discutidas no referencial teórico deste trabalho (p.17). Segundo a OMS (2006), muitos hospitais têm receio em receber pacientes com tentativa suicida devido ao possível envolvimento jurídico caso o paciente venha a cometer suicídio dentro do ambiente hospitalar. Sendo assim, é possível levantar a hipótese das ações de restrição e/ou segurança serem também um meio de proteção dos profissionais e do hospital contra possíveis complicações legais. Contudo, partindo deste pressuposto, é possível questionar: quem está sendo protegido, o paciente ou o hospital?

A categoria seguinte, **encaminhamento**, foi formada a partir das respostas de 15 profissionais que mencionaram a necessidade de algum tipo de encaminhamento para outros profissionais. As respostas, em sua maioria, indicavam a necessidade de "*encaminhar para profissional adequado*", "*encaminhar para psicólogos e psiquiatras*" ou "[...] *serviço de psicologia*". Além disso, alguns profissionais mencionaram encaminhamentos para *CAPs, grupos de autoajuda, psicoterapeutas, serviço social, serviços especializados e acompanhamento multiprofissional*.

Segundo o Manual do MSB (BRASIL, 2006a), os pacientes devem ser encaminhados para outro profissional independente do risco de suicídio apresentado. Sugere-se encaminhamento para profissionais de saúde mental,

médicos, psiquiatras e terapia psicológica (OMS, 2000a; BRASIL, 2006a). Sendo assim, é possível dizer que 15 profissionais citaram corretamente a necessidade de encaminhamento frente a um paciente com ideação e/ou tentativa de suicídio no hospital.

Esse dado possibilita uma reflexão acerca da importância da implantação de serviços de psicologia em hospitais gerais. Angerami-Camon (1998b) enfatiza a importância da inserção do psicólogo no hospital, uma vez que o mesmo traz um viés psicológico, contribuindo assim com o olhar biopsicossocial do indivíduo. E ainda, pode-se dizer que o encaminhamento a um psicólogo seria facilitado quando há disponível no hospital um serviço de psicologia implantado.

Kapczinski et al. (2001) ressalta que durante um atendimento na emergência de um hospital, técnicas pontuais de apoio são mais adequadas do que abordagens psicoterápicas. Contudo, frente à falta de preparação de muitos profissionais da saúde, a presença do psicólogo durante o atendimento a esses pacientes no hospital é fundamental (ANGERAMI-CAMON, 1998b). Além disso, possibilita o atendimento multiprofissional e trocas interdisciplinares entre a equipe de saúde.

A terceira categoria **articulação com rede de apoio** foi formada com base nas respostas de 14 profissionais que citaram a necessidade de entrar em contado com familiares, amigos, e/ou pessoas que pudessem fornecer apoio ao paciente internado no hospital.

Segundo os Manuais de prevenção, após o profissional identificar a existência de rede de apoio junto ao paciente, é importante entrar em contato com a mesma. Dessa forma, é possível discutir maneiras eficazes e possíveis de fornecer apoio ao paciente. Essa ação é importante, pois pode fazer diferença na decisão dos profissionais de manter o paciente hospitalizado ou deixá-lo sair do hospital (OMS, 2000a, 2000b; BRASIL, 2006a). Sendo assim, é possível dizer que 14 profissionais responderam corretamente quanto à necessidade de comunicação com o sistema de apoio do paciente.

Conforme discutido anteriormente, apenas 6 profissionais citaram a necessidade de identificar rede de apoio durante uma avaliação de risco. Enquanto nas ações necessárias, 15 mencionaram a comunicação com os familiares. Parece plausível questionar se é possível fazer um contato sem antes investigar com o paciente quem são as pessoas que lhe poderão oferecer maior apoio, ou seja, qual

a eficiência de um contato com os familiares sem que se tenha avaliado com o paciente sua relação interpessoal ou sua percepção de rede de apoio. Pode-se pressupor que identificar a percepção do paciente sobre essa rede de apoio traria dados quanto a possíveis problemas interpessoais que possam estar diretamente influenciando o comportamento suicida.

Com base nos dados coletados, pode-se dizer que os profissionais apresentam maior conhecimento quanto à necessidade de entrar em contato com a rede de apoio do que identificar com o paciente sua relação com a rede de apoio.

A categoria **modo de comunicação** foi formada com base em respostas de 13 profissionais que indicavam modos empáticos de comunicar com o paciente como umas das possíveis ações durante um atendimento no hospital. Esse dado foi brevemente discutido anteriormente como uma das ações mais importantes durante o atendimento, sobrepondo muitas vezes o comportamento de restrição e vigilância dos profissionais da saúde para com o paciente (BOTEGA, 2006).

O ouvir empático é essencial durante o atendimento ao paciente. “Comentários do tipo ‘você parece muito incomodado, fale-me mais sobre isso’, podem ser úteis. E escuta com empatia é, em si, o passo mais importante na redução do nível do desespero suicida” (OMS, 2000a, p.12). Segundo Kapsczinki et al. (2001), há dois tipos de pacientes que tentaram suicídio: o que tentou e se encontra fora de risco de vida, e o que ainda necessita de atendimento. Para o paciente que já se encontra fora de risco de vida, o autor (2001, p.162) relata que:

> em um setor de emergência, o tratamento imediato consiste em tranquilizar o paciente. Muitas vezes, não é necessário o uso de medicações e somente uma entrevista cuidadosa e respeitosa é o suficiente para que o paciente acalme-se e sinta-se compreendido.

É importante ressaltar que em casos de agitação e agressividade intensa por parte do paciente, o autor (2001) sugere o uso de sedação e/ou restrição mecânica, contudo, é necessário avaliar a real necessidade desses recursos antes de aplicá-lo. A comunicação empática e as técnicas de segurança e restrição, quando necessárias, são ações importantes a serem tomadas. No entanto, a comunicação empática pode não substituir os efeitos da medicação, mas pode ajudar a evitar uma abordagem mais agressiva de intervenção (KAPCZINSKI et al., 2001). Sendo assim, pode-se dizer que 13 profissionais responderam corretamente

quanto à necessidade de uma comunicação empática como uma das possíveis ações frente ao paciente suicida.

Dos 35 profissionais, 7 citaram a necessidade de um **atendimento ambulatorial** ao paciente, como por exemplo, "*tratamento específico das lesões orgânicas ou físicas*", ou seja, "*atender problemas físicos (lavagem gástrica, cortes...)"*.

Conforme Kapczinski et al. (2001), para o paciente que tentou suicídio e ainda se encontra com risco de vida, é necessário salvar a vida do paciente. Sendo assim, o atendimento ambulatorial não é somente necessário como obrigatório. Os Manuais de prevenção não citam atendimento ambulatorial, acredita-se que pelo fato do atendimento emergencial ser um procedimento obrigatório e padrão. Dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde, todo cidadão tem direito à saúde e o atendimento ao paciente é um dever do estado (KUJAWA, 2003).

Esse dado traz relevantes reflexões acerca da veracidade do atendimento à saúde do cidadão, uma vez que o atendimento deve levar em consideração instâncias físicas, sociais e psicológicas (KUJAWA, 2003). Sendo assim, o atendimento ambulatorial, assim como o apoio psicológico e social também se constitui como dever do estado. É possível questionar se o paciente, ao ser internado no hospital com tentativa e/ou ideação suicida, está sendo tratado como um todo, ou seja, como um ser biopsicossocial. Essa discussão parece levantar novamente a necessidade de serviços multidisciplinares em hospitais.

A penúltima categoria diz respeito às respostas de 7 profissionais que mencionaram a necessidade de uma **avaliação de risco** como uma das possíveis ações de atendimento. A avaliação de risco, discutida anteriormente, é necessária, e se enquadra dentro das ações que devem ser tomadas durante um atendimento ao paciente suicida.

Quando questionado anteriormente quais as perguntas necessárias durante uma avaliação de risco, grande parte dos profissionais se restringiu a citar investigação de ideação suicida (15), e situações de estresse (9), demonstrando assim, pouco conhecimento quanto ao modo de avaliar o risco do paciente.

A avaliação de risco é uma das ações possíveis e necessárias frente ao paciente sendo caracterizada por si só, uma intervenção, uma vez que possibilita o paciente a falar sobre seus problemas e angústias (OMS, 2000a, 2000b; BRASIL, 2006a). Contudo, apenas 7 profissionais citaram a necessidade de identificar o risco

de suicídio. Com base nos dados coletados, é possível perceber uma falta de conhecimento quanto às ações necessárias frente a esse paciente. É através da identificação de risco que será possível planejar a melhor maneira de intervir junto ao paciente.

A última categoria, **contrato**, foi formada com base na resposta de apenas 2 profissionais que citaram a necessidade de fazer um contrato com o paciente. Segundo o Manual de prevenção para clínicos gerais (OMS, 2000a, p.15), "estabelecer um 'contrato de não-suicídio' é uma técnica útil na prevenção do suicídio. Outras pessoas próximas ao paciente podem ser incluídas na negociação de tal contrato". Ainda segundo a OMS (2000a), a negociação de contrato só é possível em pacientes que podem controlar suas ações, e devem ser estruturados de acordo com as necessidades de cada pessoa. E ainda são significativas, pois promovem discussões de aspectos importantes do tratamento e de problemas vivenciados pelo paciente. Sendo assim, pode-se dizer que o fato de apenas 2 profissionais terem indicado a negociação de um contrato com o paciente como uma possível ação durante um atendimento demonstra uma falta de conhecimento por parte dos profissionais.

Concluindo, quanto às possíveis ações em atendimento a esses pacientes, verificou-se grande conhecimento dos profissionais sobre a necessidade de tomar medidas de segurança e restrição (23). Identificou-se menor conhecimento quanto à necessidade de encaminhamento (15), e modo de comunicar-se (13). Por fim, pouco conhecimento quanto à necessidade de avaliar o risco do paciente (7), e quase nenhum conhecimento quanto à possibilidade de estabelecer um contrato (2).

4.2.5 Preparo dos profissionais para atender paciente suicidas

Por último, foi questionado aos profissionais se já haviam atendido paciente com tentativa e/ou ideação suicida. Dos 35 profissionais, 32 profissionais já haviam atendido pacientes com tentativa e/ou ideação suicida, conforme gráfico 9 a seguir:

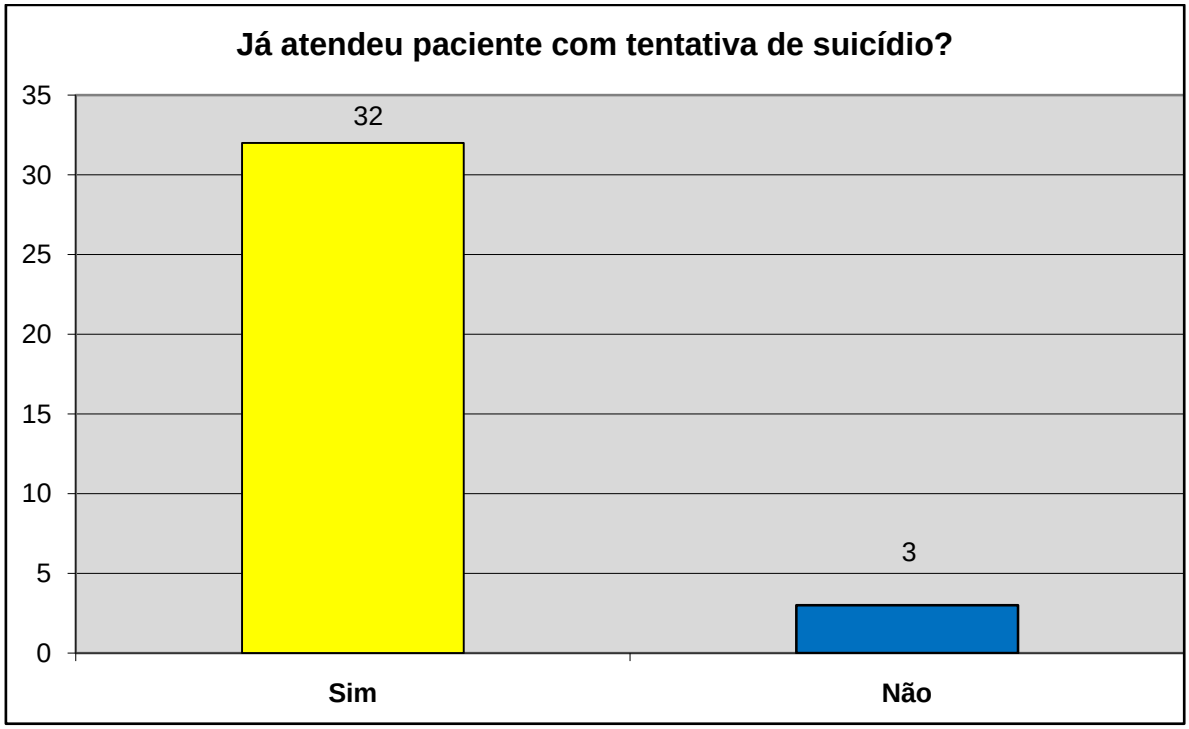

Gráfico 9- Já atendeu paciente com risco e/ou tentativa de suicídio?
Fonte: Elaboração da autora, 2009.

Os profissionais que responderam *sim* foram questionados quanto ao número de pacientes atendidos. Mais de 50% dos profissionais responderam "*muitos*" e/ou "*inúmeros*". Outros ainda responderam "+ *de 20*", "+ *de 15*" e/ou "*mais ou menos 20*". Desta forma, foi impossível quantificar exatamente o número de pessoas com risco de suicídio atendidas por esses profissionais.

No entanto, com base no fato de 32 profissionais já terem atendido pacientes com tentativas e/ou risco de suicídio, é possível afirmar que há um alto número de pacientes com risco de suicídio sendo atendidos nos hospitais. Sendo assim, é importante questionar a preparação desses profissionais para realizar um atendimento especializado e atuar na prevenção do suicídio de forma eficaz.

Desta forma, foi questionado aos profissionais da saúde se eles se sentiam preparados para atender pacientes com risco de suicídio. Conforme o gráfico 10, dos 35 participantes desta pesquisa, 22 responderam que *não* se sentiam preparados para atender paciente com risco de suicídio, 12 responderam que *sim*, e apenas 1 participante respondeu sentir-se preparado "*em partes*".

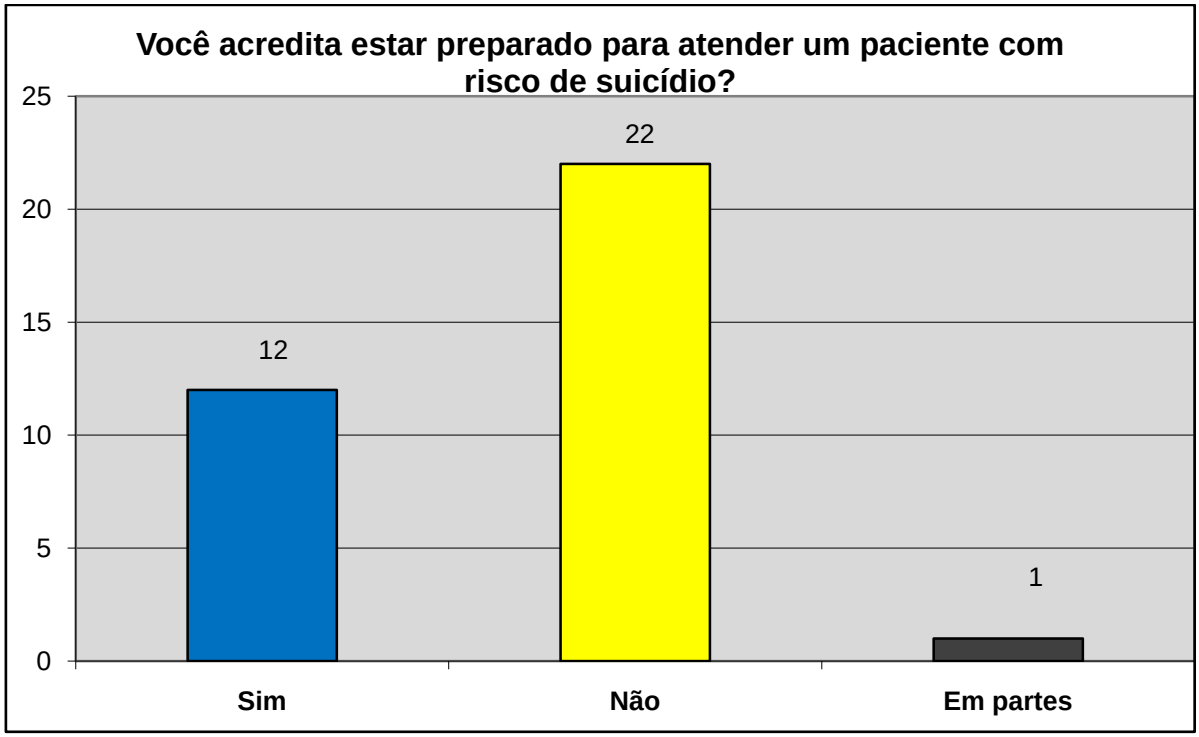

Gráfico 10- Se sente preparado para atender?
Fonte: Elaboração da autora, 2009.

O fato de 22 profissionais não se sentirem preparados para atender pacientes com risco de suicídio corresponde a 62% do total de participantes. Ainda que em menor proporção, esse dado corrobora a pesquisa realizada por Brocker (2007), onde 70% dos 117 enfermeiros do Hospital São Lucas (PUCRS) afirmaram não se sentir preparados para lidar com pacientes com risco de suicídio.

Com base nos dados apresentados até o momento, parece importante questionar a relação entre a preparação dos profissionais para atender pacientes com risco de suicídio e seu conhecimento acerca do suicídio.

Dentre as diretrizes do Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio (BRASIL, 2006b), incentiva-se a propagação de conhecimento sobre saúde mental por meio de educação pública, e a promoção de treinamentos para os profissionais que estão em contato direto com essa população de risco. Sendo assim, pode-se perceber que as diretrizes partem do pressuposto de que o conhecimento influencia na preparação e prática dos profissionais na prevenção do suicídio.

Por fim, o fato de 22 profissionais não se sentirem preparados, parece corroborar com o fato de muitos profissionais apresentarem menor conhecimento quanto a alguns fatores de risco e possíveis ações em atendimento, conforme foi apresentado ao longo do trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cada 40 segundos morre uma pessoa por suicídio no mundo, ou seja, cerca de um milhão de pessoas por ano (OMS, 2008). Contudo, o suicídio é um fenômeno complexo com causas multifatoriais.

Ao pesquisar sobre suicídio percebe-se o grande número de estudos publicados e as mais variadas informações científicas. É possível encontrar estudos que descrevem características psicológicas, sociais, biológicas e culturais de pessoas que cometeram e/ou tentaram suicídio, quando e onde tentaram e/ou cometeram, e o método utilizado. Assim como é possível encontrar estudos acerca das intervenções, planos de prevenção, técnicas de psicoterapia, influência do suicídio na família, entre muitas outras pesquisas.

No entanto, apesar das inúmeras pesquisas e informações existentes acerca do suicídio, muitos pesquisadores deparam-se com resultados semelhantes. Sendo assim, essas confirmações de resultados fazem com que seja possível identificar os possíveis fatores de risco, e as possíveis ações frente ao paciente com risco de suicídio.

Como medida de prevenção primária e secundária ao suicídio, a OMS e o MSB desenvolveram, a partir de dados de pesquisa, Manuais informativos aos profissionais da saúde, professores, médicos, profissionais da mídia entre outros (OMS, 2000a, 2000b; BRASIL, 2006a). No Brasil, a criação do Manual de Prevenção do Suicídio aos profissionais da saúde mental se enquadra nas diretrizes do plano nacional de prevenção do suicídio, tendo como objetivo capacitar e informar os profissionais da saúde:

> aspectos como a promoção de qualidade de vida, a criação de estratégias de comunicação e sensibilização em relação a esse fenômeno, promoção de cuidados à população que contemplam acesso a modalidades terapêuticas, estímulo à pesquisa e a disseminação de informações sobre tentativas e suicídio propriamente dito, assim como a promoção de educação permanente de profissionais da saúde pública (BOTEGA et al., 2006).

Foi a partir dessas informações que se decidiu pesquisar o conhecimento dos profissionais da saúde acerca do suicídio, conforme preconiza os Manuais de

Prevenção da OMS e do MSB.

Desta forma, a escolha dos Manuais de Prevenção da OMS e do MSB para identificar o conhecimento dos profissionais da saúde acerca do suicídio foi principalmente baseada na necessidade de uma fidedignidade metodológica tendo em vista o alcance mundial e nacional desses Manuais.

Quanto aos manuais, é possível questionar a exposição simplificada de tantas informações acerca do suicídio e a compreensão de algumas informações por parte dos profissionais. Sendo assim, sugere-se futuras pesquisas que investiguem a compreensão e percepção dos profissionais da saúde quanto ao conteúdo desses manuais. Os resultados da pesquisa poderiam fornecer dados quanto à necessidade ou não de novas adaptações.

Contudo, esses manuais foram desenvolvidos com objetivo de prevenir o suicídio, ampliando o conhecimento dos profissionais acerca da multiplicidade de fatores envolvidos no suicídio e das possíveis ações a serem tomadas. Sendo assim, foi com base nesses documentos que foi possível atingir os objetivos desta pesquisa.

Quanto ao primeiro objetivo específico - identificar o conhecimento dos profissionais da saúde acerca dos possíveis fatores de risco envolvidos na tentativa de suicídio - foi possível identificar tanto as deficiências quanto o conhecimento desses profissionais acerca dos fatores psicológicos e psiquiátricos, sócio-demográficos, ambientais e quanto aos mitos envolvidos no suicídio.

Quanto aos fatores de risco citados nos Manuais, destaca-se maior conhecimento dos profissionais, acerca dos riscos envolvidos em pacientes com depressão e esquizofrenia. Assim como os riscos envolvidos nos estados mentais de rigidez e ambivalência. Identificou-se também maior conhecimento dos profissionais quanto ao risco envolvido em jovens adultos (15 a 35 anos). E também quanto aos riscos envolvidos em tentativas anteriores.

Por outro lado, verificou-se pouco conhecimento dos profissionais quanto aos riscos envolvidos em paciente com alcoolismo e/ou abuso de substâncias, e transtornos de personalidade. Identificou-se também pouco conhecimento a respeito dos riscos envolvendo idosos, assim como indivíduos que moram sozinhos e viúvos. Quanto aos estressores de vida, foi possível identificar pouco conhecimento quanto aos riscos envolvidos em indivíduos que sofreram traumas, abusos. Assim como nenhum conhecimento quanto aos riscos envolvidos com sentimentos de vergonha e

medo de ser culpado de algo.

Quantos aos mitos, 94% dos profissionais acreditam que falar sobre a tentativa de suicídio não irá conduzir o paciente ao ato, demonstrando assim grande conhecimento. No entanto, quase 50% dos profissionais acreditam que quem quer se matar se mata mesmo, e suicídios não podem ser prevenidos, demonstrando assim menor conhecimento quanto a esses mitos.

Quanto ao segundo objetivo específico - identificar o conhecimento dos profissionais da saúde acerca das possíveis ações em atendimento aos pacientes com risco de suicídio - foi possível identificar tanto as deficiências quanto o conhecimento desses profissionais acerca do atendimento ao paciente.

Sendo assim, identificou-se maior conhecimento dos profissionais quanto à possibilidade de prevenção de futuras tentativas dependendo do tipo de atendimento realizado. Identificou-se também maior conhecimento quanto a ações de segurança e restrição durante a hospitalização do paciente.

Por outro lado, verificou-se pouco conhecimento dos profissionais quanto à necessidade de não julgar as ações do paciente e ouvi-lo com atenção. Assim como a necessidade de identificar planos de suicídio, acesso ao meio, rede de apoio, capacidade de encontrar alternativas e investigar histórico de transtorno mental. Por último, pouco conhecimento quanto à necessidade de avaliar o risco de suicídio e estabelecer um contrato.

A partir destes resultados, pensa-se que,

a) Esta pesquisa possibilita discussões relevantes no que se refere às carências de conhecimento dos profissionais da saúde. Constatou-se que os profissionais possuem maior conhecimento quanto aos fatores de risco, principalmente no diz respeito aos aspectos psiquiátricos e psicológicos. Contudo, parece importante sugerir que conhecimentos acerca dos riscos envolvendo abuso de substância e alcoolismo e transtornos de personalidade sejam repassados aos profissionais da saúde. Esse fato também se repete quanto aos riscos envolvendo idosos. Pensa-se que através do conhecimento dos profissionais acerca dos possíveis fatores de risco será possível realizar uma avaliação eficaz de risco de suicídio do paciente.

b) Quanto às ações em atendimento, parece relevante destacar que os conhecimentos são ainda menores. Apesar de 32 participantes acharem possível prevenir futuras tentativas de suicídio, dependendo do tipo de atendimento, 23

mencionam ações de segurança e restrição como as principais intervenções durante a hospitalização do paciente. Questiona-se a possibilidade de fornecer um atendimento preventivo se as ações frente ao paciente suicida forem, em sua maioria, restritivas. A estrutura do hospital e sua dinamicidade poderiam explicar o fato dos profissionais terem citado essas ações com maior frequência? Apesar das ações de segurança e restrição serem necessárias em alguns casos, principalmente visando a proteção do paciente, parece importante sugerir que maiores informações quanto à importância do modo de comunicação sejam repassadas aos profissionais. *Contudo, é extremamente importante sugerir outras pesquisas que investiguem a prática desses profissionais e as possibilidades de utilizar esse conhecimento dentro do hospital.*

c) A configuração dinâmica do hospital e a falta de preparo de alguns profissionais parecem indicar a necessidade de uma equipe interdisciplinar estar estruturada em hospitais gerais. Essa necessidade se torna ainda mais clara devido ao fato de 57% dos profissionais terem citado a importância de um encaminhamento desses pacientes a psicólogos e psiquiatras. Pensa-se que apesar da importância de todo profissional da saúde ter um conhecimento básico acerca do suicídio, reconhece-se a limitação de conhecimento de cada profissional ao se deparar com questões que vão além de sua formação básica. Sendo assim, a existência de uma equipe interdisciplinar facilitaria tanto o encaminhamento, quando a expansão de conhecimento acerca do suicídio e de maneiras eficazes de intervenção. Contudo, é importante ressaltar que a existência de uma equipe interdisciplinar não elimina a necessidade de capacitação dos profissionais da saúde, uma vez que todos estão sujeitos a atender um paciente com comportamento suicida.

d) Esta pesquisa considerou o conhecimento dos profissionais da saúde como um todo, sem fazer distinções de profissão, escolaridade ou tempo de profissão. Contudo, o conhecimento pode variar de acordo com cada uma dessas variáveis. Desta forma, seria interessante sugerir que novas pesquisas acerca do conhecimento sobre o suicídio avaliem essas variáveis. Por exemplo, o conhecimento é maior em pessoas que possuem maior tempo de profissão ou não? Sendo assim, o conhecimento é repassado nas instituições educadores, em cursos de capacitação, ou o conhecimento é constituído na prática? Ou ainda, quais as deficiências e o preparado de cada profissão para atuar na prevenção do suicídio? Por último, acredita-se que esses dados poderiam trazer maiores informações

quanto à melhor maneira de educar, informar e capacitar os profissionais da saúde.

e) Ainda que em pequena proporção, pensa-se que esta pesquisa traz contribuições tanto ao meio acadêmico como para a sociedade em geral uma vez que aponta os aspectos de menor conhecimento acerca do suicídio e incentiva a educação contínua dos profissionais da saúde para atuar de forma mais eficaz na prevenção de suicídio.

f) *Por fim, apesar de esta pesquisa ter foco no conhecimento científico e na prevenção secundária, não se exclui aqui a necessidade e o apelo ao incentivo de medidas que também promovam a saúde do ser humano. O conhecimento científico por si só, sem que haja uma humanização do atendimento em saúde, acaba perdendo seu objetivo. Pensa-se que não se pode reduzir o ser humano a um mero objeto de estudo sem levar em consideração o respeito, a individualidade e a integridade. O desejo de suicídio traz consigo dor e sofrimento que palavras não seriam capazes de expressar. E este sofrimento humano não pode ser desconsiderado. Sendo assim, as pesquisas existentes, este trabalho, e todas as pesquisas aqui sugeridas, se tornam relevantes no momento em que o conhecimento por si só não seja o foco, mas sim, a esperança de compreender um pouco mais o ser humano e quem sabe, trazer um pouco de alívio ao seu sofrimento. Ou quem sabe, pelo menos ajudá-lo a repensar, e ter então outra chance entre a vida e a morte.*

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Adolfo. **O Deus selvagem:** um estudo do suicídio. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

ANDERTON, Jim. **New suicide prevention guidelines to assist health workers welcomed**. New Zeland Guidelines Group, New Zeland, jun. 2003. Disponível em : < www.nzgg.org > Acesso em: 20, jun. 2008.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. Psicologia na instituição hospitalar**. Jornal do Conselho Regional de Psicologia**, v. 17, n. 110, mar /abr. 1998a. Disponível em: < http://www.crpsp.org.br/a_acerv/jornal_crp/110/frames/fr_entrevista.htm>. Acesso em: 5 out. 2008.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (Org.). **Tendências em Psicologia Hospitalar**. São Paulo: Pioneira, 2004.

_____. **Urgências Psicológicas no Hospital**. São Paulo: Pioneira, 1998b

BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística aplicada às ciências sociais**. Curitiba: Juruá, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1979.

BARTFAI, A. et al. Suicidal behavior and cognitive flexibility: design and verbal fluency after attempted suicide. **Suicide and Life Threatening Behavior**, v. 20, n. 3, p.254-566, 1990. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2238017> Acesso em: 5 out. 2008.

BECK, Aaron T.. **Terapia cognitiva da depressão.** Porto Alegre: Artmed, 1997. 316 p.

BOTEGA, Neury J. Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.19, n. 1, 2 fev. 2007. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/rbp/v29n1/a04v29n1.pdf > Acesso em 25 set. 2008.

BOTEGA, Neury J. et al. Prevenção do comportamento suicida. ***PSICO***, Porto Alegre, PUCRS, *v. 37*, n. 3, p. 213-220, set./dez. 2006a.

BOTEGA, Neury. J. (Org.). Comportamento Suicida. In: BOTEGA, N. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006b. v. 1. 572 p.

BRAGA, Liana. **Lidando com tentativas de suicídio em um serviço de emergência:** estudo compreensivo de representações e práticas médicas. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do Suicídio**: um manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental, Brasília, 10 out. 2006a. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf> Acesso em: 20, ago. 2008.

_____. **Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio.** Brasília, 2006b. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=25605 >. Acesso em: 25 ago. 2008

BRENT, D.A.; BAUGHER, M.; BRIDGE, J.; CHEN, T.; CHIAPPETTA, L. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v.38, n.12, p.1497-505, 1999.

BROCKER, Eliane. **O comportamento autodestrutivo e o impacto junto aos profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar:** Aspectos jurídicos e biopsicossociais. Dissertação. (Mestrado em Psicologia). Pontifica Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, maio 2007.

CAVANAGH J. et al. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. **Psychological Medicine**, Glasgow, n. 33, 2003. Disponível em: < http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract;jsessionid=297E829BA14DD6C90EA6014E5AC66137.tomcat1?fromPage=online&aid=147193> Acesso em: 5 out. 2008.

CASSORLA, Roosevelt M. S. (Coord.) **Do Suicídio**: estudos brasileiros. Campinas, Papirus, 1991. 234 p.

CASSORLA, R. M. S.; SMEKE, E. L. M. Autodestruição humana. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p.61-73, 1994.

CASSORLA, R. A morte e o morrer. In: BOTEGA, Neury José, organizador. **Prática psiquiátrica no hospital geral**: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 417-429.

CAMUS, Albert. **O mito de Sísifo:** ensaio sobre o absurdo. Lisboa: Livros do Brasil, [19--?] 245 p.

CONNER, K. R. et al. Psychological vulnerability to completed suicide: a review of empirical studies. **Suicide Life Threat Behavior,** New York, n. 31, 2001. Disponível em: < http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=13381935> Acesso em: 5 out. 2008.

CONWELL, Y.; DUBERSTEIN, P. R.; CAINE, E. D. Risk Factors for Suicide in Later Life. **Society of Biological Psychiatry**, New York, v.52, p.193–204, 2002. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=PubMed&cmd=Retrieve&list_uids=12182926> Acesso em: 5 out. 2008.

CORRÊA, H. et al. Onde estão sendo publicados os estudos sobre suicídio no Brasil? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2007. Disponível em: < http://www.rbpbrasil.org.br/portal/artigos-no-prelo/onde-estao-sendo-publicados-os-estudos-sobre-suicidio-no-brasil-1?set_language=pt-br > Acesso em: 25 set. 2008.

CORRUBLE, E.; DAMY, C.; GUELFI, J.D. Impulsivity: a relevant dimension in depression regarding suicide attempts? **Journal of affective disorders,** v. 53, n.2, p.211-5, 1999. Disponível em: < http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=1844777> Acesso em: 5 out. 2008.

DESLANDES, Suely F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?". **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000100007&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 4 out 2008.

DI BIAGGI, Teresinha Maria. A Atuação Do Psicólogo Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva – adultos. **Nêmeton: Centro de Estudos e Pesquisa em Psicologia e Saúde**. 2002. Disponível em: < http://www.grupos.com.br/group/psicounib/Messages.html?action=download&year=07&month=11&id=1194660874229625&attach=TextoUTI%20complementar.doc.> Acesso em: 5 out. 2008.

D’ OLIVEIRA, Carlos Felipe Almeida. **Perfil Epidemológico dos suicídios**-Brasil e regiões-1996-2000. Secretaria de vigilância em saúde-SVS, Brasil, mar. 2005. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Suicidios.pdf >. Acesso em: 8 set 2008.

DSM - IV. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: estudo de sociologia.** São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FARIA, F. FERRERO, M. **Proates - Programa de atenção ás tentativas de suicídio. Integração**, São Paulo, n.43, out., 2005. p. 375-378.

FARIA, Neice M. X. et al. Suicide rates in the State of Rio Grande do Sul, Brazil: association with socioeconomic, cultural, and agricultural factors. **Caderno de Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, 2006 . Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/10.pdf> Acesso em: 1 out. 2008.

FEIJÓ, R. B. et al. Perfil de uma Amostra Internada por Tentativa de Suicídio de Adolescentes em Hospital de Emergência Médica de Porto Alegre. **Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 246-250, 1996.

FREITAS, H. et al. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração da USP, RAUSP**, São Paulo, v. 35, n. 3, Jul-set. 2000, p.105- 112.

FREUD, Sigmund. **Totem e Tabu**. v. XIII. Obras Completas. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1976.

Gawryszewski, V., P. et al. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 50, n.1, p. 97-103, 2004.

GASPARI, V. P. P.; BOTEGA, N. Rede de apoio social e tentativa de suicídio . **Jornal Brasileiro de psiquiatria**, v.51, v.4, p. 233-240, 2002.

GIL, A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas, 1991.

HEIKKINEN, M.; ARO, H.; LÖNNQVIST, J. Recent life events, Social support and suicide. **Acta Psychiatrica Scandinavica,** Finland, v. 89, p. 65 – 72, 2007. Disponível em : < http://www3.interscience.wiley.com/journal/119259987/abstract> Acesso em: 5 out. 2008.

HESKETH, J. L.; CASTRO, A. G. de. Fatores correlacionados com a tentativa de suicídio. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.12, p.138-146, 1978.

IGUE, Cristina Emiko. **Convivendo com a possibilidade do suicídio:** representações sociais dos profissionais de enfermagem. Dissertação. Mestrado em Enfermagem, USP, São Paulo, 2001.

IPEA. **Saúde para conter a epidemia de violência.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 2007. Disponível em: < http://www.ipea.gov.br/acaosocial/articleb6e7.html?id_article=612> Acesso em: 20 set. 2008.

JAMISON, Kay. **Quando a Noite cai:** Entendendo o suicídio. New York: Vintage Books, 1999.

JOINER, Thomas. **Why People Die by Suicide**. Massasuchets: Harvard, 2005.

KAHHALE, E. M. P. Psicologia na saúde: em busca de uma leitura crítica e atuação compromissada. In BOCK: Ana Mercês Bahia (org.). **A perspectiva sócio-histórica na formação em Psicologia**. Petrópolis: Vozes, 2003.

KAPCZINSKI, F.; CHACHAMOVICH, R; SCHMITT, E. Risco de suicídio: avaliação e manejo. In: KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J.; CHACHAMOVICH, R.; SCHMITT, E. **Emergências Psiquiátricas**. Porto Alegre: Artmed. 2001. p.149-165.

KELLERMAN, A.L. et al. Suicide in the home in relation to gun ownership. **New England Journal of Medicine**, v. 327, p. 467-472, 1992.

KUJAWA, H; BOTH, V; BRUTSCHER, V.**Direito à saúde com controle social.** Centro de Estudos em Políticas Públicas de Saúde, Passo Fundo, 2003.

MARÍN-LEON, L.; BARROS, M.B.A. Mortes por Suicidios: diferenças de gênero e nível sócio-econômico. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n.3, p. 357-363, 2003.

MICHEL, M. H. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE. **Prevenção do Suicídio:** Manual para Médicos Clínicos Gerais. Tradução para o português: Juliano dos Santos Souza e Neury Jose Botega. Departamento de Saúde Mental: Genebra, 2000a.

_____. **Prevenção do Suicídio:** Manual para profissionais da saúde em atenção primária. Tradução para o português: Janaína Phillipe Cecconi, Sabrina Stefanello e Neury José Botega. Departamento de Saúde Mental: Genebra, 2000b.

_____. **Prevenção do Suicídio:** Manual para professores e educadores. Tradução para o português: Sabrina Stefanello e Neury José Botega. Departamento de Saúde Mental: Genebra, 2000c.

_____. **Prevenção do Suicídio:** Manual para profissionais da mídia. Tradução para o português: Juliano dos Santos Souza e Neury José Botega. Departamento de Saúde Mental: Genebra, 2000d.

_____. **The World Health Report***:* Shaping the future. Genebra, 2003.

_____. Suicide Prevention :Emerging from Darkness- What can be done? **Mental Health and Substance Abuse**, Genebra, 18 aug. 2006a. Disponível em < http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1824_8087.htm>**.** Acesso em 15 ago. 2008.

_____. **Prevenção do Suicídio:** Um recurso para Conselheiros. Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias: Genebra, 2006b.

_____. Who Statement: **World Suicide Prevention Day 2008**. Department of Mental Health and Substance Abuse: Geneva, 2008.

_____. The Financial Crisis and the Global Health. Report of high-level consultation. Geneva, 2009.

PACHECO et al. Análise quantitativa comparativa dos casos de suicídio ocorridos nos períodos de 2000 a 2003 na Grande Florianópolis/SC. In: Convenção Latino América, Congresso Brasileiro e encontro paranaense de psicoterapias corporais, **Anais**, Foz do Iguaçu, 2004.

PERRAH, M. ; WICHMAN, H. Cognitive rigidity in suicide attempters. **Suicide and Life Threatening Behavior**, v. 17, n. 3. p.251-55, 1987. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3686623> Acesso em: 5 out. 2008.

PIETRO, D. & TAVARES, M. Fatores de risco para o suicídio e tentativa de suicídio. Incidência, eventos estressores e transtornos mentais. **Jornal Brasileiro Psiquiatria***,* v.54, n.2, p.146-154, 2005.

RAPELI, C.; BOTEGA, N. Tentativas de suicídios graves: três diferentes grupos internados em um hospital geral. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.51, n.1, p.5-11, 2003.

REINECKE, M. A. Suicídio e depressão In: DATTILIO, F. M., FREEMAN, A. & Cols (Org.). **Estratégias cognitivo comportamentais de intervenção em situações de crise**. Porto Alegre:
Artmed, 2003.

RIBEIRO, Daniel Mendelski . Suicídio: critérios científicos e legais de análise. **Jus Navigandi,** n. 423. 3 set. 2004. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=5670> Acesso em : 20 set. 2008.

ROY, Alec. Suicide in schizophrenia. **International Review of Psychiatry**, New York, v. 14, n. 2, 1992. Disponível em: < http://www.informaworld.com/smpp/content~content=a786499465~db=all> Acesso em: 4 out. 2008.

SAMPAIO, M.A.; BOEMER, M.R. Suicídio - um ensaio em busca de um des-velamento do tema. **Revista Escola de Enfermagem USP,** v.34, n.4, p. 325-31, dez. 2000. Disponível em: < http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/544.pdf > Acesso em: 19 ago. 2008.

SANTOS, Antonio Raimundo dos. **Metodologia científica**: a construção do conhecimento. 4 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

SEBASTIANI, Ricardo Werber. A equipe de saúde frente as situações de emergência no hospital geral: aspectos psicológicos. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (Org.). **Urgências Psicológicas no Hospital**. São Paulo: Pioneira, 1998.

SEMINOTTI, E. P.; PARANHOS, M. E.; THIERS, V. O. Intervenção em crise e suicídio: análise de artigos indexados. **O Portal dos Psicólogos**, 28 ago. 2006.

Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0297.pdf> Acesso em: 5 set. 2008.

SHNEIDMAN, Edwin. **Suicide as Psychache**: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior. New Jersey: Jason Aronson, 1993.

SILVA, V. P.; BOEMER, M. R. O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás. v. 06, n. 02, 2004. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen> Acesso em: 19, ago, 2008.

SIMON, T.R.; SWANN, A.C.; POWELL, K.E.; POTTER, L.B.; KRESNOW, M.; O'Carroll, P.W. Characteristics of Impulsive Suicide Attempts and Attempters. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v.32, p. 49-59, 2001.

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

VENEU, Marcos Guedes. **Ou não ser**: uma introdução à história do suicídio no Ocidente. Brasília: Ed. UNB, 1994

WERNECK, Guilherme L. et al . Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000026&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 ago. 2008.

WIKIPÉDIA. Bud Dwyer. **Wikipédia: A Enciclopédia Livre**, 2008. Disponível em: < http://pt.wikipedia.org/wiki/Budd_Dwyer > Acesso em: 1 out. 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____,
declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa cujo tema é "**O conhecimento dos profissionais da saúde acerca do suicídio".** Estou ciente de que a pesquisa será realizada obedecendo aos seguintes critérios:

a- O questionário que será aplicado é objetivo e composto por 17 questões abertas e fechadas.

b- Será necessário apenas um encontro para responder o questionário.

c- Os questionários respondidos serão armazenados em arquivo pessoal (sigiloso), e as respostas processadas em planilhas estatísticas serão armazenadas em mídia digital (pendrive).

d- O questionário será aplicado aos profissionais da saúde em suas residências, fora do ambiente hospitalar, conforme disponibilidade dos mesmos.

e- Os instrumentos utilizados para a coleta de dados serão os questionários, pranchetas e canetas.

Declaro estar ciente, a respeito dos riscos e desconfortos apresentados pela pesquisa, sendo estes mínimos. Porém, no caso de haver desconforto emocional durante a resposta ao questionário, terei direito de parar o mesmo.

Estarei contribuindo para a produção de conhecimento científico sobre o conhecimento dos profissionais da saúde acerca do suicídio. Este conhecimento poderá ser útil na atuação dos profissionais da saúde da área hospitalar.

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações pertinentes ao projeto e que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim. E que poderei ter acesso às informações da pesquisa a qualquer momento.

Declaro que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento, entrando apenas em contato com a pesquisadora através do telefone fornecido neste documento, sem qualquer impedimento ou prejuízo para mim. Sendo assim,

concordo com as informações acima e assino duas (02) vias, nas quais uma (01) ficará em minha posse e a outra na posse da pesquisadora.

Nome por extenso:
_____

RG:
_____

Local e data:
_____

Assinatura:
_____

PESSOAS PARA CONTATO:

PESQUISADOR RESPONSÁVEL:
Maurício Eugênio Maliska

NÚMERO DO TELEFONE:
(48) 91058251

ENDEREÇO ELETRÔNICO:
mmaliska@yahoo.com.br

ALUNA RESPONSÁVEL:
Alina Wallauer

NÚMERO DO TELEFONE:
(48) 99898137

ENDEREÇO ELETRÔNICO:
aliw03@yahoo.com.br

APÊNDICE B – Questionário para coleta de dados

Prezado Colaborador,

Esta pesquisa pretende identificar o conhecimento dos profissionais da saúde acerca dos fatores envolvidos em uma tentativa de suicídio e suas ações em atendimento a esses pacientes. As respostas deste questionário servirão como base para produção científica, e sua participação será **anônima e voluntária**. Por favor, colabore respondendo as questões abaixo. Agradecemos sua participação!

Dados de Identificação

Idade: **Escolaridade:**
Sexo: **Tempo de exercício profissional:**
Profissão:

1- Você acredita que os transtornos mentais sejam um fator de risco ao suicídio?
( ) Sim ( ) Não

1.1- Se SIM, quais?
_____
_____
_____
_____

2- Assinale a(s) alternativa(s) que você considera correta quanto às características do estado mental de uma pessoa com risco suicida:
( ) Muitas pessoas com comportamento suicida não querem de fato morrer
( ) As pessoas com comportamento suicida geralmente não conseguem achar alternativas para seus problemas
( ) O sujeito impulsivo corre mais risco de cometer um suicídio
( ) Outras_____

Assinale ou responda, a partir das perguntas a seguir, a(s) alternativa (s) que você acredita serem verdadeiras quanto aos fatores de risco sócio-demográficos para a pessoa com risco suicida:

3- Quem comete mais suicídio?
( ) Homens ( ) Mulheres ( ) Não sei

4- Qual(is) a(s) faixa(s) etária(s) que apresenta(m) maior risco de suicídio?
_____
_____

5- Qual(is) estado(s) civil(s) abaixo apresenta(m) maior risco de suicídio?
_____
_____

Assinale ou responda, a partir das perguntas a seguir, a(s) alternativa (s) que você acredita serem verdadeiras quanto aos fatores de risco ambientais para a pessoa com risco suicida:

6- Você acredita que situações de estresse durante a vida pode ser um fator de risco de suicídio?
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

6.1 Se SIM, quais?
_____
_____
_____
_____

7- Você acredita que ter facilidade e/ou imediato acesso ao método (por exemplo, ter uma arma em casa) de cometer suicídio é um fator determinante para o individuo cometer suicídio?
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

8- Você acredita que a exposição ao suicídio (por exemplo, presenciar e/ou ser exposto à um suicídio na vida real, ou através da mídia - TV, rádio...) é um fator que influencia o individuo cometer suicídio?
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

9- Você acredita que, o fato de um indivíduo ter tentativas de suicídio anteriores, seja um fator de risco significante para um suicídio futuro?
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

10- Assinale a(s) alternativa(s) que você considera verdadeira quanto ao suicídio:
( ) As pessoas que ficam ameaçando suicídio, não se matam.
( ) Perguntar sobre o suicídio ao paciente poderá induzi-lo ao ato.
( ) O indivíduo geralmente tenta cometer suicídio para manipular as pessoas.
( ) Suicídios ocorrem sem avisos prévios.
( ) O indivíduo que quer se matar, se mata mesmo.
( ) O risco de suicídio acaba assim que o indivíduo melhora da crise.
( ) Os suicídios não podem ser prevenidos.
( ) Um indivíduo suicida será sempre suicida.

Responda as questões a seguir de acordo com o que você acredita ser verdadeiro quanto a maneira de lidar com o paciente com risco e/ou tentativa de suicídio:

11- Você acredita que o atendimento ao paciente com risco e/ou tentativa de suicídio no hospital pode ajudar na prevenção de futuras tentativas?
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

12- Você acredita que a comunicação com o paciente com risco e/ou tentativa de suicídio é necessária, durante o atendimento?
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

12.1 Se SIM, como deve ser esta comunicação?

_____
_____
_____
_____

13- Você acredita que seja necessário fazer perguntas para tentar identificar o risco de suicídio?
( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

13.1 Se SIM, quais?

_____
_____
_____
_____

14- Assinale a(s) alternativa(s) que você acredita representar o modo de agir necessário frente ao paciente com risco de suicídio, durante o atendimento:
( ) Manter a calma
( ) Ser afetuoso
( ) Levar a situação à sério
( ) Entrar em pânico
( ) Tentar fazer o problema parecer trivial
( ) Desafiar o paciente a continuar em frente
( ) Dizer que tudo vai ficar bem
( ) Buscar, junto ao paciente, alternativas para seu problema
( ) Fazer um contrato (contrato verbal de que o paciente não irá cometer suicídio)
( ) Ignorar as situações de suicídio
( ) Todas acima
( ) Nenhuma acima
( )Outras_____

15- Descreva quais ações devem ser tomadas pelos profissionais da saúde frente ao paciente com risco de suicídio, durante um atendimento no hospital geral.

_____
_____
_____
_____

16- Você já atendeu ou teve contato com um paciente com tentativa e/ou risco de suicídio no hospital geral?
( ) Sim ( ) Não Se SIM, Quantos? _____

17- Você se considera que os profissionais da saúde estejam preparados para atender um paciente com risco de suicídio?
( ) Sim ( ) Não