

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO – UFMT
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

JESIELE NEVES SPINDLER

**ATTITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE AO COM
COMPORTAMENTO SUICIDA: ESTUDO DE INTERVENÇÃO**

CUIABÁ-MT
2018

JESIELE NEVES SPINDLER

**ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE AO COMPORTAMENTO
SUICIDA: ESTUDO DE INTERVENÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, como requisito para a obtenção do título de mestre em Enfermagem

Área de concentração: Enfermagem e o cuidado regional à saúde.

Linha de pesquisa: Estudo dos cuidados à saúde.

Orientador: Prof. Dra. Samira Reschetti Marcon

Co-orientador: Prof. Pós-Dr. Mariano Martínez Espinosa

**CUIABÁ - MT
2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.

S757a Spindler, Jesiele Neves.
ATTITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAUDE FRENTE AO COM
COMPORTAMENTO SUICIDA: ESTUDO DE INTERVENCAO / Jesiele Neves
Spindler. -- 2018
95 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Samira Reschetti Marcon.
Co-orientador: Mariano Martinez Espinosa.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Cuiabá, 2018.
Inclui bibliografia.

1. Atitude. 2. Atencao Primaria a Saude. 3. Suicidio. 4. Capacitacao. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Avenida Fernando Corrêa da Costa, 2367 - Boa Esperança - Cep: 78060900 - CUIABÁ/MT
Tel : - Email : faen.ufmt@gmail.com

FOLHA DE APROVAÇÃO

**TÍTULO : "Atitudes dos Profissionais de Saúde Frente a Pacientes com comportamento suicida:
Estudo de Intervenção."**

AUTOR : Mestranda JESIELE NEVES SPINDLER

Dissertação defendida e aprovada em 26/04/2018.

Composição da Banca Examinadora:

Presidente Banca / Orientador Doutor(a) Samira Reschetti Marcon
Instituição : UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

Examinador Interno Doutor(a) TATIANE LEBRE DIAS
Instituição : UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

Examinador Externo Doutor(a) Carlos Filinto da Silva Cais
Instituição : UNICAMP

Examinador Suplente Doutor(a) Letícia Pontes
Instituição : UFPR-Curitiba/PR

Examinador Suplente Doutor(a) Janete Tamami Tomiyoshi Nakagawa
Instituição : UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

CUIABÁ,30/07/2020.

*Dedico este trabalho “in memoriam” à
minha avó paterna e ao meu pai, e aproveito
também para agradecê-los, onde estiverem.
Por eles fui criada, aprendi muito e cresci.
Minha querida avó me ensinou os caminhos
do conhecimento e me colocava a ler para
ela pela manhã. Meu pai me fez pensar pela
primeira vez em escolher uma profissão que
ajudasse ao próximo, e escolhi cuidar de
cada um como cuidaria dele hoje, se
houvesse outra chance.*

E à Maria Flor.

AGRADECIMENTOS

"Agradecer é admitir que houve um momento na caminhada em que se precisou de alguém. Agradecer é reconhecer que o homem jamais poderá lograr para si o dom de ser autossuficiente."
UHLMANN, 2009

Agradeço primeiramente ao meu esposo, Hudson Cesar Melo Faria. Obrigada por ter vivenciado comigo passo a passo, todos os detalhes deste trabalho, ter me ajudado, por ter me dado todo o apoio que necessitava nos momentos difíceis. Por todo carinho, por ter me aturado nas horas de estresse, por tornar minha vida cada dia mais feliz e ter compreendido minha ausência. Obrigada por não soltar a minha mão.

Agradeço à minha orientadora maravilinda professora Samira Rechetti Marcon, uma mãe “científica” por todo o ensinamento e paciência, que com dedicação e pouco fôlego, acreditou neste trabalho. Por ser uma excelente professora e profissional, na qual me espelho. Obrigada de coração por me mostrar o caminho quando eu me apavorava assustada e obrigada por acreditar neste trabalho e em mim, mesmo quando eu quase me perdi, eu realmente sou muito sortuda em ter te conhecido e convivido contigo.

Agradeço à minha família sempre me acolheu, motivou e apoiou. Me compreenderam estressada e quieta e ouviam as novidades. Obrigada pelo amor intenso que me deu força e motivação para chegar até aqui. Essa conquista também é de vocês. Nos momentos mais difíceis me lembravam de focar nos objetivos e superar as dificuldades. Obrigada por poder contar com vocês, que possa retribuir de algum modo todo carinho.

Não poderia deixar de agradecer pelo companheirismo, carinho e amizade à turminha de amigos da pós-graduação FAEN do grupo *topline das galáxias* que sempre estiveram ao meu lado nos momentos engraçados e tristes, e estarão sempre em minha memória. Indescritível minha gratidão por tê-los conhecido. Por essas e outras razões, guardo a todos no coração, do ladinho das gorduras trans.

Agradeço especialmente à *querida* Villmeyze Arruda, minha VIC/Pibic “amorzinho”, por acreditar e se empenhar neste trabalho. É uma honra pra mim ter tido comigo nesta caminhada, me orgulho de você e acredito demais em seu potencial. Vou estar sempre por perto, tentando retribuir todo carinho e dedicação recebido.

Obrigada à toda família NESM (Núcleo de Estudos em Saúde Mental), vocês foram essenciais na concepção e execução deste trabalho. À professora Carla Wunsch e ao Hugo Gedeon Barros dos Santos pelo apoio e parceria nas descobertas desta temática. Obrigada à minha veterana fofínea, Alice Milani Nespollo, pelas dicas, desabafos e generosidade ao me escutar e ajudar sempre.

Agradeço aos graduandos de enfermagem (nesminiamos ou não) que vestiram a camisa e me ajudaram a concretizar este projeto participando da coleta e tabulação dos dados: Luany Cardoso de Oliveira, Nathalie, Joelma, Robson e Tamires.

Agradeço ao professor e co-orientador Mariano Martinez Espinosa, pela paciência e disposição em nos acompanhar neste caminho.

Aos professores Dr. Carlos Cais e Dr. Neury Botega pela generosidade, pela inspiração para este trabalho, por acreditar nesta causa e trabalhar pela prevenção ao suicídio, nos inspiramos em vocês. Obrigada!

Dedico esse trabalho a todos os quais tive e tenho o privilégio de trabalhar, os mais diversos profissionais, equipes de saúde e professores, vocês fazem parte desta história, obrigada pelas oportunidades de crescer em conjunto.

Á todas as pessoas que de algum modo, nos momentos serenos e ou apreensivos, fizeram ou fazem parte dessa trajetória, agradeço a todos de coração.

Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES/Brasil pelo apoio financeiro por meio de bolsa de mestrado.

Não é que o suicídio seja sempre uma loucura. (...), Mas, em geral, não é em um acesso de razão que nos matamos.

Voltaire

RESUMO

SPINDLER, J.N. **Atitudes dos profissionais de saúde frente ao comportamento suicida: estudo de intervenção**, 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem, UFMT, Cuiabá – MT. 89p.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Samira Reschetti Marcon

Objetivo: Analisar as atitudes dos profissionais das equipes de Saúde da Família - eSF, expostos a capacitação, frente ao comportamento suicida. **Metodologia:** Estudo experimental, desenvolvido nas Unidades de ESF do município de Cuiabá-MT, de abril a agosto de 2017, foram incluídos: estar atuando nas Unidades de ESF nas funções de técnico de enfermagem, enfermeiros ou médicos e excluídos: trabalhadores lotados nas unidades de ESF da zona rural. A amostra constitui-se de 87 indivíduos alocados aleatoriamente no grupo intervenção (GI), e 174 no grupo controle (GC). Os profissionais do GI receberam uma capacitação para o atendimento de indivíduos com comportamento suicida com duração de 20 horas e as atitudes dos dois grupos foram avaliadas pré e pós-intervenção por meio do Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida composto por três domínios: sentimentos negativos frente ao comportamento suicida, percepção da capacidade profissional e direito ao suicídio. As análises foram realizadas no programa SPSS 20.0, utilizando os Testes t de Student para amostras independentes e dependentes com distribuições simétricas e para distribuições assimétricas o Teste de Wilcoxon. Para a análise bivariada utilizou-se o teste de Qui-Quadrado de Pearson, e para análise múltipla a Regressão de Poisson. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUCM, nº1.978.854. **Resultados:** Apresentado na forma de dois manuscritos. O primeiro analisou a associação das atitudes dos profissionais da eSF frente ao comportamento suicida com as variáveis sociodemográficas, profissionais, relacionadas ao atendimento e comportamento suicida do profissional. Evidenciou-se que as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com percepção da capacidade profissional foram capacitação anterior em saúde mental, capacitação para o atendimento ao comportamento suicida, ter atendido pessoas com ideação suicida ou que foram a óbito por suicídio. As variáveis que evidenciaram associação com direito ao suicídio foram idade, escolaridade, ter alguém na família ou amigo que tentou suicídio. Na análise múltipla permaneceram, no modelo ajustado, capacitação para o atendimento ao suicídio, idade, já ter tentado suicídio, sexo, capacitação em saúde mental e em atendimento ao suicídio, ter atendido pessoa com ideação suicida, ter tentado suicídio e ter algum amigo com tentativa suicida prévia. O segundo manuscrito verificou se a intervenção da capacitação promoveu a melhora das atitudes dos profissionais de saúde e comparou os resultados entre os dois grupos. Os resultados evidenciaram que ambos os grupos apresentaram homogeneidade nos resultados do pré-teste. Após a intervenção o GI demonstrou ganhos estatisticamente significativos em seis dos sete itens que compõem o fator sentimento negativo. Quanto à percepção da capacidade profissional verificou-se ganhos em todos os quatro itens que compõe este fator e no direito ao suicídio, evidenciaram-se modificações positivas em três dos cinco itens. No GI as atitudes foram mais positivas quando comparado ao GC após a capacitação. **Conclusão:** Observa-se que a intervenção aplicada foi efetiva na mudança de atitude dos profissionais frente ao comportamento suicida. Tal achado contribui para a qualidade da assistência na atenção básica e reforça a viabilidade de capacitações com vistas a prevenir esse agravo na população.

Palavras-chave: Atitude; Atenção Primária à Saúde; Capacitação; Suicídio.

ABSTRACT

SPINDLER, J.N. **Attitudes of health professionals towards suicidal behavior: intervention study, 2018.** Dissertation (Master in Nursing) - Postgraduate Course in Nursing, UFMT, Cuiabá – MT. 89p.

Advisor: Prof.^a Dr.^a Samira Reschetti Marcon

Objective: To analyze the attitudes of the professionals of the Family Health teams - eSF, exposed to training, in the face of suicidal behavior. **Methodology:** Experimental study, developed in the ESF in the city of Cuiabá-MT, from April to August 2017, included: being working in the EFS in the functions of nursing technician, nurses or doctors and excluded: workers working in the units of ESF in rural areas. The sample consists of 87 individuals randomly allocated to the intervention group (IG), and 174 to the control group (CG). The GI professionals received training to assist individuals with suicidal behavior lasting 20 hours and the attitudes of both groups were assessed before and after the intervention using the Questionnaire on Attitudes towards Suicidal Behavior, consisting of three domains: feelings Negative towards suicidal behavior, perception of professional capacity and right to suicide. The analyzes were performed in the SPSS 20.0 program, using Student's t-tests for independent and dependent samples with symmetric distributions and for asymmetric distributions the Wilcoxon test. Pearson's chi-square test was used for bivariate analysis, and Poisson regression for multiple analysis. Research approved by the HUJM Research Ethics Committee, nº 1,978,854. **Results:** Presented in the form of two manuscripts. The first analyzed the association of the attitudes of eSF professionals towards suicidal behavior with the sociodemographic, professional variables related to the care and suicidal behavior of the professional. It was evidenced that the variables that showed a statistically significant association with the perception of professional capacity were previous training in mental health, training to attend to suicidal behavior, having assisted people with suicidal ideation or who died by suicide. The variables that showed an association with the right to suicide were age, education, having someone in the family or friend who attempted suicide. In the multiple analysis, training for suicide care, age, having attempted suicide, sex, training in mental health and suicide care, having attended a person with suicidal ideation, having attempted suicide and having a friend with Previous suicide attempt. The second manuscript verified whether the training intervention promoted an improvement in the attitudes of health professionals and compared the results between the two groups. The results showed that both groups were homogeneous in the pre-test results. After the intervention, the IG showed statistically significant gains in six of the seven items that make up the negative feeling factor. As for the perception of professional capacity, there were gains in all four items that make up this factor and in the right to suicide, positive changes were seen in three of the five items. At IG, attitudes were more positive when compared to CG after training. **Conclusion:** It is observed that the applied intervention was effective in changing the attitude of professionals towards suicidal behavior. This finding contributes to the quality of care in primary care and reinforces the feasibility of training in order to prevent this problem in the population.

Keywords: Attitude; Primary Health Care; Training; Suicide.

RESUMEN

SPINDLER, J.N. **Actitudes de los profesionales de la salud hacia el comportamiento suicida: estudio de intervención, 2018.** Disertación (Máster en Enfermería) - Curso de posgrado en Enfermería, UFMT, Cuiabá – MT. 89p.

Tutor: Prof.^a Dr.^a Samira Reschetti Marcon

Objetivo: analizar las actitudes de los profesionales de los equipos de salud familiar - eSF, expuestos a la capacitación, frente a la conducta suicida. **Metodología:** El estudio experimental, desarrollado en el FSE en la ciudad de Cuiabá-MT, de abril a agosto de 2017, incluyó: estar trabajando en el EFS en las funciones de técnico de enfermería, enfermeras o médicos y excluido: trabajadores que trabajan en las unidades del FSE En áreas rurales. La muestra consta de 87 individuos asignados aleatoriamente al grupo de intervención (IG) y 174 al grupo de control (CG). Los profesionales de GI recibieron capacitación para ayudar a las personas con comportamiento suicida que duró 20 horas y las actitudes de ambos grupos se evaluaron antes y después de la intervención utilizando el Cuestionario sobre actitudes hacia el comportamiento suicida, que consta de tres dominios: sentimientos negativos hacia el comportamiento suicida, percepción del profesional. Capacidad y derecho al suicidio. Los análisis se realizaron en el programa SPSS 20.0, utilizando las pruebas t de Student para muestras independientes y dependientes con distribuciones simétricas y para distribuciones asimétricas la prueba de Wilcoxon. La prueba de chi-cuadrado de Pearson se utilizó para el análisis bivariado y la regresión de Poisson para el análisis múltiple. Investigación aprobada por el Comité de Ética de Investigación de HUJM, nº 1.978.854. **Resultados:** Presentado en forma de dos manuscritos. El primero analizó la asociación de las actitudes de los profesionales del eSF hacia el comportamiento suicida con las variables sociodemográficas, profesionales, relacionadas con la atención y el comportamiento suicida del profesional. Se evidenció que las variables que mostraron una asociación estadísticamente significativa con la percepción de la capacidad profesional fueron entrenamiento previo en salud mental, entrenamiento para atender conductas suicidas, haber asistido a personas con ideación suicida o que murieron por suicidio. Las variables que mostraron una asociación con el derecho al suicidio fueron la edad, la educación, tener a alguien en la familia o amigo que intentó suicidarse. En el análisis múltiple, entrenamiento para atención suicida, edad, intento de suicidio, sexo, salud mental y entrenamiento de suicidio, haber visto a una persona con ideación suicida, haber intentado suicidarse y tener un amigo con Intento de suicidio previo. El segundo manuscrito verificó si la intervención de capacitación promovió una mejora en las actitudes de los profesionales de la salud y comparó los resultados entre los dos grupos. Los resultados mostraron que ambos grupos fueron homogéneos en los resultados previos a la prueba. Después de la intervención, el IG mostró ganancias estadísticamente significativas en seis de los siete ítems que conforman el factor de sentimiento negativo. Con respecto a la percepción de la capacidad profesional, hubo ganancias en los cuatro ítems que conforman este factor y en el derecho al suicidio, se observaron cambios positivos en tres de los cinco ítems. En IG, las actitudes fueron más positivas en comparación con CG después del entrenamiento. **Conclusión:** se observa que la intervención aplicada fue efectiva para cambiar la actitud de los profesionales hacia el comportamiento suicida. Este hallazgo contribuye a la calidad de la atención en la atención primaria y refuerza la viabilidad de la capacitación para prevenir este problema en la población. Palabras llave: actitud; Primeros auxilios; Formación; Suicidio.

Palabras llave: actitud; Primeros auxilios; Formación; Suicidio.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Região de saúde, total de unidades de ESF por região, número de profissionais por região, total de profissionais participantes e equipes selecionadas. Cuiabá-MT, 2018.	23
Quadro 2 – Quadro demonstrativo de variáveis dependentes, independentes e suas categorias.	25

LISTA DE TABELAS

Manuscrito 1

Tabela 1 - Associação entre percepção da capacidade profissional com as variáveis sociodemográficas, profissionais, relacionadas ao atendimento e comportamento suicida dos profissionais das unidades de ESF. Cuiabá, MT, Brasil, 2017.....	35
Tabela 2 - Associação entre sentimentos negativos frente ao paciente com as variáveis sociodemográficas, profissionais, relacionadas ao atendimento e comportamento suicida dos profissionais das unidades de ESF. Cuiabá, MT, Brasil, 2017.....	37
Tabela 3 - Associação entre direito ao suicídio com as variáveis sociodemográficas, profissionais, relacionadas ao atendimento e comportamento suicida dos profissionais das unidades de ESF. Cuiabá, MT, Brasil, 2017.....	38
Tabela 4 - Razões de Prevalência para Percepção da capacidade profissional, Sentimentos negativos em relação ao paciente e Direito ao suicídio, ajustados por variáveis sociodemográficas, profissionais, relacionadas ao atendimento e comportamento suicida dos profissionais das unidades de ESF. Cuiabá, MT, Brasil, 2017.....	40

Manuscrito 2

Tabela 1: Características sociodemográficas, profissionais, relacionadas ao atendimento e comportamento suicida dos profissionais das unidades de ESF do município de Cuiabá, MT, Brasil, 2017.....	53
Tabela 2: Atitudes dos profissionais de saúde do grupo intervenção e do grupo controle pré e pós capacitação. Cuiabá, MT, Brasil, 2017.	55
Tabela 3: Atitudes dos profissionais do grupo intervenção, antes e após a capacitação. Cuiabá, MT, Brasil, 2017.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
MT	Mato Grosso
NESM	Núcleo de Estudos em Saúde Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PSF	Programa Saúde da Família
QUARCS	Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMT	Universidade Federal do Estado de Mato Grosso
GC	Grupo controle
GI	Grupo intervenção

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 O comportamento suicida: atendimento na atenção básica	10
1.2 Atitudes dos profissionais de saúde em relação ao comportamento suicida	13
1.3 Capacitação para o atendimento a pacientes com comportamento suicida	16
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVOS	21
4.1 Objetivo geral	21
4.2 Objetivos específicos	21
5 METODOLOGIA	22
5.1 Delineamento de estudo	22
5.2 Local de estudo	22
5.3 População de estudo	23
5.4 Instrumentos de coleta de dados	25
5.5 Variáveis do estudo e categorias	26
5.6 Operacionalização de pesquisa	26
5.6.1 Teste piloto e treinamento da equipe de coleta	27
5.6.2 Coleta de Dados	27
5.6.2.1 Primeiro momento: pré-avaliação	27
5.6.2.2 Segundo momento: intervenção	28
5.6.2.3 Terceiro momento: pós-avaliação	28
5.7 Análise e tratamento dos dados	28
5.8 Considerações éticas	29
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
6.1 Manuscrito 1	31
6.2 Manuscrito 2	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERENCIAS	72
APÊNDICE A - Questionário sociodemográfico e profissional	76
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	77
ANEXO A - Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida	84
ANEXO B – Cronograma proposto para a intervenção	92
ANEXO C – Parecer consubstanciado CEP – HUIJM	95

1 INTRODUÇÃO

1.1 O comportamento suicida: atendimento na atenção básica

Todo ato em que ocorra lesão auto infligida, independente do grau de intenção letal e do conhecimento sobre o motivo real deste ato, pode ser definido como comportamento suicida. Tal comportamento abrange situações que progridem de pensamentos, ideias, desejo, atitudes e planos de se matar (ABREU, 2010; BORGES, et al., 2006; WERLANG, BORGES, FENSTERSEIFER, 2014), até o suicídio propriamente dito, que segundo Durkheim (2014), é a morte que resulta de uma ação, que direta ou indiretamente o sujeito realiza com o propósito de pôr fim à própria vida.

Desse modo, a ideação suicida é descrita como pensamentos autodestrutivos, recorrentes, que antecedem as ações de tentativas de suicídio (BRASIL, 2011; CONTE et al., 2012; NOCK et al., 2006), tentativas de suicídio são conceituadas como atos autodestrutivos com desfecho não fatal (BAPTISTA et al., 2012; SOUZA, et al., 2011; WHO, 2014a), ambas são apontadas como fatores de risco significativos ou forte preditores para o suicídio (BOTEGA, 2013; PARK et al., 2010).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) evidenciam 804 mil pessoas morrem por suicídio anualmente, correspondendo a 11,4 casos de suicídio a cada 100.000 habitantes, configurando-se entre as dez principais causas de mortes em todas as faixas etárias (OMS, 2012a). Em países com média e baixa renda a situação é mais grave, uma vez que 75% dos suicídios registrados no mundo estão localizados nessas áreas (WHO, 2016a).

No Brasil em 2014, foram registrados 10.653 casos de suicídios correspondendo à uma média de 29 óbitos por dia, e tal desfecho configura-se como a terceira causa de morte violenta (DATASUS, 2014). Com uma taxa de 5,2 suicídios para cada 100.000 habitantes (DATASUS, 2014), embora o Brasil não seja considerado um dos países com altas taxas de mortalidade, encontra-se em oitavo lugar no ranking mundial em números absolutos de mortes por suicídio (WHO, 2014b).

No período de 2002 a 2012 foi evidenciado um aumento de 33,6% dos casos de suicídio (MARÍN-LEÓN, 2012), superando as taxas de homicídio (2,1%), de mortalidade por acidente de trânsito (24,5%) e do crescimento da população brasileira (11,1%) no mesmo período (WAISELFISZ, 2014). A região norte apresentou o maior crescimento (77,7%), seguido pelo Nordeste com 51,7%. As regiões sul e centro-oeste também tiveram elevação dos casos, com respectivamente 15,2% e 16,3% (WAISELFISZ, 2014).

O estado de Mato Grosso ocupa a décima terceira posição no ranking nacional, com 177 mortes registradas em 2014, aproximadamente 5,5 casos de suicídio a cada 100.000

habitantes, e Cuiabá ocupa o primeiro lugar no ranking estadual quanto aos números absolutos de suicídio, com 33 mortes registradas no mesmo ano (DATASUS, 2014).

Contudo, embora esteja ocorrendo um aumento expressivo do suicídio em alguns países e no Brasil, os dados relacionados ao fenômeno não são totalmente confiáveis, em decorrência da falta de registros sistematizados. Dos 172 países membros da OMS, apenas 60 possuem dados estatísticos vitais que podem ser utilizados para estimar as taxas de suicídio (WHO, 2012). Além disso, muitos países não possuem sistema de informação abrangente e confiável, e outros não possuem serviço de verificação de óbito eficiente (BERTOLOTE, 2012).

Salienta-se, que se os registros dos casos de suicídio não são fidedignos, os dados oficiais sobre as tentativas são ainda mais escassos (BOTEGA, 2013). Até o momento, não há um registro de abrangência nacional relativo às tentativas de suicídio em nenhum país (BOTEGA, 2015; FERREIRA JÚNIOR, 2015). Embora no Brasil alguns estudos estejam sendo realizados, os dados não devem ser generalizados, pois se referem a populações e regiões específicas (FERREIRA JÚNIOR, 2015).

Estima-se que para cada indivíduo que tenha cometido suicídio, entre dez a vinte pessoas tentaram (WHO, 2014b) o que representa uma tentativa de suicídio a cada segundo. No Brasil, aproximadamente 17% da população já pensou em suicídio em algum momento da vida. Dentre as pessoas que tentaram o suicídio, 15 a 25% tentarão novamente no período de um ano e 10% cometerão o suicídio em algum momento no período de 10 anos a partir da tentativa prévia (BOTEGA et al., 2006).

Segundo Bertolote (2012), dentre os eventos relacionados ao suicídio, a tentativa é o mais significativo. O risco de suicídio aumenta de acordo com o número de tentativas, bem como, de intervalos de tempo menores entre essas (BRASIL, 2011a; VIDAL et al., 2013; WHO, 2012). Assim, a ocorrência de uma tentativa anterior é um grave fator de risco que requer a atenção dos profissionais de saúde (BERTOLOTE, 2012).

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) cerca de 80% dos indivíduos que se suicidaram, foram atendidos por um médico generalista no último mês de vida e aproximadamente 60% nunca consultaram com um profissional especialista em saúde mental (ABP, 2014).

Uma revisão sistemática analisou as taxas de contato dos indivíduos com os profissionais de saúde do nível primário de atenção, antes de cometer o suicídio. Foram examinados 40 estudos e os resultados apontaram que 75% das vítimas procuraram a equipe de atenção básica (AB) no mesmo ano em que foram a óbito, e dessas, 45% buscaram o serviço no mesmo mês em que morreram (LUOMA et al., 2002).

A prevalência de ideação, planejamento e tentativas de suicídio nos últimos 12 meses, foi investigada em 6.470 indivíduos atendidos em serviços de saúde da atenção primária nos distritos da Etiópia, Uganda, África do sul, Índia e Nepal. Os resultados indicaram que uma em cada dez pessoas apresentou ideação suicida no ano anterior a pesquisa, e uma em cada 45 pessoas, relatou tentativa de suicídio no mesmo período (JORDANS et al., 2017).

Desse modo, tendo em vista que as tentativas prévias de suicídio são indicadores de risco para a consumação do suicídio e que o atendimento inicial é predominantemente realizado por serviços de saúde não especializados, dentre eles a AB, o primeiro contato com o paciente é uma oportunidade ímpar para reconhecer o grau de risco e intervir (VIDAL et al., 2013).

As equipes de saúde da AB podem contribuir significativamente no momento de busca por ajuda, uma vez que se constituem porta de entrada à rede de saúde, estão inseridas na população (OMS, 2000), têm acesso a elementos do contexto de vida dos usuários (ABREU et al., 2010) e podem proporcionar um cuidado continuado (OMS, 2000). Os profissionais das equipes desse nível de atenção têm papel fundamental em ações preventivas (MACHADO; SANTOS, 2015), na medida em que estabelecem uma relação de confiança com os indivíduos e famílias possibilitando a identificação de condições de risco (VIDAL et al., 2013).

Contudo, por fatores como despreparo ou dificuldades em lidar com esta demanda (VIDAL et al., 2013), ou ainda por julgarem ser essa uma responsabilidade dos profissionais especialistas em saúde mental (ABREU et al., 2010), o atendimento inicial é limitado, e frequentemente revertido em encaminhamentos protocolares para serviços especializados em saúde mental (VIDAL et al., 2013). Essas ações evidenciam a valorização da identificação de psicopatologias (WHO, 2012), dos aspectos biológicos e de manutenção à vida (CARMONANAVARRO, et al., 2012), em detrimento do acompanhamento e suporte posterior com vistas a prevenir novas tentativas.

Michail et al., (2017) analisaram as experiências de 28 médicos da AB do Reino Unido, quanto à avaliação e atendimento a pacientes com comportamento suicida. Os achados evidenciaram que estes profissionais se sentiam despreparados para avaliar e gerenciar os riscos de suicídio, inseguros sobre os principais fatores de risco e sobre quando referenciar a um serviço de saúde mental especializado e como responder adequadamente ao pedido de ajuda. Os dados obtidos, ainda demonstraram sentimento de frustração e impotência diante do curso dos acontecimentos, e consenso entre os profissionais quanto à necessidade de capacitação especializada para aprimorar os conhecimentos e habilidades clínicas, na avaliação e gestão do risco. De acordo com a OMS o estigma em torno do assunto é um impeditivo para o atendimento profissional adequado, bem como para a busca de ajuda pelo indivíduo com esse tipo de comportamento (WHO, 2016b).

As dificuldades e limitações, para o atendimento ao paciente com comportamento suicida, por parte dos profissionais de saúde (ABREU et al., 2010; VIDAL et al., 2013), e mais especificamente os profissionais da AB (CAIS, 2011; MICHAIL et al., 2017) têm sido documentadas, embora ainda com um número reduzido de estudos internacionais e nacionais.

Frente ao fenômeno, além de estudos que investiguem a temática, é fundamental a implementação de ações pautadas além da questão biológica (BOTEGA, 2015; CARMONANAVARRO, et al., 2012), e que valorizem o sofrimento dos indivíduos suicidas além da dor física (MACHIN, 2009). Portanto, é necessário coordenar e intensificar tais ações, destinadas à prevenção do suicídio, de modo urgente e global (WHO, 2014b), e para tal, uma possível estratégia é a conscientização entre os profissionais de saúde dos tabus em relação ao suicídio e sua prevenção, assim como de suas próprias atitudes (WHO, 2012) no atendimento a esta clientela.

O comportamento suicida se constitui em um sério problema de saúde pública, causando um impacto significativo na sociedade, seja nos planos institucional e comunitário, tanto imediatamente quanto em longo prazo, sobrecarregando os serviços de saúde (OMS, 2012a). Em países em que os índices estão elevados, interfere negativamente na economia e na expectativa de vida dos indivíduos (BERTOLOTE, 2012; GOMES, 2014; WERLANG, BORGES, FENSTERSEIFER, 2014). Estima-se que para cada morte por suicídio pelo menos seis pessoas são afetadas, repercutindo na vida de cônjuges, pais, filhos, familiares e amigos (WERLANG, BORGES, FENSTERSEIFER, 2014).

1.2 Atitudes dos profissionais de saúde em relação ao comportamento suicida

Atitude é um termo francês que tem como origem a expressão em latim *aptitudoaptitudin* (ALTMANN, 2008). É o tema central da Psicologia Social, que estuda a influência recíproca entre as pessoas (chamado de interação social) e o processo cognitivo gerado a partir dessa interação (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2012).

Embora a literatura apresente diferentes conceitos de atitude, o primeiro foi definido por Allport (1935), estudioso da Psicologia Social, que descreveu atitude como um estado mental de prontidão que influencia as respostas comportamentais frente ao objeto com que se relaciona. Conceito com o qual corrobora Gill (2010), que explica atitude como uma inclinação do indivíduo a agir de modo específico em relação a determinadas pessoas, objetos e situações, adquirida socialmente, a partir de experiências pessoais e de fatores de personalidade.

Rodrigues; Assmar; Jablonski (2012) conceituam atitude como uma organização duradoura de crenças e cognições, dotada de uma carga afetiva, pró ou contra um objeto social definido, que predispõe a uma ação coerente com as cognições e afetos relativos a este objeto.

Conforme a definição dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), atitude é descrita como uma predisposição adquirida e duradoura, de agir de modo constante diante de uma determinada classe de objetos, ou um persistente estado mental de pré-disposição, para reagir diante de uma determinada situação, não como elas são, mas sim como são concebidas (OPAS, 2016).

Apesar de ser amplamente estudado, o termo atitude não possui uma única definição, e isso tem suscitado inúmeros estudos e formulação de diferentes conceitos (ROSE, 2008). Uma pesquisa analisando os diferentes conceitos de atitude, verificou que entre todas as definições descritas, três características foram constantes: a compreensão de atitude como um conjunto de atributos cognitivos e afetivos; a predisposição a um comportamento ou ação, ou componente comportamental, e a concepção de atitude como um estado mental consciente ou inconsciente (ALTMANN, 2008).

Neste sentido Rosenberg (1960), embasando-se nos conceitos acima descritos, propôs um modelo multidimensional ou tripartite, que apresenta atitude como um constructo composto por três componentes: o cognitivo, o afetivo e o comportamental.

O componente cognitivo refere-se a uma representação cognitiva, composta por conhecimentos, crenças e informações sobre determinado objeto (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2012) que podem corresponder à realidade ou não, ou seja, constitui-se do que o indivíduo acredita ser verdadeiro, do que sabe, vê e raciocina a respeito do objeto (ALTMANN, 2008; RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2012).

O componente afetivo diz respeito aos sentimentos, emoções e afetos pró ou contra determinado objeto social, e tal componente se relaciona diretamente ao componente cognitivo (conhecimentos, crenças, informações, opiniões e saberes), isto é, o valor positivo ou negativo que será atribuído a determinado objeto se dá na conjunção dos dois componentes acima mencionados (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2012).

O terceiro componente, o comportamental, é uma predisposição para agir, ou prontidão para determinada reação frente à situação que demande posicionamentos, ou ainda tendência a um comportamento. Deste modo, a atitude possui um aspecto ativo motivador de uma ação, frequentemente coerente com as cognições e afetos relativos ao objeto (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2012). Em síntese, existindo crenças, conhecimentos, informações relativas a determinado objeto social (componente cognitivo), sentimentos e afetos em relação

a este objeto (componente afetivo), e a predisposição do sujeito para uma ação (componente comportamental), resultará em uma atitude frente ao objeto, sendo essa positiva ou negativa.

As atitudes constituem bons preditores de comportamentos, apesar de não serem observáveis, são totalmente inferíveis por meio da identificação dos seus componentes (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2012). Desse modo, as atitudes dos profissionais de saúde, no atendimento ao paciente com comportamento suicida, têm sido alvo de pesquisas em diversos países (CLEAVER, 2014; SAUNDERS et al., 2012; TAYLOR et al., 2009).

Uma revisão sistemática, realizada a partir de 31 estudos com equipes de saúde, investigando as atitudes dos profissionais no atendimento ao paciente com comportamento suicida, constatou um predomínio de atitudes negativas entre os participantes. Comprovou ainda que, apesar dos diferentes sistemas de saúde dos distintos países, a comunicação deficiente entre a equipe de saúde e pacientes, e a percepção de falta de conhecimento dos profissionais de saúde em relação às tentativas de suicídio, foram os temas com maior destaque (TAYLOR et al., 2009).

Outra revisão sistemática que analisou 73 pesquisas desenvolvidas no período de 1971 a 2009, apontou atitudes negativas expressas por sentimentos de irritação, raiva, frustração, ansiedade e insegurança. Os dados indicaram ainda a necessidade de capacitação específica. Atitudes mais favoráveis foram observadas na equipe de enfermagem e profissionais de saúde mental por terem maior compreensão das causas e natureza dos riscos envolvidos, quando comparados aos médicos em geral. O estudo chama a atenção para o fato de que esses pacientes são considerados desafiadores por agirem de forma autodestrutiva gerando hostilidade nos profissionais (SAUNDERS et al., 2012).

Outros estudos, realizados posteriormente, corroboram com esses achados, como o desenvolvido na Nicarágua, com doze médicos e enfermeiros que trabalhavam em serviços de atenção primária de saúde. O estudo revelou que tais profissionais eram relutantes em lidar com pacientes com comportamento suicida nesse nível de atenção (MEDINA et al., 2014).

Pesquisa realizada com um grupo de 15 profissionais de saúde de um hospital geral no sul da Índia demonstrou que a maioria apresentou atitudes negativas, e que o cuidado e o tratamento dos pacientes com comportamento suicida foram diretamente influenciados pelas crenças religiosas e que as atividades técnicas e rotineiras eram priorizadas em detrimento de suporte psicológico (JONES et al., 2015).

Em Londres um estudo desenvolvido com 80 enfermeiros que atuavam em uma unidade de saúde mental forense, cujo objetivo foi analisar as atitudes desses profissionais no atendimento as tentativas de suicídio, evidenciou atitudes mistas, tanto positivas quanto negativas, porém com predominância de atitudes negativas. Os resultados mostraram ainda

conhecimento e habilidades deficientes, e a necessidade de capacitação visando facilitar o desenvolvimento de relações terapêuticas (SHAW; SANDY, 2016).

A busca por fatores que possam interferir nas atitudes dos profissionais de saúde, no tocante a esta temática especificamente, foi o foco de uma revisão sistemática que analisou 11 artigos, produzidos entre 2000 e 2012. Os autores concluíram que a formação profissional possui relação com as atitudes, uma vez que os médicos psiquiatras acumulam maior conhecimento sobre a temática, e os profissionais com experiência em saúde mental apresentam atitudes mais positivas quando comparados a profissionais de outras clínicas. Os profissionais de medicina, em comparação com os de enfermagem e psicologia clínica, demonstram menor familiaridade e relatam níveis mais altos de raiva e de apoio ao uso de comportamentos coercitivos e segregatórios, e baixos níveis de comportamento que denotem ajuda (CLEAVER, 2014).

Outros fatores como gênero, idade, tempo de experiência profissional e religião têm sido descritos como possíveis influenciadores nas atitudes dos profissionais ao atender pacientes com comportamento suicida (BOTEGA et al., 2005; CAIS et al., 2011; JONES, 2015).

Nesse contexto, a literatura que investiga a temática tem evidenciado a predominância de atitudes negativas entre os profissionais de saúde e a necessidade de capacitação para o atendimento a esta clientela. Portanto, as capacitações podem ser um dos meios efetivos para que os profissionais tenham atitudes mais positivas.

1.3 Capacitação para o atendimento a pacientes com comportamento suicida

As atitudes, embora se mantenham estáveis, são passíveis de mudanças, uma vez que são predisposições aprendidas e construídas socialmente e não uma habilidade inata.

Ressaltasse ainda, que ao promover alguma modificação em um dos seus componentes, é possível alterar os demais aspectos em algum nível, dado que as três áreas se influenciam constantemente e mantêm coerência entre si (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2012).

Autores afirmam que capacitação profissional em serviço, é o elemento essencial para uma melhor efetividade no atendimento ao paciente com comportamento suicida e contribui para a redução das taxas de morbimortalidade relacionadas ao suicídio (BOTEGA, 2015; CONTE et al., 2012; CARMONA-NAVARRO et al., 2012; GUTIERREZ, 2014; MAGALHAES et al., 2014; SANTOS et al., 2013; SORATTO et al., 2015; VIDAL et al., 2013).

O termo capacitação tem sido utilizado como equivalente a aperfeiçoamento, formação continuada, educação em saúde, treinamento, entre outros. Entretanto não são sinônimos e diferem semanticamente (HYPOLLITO, 2000).

Aperfeiçoamento refere-se a completar, concluir ou tornar perfeito um conhecimento incompleto (HYPOLLITO, 2000). Já a formação continuada e educação em saúde, apesar das nuances conceituais que as diferem, são consideradas similares, pois se referem à formação obtida por meio de conhecimentos que se apoiam no contexto vivenciado, nas interações que possibilitem a resolução/superação de problemas (MARIN, 2000).

O treinamento diz respeito a exercitar capacidades já adquiridas, ou seja, uma atividade organizada, sistemática e metódica, conduzida no sentido de modelar comportamentos para solucionar uma parte específica de um problema (BORGES-ANDRADE; ABBAD, 1996).

Especificamente a capacitação é denominada como um método de aprendizagem em que fica explícito “para que”, “como”, “para quem” e “quando” se faz algo. Assim, compreende o raciocínio e a ação de modo sistêmico e contextualizado (FUSARI, 1995). Traduz-se ainda como o processo de preparar o sujeito para enfrentar situações referentes à prática, por meio do emprego de conhecimentos, com possibilidade de criar, solucionar problemas, disponibilizar alternativas de melhorias e promover ambiente oportuno para a práxis (FUSARI, 1995).

O emprego do termo capacitação neste estudo, foi definido por remeter à aplicabilidade do conhecimento construído relacionado ao aprimoramento de habilidades profissionais, além de ser o termo comumente empregado em pesquisas de intervenção educativa com objetivo similar ao do presente estudo.

Um estudo de revisão sistemática sobre capacitações de prevenção ao suicídio, que envolveu especialistas de 15 países e analisou 93 estudos publicados no período de 1966 e 2005, demonstrou fortes evidências de que as capacitações e treinamento dos profissionais de saúde são efetivos para melhoria do atendimento (MANN et al., 2005). Estudos posteriores comprovaram esses achados (JACOBSON et al., 2012; JONES et al., 2015; OSTEEN et al., 2014; SANTOS et al., 2014).

No ano de 2012, em Baltimore nos EUA, 452 profissionais de saúde de diversos setores de atuação clínica, participaram de um estudo de intervenção por meio de uma capacitação de 12 horas, para o atendimento a pacientes com comportamento suicida, utilizando-se estudos de casos e análise de vinhetas. As atitudes no atendimento foram avaliadas antes, depois e após quatro meses de capacitação. Os resultados demonstraram que escores de medidas de atitudes em relação à prevenção de suicídio e confiança para trabalhar com pacientes em risco melhoraram ao longo do tempo, além de evidências de ganhos na prática clínica para avaliar e

atender essa demanda, desenvolvendo planos de tratamento de prevenção ao suicídio (JACOBSON et al., 2012).

Em Portugal, Santos et al (2014) avaliaram as atitudes de 66 profissionais de saúde da comunidade e equipes de saúde escolar, antes e após uma capacitação. Verificaram aumento significativo de conhecimento em prevenção ao suicídio e mudança de atitude dos profissionais de saúde perante o indivíduo com comportamento suicida.

No Brasil, até onde se pode evidenciar, apenas três estudos investigando as atitudes dos profissionais de saúde no atendimento a pacientes com comportamento suicida foram realizados. Tais estudos utilizaram o mesmo instrumento denominado Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida (QUARCS), porém, com diferentes metodologias e populações (BERLIM et al., 2007; BOTEGA et al., 2007; CAIS et al., 2011).

Os resultados obtidos no primeiro estudo realizado por Berlim et al. (2007), com profissionais de saúde (n=40) e colaboradores que não atuavam diretamente na assistência (n=102), em um hospital geral, evidenciou que após um treinamento de prevenção ao suicídio (3 horas) os dois grupos tiveram ganhos com melhora das atitudes entre os grupos pré e pós capacitação. Os achados demonstraram ainda, que as atitudes frente ao comportamento suicida melhoraram significativamente após a capacitação em 20 dos 21 itens do instrumento utilizado.

No mesmo ano, Botega et al. (2007) conduziram um estudo com a participação de 317 profissionais de enfermagem de um hospital geral em uma capacitação (6 horas) para prevenção ao suicídio, com avaliação pré e pós-capacitação. O estudo demonstrou mudanças positivas nas atitudes que se mantiveram na reavaliação após seis meses.

O terceiro estudo nacional foi realizado em 2011, com 270 profissionais de saúde da atenção básica que participaram de uma capacitação com duração de 18 horas. Os achados demonstraram modificações favoráveis de atitude sobre o comportamento suicida em 18 de 21 itens do questionário utilizado (CAIS et al., 2011).

Sob esta perspectiva, os programas de capacitações voltados para mudança de atitude em relação ao comportamento suicida, têm sido realizados mundialmente, com diferentes populações, carga horária e metodologias diversas. Frequentemente, desenvolve-se em torno de aumentar a conscientização e o reconhecimento dos sinais de alerta ao comportamento suicida, e os resultados têm sido significativos em produção de conhecimento e nas mudanças das práticas profissionais, repercutindo diretamente no cuidado.

Neste sentido, a capacitação profissional no atendimento ao comportamento suicida, tem sido exaustivamente demonstrado como um método susceptível de melhorar atitudes em relação à prevenção ao suicídio (RAMBERG, DI LUCCA, HADLACZKY, 2016) e podem contribuir significativamente para a confiança profissional no atendimento a esta clientela (BEURS et al.,

2015; CAIS et al., 2011; DONALD et al., 2013; HUH et al., 2012; JACOBSON et al., 2012; OORDT et al., 2009; SHIM et al., 2010).

2 JUSTIFICATIVA

Os achados descritos na literatura têm ressaltado atitudes negativas dos profissionais de saúde no atendimento ao paciente com comportamento suicida, e tais dificuldades se mostram ainda mais evidentes nos profissionais de serviços de atenção à saúde, não especializados, dentre eles a AB. No entanto, a efetividade no atendimento pode contribuir para a redução das taxas de morbimortalidade relacionadas ao suicídio, assim como, os custos financeiros decorrentes do fenômeno.

Nesse contexto, estudos que desenvolvam a capacitação profissional para as equipes de saúde, podem contribuir para a qualificação da avaliação e do atendimento ao paciente em risco de suicídio, na medida em que possibilita a mudança de atitude dos profissionais de saúde. Neste sentido, pesquisas com abordagens metodológicas de intervenção, como a adotada neste estudo, são relevantes tanto para a produção científica quanto para a realidade dos serviços inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS).

Destaca-se que após ampla busca na literatura, até onde os autores puderam evidenciar, internacionalmente estudos de intervenção com a temática proposta são escassos (JACOBSON et al., 2012; SANTOS et al., 2014), e no Brasil apenas três estudos foram encontrados (BERLIM, 2007; BOTEGA et al., 2007; CAIS, 2011). Tais estudos, embora tenham investigado atitudes dos profissionais no atendimento ao paciente com comportamento suicida, utilizaram populações de hospitais gerais, sendo apenas o estudo de Cais (2011) direcionado a profissionais da AB. Portanto, o presente estudo se faz importante na medida em que propõe obter informações que contribuirão para minimizar essa lacuna científica. Soma-se ainda o fato de que no Estado de Mato Grosso até o momento, não foram encontrados estudos semelhantes.

Além de gerar dados epidemiológicos, este estudo reafirma o compromisso social e institucional do Núcleo de Estudos em Saúde Mental (NESM) da UFMT na produção de conhecimentos na área da enfermagem que deem subsídios a qualificação dos profissionais de saúde do SUS.

Diante do exposto, buscou-se responder o seguinte problema: como são as atitudes dos profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família – eSF do município de Cuiabá-MT, expostos a uma capacitação, frente ao comportamento suicida?

3 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

- Analisar as atitudes dos profissionais das equipes de Saúde da Família – eSF do município de Cuiabá-MT, expostos a capacitação, frente ao comportamento suicida.

4.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os profissionais das eSF quanto as variáveis sociodemográficas, profissionais, relacionadas ao atendimento e comportamento suicida do profissional;
- Identificar as atitudes dos profissionais das eSF frente ao comportamento suicida pré e pós-intervenção;
- Analisar a associação das atitudes dos profissionais das eSF frente ao comportamento suicida com as variáveis sociodemográficas, profissionais, relacionadas ao atendimento e comportamento suicida do profissional;
- Realizar uma capacitação entre os profissionais das eSF para o atendimento ao paciente com comportamento suicida;
- Comparar as atitudes dos profissionais expostos à capacitação em relação ao grupo não exposto.

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento de estudo

Trata-se de um estudo experimental. Segundo Escosteguy (2009) os estudos experimentais, podem ser também definidos como estudos de intervenção, controlados ou não, nos quais o pesquisador intencionalmente manipula um fator testando intervenções terapêuticas ou preventivas. Tal delineamento atende aos objetivos da presente pesquisa na medida em que permite distribuir o fator de intervenção de forma aleatória (capacitação) por meio da técnica de randomização, formando-se assim dois grupos, intervenção e controle, visando analisar e comparar os efeitos da exposição (ESCOSTEGUY, 2009). Visando diminuir possíveis vieses de seleção e fatores de confundimento dos resultados, ambos os grupos constituíram amostras semelhantes, diferindo entre eles, apenas pela intervenção (FLETCHER et al., 2014).

Embora inicialmente não tenha sido objetivo do presente estudo analisar os fatores associados às atitudes dos profissionais das eSF frente ao comportamento suicida, diante dos dados obtidos, um segundo estudo com delineamento transversal analítico foi realizado. Tal estudo permitiu identificar as atitudes, da população de estudo, frente ao comportamento suicida em determinado momento, assim como verificar a associação entre as variáveis.

5.2 Local de estudo

O estudo foi desenvolvido nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Cuiabá, capital do Estado de Mato Grosso, Região Centro-Oeste do país.

Em Mato Grosso (MT) a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), iniciou em 1997 com oito equipes em seis municípios, alcançando em 2011 o total de 583 equipes da ESF, correspondendo a uma cobertura estimada de 64,67% da população mato-grossense (SES-MT, 2011).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa reorganizar, qualificar e consolidar a atenção básica, de modo a ampliar a resolubilidade, desenvolvendo ações a partir da realidade local. Estrutura-se na perspectiva do trabalho de equipes multiprofissionais, denominadas equipes de Saúde da Família (eSF), composta por no mínimo, um enfermeiro, um médico generalista ou de família, um técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e se organiza integrando ações programáticas, como saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde bucal, eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, controle da hipertensão arterial, controle do diabetes mellitus, além do acolhimento à demanda espontânea (BRASIL, 2013).

O município de Cuiabá-MT possui 70 eSF implantadas, correspondendo a uma cobertura populacional de 38,11% (MS, 2016), sendo 03 equipes da zona rural do município e 67 da zona urbana distribuídas em regionais, do seguinte modo: 24 unidades na regional norte, 21 na regional sul, 11 na regional leste e 11 na regional oeste. Totalizando aproximadamente 298 profissionais de saúde entre médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem e 697 ACS (BRASIL, 2016).

5.3 População de estudo

A população de estudo foi constituída por profissionais de saúde que atuavam nas eSF do município de Cuiabá-MT.

5.3.1 Critérios de inclusão

Foram inseridos no estudo profissionais de saúde que trabalhavam nas eSF exercendo a função de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

5.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo profissionais de saúde inseridos nas eSF localizadas na zona rural. Embora a ESF conte com outros profissionais de saúde (ACS e de Odontologia), neste estudo, tais profissionais não foram incluídos considerando que o instrumento a ser utilizado não se direciona para tal categoria. Outro aspecto refere-se ao fato de que a pesquisa tem um tempo determinado para ser efetivada e concluída, e a participação dos ACS implicaria em aumento do período de coleta de dados frente ao grande número de profissionais inseridos nas diferentes unidades do município.

5.3.3 Seleção e definição da amostra

Visando definir o tamanho da amostra utilizou-se uma fórmula para dados pareados (SIQUEIRA et al., 2001), onde foram determinadas as médias de mudança de atitude antes e pós intervenção e desvios padrão amostrais a partir do estudo de Cais (2011). Assim, estimou-se um desvio amostral médio aproximado de 2,92 e considerou-se uma diferença para as médias em valor absoluto de 1,0, confiança de 95% e um poder de 0,80. Portanto, o tamanho de amostra foi de 67 indivíduos, e com um acréscimo de 30% para possíveis perdas o tamanho de amostra totalizou 87 indivíduos para o grupo de intervenção. No grupo controle foi considerado 1 para 2, isto é, 174 indivíduos.

Para a definição do número de unidades a serem selecionadas em cada região (4), considerou-se o número médio das unidades nas respectivas regiões. Para definir a amostra do número de profissionais por regiões, foi realizada a multiplicação da fração de profissionais pelo tamanho da amostra (87). Posteriormente visando determinar o número de equipes que deveriam ser sorteadas, dividiu-se o número de profissionais de saúde por estrato pelo número de equipe (4), totalizando 22 equipes distribuídas conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Região de saúde, total de unidades de ESF por região, número de profissionais por região, total de profissionais participantes e equipes selecionadas. Cuiabá-MT, 2018.

Região	Número de unidades de ESF	Número de profissionais nas unidades	%	Profissionais por região para composição da amostra	Unidades selecionadas
Norte	24	115	38,59	26	8
Sul	21	83	27,85	19	7
Leste	11	51	17,11	12	4

Oeste	11	49	16,44	11	4
Total	67	298	100	68	22

Fonte: ofício Secretaria Municipal de Saúde

Para o sorteio da amostra, as regiões com suas respectivas eSF foram listadas e numeradas conforme a ordem da relação fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS, divisão de AB. O sorteio foi realizado utilizando o programa MINITAB, qualquer eSF da listagem teve iguais chances de ser sorteada. O primeiro número aleatório sorteado constituiu a primeira eSF da listagem numerada, o segundo número correspondeu à segunda eSF, sendo o mesmo procedimento aplicado às demais equipes. As eSF foram sorteadas aleatoriamente e formaram os dois grupos: o grupo intervenção (GI) e o grupo controle (GC).

Para o desenvolvimento do estudo transversal trabalhou-se a população total das eSF, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão descritos nos itens 5.3.1 e 5.3.2, o que totalizam 298 profissionais. Desta população 29 não estavam nos dias de aplicação do questionário, 23 apresentaram respostas incompletas e 7 se recusaram a participar do estudo, totalizando 239 profissionais.

5.4 Instrumentos de coleta de dados

Para a operacionalização do estudo elaborou-se um questionário composto por questões fechadas, a fim de caracterizar os participantes quanto as variáveis sociodemográficas, profissionais e relacionadas ao atendimento a pacientes com comportamento suicida (APÊNDICE A). Um segundo instrumento compôs a coleta de informações, o Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida (QUARCS) (ANEXO A).

O QUARCS é um instrumento autoaplicável, brasileiro, elaborado e validado por Botega et al. (2005) para utilização com profissionais de saúde de nível médio e superior. É composto por 21 itens, que avalia a atitude em seus componentes cognitivos, afetivos e comportamentais, com base no conceito de atitude de Psicologia Social descrito por Rosenberg (1960). Seu conteúdo é composto por situações clínicas frequentemente vivenciadas por profissionais de saúde (BOTEGA et al., 2005).

Cada item corresponde a uma linha contínua de 10 cm cujas respostas vão desde "discordo totalmente" numa extremidade a "concordo totalmente" na outra. Cada afirmativa do questionário deve ser assinalada conforme a percepção individual, indicando um ponto qualquer em cada linha, que melhor represente as opiniões, sentimentos e reações individuais.

Posteriormente a pontuação de 0 a 10 é atribuída de acordo com a marcação de distância em cada resposta.

Quanto mais elevada é a nota global maior será a mudança em termos de conhecimentos e atitudes (BOTEGA et al., 2005).

A consistência interna do instrumento foi avaliada por Botega et al. (2005) onde foram agrupados os itens afins em três fatores que aferem atitude. Na análise fatorial as afirmativas foram agrupadas nas subescalas: Sentimentos diante do paciente, Percepção da capacidade profissional e Direito ao suicídio. Os coeficientes alfas de Cronbach foram 0,6, 0,7 e 0,5, respectivamente.

Em “sentimentos para com o paciente”, quanto maior a pontuação, maior a dificuldade em prestar assistência ao indivíduo que apresentou comportamento suicida. Em relação ao fator “percepção de capacidade profissional para lidar com situações envolvendo comportamento suicida”, quanto maior a pontuação, mais confiante o profissional se sente para atender indivíduos com comportamento suicida. No fator “direito ao suicídio”, uma maior pontuação pode significar uma atitude mais moralista e arbitrária (BOTEGA et al., 2005).

5.5 Variáveis do estudo e categorias

Quadro 2 – Quadro demonstrativo de variáveis dependentes, independentes e suas categorias.

VARIÁVEL	CATEGORIA
<u>Dependente</u>	
Atitude dos profissionais de saúde	Atitude positiva / Atitude negativa
<u>Independentes</u>	
Variáveis sociodemográficas	
Idade	Verificada em anos
Sexo	Masculino / Feminino
Situação conjugal	Casado / União estável / Divorciado ou Separado judicialmente / Viúvo / Solteiro
Escolaridade	Verificada em anos de estudos
Prática religiosa	Sim / Não
Variáveis profissionais	
Profissão	Médico / Enfermeiro / Técnico de enfermagem
Capacitação anterior de prevenção ao suicídio	Sim / Não

Formação ou capacitação em saúde mental	Capacitações pontuais (em horas) / Aperfeiçoamento (abaixo de 360 horas) / Especialização (mínimo de 360 horas) / Mestrado / Doutorado / Pós-doutorado
Variáveis relacionadas ao atendimento a pacientes com comportamento suicida	
Atendimento a pacientes com ideação suicida	Sim / Não
Atendimento a pacientes com tentativa de suicídio	Sim / Não
Atendimento a pacientes que foram a óbito por suicídio	Sim / Não
Variáveis relacionadas ao comportamento suicida do profissional de saúde	
Histórico pessoal de ideação e/ou tentativa de suicida	Sim / Não
Ter histórico de suicídio e/ou tentativa suicida na família	Sim / Não
Ter histórico de suicídio e/ou tentativa suicida entre os amigos	Sim / Não

FONTE: autoria própria

5.6 Operacionalização de pesquisa

5.6.1 Teste Piloto e treinamento da equipe de coleta

Os voluntários para a coleta de dados foram treinados na primeira quinzena de abril de 2017, com o objetivo de conhecer o estudo e suas etapas, discutir as formas de abordagem e sigilo quanto às informações obtidas, sanar dúvidas quanto ao preenchimento dos questionários, além de visar à padronização dos procedimentos de coleta de dados.

Na segunda quinzena do mesmo mês, realizou-se o teste piloto com profissionais de saúde das unidades da zona rural, que não participaram da amostra do estudo correspondendo à 12 participantes. O objetivo do teste piloto foi aprimorar a habilidade dos voluntários em aplicar os questionários e a compreensão, adequação do instrumento construído, além de calcular o tempo aproximado necessário para a sua aplicação. Após o teste piloto não foi necessária nenhuma alteração no instrumento proposto inicialmente.

5.6.2 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de maio a agosto de 2017 em quatro momentos abaixo descritos:

5.6.2.1 Primeiro momento: pré-avaliação

Após a seleção da amostra e a formação dos grupos GI e GC, no período de 24 de abril a 12 de maio de 2017, o pesquisador principal visitou todas as eSF do município de Cuiabá-MT com o objetivo de informar sobre o estudo e aplicar os dois instrumentos propostos no estudo (Informações essas utilizadas também para o estudo transversal). Os profissionais sorteados para compor o GI, além de responder os instrumentos, foram convidados a participar da capacitação a ser realizada. Tais procedimentos seguiram os princípios éticos de pesquisa com seres humanos descritos no tópico 5.8.

Vale ressaltar que visando evitar perdas amostrais, realizou-se no momento da visita uma sensibilização quanto à importância da participação da equipe sorteada na capacitação, além disso foi mantido contato com os coordenadores das regionais de saúde e obtido total apoio para que se concretizassem as metas do estudo.

Outro aspecto a ser destacado, é que para os dias da intervenção, em acordo prévio com a SMS, as unidades foram fechadas e foi considerada a presença do profissional na capacitação como dia trabalhado. Tal procedimento foi verificado por meio de listas de presença assinadas pelos profissionais e posteriormente entregues a SMS.

A fim de enfatizar a manutenção da confidencialidade e sigilo dos dados e de estimular a fidedignidade nas respostas, no momento das visitas era salientado que os questionários seriam codificados para permitir sua análise, mas não para a identificação dos participantes, e deveriam ser depositados em urna lacrada, aberta uma única vez pelo responsável pela pesquisa em momento de análise dos dados.

5.6.2.2 Segundo momento: intervenção

Realizou-se uma capacitação aplicada ao grupo intervenção nos dias 24 e 25 de maio de 2017, no Auditório do Instituto de Saúde Coletiva, da UFMT – campus Cuiabá-MT, das 08h00min às 18h00min com intervalo para almoço e coffee-break e com duração total de 20 horas. A intervenção foi conduzida por profissionais de psicologia que desenvolvem estudos e capacitações na área e com ampla experiência clínica em atendimento a pacientes com comportamento suicida. Os conteúdos foram trabalhados em dois módulos, tendo como base teórica o manual de prevenção ao suicídio voltado para equipes de atenção primária da OMS (2000), conforme ANEXO B.

5.6.2.3 Terceiro momento: pós-avaliação

O QUARCS foi reaplicado aos profissionais do GI imediatamente após o término da capacitação. No grupo GC foram os instrumentos foram reaplicados diretamente nas unidades de saúde, no período de até dois meses após a primeira coleta.

5.7 Análise e tratamento dos dados

Os dados coletados foram inseridos em planilhas do Microsoft Office Excel versão 10 com dupla digitação, posteriormente pareados utilizando o Programa Epi Info versão 7 a fim de verificar inconsistências de digitação. Para as análises descritivas, utilizou-se o programa Minitab versão 16 e análises estatísticas o programa estatístico *Statistical Package For The Social Science* (SPSS) versão 20.0. Os resultados foram apresentados por meio de tabelas.

Para as análises descritivas dos dados foram utilizadas as medidas de frequência absoluta, porcentagem, tendência central (média e mediana) e medidas de variabilidade/dispersão (desvio-padrão). A distribuição dos dados foi verificada pelo teste de Shapiro Wilk, portanto para a análise inferencial, utilizou-se testes paramétricos e não paramétricos conforme a distribuição apresentada.

As análises univariadas realizadas a fim de comparar os efeitos da intervenção pré e pós-teste no mesmo grupo (intervenção ou controle), ocorreram por meio do Teste t pareado para amostras dependentes e Teste de Postos com Sinais de Wilcoxon. Para as comparações entre os grupos (que recebeu e que não recebeu a intervenção), foi utilizado o Teste t pareado para amostras independentes e o Teste U-Mann Whitney.

Para verificar a associação entre as variáveis independentes (sociodemográficas, profissionais e de atendimento) com os fatores da escala de atitudes (variável dependente), determinou-se razões de prevalência e foi realizada a análise bivariada, por meio do teste de Qui-Quadrado de Pearson e quando necessário o teste Exato de Fischer, em ambos os casos considerando o nível de significância menor que 0,05 e intervalo de confiança (IC) de 95%. Na análise múltipla as variáveis com valor de $p < 0,20$ foram testadas por meio da Regressão de Poisson com variância robusta permanecendo no modelo final as que apresentaram valores de p menores que 0,05, com IC de 95%.

5.8 Considerações éticas

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller sob o parecer nº1.978.854 (ANEXO C) de acordo com a Resolução 466/2012 que rege as pesquisas com seres humanos. Todos os participantes foram informados quanto à

garantia de anonimato, possíveis riscos, benefícios, bem como a livre desistência do estudo a qualquer momento. Os participantes foram comunicados sobre a condição de participação voluntária e convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE B).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão foram apresentados em forma de dois manuscritos visando responder aos objetivos específicos deste trabalho:

- Manuscrito 1: responde aos três primeiros objetivos específicos da presente dissertação. Portanto, para esse manuscrito, trabalhou-se com a população total de profissionais das unidades de ESF e foi redigido a partir dos dados obtidos no desenvolvimento do primeiro momento do estudo.
- Manuscrito 2: busca responder aos objetivos específicos de realizar uma capacitação entre os profissionais das eSF para o atendimento ao paciente com comportamento suicida; e comparar as atitudes dos profissionais expostos à capacitação em relação ao grupo não exposto. Esse manuscrito corresponde ao objetivo geral do estudo.

6.1 Manuscrito 1

ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA FRENTE A PACIENTE COM COMPORTAMENTO SUICIDA

Jesiele Neves Spindler¹; Samira Reschetti Marcon²; Mariano Martínez Espinosa³; Vilmeyze Larissa de Arruda⁴;

Objetivo: Analisar a associação das atitudes dos profissionais da eSF frente ao comportamento suicida com as variáveis sociodemográficas, profissionais, relacionadas ao atendimento e comportamento suicida do profissional. **Metodologia:** Estudo quantitativo, transversal analítico, desenvolvido com 239 profissionais de saúde que compõe as equipes de ESF, do município de Cuiabá. O critério de inclusão adotado foi estar atuando nas eSF exercendo a função de médico, enfermeiro ou técnico em enfermagem e os instrumentos utilizados foram: questionário sociodemográfico e Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida (QUARCS). As análises foram realizadas com o programa estatístico SPSS versão 20.0, análise bivariada por meio do teste de Qui-Quadrado de Pearson e quando necessário o teste Exato de Fischer, e análise múltipla com as variáveis com valor de $p < 0,20$ testadas por meio da Regressão de Poisson com variância robusta e p -valor $< 0,05$, com IC de 95%. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUIJM, nº1.978.854. **Resultados:** Evidenciou-se que as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com percepção da capacidade profissional foram capacitação anterior em saúde mental, capacitação para o atendimento ao comportamento suicida, ter atendido pessoas com ideação suicida ou que foram à óbito por suicídio. Em relação à sentimentos negativos perante ao paciente suicida, as variáveis idade, escolaridade, situação conjugal, ter tentado suicídio, ter atendido pessoa que foi à óbito por suicídio e a profissão se associaram significativamente. As variáveis que evidenciaram associação com direito ao suicídio foram idade, escolaridade, ter alguém na família ou amigo que tentou suicídio. Na análise múltipla permaneceram, no modelo ajustado, capacitação para o atendimento ao suicídio, idade, já ter tentado suicídio, sexo, capacitação em saúde mental e em atendimento ao suicídio, ter atendido pessoa com ideação suicida, ter tentado suicídio e ter algum amigo com tentativa suicida prévia. **Conclusão:** Tais achados se constituem tanto como um diagnóstico situacional para que ocorra iniciativas que melhorem o atendimento, como também conscientizar os profissionais de saúde de suas próprias atitudes afim de aprimorá-las.

Palavras chaves: Atitude; Suicídio; Pessoal de saúde.

Key words: Attitude; Suicide; Health personnel.

Palabras clave: Actitud; Suicidio; Personal de salud.

¹ Universidade Federal de Mato Grosso/ Faculdade de Enfermagem. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. E-mail: profjesiele@gmail.com. Atribuições: concepção do estudo, o delineamento, coleta de dados, análise, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica.

² Universidade Federal de Mato Grosso/ Faculdade de Enfermagem. E-mail: samira.marcon@gmail.com. Atribuições: concepção do estudo, o delineamento, coleta de dados, análise, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica.

³ Universidade Federal de Mato Grosso/ Faculdade de Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. E-mail: marianomphd@gmail.com. Atribuições: análise e interpretação dos dados

⁴ Universidade Federal de Mato Grosso/ Faculdade de Enfermagem. Voluntária do Programa de Iniciação Científica – CNPq. E-mail: vilmeyze11@gmail.com. Atribuições: coleta de dados, redação do artigo.

INTRODUÇÃO

O comportamento suicida constitui em um sério problema de saúde pública mundialmente causando impactos significativos na sociedade, seja nos planos institucional e comunitário, tanto imediatamente quanto em longo prazo, sobrecarregando os serviços de saúde (OMS, 2012). Sendo assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o suicídio seja priorizado nas agendas de saúde e na formulação de políticas públicas (WHO, 2014a).

Estima-se que aproximadamente 804 mil pessoas morrem por suicídio anualmente, correspondendo a 11,4 casos de suicídio a cada 100.000 habitantes, configurando-se entre as dez principais causas de mortes em todas as faixas etárias (OMS, 2012; WHO 2014b). Presume-se que para cada morte por suicídio pelo menos seis pessoas são afetadas, causando impacto emocional, psicológico social e econômico que repercute na vida de cônjuges, pais, filhos, familiares e amigos (CARMONA-NAVARRO; PICHARDO-MARTÍNEZ, 2012; WERLANG, BORGES, FENSTERSEIFER, 2014).

Frente a esse contexto é inevitável que em decorrência do evento os serviços de saúde sejam acionados. Uma revisão sistemática analisou as taxas de contato dos indivíduos com os profissionais de saúde da atenção primária antes de cometer o suicídio. Foram examinados 40 estudos e os resultados apontaram que 75% das vítimas procuraram a equipe de atenção básica (AB) no mesmo ano em que foram a óbito, e dessas, 45% buscaram o serviço no mesmo mês em que morreram (LUOMA et al., 2002). Um estudo longitudinal (2000-2010) realizado em oito estados dos EUA, avaliou a taxa de utilização dos serviços de saúde da atenção básica no ano anterior à morte de 5,894 casos de suicídio, os resultados comprovaram que 83% dos indivíduos receberam cuidados de saúde no ano anterior à morte; aproximadamente 22% (n=1.311) em até uma semana antes da morte e 50% (n=2.844) no mesmo mês em que cometeram suicídio (AHMEDANI et al., 2014).

A AB se constitui em porta de entrada ao serviço de saúde e no atendimento inicial, no qual ocorre o primeiro contato com o paciente com comportamento suicida, e é a oportunidade que o profissional tem para reconhecer e avaliar o grau de risco e intervir (VIDAL et al., 2013). No entanto, mesmo diante da importância do atendimento na AB, alguns profissionais apresentam atitudes negativas ao se depararem com a situação do comportamento suicida (WHO, 2016b). Tais atitudes podem decorrer de fatores como despreparo ou dificuldades em lidar com esta demanda, proporcionando um atendimento inicial limitado, e frequentemente revertido em encaminhamentos protocolares para serviços especializados em saúde mental (VIDAL et al., 2013).

Uma revisão sistemática que analisou 11 artigos produzidos entre 2000 e 2012, descreveu os fatores associados com as atitudes dos profissionais frente ao comportamento suicida. Os autores concluíram que a formação profissional possui relação com as atitudes, uma vez que os médicos psiquiatras acumulam maior conhecimento sobre a temática, e os profissionais com experiência em saúde mental apresentam atitudes mais positivas quando comparados a profissionais de outras clínicas. Os profissionais de medicina, em comparação com os de enfermagem e psicologia clínica, demonstram menor familiaridade e relatam níveis mais altos de raiva e de apoio ao uso de comportamentos coercitivos e segregatórios, e baixos níveis de comportamento que denotem ajuda (CLEAVER, 2014). O achado de que os profissionais dos serviços especializados em saúde mental apresentam atitudes mais positivas frente ao paciente com comportamento suicida também foram descritos por outros autores (KISHI et al., 2011; SHAW; SANDY, 2016).

Outros fatores descritos na literatura como associados as atitudes negativas frente ao comportamento suicida referem-se ao despreparo profissional, falta de conhecimento, raiva, insegurança, crenças religiosas (BOTEGA et al., 2005; TAYLOR et al., 2009; CAIS et al., 2011; JONES et al., 2015) gênero e idade (BOTEGA et al., 2005; CAIS et al., 2011; JONES, 2015). Conhecer os fatores associados às atitudes dos profissionais frente ao comportamento suicida é fundamental na medida em que fornece informações que possam contribuir para a construção de protocolos de manejo de pacientes com esse comportamento, assim como subsidiar a implementação de estratégias de promoção e prevenção ao suicídio, contribuindo assim para assistência de qualidade em saúde. Diante do exposto, este estudo teve como objetivo analisar a associação das atitudes dos profissionais da eSF frente ao comportamento suicida com as variáveis sociodemográficas, profissionais, relacionadas ao atendimento e comportamento suicida do profissional.

METODOLOGIA

Estudo de delineamento transversal analítico desenvolvido com profissionais de saúde das Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Cuiabá – MT, no período de abril e maio de 2017.

Foram definidos como elegíveis todos os profissionais de saúde lotados nas unidades de Estratégia de Saúde da Família da zona urbana do município de Cuiabá-MT e em efetivo exercício de suas atividades nas funções de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. A população total do estudo constitui-se de 298 profissionais. Dessa população 29 não estavam nos dias de aplicação do questionário, 23 apresentaram respostas incompletas e 7 se recusaram

a participar do estudo, totalizando 239 sujeitos. Embora no presente estudo tenham ocorrido perdas, salienta-se que o número de participantes representa aproximadamente 80% do total da população, garantindo a representatividade dessa população.

A coleta de dados ocorreu por meio de visitas às unidades de ESF, nos meses de abril e maio de 2017, realizada por graduandos do Curso de Graduação em Enfermagem voluntários da pesquisa, em que cada participante foi individualmente abordado em seu local de trabalho. Os participantes que não estavam na unidade de saúde na primeira tentativa, foram visitados, no mínimo, mais duas vezes em horários diferentes. Quando foi possível e necessário, as visitas foram agendadas.

Visando a obtenção dos dados construiu-se um instrumento fechado com variáveis sociodemográficas (idade, sexo, cor, escolaridade), variáveis relacionadas à formação (profissão, especializações, capacitações e/ou formação em saúde mental), prática profissional (atendimento anterior à pacientes com comportamento suicida) e comportamento suicida do participante do estudo.

Para a identificação da atitude do profissional frente ao comportamento suicida foi utilizado o Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida (QUARCS). Composto por situações clínicas frequentemente vivenciadas por profissionais de saúde. Cada um dos 21 itens, corresponde a uma linha contínua de 10 cm cujas respostas vão desde "discordo totalmente" numa extremidade a "concordo totalmente" na outra. Cada afirmativa deve ser assinalada conforme a percepção individual, indicando um ponto qualquer em cada linha, que melhor represente as opiniões, sentimentos e reações individuais. Posteriormente, a pontuação de 0 a 10 é atribuída de acordo com a marcação de distância em cada resposta. Quanto mais elevada é a nota global maior será a mudança em termos de conhecimentos e atitude (BOTEGA et al., 2005). O QUARCS, avalia a atitude em seus componentes cognitivos, afetivos e comportamental por meio dos domínios: Fator 1: sentimentos negativos para com o paciente que englobam as questões Q2+Q5+Q9+Q13+Q15+Q17+Q19 = 70 pontos; Fator 2: percepção da capacidade profissional (Q1+Q7+Q10+Q12 = 40 pontos) e Fator 3: direito ao suicídio compreendido pelas questões Q3+Q4+Q6+Q16+Q18 = 50 pontos. As questões Q8, Q11, Q14, Q20 e Q21 não são somadas aos fatores, pois não possuem semelhanças com os fatores construídos (BOTEGA et al, 2005).

Os dados foram duplamente processados em uma planilha do *Microsoft Office Excel* versão 10 e posteriormente pareados no programa Epi Info versão 3.5.4. Para as análises utilizou-se o programa estatístico SPSS versão 20.0, e a frequência absoluta, porcentagem, medidas de posição e variação foram descritas. Determinou-se razões de prevalência e foi realizada a análise bivariada para verificar a associação entre as variáveis independentes

(sociodemográficas, profissionais, atendimento e comportamento suicida do profissional) com os fatores da escala de atitudes (variável dependente), por meio do teste de Qui-Quadrado de Pearson e quando necessário o teste Exato de Fischer, em ambos os casos considerando o nível de significância menor que 0,05 e intervalo de confiança (IC) de 95%. Na análise múltipla as variáveis com valor de $p < 0,20$ foram testadas por meio da Regressão de Poisson com variância robusta permanecendo no modelo final as que apresentaram valores de p menores que 0,05, com IC de 95%.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitários Júlio Muller sob o parecer nº1.978.854. Seguindo as normas da Resolução 466/2012, o objetivo e as condições da pesquisa foram esclarecidos aos participantes que após o aceite assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

RESULTADOS

Do total de 239 indivíduos, 54,81% pertenciam a faixa etária de 40 a 59 anos (média de 44,90 anos), com a maior proporção para o sexo feminino (85,36%), de cor branca (56,49%), com curso superior completo (80,33%), possuíam companheiro (55,23%) e 89,12% dos entrevistados declararam praticar alguma religião.

A população apresentou um predomínio de técnicos em enfermagem (48,12%), com o tempo de profissão variando entre 10 a 20 anos (39,75%) somando uma média de 16 anos de serviço. Quanto à formação em saúde mental, 61,51% afirmaram não ter participado em nenhum momento, e em relação à capacitação especificamente sobre o atendimento ao comportamento suicida 81,17% relataram não ter recebido. No que se refere ao atendimento clínico dispensado, 64,02% dos profissionais de saúde já atenderam pacientes com ideação suicida, 57,32% com tentativas de suicídio e 22,59% relataram ter atendido pacientes que vieram a óbito por suicídio.

Quanto ao comportamento suicida dos profissionais, 12,97% pensaram em se matar em algum momento durante a vida, 6,69% apresentaram tentativas, relataram possuir casos de tentativas e de suicídio na família (28,87%, e 14,23%, respectivamente), e entre amigos evidencia-se 66,53% tentativas e 69,04% suicídio.

A Tabela 1 apresenta as associações das variáveis sociodemográficas, formação profissional e de atendimento com a percepção da capacidade profissional. Observa-se que quanto à formação profissional, os profissionais que não possuíam capacitação em saúde mental e/ou não possuíam capacitação específica para o atendimento ao suicídio apresentaram maior prevalência de não percepção da capacidade profissional, quando comparados aos profissionais

que receberam capacitações anteriores (RP_b=1,25; IC:1,01 a 1,56 e RP_b=1,43; IC:1,03 a 1,98, respectivamente). Em relação ao atendimento às pessoas com comportamento suicida, evidencia-se que a capacidade profissional foi significativamente associada entre os que já atenderam ideação suicida (p=0,049) e casos em que ocorreu óbito por suicídio (p=0,049).

Tabela 1 - Associação entre percepção da capacidade profissional com as variáveis sociodemográficas, profissionais, relacionadas ao atendimento e comportamento suicida dos profissionais das unidades de ESF.

(continua)

Variável	Capacidade (Não)	RP _b	IC95%	p-valor
Faixa etária				
- 39	54	1,00	-	-
- 59	85	1,07	0,87 a 1,32	0,525
- 79	11	0,95	0,63 a 1,46	0,822
Sexo				
Masculino	23	1,06	0,81 a 1,37	0,696
Feminino	127	1,00	-	-
Escolaridade				
Sem curso superior	29	0,98	0,76 a 1,26	0,867
Com curso superior	121	1,00	-	-
Prática Religiosa				
S/ religião	16	0,98	0,71 a 1,35	0,891
C/ religião	134	1,00	-	-
Situação conjugal				
S/ Companheiro	71	1,11	0,91 a 1,35	0,301
C/ companheiro	79	1,00	-	-
Capacitação em saúde mental				
Não possui	100	1,25	1,01 a 1,56	0,033*
Possui	50	1,00	-	-
Capacitação sobre suicídio				
Não possui	129	1,43	1,03 a 1,98	0,013*
Possui	21	1,00	-	-
Atendimento ideação suicida				
Não atendeu	61	1,22	1,00 a 1,48	0,049*
Atendeu	89	1,00	-	-
Você já tentou suicídio				
Não	138	0,83	0,61 a 1,12	0,294
Sim	12	1,00	-	-

Tabela 1 - Associação entre percepção da capacidade profissional com as variáveis sociodemográficas, profissionais, relacionadas ao atendimento e comportamento suicida dos profissionais das unidades de ESF. Cuiabá, MT, Brasil, 2017.

Variável	Capacidade (Não)	RP _b	IC95%	p-valor	(conclusão)
Alguém na família tentou suicídio					
Não	104	0,92	0,75 a 1,13	0,426	
Sim	46	1,00	-	-	
Atendimento tentativa suicida					
Não atendeu	70	1,18	0,97 a 1,42	0,106	
Atendeu	80	1,00	-	-	
Atendimento óbito por suicídio					
Não atendeu	122	1,27	1,00 a 1,68	0,049*	
Atendeu	28	1,00	-	-	
Amigo tentou suicídio					
Não	105	1,17	0,94 a 1,47	0,140	
Sim	45	1,00	-	-	
Amigo cometeu suicídio					
Não	109	1,19	0,95 a 1,50	0,115	
Sim	41	1,00	-	-	
Tempo de profissão					
0 a 9 anos	45	1,17	0,90 a 1,52	0,238	
10 a 20 anos	62	1,15	0,90 a 1,48	0,246	
21 ou mais	43	1,00	-	-	
Categoria profissional Técnico em Enfermagem					
			0,77		
em Enfermagem	73	0,97	a 1,22	0,783	
Médico	37	0,90	0,68 a 1,18	0,432	
Enfermeiro	40	1,00	-	-	

RP_b: razão de prevalência bruta; IC 95%: intervalo confiança de 95%

Na Tabela 2 é possível verificar que os profissionais de saúde com faixa etária maiores estiveram mais propensos a apresentar sentimentos negativos, quando comparados aos mais jovens (RP_b=1,75; IC: 1,11 a 2,77). Entre os profissionais que não concluíram o ensino superior a razão de prevalência de sentimentos negativos foi maior quando comparado aos que concluíram (p<0,021). Observa-se que os profissionais de saúde que relataram não possuir companheiro (que incluíram solteiros, viúvos e separados), apresentaram associação significativa para sentimentos negativos (p=0,049). Os profissionais que relataram já ter tentado suicídio estiveram menos propensos a manifestar sentimentos negativos em relação aos que não relataram o evento (RP_b=0,40; IC: 0,28 a 0,56). Os participantes que informaram já ter atendido pessoas que vieram à óbito para o suicídio, apresentaram menor propensão de apresentar

sentimentos negativos ($RP_b=0,15$; IC: 0,43 a 0,89). Dentre as categorias profissionais, ser técnico em enfermagem apresentou associação significativa ($p=0,013$) com 0,82 maior propensão a ter sentimentos negativos.

(continua)

Variável	Sentimentos Negativos	RP_b	IC 95%	p-valor
Faixa etária				
- 39	19	1,00	-	-
- 59	49	1,75	1,11 a 2,77	0,011
- 79	10	2,47	1,38 a 4,42	0,005
Sexo				
M	14	1,28	0,81 a 2,01	0,315
F	64	1,00	-	-
Escolaridade				
Sem curso superior	22	1,61	1,10 a 2,34	0,021
Com curso superior	56	1,00	-	-
Prática religiosa				
S/ religião	10	1,21	0,71 a 2,03	0,502
C/ religião	68	1,00	-	-
Situação conjugal				
S/ Companheiro	42	1,44	1,00 a 2,07	0,049
C/ companheiro	36	1,00	-	-
Capacitação em saúde mental				
Não possui	53	1,33	0,89 a 1,98	0,154
Possui	25	1,00	-	-
Capacitação sobre suicídio				
Não possui	63	0,97	0,62 a 1,54	0,912
Possui	15	1,00	-	-
Atendimento ideação suicida				
Não atendeu	31	1,17	0,81 a 1,70	0,399
Atendeu	47	1,00	-	-
Você já tentou suicídio				
Não	66	0,40	0,28 a 0,56	0,000
Sim	12	1,00	-	-
Alguém na família tentou suicídio				
Não	58	1,18	0,78 a 1,80	0,443
Sim	20	1,00	-	-
Atendimento tentativa suicida				

Não atendeu	28	0,75	0,51 a 1,11	0,140
Atendeu	50	1,00	-	-
Atendimento óbito por suicídio				
Não atendeu	53	0,62	0,43 a 0,89	0,015
Atendeu	25	1,00	-	-

Tabela 2 - Associação entre sentimentos negativos frente ao paciente com as variáveis sociodemográficas, profissionais, relacionadas ao atendimento e comportamento suicida dos profissionais das unidades de ESF. Cuiabá, MT, Brasil, 2017.

Tabela 2 - Associação entre sentimentos negativos frente ao paciente com as variáveis sociodemográficas, profissionais, relacionadas ao atendimento e comportamento suicida dos profissionais das unidades de ESF. Cuiabá, MT, Brasil, 2017.

Variável	Sentimento Negativo	RP _b	IC 95%	(conclusão) p-valor
Amigo tentou suicídio				
Não	55	1,20	0,80 a 1,81	0,363
Sim	23	1,00	-	-
Amigo cometeu suicídio				
Não	52	0,90	0,61 a 1,32	0,581
Sim	26	1,00	-	-
Tempo de profissão				
0 a 9 anos	24	1,12	0,70 a 1,77	0,637
10 a 20 anos	30	1,00	0,64 a 1,56	1,000
21 ou mais	24	1,00	-	-
Categoria profissional				
Técnico em Enfermagem	48	1,82	1,09 a 3,02	0,013
Médico	16	1,11	0,59 a 2,07	0,751
Enfermeiro	14	1,00	-	-

RP_b: razão de prevalência bruta; IC 95%: intervalo confiança de 95%

Na Tabela 3 que apresenta o fator direito ao suicídio observa-se que as variáveis faixa etária na categoria 40 a 59 anos e escolaridade na categoria sem curso superior, apresentaram associação estatística significativa com esse o fator ($p = 0,027$ e $p=0,040$, respectivamente). Os profissionais de saúde que relataram terem tentado suicídio, apresentaram menor predisposição a julgar o direito ao suicídio ($RP_b=0,83$; $IC:0,78$ a $0,88$). Possuir histórico de tentativa suicida na família e/ou entre os amigos esteve significativamente associado a direito ao suicídio ($RP_b=1,16$; $IC:1,00$ a $1,34$; $RP_b=1,17$; $IC: 1,02$ a $1,35$).

Tabela 3 - Associação entre direito ao suicídio com as variáveis sociodemográficas, profissionais, relacionadas ao atendimento e comportamento suicida dos profissionais das unidades de ESF. Cuiabá, MT, Brasil, 2017.

Variável	Direito	RP _b	IC 95%	(continua) p-valor
Faixa etária				
20 – 39	68	1,00	-	-
40 - 59	115	1,15	1,08 a 1,31	0,027
60 – 79	17	1,17	0,97 a 1,42	0,207
Sexo				
Masculino	32	1,11	0,99 a 1,25	0,179
Feminino	168	1,00	-	-
Escolaridade				
Sem curso superior	44	1,15	1,04 a 1,28	0,040
Com curso superior	156	1,00	-	-
Prática religiosa				
S/ religião	20	0,91	0,73 a 1,13	0,323
C/ religião	180	1,00	-	-

Tabela 3 - Associação entre direito ao suicídio com as variáveis sociodemográficas, profissionais, relacionadas ao atendimento e comportamento suicida dos profissionais das unidades de ESF. Cuiabá, MT, Brasil, 2017.

Variável	Direito	RP _b	IC 95%	(conclusão) p-valor
Situação conjugal S/				
Companheiro	88	0,97	0,87 a 1,09	0,588
C/ companheiro	112	1,00	-	-
Capacitação em saúde mental				
Não possui	118	0,90	0,81 a 1,00	0,071
Possui	82	1,00	-	-
Capacitação sobre suicídio				
Não possui	158	0,87	0,79 a 0,97	0,052
Possui	42	1,00	-	-
Atendimento ideação suicida				
Não atendeu	77	1,12	1,00 a 1,24	0,066
Atendeu	123	1,00	-	-
Atendimento tentativa suicida				
Não atendeu	87	1,03	0,93 a 1,16	0,561
Atendeu	113	1,00	-	-
Atendimento suicídio				
Não atendeu	154	0,98	0,86 a 1,11	0,734
Atendeu	46	1,00	-	-
Você já tentou suicídio				
Não	184	0,83	0,78 a 0,88	0,067
Sim	16	1,00	-	-

Alguém na família tentou suicídio			1,00	
Não	148	1,16	a 1,34	0,027
Sim	52	1,00		
Amigo tentou suicídio			1,02	
Não	140	1,17	a 1,35	0,010
Sim	60	1,00		
Amigo cometeu suicídio			0,96	
Não	142	1,10	a 1,26	0,137
Sim	58	1,00		
Tempo de profissão 0			0,82	
a 9 anos	55	0,95	a 1,10	0,455
10 a 20 anos	80	0,99	0,87 a 1,12	0,812
21 ou mais	65	1,00		
Categoria profissional Técnico em Enfermagem				
em Enfermagem	104	1,13	0,98 a 1,30	0,058
Médico	47	0,93	0,77 a 1,12	0,446
Enfermeiro	49	1,00		

RPb: razão de prevalência bruta; IC 95%: intervalo confiança de 95%

Na tabela 4 apresentam-se as variáveis que após o Modelo de Regressão Poisson se mantiveram significantes, ou seja, associadas ao fator 1 - sentimentos negativos em relação ao paciente, faixa etária (nas categorias 40 a 59 ($p=0,038$) e 60 a 79 ($p=0,009$), tentativa de suicídio anterior ($p<0,001$). Associadas ao fator 2 - percepção da capacidade profissional, capacitação para o atendimento ao suicídio ($p=0,034$) e ao fator 3 - direito ao suicídio, sexo ($p=0,034$), capacitação em saúde mental ($p=0,021$), capacitação para o atendimento ao suicídio ($p=0,019$), ter atendido pessoas com ideação suicida ($p=0,030$), tentativa de suicídio anterior ($p<0,001$) e ter amigos que tentaram suicídio ($p=0,021$).

Tabela 4 - Razões de Prevalência para Percepção da capacidade profissional, Sentimentos negativos em relação ao paciente e Direito ao suicídio, ajustados por variáveis sociodemográficas, profissionais, relacionadas ao atendimento e comportamento suicida dos profissionais das unidades de ESF. Cuiabá, MT, Brasil, 2017.

Variáveis	*RPa	IC 95%	p-valor
Percepção da capacidade profissional			
Capacitação para o atendimento ao suicídio			
Não possui	1,43	1,03 a 1,98	0,034
Possui	1,00		
Sentimentos negativos em relação ao paciente			
Idade			
20 – 39	1,00	-	-
40 - 59	1,62	1,03 a 2,55	0,038
60 – 79	2,24	1,23 a 4,10	0,009

Você já tentou Suicídio Não	0,45	0,30 a 0,66	0,000
Sim	1,00	-	-
Direito ao suicídio			
Sexo			
Masculino	1,15	1,01 a 1,13	0,034
Feminino	1,00	-	-
Capacitação em Saúde Mental			
Não possui	0,88	0,79 a 0,98	0,021
Possui	1,00	-	-
Capacitação Manejo Suicídio			
Não possui	0,88	0,79 a 0,98	0,019
Possui	1,00	-	-
Ter atendido ideação suicida			
Não atendeu	1,13	1,01 a 1,26	0,030
Atendeu	1,00	-	-
Você já tentou Suicídio			
Não	0,83	0,76 a 0,90	0,000
Sim	1,00	-	-
Amigo tentou suicídio			
Não	1,17	1,02 a 1,34	0,021
Sim	1,00	-	-

RP_a: razão de prevalência ajustado; IC 95%: intervalo de confiança de 95%

DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo sobre fatores associados e atitudes relacionadas ao comportamento suicida realizado com profissionais de equipes de saúde da família no Brasil. Ressalta-se que até o presente momento não foram encontrados estudos nacionais e internacionais utilizando esse delineamento metodológico de análise dos fatores associados por domínios da escala de atitude. Tal fato, embora se constitua em uma limitação decorrente da dificuldade de comparações com outras realidades, também vem a ser uma potencialidade dado o seu ineditismo. Além disso, as informações geradas podem subsidiar o desenvolvimento de intervenções para aprimorar o atendimento aos pacientes com comportamento suicida, pois sabe-se que a capacidade de cuidar desses pacientes é diretamente influenciada pelas atitudes

no atendimento (DE LEO et al., 2013; NEBHINANI et al., 2013; OSAFO et al., 2012; SAUNDERS et al., 2012)

As características sociodemográficas e profissionais obtidas vão ao encontro de outros estudos desenvolvidos com essa população (BOTEGA et al., 2005; CARMONA-NAVARRO, et al., 2012; NORHEIM et al., 2016; SILVA et al., 2016; MORAES et al., 2016; OSAFO et al., 2012; SANTOS et al., 2014; VEDANA et al., 2017).

Neste estudo, as associações foram realizadas separadamente para cada um dos três fatores da escala. Na análise da associação entre percepção da capacidade profissional e demais variáveis, os achados demonstraram que os profissionais de saúde que não receberam capacitação em saúde mental e capacitações com abordagem específica com a temática suicídio tiveram 0,25 e 0,43, respectivamente, menor capacidade profissional, quando comparados aos profissionais que participaram dessas capacitações. Resultados semelhantes foram descritos em um estudo com a participação de 16.693 profissionais de saúde de oito estados dos EUA, indicando que capacitações específicas sobre manejo ao suicídio foram significativamente correlacionadas com a pontuação de conhecimento e habilidades, de tal forma que mais conhecimento foi associado com maior confiança ($r = 0,27$; $p < 0,001$) (SILVA et al., 2016).

Outro estudo, realizado no interior de São Paulo, com 244 graduandos de enfermagem evidenciou que a participação em disciplina de enfermagem psiquiátrica ou em aula específica sobre suicídio esteve associada a maior percepção da capacidade profissional (MORAES et al., 2016). Na análise ajustada a variável capacitação para o atendimento ao comportamento suicida permaneceu em nosso estudo com forte associação ($p=0,034$) o que demonstra a força dessa variável quanto a associação com a percepção da capacidade bem como para direito ao suicídio ($p=0,021$).

Contudo, no presente estudo, os dados referentes a formação e capacitação profissional em saúde mental, apontam que 62% dos profissionais informaram nunca ter participado, e quando questionados sobre treinamentos específicos para o atendimento ao comportamento suicida este número aumentou expressivamente, 81%.

Nossos resultados são semelhantes aos encontrados em um estudo, conduzido em dois hospitais gerais de um município brasileiro, com participação de 146 profissionais de enfermagem dos serviços de urgência e emergência, em que 75% relataram não ter recebido treinamento em saúde mental e 88% responderam não ter participado de capacitações especificamente voltadas para o tema suicídio (VEDANA et al., 2017). No entanto, quando comparados a alguns estudos internacionais, os resultados se contrastam. Na Espanha, 59% dos 255 enfermeiros que trabalhavam em serviços de emergência, receberam treinamentos com mais de 30 horas de duração, além da maior parte deles ter especialização em saúde mental

(CARMONA-NAVARRO et al., 2012). Em um estudo multicêntrico realizado na Rússia e Noruega, com 285 profissionais de saúde generalistas que trabalhavam na atenção primária, houve participação de até 79% dos indivíduos em cursos sobre atendimento e prevenção ao suicídio (NORHEIM et al., 2016).

Fornecer formação na identificação, avaliação e gestão do comportamento suicida tem sido reiteradamente destacado como uma importante estratégia de prevenção do suicídio (OMS 2012; WHO 2014a). A reduzida participação em treinamentos voltados para a temática suicídio evidenciada, seja por escassez de oportunidades, por desinteresse em relação ao assunto ou outros motivos é preocupante dada a relevância destas iniciativas de modo global.

O contato prévio no âmbito profissional, ou seja, ter atendido uma pessoa com ideação ou ter atendido um caso com o desfecho fatal de suicídio, apresentou associação significativa para a percepção da capacidade profissional ($r=0,22$ e $r=0,27$, respectivamente). Estes achados corroboram com Silva et al. (2016), que evidenciaram que os profissionais de saúde que atenderam pacientes com comportamento suicida anterior, apresentaram significativamente melhor conhecimento sobre suicídio (RP=5,92 IC:1,46 a 5,54; $p < .001$) e relataram maior confiança em suas habilidades (RP=15,40 IC: 3,20 a 13,61; $p < .001$), do que aqueles que não haviam atendido nenhum caso. Já outro estudo, realizado no interior de São Paulo, com 244 graduandos de enfermagem vai de encontro a esses achados pois demonstrou que o contato prévio com pessoa que tentou suicídio não esteve associado a atitudes mais positivas (MORAES et al., 2016). Embora os estudos não sejam totalmente convergentes quanto ao fato de contato prévio e percepção da capacidade, vivenciar o atendimento à ideação, tentativa suicida ou ainda a morte de um cliente por suicídio, pode estimular a equipe a procurar treinamento adicional, ou o treinamento pode aumentar a disposição de uma pessoa para tratar clientes suicidas (SILVA et al., 2016).

Na análise bivariada do fator sentimentos negativos, as faixas etárias mais elevadas apresentaram maior risco para a presença desses sentimentos em relação ao paciente (chegando a 1,47 vezes mais na faixa etária de 60 a 79 anos). Estes achados vão ao encontro do estudo de Botega et al. (2005) que evidenciou que a população com idade ≥ 50 anos apresentou atitudes mais sentenciosas quando comparados aos mais jovens. Esta variável também teve associação positiva com o fator direito ao suicídio, com 0,15 e 0,17 maior propensão dos profissionais de saúde com idades acima de quarenta anos terem posturas de julgamento quanto ao suicídio. Conforme também demonstrou Kwon et al. (2013), que avaliou as atitudes em relação ao suicídio e experiências profissionais e pessoais com suicídio entre 617 profissionais de saúde da Coreia, os resultados evidenciaram que idades mais avançadas tiveram associação estatisticamente significativa com uma atitude mais negativa ($p < 0,05$).

No que se refere ao nível de escolaridade os profissionais de saúde que não possuíam curso superior apresentaram uma tendência de 0,61 a manifestar sentimentos negativos em relação ao paciente ($p=0,021$). Esta variável também evidenciou associação significativa estatisticamente com o fator direito ao suicídio, com 0,15 maior propensão de demonstrar atitude estigmatizante ($r=0,15$; $p=0,040$).

Evidência similar ocorreu em um estudo realizado com 187 profissionais de saúde mental de Xangai. Os entrevistados com mais anos de educação formal, foram menos propensos a demonstrar atitudes negativas ($r=0,17$; $p=0,027$), e mais propensos a sentir empatia por estes pacientes (JIAO et al., 2014). Um estudo realizado com a população em geral ($n=2.247$) entre 20 a 59 anos de idade da Coréia do Sul, Japão e Estados Unidos, divulgou que pessoas com nível de ensino superior foram significativamente mais compreensivas em relação ao comportamento suicida do que as pessoas com níveis de educação relativamente mais baixos (PARK et al., 2016). Apesar de alguns estudos demonstrarem a associação entre nível de escolaridade e sentimentos negativos, essa variável não se manteve na análise ajustada.

Relativo a situação conjugal, os entrevistados que não possuíam companheiro (incluídos aqui solteiros, viúvos e separados) apresentaram 0,44 mais chances de evidenciar sentimentos negativos em relação ao paciente ($p=0,049$). Ressalta-se aqui a necessidade de que novos estudos com este delineamento metodológico sejam desenvolvidos buscando reforçar tal associação obtida e/ou hipóteses para esse achado. Destaca-se, no estudo de Park et al. (2016) desenvolvido com a população em geral de três países de continentes diferentes, dados contraditórios ou seja, nos EUA as pessoas que não possuíam companheiro apresentaram atitudes mais positivas quando comparadas com os indivíduos que estavam em um relacionamento, já no Japão as pessoas casadas tinham atitudes mais compreensivas quando comparados com os que não tinham experiência matrimonial. Deste modo os autores concluíram que a diferença de atitude em relação ao suicídio, conforme a situação conjugal, pode derivar das diferenças culturais entre os países, e sugerem análises com outros fatores para elucidar estes achados.

Quanto a presença de tentativa suicida anterior, pelo profissional de saúde, e sua associação como fator de proteção a sentimentos negativos em relação ao paciente ($p<0,001$), uma possível explicação seria de que a experiência de sofrimento pessoal possa ter contribuído para uma atitude mais compreensiva. Vão ao encontro dos nossos achados os resultados de Moraes et al. (2016) os quais evidenciaram atitudes menos condenatórias entre as pessoas que já pensaram em cometer suicídio. Após a análise ajustada esta variável também se associou significativamente ao fator direito ao suicídio ($p<0,001$) como fator de proteção.

No que se refere à categoria profissional, os profissionais que exerciam a função de técnicos em enfermagem apresentaram maior possibilidade de expressar sentimentos negativos. Resultado semelhante foi encontrado nos estudos de Vedana et al. (2017) e McCarthy et al. (2010), cujos resultados indicaram os profissionais enfermeiros com atitudes expressivamente menos moralistas e judiciosas quando comparados com os técnicos e auxiliares de enfermagem ($p < 0,001$).

No presente estudo, no modelo ajustado a variável sexo apresentou associação significativa, ser do sexo masculino apresentou 0,15 risco para atitudes moralistas, no fator direito ao suicídio. A literatura apresenta uma variedade de resultados relacionados às atitudes sobre o suicídio entre homens e mulheres. No estudo de Moraes et al. (2016) as mulheres relataram menor percepção da capacidade profissional para prover o cuidado à pessoa com comportamento suicida. Outro estudo identificou atitude menos moralista entre mulheres (CARMONA-NAVARRO et al., 2012), e outro ainda encontrou posturas significativamente mais empáticas em relação ao paciente com comportamento suicida, mesmo com respostas ajustadas para profissão, idade e participação em cursos sobre o tema ($p=0,002$) (GRIMHOLT, et al., 2014). Porém em outras investigações não foi observada diferença nas atitudes segundo o sexo (SANTOS et al., 2014; VEDANA et al., 2017).

Em relação à experiência de contato anterior com pessoas com comportamento suicida, observa-se associação estatisticamente significativa com o fator direito ao suicídio tanto para a variável alguém da família tentou ($r=0,16$ $p=0,027$) quanto para algum amigo tentou ($r=0,17$ $p=0,010$). A ausência de contato prévio com o comportamento suicida se revelou como fator de risco para atitudes mais moralistas. Conforme também evidenciou Botega et al. (2005), que profissionais nunca tinham tratado pacientes suicidas apresentaram atitudes de recriminação.

A postura condenatória prejudica o desenvolvimento do vínculo terapêutico e da empatia (OSAFO et al., 2012), necessários para a implementação de diversas ações recomendadas no manejo do comportamento suicida. Os profissionais que expressam melhor acolhimento ao comportamento suicida têm maior probabilidade de prestar assistência de saúde positiva aos pacientes suicidas (CARMONA-NAVARRO et al., 2012), ao passo que a atenção inadequada a pessoa com comportamento suicida pode acentuar a circunstância que iniciou a tentativa suicida e o distanciamento dos serviços de saúde em situações futuras.

CONCLUSÃO

Os achados do presente estudo vão ao encontro da literatura científica em relação as variáveis investigadas. Evidenciou-se que as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com percepção da capacidade profissional foram capacitação

anterior em saúde mental, capacitação para o atendimento ao comportamento suicida, ter atendido pessoas com ideação suicida ou que foram à óbito por suicídio. Em relação à sentimentos negativos perante ao paciente suicida, as variáveis idade, escolaridade, situação conjugal, ter tentado suicídio, ter atendido pessoa que foi à óbito por suicídio e a profissão se associaram significativamente. As variáveis que evidenciaram associação com direito ao suicídio foram idade, escolaridade, ter alguém na família ou amigo que tentou suicídio.

Na análise múltipla permaneceram, no modelo ajustado, para percepção da capacidade profissional capacitação para o atendimento ao suicídio; para sentimentos negativos em relação ao paciente permaneceram idade e já ter tentado suicídio e quanto ao domínio direito ao suicídio manteve-se a variável sexo, capacitação em saúde mental e em atendimento ao suicídio, ter atendido pessoa com ideação suicida, ter tentado suicídio e ter algum amigo com tentativa suicida prévia.

Os achados do presente estudo apresentam um diagnóstico situacional de uma temática relevante para a sociedade e, mais especificamente, para o cuidado dos profissionais da atenção básica às pessoas em sofrimento. Ressalta-se ainda que o ato de investigar as atitudes pode despertar nesse participante a reflexão quanto a sua prática de atendimento profissional repercutindo na efetividade do atendimento.

REFERÊNCIAS

- AHMEDANI, B. K. et al. Health care contacts in the year before suicide death. **Journal of general internal medicine**, v. 29, n. 6, p. 870-877, 2014.
- ALTMANN, T. K. Attitude: a concept analysis. In: **Nursing Forum. Blackwell Publishing**, v. 43, n. 3, p. 144-150, 2008.
- BOTEGA, N. J. et al. Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 4, p. 315-318, 2005.
- CAIS, C. F. S. et al. Suicide prevention training for professionals in the public health network in a large Brazilian city. **Archives of Suicide Research**, v. 15, n. 4, p. 384-389, 2011.
- CARMONA-NAVARRO, M. C.; PICHARDO-MARTINEZ, M.C. Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1161-1168, dez. 2012.
- CLEAVER, K. Attitudes of emergency care staff towards young people who self-harm: a scoping review. **International emergency nursing**, v. 22, n. 1, p. 52-61, 2014.
- DE LEO, Diego et al. Contacts with health professionals before suicide: Missed opportunities for prevention? **Comprehensive Psychiatry**, v. 54, n. 7, p. 1117-1123, 2013.

- GILL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia social**. 6. ed. São Paulo, Atlas, 2010.
- GRIMHOLT, T. K. et al. Perceived competence and attitudes towards patients with suicidal behavior: a survey of general practitioners, psychiatrists and internists. **BMC health services research**, v. 14, n. 1, p. 208, 2014.
- JIAO, Y. et al. Cross-sectional study of attitudes about suicide among psychiatrists in Shanghai. **BMC psychiatry**, v. 14, n. 1, p. 87, 2014.
- JONES, S. et al. Nurses attitudes and beliefs to attempted suicide in Southern India. **Journal of mental health**, v. 24, n. 6, p. 423-429, 2015.
- KISHI, Y et al. Attitudes of Japanese nursing personnel toward patients who have attempted suicide. **General hospital psychiatry**, v. 33, n. 4, p. 393-397, 2011.
- KWON, J. et al. Attitude toward suicide and personal experiences of suicide among doctors and health care workers in Korea. **Journal of Korean Neuropsychiatric Association**, v. 52, n. 4, p. 231-242, 2013.
- LUOMA, J. B.; MARTIN, C. E.; PEARSON, J. L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. **American Journal of Psychiatry**, v. 159, n. 6, p. 909-916, 2002.
- MCCARTHY, L; GIJBELS, H. An examination of emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm in an Irish teaching hospital. **International Emergency Nursing**, v. 18, n. 1, p. 29-35, 2010.
- MEDINA, C. O.; KULLGREN, G.; DAHLBLOM, K. A qualitative study on primary health care professionals' perceptions of mental health, suicidal problems and help-seeking among young people in Nicaragua. **BMC family practice**, v. 15, n. 1, p. 129-133, 2014.
- MORAES, S. M. et al. Attitudes and associated factors related to suicide among nursing undergraduates. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 6, p. 643-649, 2016.
- NEBHINANI, M et al. Nursing students' attitude towards suicide attempters: A study from rural part of Northern India. **Journal of neurosciences in rural practice**, v. 4, n. 4, p. 400, 2013.
- NORHEIM, A. B. et al. Attitudes toward suicidal behavior among professionals at mental health outpatient clinics in Stavropol, Russia and Oslo, Norway. **BMC psychiatry**, v. 16, n. 1, p. 268, 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Ação de saúde pública para a prevenção de suicídio: uma estrutura**. Geneva, 2012. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suic%C3%ADdiotraduzido.pdf>>
- OSAFO, J. et al. Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: A qualitative study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 49, n. 6, p. 691700, 2012.

- PARK, C. et al. A Comparative Study of Permissive Attitudes Toward Suicide: An Analysis of Cross-National Survey in South Korea, Japan, and the United States. **Korean Journal of Biological Psychiatry**, v. 23, n. 4, p. 157-165, 2016.
- SANTOS, J. C. et al. Impact of "+ Contigo" training on the knowledge and attitudes of health care professionals about suicide. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 679-684, 2014.
- SAUNDERS, K. E. A. et al. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. **Journal Affect Disord**, v. 139, n. 2, p. 205–216, 2012.
- SHAW, D. G.; SANDY, P. T. Mental health nurses' attitudes toward self-harms: curricular implications. **Health SA Gesundheit**, v. 21, n. 1, p. 406-414, 2016.
- SILVA, C. et al. Suicide-related knowledge and confidence among behavioral health care staff in seven states. **Psychiatric services**, v. 67, n. 11, p. 1240-1245, 2016.
- TAYLOR, T. L. et al. Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. **Journal of Psychiatry**, v. 194, n. 2, p. 104-110, 2009.
- VEDANA, K. G. G. et al. Attitudes toward suicidal behavior and associated factors among nursing professionals: a quantitative study. **Journal of psychiatric and mental health nursing**, 2017.
- VIDAL, C. E. L.; CONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Caderno Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p.175-187, 2013.
- WERLANG, B. S.G.; BORGES, V. R.; FENSTERSEIFER, L. Indícios de potencial suicida na adolescência. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde**, v. 14, n. 1, p. 4157, 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide: a community engagement toolkit. Pilot version 1.0**. Geneva, 2016b. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252071/1/WHO-MSD-MER-16.6-eng.pdf?ua=1>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide: a global imperative. (2014b)** Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf

6.2 Manuscrito 2

ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA FRENTE AO COMPORTAMENTO SUICIDA: ESTUDO DE INTERVENÇÃO

Jesiele Neves Spindler¹; Samira Reschetti Marcon²; Mariano Martínez Espinosa³; Vilmeyze Larissa de Arruda⁴; Fernanda de Oliveira Freire⁵

Objetivo: analisar as atitudes dos profissionais das equipes de Saúde da Família – eSF do município de Cuiabá-MT, expostos a capacitação, frente ao comportamento suicida. **Metodologia:** Estudo experimental, desenvolvido nas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Cuiabá-MT, de abril a maio de 2017. Amostra constitui-se de 87 indivíduos alocados aleatoriamente no grupo intervenção (GI), e 174 no grupo controle (GC) totalizando após perdas 69 e 88 indivíduos, respectivamente. Os profissionais do GI receberam uma capacitação para o atendimento de indivíduos com comportamento suicida de 20 horas e as atitudes dos dois grupos foram avaliadas pré e pós-intervenção por meio do Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida. Na análise visando à comparação dos grupos foi utilizado o teste t de Student para amostras independentes e dependentes com distribuições simétricas e para distribuições assimétricas o teste não paramétrico de Wilcoxon, com nível de significância de $p < 0,05$. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM, nº1.978.854. **Resultados:** Ambos os grupos apresentaram homogeneidade nos resultados do pré-teste. Após a intervenção o GI demonstrou ganhos estatisticamente significativos em seis dos sete itens que compõem o fator sentimento negativo. Quanto à percepção da capacidade profissional verificou-se ganhos em todos os quatro itens que compõe este fator e no direito ao suicídio, evidenciaram-se modificações positivas em três dos cinco itens. No GI as atitudes foram mais positivas quando comparado ao GC após a capacitação. **Conclusão:** Observa-se que a intervenção aplicada foi efetiva na mudança de atitude dos profissionais frente ao comportamento suicida. Tal achado contribui para a qualidade da assistência na atenção básica e reforça a viabilidade de capacitações com vistas a prevenir esse agravo na população.

Palavras chaves: Atitude; Capacitação; Suicídio.

Key words: Attitude; Training; Suicide.

Palabras clave: Actitud; Formación; Suicidio.

¹Universidade Federal de Mato Grosso/ Faculdade de Enfermagem. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. E-mail: profjesiele@gmail.com. Atribuições: concepção do estudo, o delineamento, coleta de dados, análise, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica.

²Universidade Federal de Mato Grosso/ Faculdade de Enfermagem. E-mail: samira.marcon@gmail.com. Atribuições: concepção do estudo, o delineamento, coleta de dados, análise, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica.

³Universidade Federal de Mato Grosso/ Faculdade de Estatística. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. E-mail: marianomphd@gmail.com. Atribuições: análise e interpretação dos dados

⁴Universidade Federal de Mato Grosso/ Faculdade de Enfermagem. Voluntária do Programa de Iniciação Científica – CNPq. E-mail: vilmeyze11@gmail.com. Atribuições: coleta de dados, redação do artigo.

⁵Universidade Federal de Mato Grosso/ Faculdade de Enfermagem. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. E-mail: ferfreire3@hotmail.com. Atribuições: coleta de dados e revisão do manuscrito.

INTRODUÇÃO

Estima-se que para cada indivíduo que tenha cometido suicídio, entre dez a vinte pessoas tentaram (OMS, 2012) o que representa uma tentativa de suicídio a cada segundo. Considerando a magnitude do problema e a possibilidade de prevenção, a Organização Mundial da Saúde recomenda que o suicídio seja priorizado tanto no atendimento oferecido quanto no desenvolvimento de políticas de saúde pública (OMS, 2002).

Em relação ao atendimento, estudos mostram que que uma grande proporção de indivíduos que morreram por suicídio, efetuou contato com algum serviço de cuidados primários à saúde dentro dos três meses precedentes às suas mortes (LUOMA et al., 2002; DE LEO et al., 2013; AHMEDANI et al., 2014) e também foram mais propensos a procurar um profissional da atenção primária em saúde do que um especialista em saúde mental (ABP, 2014; AHMEDANI et al., 2014).

Tal fato sugere que os profissionais da atenção primária estão em uma posição única para identificar indivíduos em risco e, possivelmente, intervir (ABREU et al., 2010; OMS, 2000). Neste contexto, os indivíduos que prestam cuidados nesse nível de atenção, podem contribuir significativamente no momento de busca por ajuda, uma vez que estes se constituem em porta de entrada à rede de saúde (MACHADO; SANTOS, 2015; VIDAL et al., 2013) No entanto, grande parte dos profissionais dos cuidados primários ao receberem indivíduos com comportamento suicida demonstram atitudes negativas comprometendo a qualidade do cuidado prestado às pessoas em risco de suicídio (NEBHINANI et al., 2013; OSAFO et al., 2012; SAUNDERS et al., 2012).

Atitude pode ser definida como uma inclinação do indivíduo a agir de modo específico em relação a determinadas pessoas, objetos e situações, adquirida socialmente, a partir de experiências pessoais e de fatores de personalidade (GILL, 2010). As atitudes constituem bons preditores de comportamentos, apesar de não serem observáveis, são totalmente inferíveis por meio da identificação dos seus componentes (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2012). Desse modo, as atitudes dos profissionais de saúde, no atendimento ao paciente com comportamento suicida, têm sido alvo de pesquisas em diversos países (colocar autores aqui). Uma revisão sistemática que analisou 73 pesquisas desenvolvidas no período de 1971 a 2009, apontou atitudes negativas expressas por sentimentos de irritação, raiva, frustração, ansiedade e insegurança. Os dados indicaram ainda a necessidade de capacitação específica. Atitudes mais favoráveis foram observadas na equipe de enfermagem e profissionais de saúde mental por terem maior compreensão das causas e natureza dos riscos envolvidos, quando comparados aos médicos em geral. O estudo chama a atenção para o fato de que esses pacientes são considerados desafiadores por agirem de forma autodestrutiva gerando hostilidade nos profissionais (SAUNDERS et al., 2012).

Outros estudos, realizados posteriormente, corroboram com esses achados, com a resistência em atender essa clientela (MEDINA et al., 2014); o cuidado pautado por crenças e estigmas; atividades técnicas e rotineiras priorizadas em detrimento de suporte psicológico (JONES et al., 2015); conhecimento e habilidades deficientes, e a necessidade de uma capacitação visando facilitar o desenvolvimento de relações terapêuticas (SHAW; SANDY, 2016).

Nesse contexto, a literatura que investiga a temática tem evidenciado a predominância de atitudes negativas entre os profissionais de saúde e a necessidade de capacitação para o atendimento a esta clientela. Dentre os vários efeitos analisados após as capacitações, destacam-se atitudes mais positivas (BEURS et al., 2015; DONALD et al., 2013; SHIM et al., 2010; BERLIM et al., 2007; BOTEGA et al., 2007; CAIS et al., 2011; JACOBSON et al., 2012; SANTOS et al., 2014), aumento expressivo no nível de conhecimento sobre suicídio (CAIS et al., 2011; SANTOS et al., 2014), melhora significativa da confiança em trabalhar com pacientes em risco (BEURS et al., 2015; DONALD et al., 2013), ganho de prática clínica para avaliar e atender essa demanda, melhora do plano de cuidados visando a prevenção (JACOBSON et al., 2012);

Embora os efeitos de estratégias educativas, como capacitações, tenham sido relatados (JACOBSON et al., 2012; JONES et al., 2015; OSTEEEN et al., 2014; SANTOS et al., 2014). a maioria dos estudos internacionais e nacionais têm-se centrado sobre o treinamento de profissionais de saúde que atuam em unidades hospitalares (BOTEGA et al., 2005; BERLIM et al., 2007; VEDANA et al., 2017), profissionais da atenção básica (CAIS et al., 2011), urgência e emergência (LANDSCHOOT et al., 2017), estudantes de graduação (MORAES et al., 2016; PICARELLI et al., 2017), ou ainda grupos com formação profissional específicas, como médicos (CLEAVER et al., 2014) e enfermeiros (VEDANA et al., 2017; CARMONANAVARRO et al., 2012). Internacionalmente algumas pesquisas têm sido realizadas com pessoas da comunidade em geral (KANIWA et al., 2012; FOSTER et al., 2017, PARK et al., 2016). Estudos com equipes de saúde homogêneas com as características de trabalho em grupo como as que compõem as equipes de Saúde da Família, até o momento, não foram encontrados.

Nesse contexto, estudos que desenvolvam a capacitação profissional para as equipes de saúde, podem contribuir para a qualificação da avaliação e do atendimento ao paciente em risco de suicídio, na medida em que possibilita a mudança de atitude dos profissionais de saúde. Portanto, pesquisas com abordagens metodológicas de intervenção, são relevantes tanto para a produção científica quanto para a realidade dos serviços inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS). Diante do exposto o objetivo deste estudo foi analisar as atitudes dos profissionais das

equipes de Saúde da Família – eSF do município de Cuiabá-MT, expostos a capacitação, frente ao comportamento suicida.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo, experimental, desenvolvido nas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Cuiabá-MT, de abril e agosto de 2017. A população consistiu em profissionais de saúde que atuam nas eSF do município de Cuiabá-MT. Para a seleção da amostra o critério de inclusão foi exercer a função de médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, e foram excluídos os profissionais que atuavam nas eSF localizadas na zona rural.

Visando definir o tamanho da amostra utilizou-se uma fórmula para dados pareados (SIQUEIRA et al., 2001), onde foram determinadas as médias de mudança de atitude antes e pós intervenção e desvios padrão amostrais a partir do estudo de Cais (2011). Assim, estimou-se um desvio amostral médio aproximado de 2,92 e considerou-se uma diferença para as médias em valor absoluto de 1,0, confiança de 95% e um poder de 0,80. Portanto, o tamanho de amostra foi de 67 indivíduos, e com um acréscimo de 30% para possíveis perdas o tamanho de amostra totalizou 87 indivíduos para o grupo de intervenção. No grupo controle foi considerado 1 para 2, isto é, 174 indivíduos.

Para a obtenção dos dados construiu-se um instrumento fechado com variáveis sociodemográficas (idade, sexo, cor, escolaridade), variáveis relacionadas à formação (profissão, especializações, capacitações e/ou formação em saúde mental) e prática profissional (atendimento anterior à pacientes com comportamento suicida) e comportamento suicida do profissional.

Para a identificação da atitude do profissional frente ao comportamento suicida foi utilizado o Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida (QUARCS). Composto por situações clínicas frequentemente vivenciadas por profissionais de saúde, cada um dos 21 itens, corresponde a uma linha contínua de 10 cm cujas respostas vão desde "discordo totalmente" numa extremidade a "concordo totalmente" na outra. Posteriormente a pontuação de 0 a 10 é atribuída de acordo com a marcação de distância em cada resposta. Quanto mais elevada é a nota global maior será a mudança em termos de conhecimentos e atitude (BOTEGA et al., 2005).

No primeiro momento do estudo foram realizadas visitas às unidades sorteadas afim de informar sobre o estudo e de aplicar os instrumentos. Os profissionais sorteados para o GI, além de responder os instrumentos, foram convidados a participar da capacitação.

Posteriormente à coleta dos dados com os instrumentos descritos, denominada de pré-teste, foi oferecida uma capacitação com duração de 20 horas, visando aprimorar a capacidade de reconhecer o grau de risco de um indivíduo com comportamento suicida e intervir; conhecer técnicas de atendimento e/ou encaminhamento de indivíduos com comportamento suicida; reconhecer a própria atitude perante um paciente com comportamento suicida e aperfeiçoá-la. A definição dos conteúdos abordados, tiveram como direcionador o manual de prevenção ao suicídio voltado para equipes de atenção primária da OMS (2000). A capacitação foi ministrada por profissionais de psicologia que desenvolvem estudos na área, e possuem ampla experiência clínica em atendimento a pacientes com comportamento suicida. Em seguida, foi reaplicado o QUARCS, para o GI, imediatamente após o término da capacitação, e para o GC os instrumentos foram reaplicados posteriormente nas unidades de ESF com o período de até dois meses após a primeira coleta.

Os dados foram duplamente processados em uma planilha do Microsoft Office Excel versão 10 e posteriormente pareados no programa Epi Info versão 3.5.4. Para as análises utilizou-se o programa estatístico SPSS versão 20.0 e apresentados por meio de tabelas. Para a análise descritiva dos dados foram utilizadas as medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade/dispersão (desvio-padrão). A distribuição dos dados foi verificada pelo teste de Shapiro Wilk, deste modo para a análise inferencial, utilizou-se testes paramétricos e não paramétricos conforme a distribuição apresentada. As comparações pré e pós intervenção no mesmo grupo (intervenção e controle), foram realizadas a partir do Teste t pareado para amostras dependentes e Teste de Postos com Sinais de Wilcoxon, e para comparações entre os grupos (o que recebeu ou não a capacitação) utilizou-se o Teste t pareado para amostras independentes e Teste U-Mann Whitney. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitários Júlio Muller sob o parecer nº1.978.854 de acordo com a Resolução 466/2012 que rege as pesquisas com seres humano. O anonimato aos participantes foi garantido, bem como a livre desistência do estudo a qualquer momento. Os participantes foram comunicados sobre a condição de participação voluntária e convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

No presente estudo ocorreram perdas conforme descrito: no grupo intervenção três recusas, quatro indivíduos faltaram à intervenção, onze respostas incompletas, totalizando ao final 69 participantes. No GC houve 8 recusas, 10 componentes estavam faltando às equipes,

18 respostas incompletas na primeira fase do estudo, 19 profissionais mudaram de local de trabalho, estavam em férias e/ou afastamento entre a primeira e a última coleta, 9 não foram encontradas nos locais mesmo após as tentativas e agendamento posterior, 22 questionários continham respostas incompletas na última fase do estudo, somando ao final 88 participantes.

Conforme Tabela 1, a média de idade para o grupo intervenção foi de 43,4 e para o grupo controle 45,1 anos, sendo a maior porcentagem em ambos os grupos a faixa etária entre 40 e 59 anos (53,6% e 55,7% respectivamente). A maioria da população é do sexo feminino (GI: 87%, GC: 90%), possui curso superior completo (GI: 84% e GC: 83%) e atua como técnico de enfermagem. Quanto a situação conjugal a maior proporção possui companheiro (casado ou união estável), e em relação à religião a maior proporção relatou possuir. Quanto à capacitação anterior em saúde mental, em ambos os grupos prevaleceu a ausência desses treinamentos (GI: 60,9% e GC:71,6%), com porcentagens maiores quando questionados sobre participação em capacitações com a temática específica sobre suicídio com 88,4% no GI e 75,0% no GC.

Não houve diferença entre os grupos de intervenção e de controle no que diz respeito ao atendimento às pessoas que apresentaram tentativas de suicídio (GI: 53,6% e GC: 51,1%) ou suicídio consumado (GI:73,9% e GC:77,3%). Quanto ao comportamento suicida entre os profissionais de saúde ambos os grupos referiram em sua maioria não ter apresentado ideação suicida (GI:84,1% e GC:87,5%) e não ter tentado suicídio (GI:97,1% e GC:89,8%). Observasse ainda homogeneidade entre os grupos no que se refere ao contato prévio com pessoas com comportamento suicida. A maior proporção respondeu negativamente a ter caso de tentativa suicida na família (GI: 60,9%; GC:77,3%) ou entre amigos (GI:60,9% e GC:76,1%), suicídio entre familiares (GI:82,6% e GC:89,8%) ou entre amigos (GI:66,7% e GC:73,9%).

Na variável ter atendido pacientes com ideação suicida o grupo intervenção respondeu em sua maioria afirmativamente 73,9% e o grupo controle apresentou predomínio de respostas negativas 51,1%. Assim, os grupos foram semelhantes, assegurando que as diferenças encontradas entre eles foram, na verdade, devido à intervenção e não de vieses da seleção.

Tabela 1: Características sociodemográficas, profissionais, relacionadas ao atendimento e comportamento suicida dos profissionais das unidades de ESF do município de Cuiabá, MT, Brasil, 2017.

(continua)

VARIÁVEIS				
GI			GC	
	n (69)	(%)	n (88)	(%)
Características sociodemográficas				
Faixa etária				
20 a 39	31	44,9	31	35,2
40 a 59	37	53,6	49	55,7

60 a 79	1	1,4	8	9,1
Total	69	100%	88	100%
Média de idade		43,38		45,06
Sexo				
Feminino	60	87,0	79	89,8
Masculino	9	13,0	9	10,2
Total	69	100%	88	100%
Escolaridade				
Sem curso superior	11	15,9	15	17,0
Com curso superior	58	84,1	73	83,0
Total	69	100%	88	100%
Situação conjugal				
Com companheiro (casado, união estável)	36	52,2	57	64,8
Sem companheiro (solteiro, separado, viúvo)	33	47,8	31	35,2
Total	69	100%	88	100%
Possui Religião				
Sim	58	84,1	79	89,8
Não	11	15,9	9	10,2
Total	69	100%	88	100%
Características profissionais e de formação				
Profissão				
Médico	17	24,6	25	28,4
Enfermeiro	18	26,1	24	27,3
Téc. Enfermagem	34	49,3	39	44,3
Total	69	100%	88	100%
Capacitação em saúde mental				
Sim	27	39,1	25	28,4
Não	42	60,9	63	71,6
Total	69	100%	88	100%
Capacitação sobre suicídio				
Sim	8	11,6	22	25,0
Não	61	88,4	66	75,0
Total	69	100%	88	100%
Experiência e atendimento ao comportamento suicida				
Atendimento a ideação suicida				
Sim	51	73,9	43	48,9
Não	18	26,1	45	51,1
Total	69	100%	88	100%

Tabela 1: Características sociodemográficas, profissionais, relacionadas ao atendimento e comportamento suicida dos profissionais das unidades de ESF do município de Cuiabá, MT, Brasil, 2017.

VARIÁVEIS	(conclusão)			
	GI		GC	
	n (69)	(%)	n (88)	(%)
Atendimento a tentativas de suicídio Sim				
Não	37	53,6	45	51,1
Total	69	100%	88	100%
Atendimento a pacientes que se suicidaram Sim	18	26,1	20	22,7
Não	51	73,9	68	77,3
Total	69	100%	88	100%
Alguma vez na vida você pensou em se matar				
Sim	11	15,9	11	12,5
Não	58	84,1	77	87,5
Total	69	100%	88	100%
Alguma vez na vida você tentou se matar Sim	2	2,9	9	10,2
Não	67	97,1	79	89,8
Total	69	100%	88	100%
Na sua família alguém já tentou se matar Sim	27	39,1	20	22,7
Não	42	60,9	68	77,3
Total	69	100%	88	100%
Na sua família alguém já se suicidou Sim	12	17,4	9	10,2
Não	57	82,6	79	89,8
Total	69	100%	88	100%
Entre seus amigos alguém já tentou suicídio Sim	27	39,1	21	23,9
Não	42	60,9	67	76,1
Total	69	100%	88	100%
Entre seus amigos alguém se suicidou Sim	23	33,3	23	26,1
Não	46	66,7	65	73,9
Total	69	100%	88	100%

GI: grupo intervenção; GC: grupo controle

A Tabela 2 descreve as atitudes dos profissionais do grupo intervenção e do grupo controle, antes e após a capacitação. Não foram evidenciadas diferenças significativas, na maioria dos itens do QUARCS, entre os grupos na avaliação do pré-teste, exceto pelo item Q17 que apresentou significância estatística com média dos *ranks* do GI 1,40 e GC 2,70 e p-valor <0,001. Na avaliação após a capacitação, pós-teste, verificaram-se diferenças altamente

significativas entre os dois grupos em todos os itens dos fatores *sentimentos negativos em relação ao paciente e percepção da capacidade profissional*. Em *direito ao suicídio* dos 5 itens que compõem este fator sofreram modificações estatisticamente significativas os itens Q4, Q6 e Q16 (p-valores < 0,05).

Tabela 2: Atitudes dos profissionais de saúde do grupo intervenção e do grupo controle pré e pós capacitação. Cuiabá, MT, Brasil, 2017.

VARIÁVEIS	GIpré	GCpré	p-valor	GIpós	GCpós	p-valor
Fator 1 – Sentimentos em relação ao paciente						
Q2 Quem fica ameaçando, geralmente não se mata.	3,70	4,55	0,020*	0,10	4,35	0,000*
Q5 No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio.	1,00	2,85	0,132*	0,10	2,00	0,000*
Q9 Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio, e acabar induzindo o paciente a isso	1,70	3,00	0,337*	1,00	2,55	0,001*
Q13 No fundo, às vezes dá até raiva, porque tanta gente querendo viver e aquele paciente querendo morrer.	1,70	3,50	0,015*	0,40	3,80	0,000*
Q15 A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar.	5,20	5,70	0,524*	2,20	5,30	0,000*
Q17 No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável à ideia de suicídio.	1,40	2,70	0,000*	0,60	2,80	0,000*
Q19 Quem quer se matar mesmo, não fica “tentando” se matar.	1,80	1,85	0,376*	0,10	2,00	0,000*
Fator 2 – Percepção da capacidade profissional						
Q1 Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar.	5,30	5,35	0,914#	8,25	5,85	0,000#
Q7 Me sinto capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar.	4,61	4,31	0,479*	8,65	3,70	0,000*
Q10 Acho que tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio.	2,50	3,10	0,602*	7,50	3,00	0,000*
Q12 Sinto-me inseguro (a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio.	5,60	6,15	0,614*	3,00	6,45	0,000*
Fator 3 – Direito ao suicídio						
Q3 Apesar de tudo, penso que uma pessoa tem o direito de se matar.	0,60	1,00	0,618*	1,50	1,00	0,131*
Q4 Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho.	8,20	8,10	0,934*	9,50	8,00	0,000*
Q6 A vida é um dom de Deus, e só Ele pode tirar.	9,50	10,00	0,009*	8,00	9,50	0,001*
Q16 Quem tem Deus no coração, não vai tentar se matar.	4,60	5,30	0,442*	1,60	5,15	0,025*
Q18 Quando uma pessoa fala de pôr fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela.	8,90	8,35	0,132*	9,00	8,80	0,597*

#Comparação por meio do Teste t de Student pareado para amostra independentes e valores de pré e pós-teste expresso em médias;

*Comparação por meio do Teste U-Mann Whitney e valores de pré e pós-teste expresso em medianas.

Na Tabela 3 evidenciam-se a atitude dos profissionais do grupo intervenção, antes e após a capacitação. No fator *sentimentos negativos em relação ao paciente*, observam-se ganhos estatisticamente significativos em 6 dos 7 itens que compõem este domínio (Q2, Q5, Q9, Q13, Q15 e Q19). No que se refere à *percepção da capacidade profissional* houve modificações estatisticamente significativas em todos os itens 4 itens desse fator, com p-valores <0,001. Em *direito ao suicídio* dos 5 itens que compõem este fator sofreram modificações estatisticamente significativas os itens Q4, Q6 e Q16 (p-valores < 0,005).

VARIÁVEIS	GIpré	GIpós	Z	p-valor
Fator 1 – Sentimentos em relação ao paciente				
Q2 Quem fica ameaçando, geralmente não se mata.	3,56	1,12	-5,763	0,000
Q5 No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio.	2,13	0,96	-2,778 ^b	0,005
Q9 Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio, e acabar induzindo o paciente a isso	2,90	1,08	-4,244 ^b	0,000
Q13 No fundo, às vezes dá até raiva, porque tanta gente querendo viver e aquele paciente querendo morrer.	3,39	1,26	-4,787 ^b	0,000
Q15 A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar.	5,29	3,06	-4,540 ^b	0,000
Q17 No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável à ideia de suicídio.	2,71	2,02	-1,814 ^b	0,070
Q19 Quem quer se matar mesmo, não fica “tentando” se matar.	3,12	0,96	-5,462 ^b	0,000
Fator 2 – Percepção da capacidade profissional				
Q1 Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar.	5,38	8,28	-6,323 ^b	0,000
Q7 Me sinto capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar.	4,61	7,78	-6,138 ^b	0,000
Q10 Acho que tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio.	3,53	6,81	-5,606 ^b	0,000
Q12 Sinto-me inseguro (a) para cuidar de pacientes com	5,70	3,55	-4,206 ^b	0,000
Q3 Apesar de tudo, penso que uma pessoa tem o direito de se matar.	1,90	2,58	-1,719 ^b	0,086
Q4 Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho.	10,0	7,93	-3,580 ^b	0,000
Q6 A vida é um dom de Deus, e só Ele pode tirar.	8,74	7,04	-4,399 ^b	0,000
Q16 Quem tem Deus no coração, não vai tentar se matar.	4,50	3,25	-3,278 ^b	0,001
Q18 Quando uma pessoa fala de pôr fim à vida, tento tirar	8,27	9,46	-1,189 ^b	0,234

Tabela 3: Atitudes dos profissionais do grupo intervenção, antes e após a capacitação. Cuiabá, MT, Brasil, 2017.

aquilo da cabeça dela.

Z: Teste de Wilcoxon; b. baseado nos *ranks* negativos

DISCUSSÃO

risco de suicídio.

Fator 3 – Direito ao suicídio

A literatura demonstra que o atendimento ao paciente com comportamento suicida pode ser influenciado por diversos fatores entre os quais estão as atitudes dos profissionais de saúde (DE LEO et al., 2013; NEBHINANI et al., 2013; OSAFO et al., 2012; MENON, 2013).

Diferentes instrumentos têm sido utilizados para a avaliação da atitude de profissionais frente ao comportamento suicida. Dentre eles, o de Botega et al. (2005) consiste em uma escala de avaliação da atitude frente ao comportamento suicida, denominada de *Suicide Behaviour Attitude Questionnaire - SBAQ*, (ou Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida -QuACS). Tal instrumento tem sido utilizado em estudos nacionais (BERLIM et al., 2007; BOTEAGA et al., 2007; CAIS et al., 2011) e internacionais (BEURS et al., 2015; DONALD et al., 2013; HUH et al., 2012; JACOBSON et al., 2012; OORDT et al., 2009; SHIM et al., 2010), foi construído com base na teoria da psicologia social e se divide em fatores que são distribuídos em sentimentos que o profissional tem em relação ao paciente com comportamento suicida, a percepção de sua capacidade para o atendimento e o direito ao suicídio. Na medida em que se investiga tais fatores é possível obter uma resposta para atitude positiva ou negativa. Estudos têm demonstrado que atitudes positivas podem contribuir substancialmente para um desfecho positivo da situação vivenciada (BOTEAGA et al., 2005; CAIS et al., 2011; JONES, 2015).

No presente estudo, no componente relacionado aos sentimentos em relação ao paciente, verificou-se que após a capacitação ocorreram mudanças em praticamente todos os itens que compõe esse fator (seis itens de um total de sete), e tais modificações apresentaram significância estatística. O atendimento ao paciente com comportamento suicida pode acarretar sentimento de frustração, impotência, culpa, desprezo e raiva (SILVA; BOEMER, 2004; TORO et al., 2016; BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEAGA, 2015; LIBA et al., 2016) e tais sentimentos afetam diretamente o atendimento à pessoa em sofrimento. De acordo com dados do Ministério da Saúde (2012) 40% das pessoas que cometeram suicídio buscaram unidades básicas de saúde e encontraram dentre outras reações: julgamento, críticas e desprezo.

O fato de o profissional reagir de forma negativa ao atender um paciente com comportamento suicida pode, dentre outras, ter relação com o fato de a formação acadêmica não proporcionar suporte técnico, teórico e humano para o enfrentamento de situações de morte, sobretudo quando associada à escolha opcional do sujeito (RISSON, 2014). O desejo de não viver, pode gerar confronto profissional e conflito pessoal, uma vez que se subentende que os profissionais de saúde devem ter vocação para salvar vidas. Assim, na capacitação realizada aspectos como superação dos dilemas de onipotência e onisciência, que costumam angustiar os profissionais de saúde, foram amplamente discutidos.

É fato que o sentimento de ansiedade, por um eventual erro de conduta ou de avaliação, e a ideia de responsabilidade sobre a vida dos que estão sob os cuidados profissionais, podem ser expressas sob os sentimentos de não querer estabelecer vínculo, bem como o receio de conversar sobre suicídio com medo induzir o paciente a cometê-lo (PINHEIRO ALVES et al., 2013). No entanto, as discussões geradas na capacitação evidenciaram ao final que os profissionais se esquivavam menos em se envolver e estabelecer vínculo profissional com pacientes que tentaram suicídio e apresentaram redução do sentimento de impotência diante do paciente que deseja se matar. Tal fato pode explicar as mudanças significativas das respostas do questionário nesse fator.

É comum entre a população em geral, bem como entre profissionais de saúde, mitos e crenças de que as tentativas de suicídio são ameaças que não irão se concretizar, ou ainda que tal comportamento se dá com o objetivo de chamar atenção, que tratam-se de pessoas covardes e incapazes de gerenciar os próprios problemas (FREITAS; BORGES, 2014; OSAFO et al., 2011). Essa ideia equivocada pode provocar sentimentos negativos no profissional e de acordo com a Organização Mundial de Saúde, para que ocorra a desmistificação desse e de outros aspectos relacionados ao suicídio, são necessários momentos de discussões e intervenções educativas que promovam a educação permanente dos profissionais de saúde da atenção primária (BOTEAGA et al., 2006), momentos esses possibilitados em capacitações. As

modificações obtidas no presente estudo demonstram que houve mudança na compreensão de que as tentativas e ameaças são potenciais fatores de risco e que os indivíduos neste contexto estão em intenso sofrimento psíquico e precisam de cuidado, provocando posturas mais empáticas em relação a estes pacientes.

Perceber os próprios sentimentos negativos como mecanismos de defesa, a consideração de que a morte e sua aceitação é parte da existência humana e identificar os sentimentos envolvidos no processo de morte e morrer, fez parte da metodologia empregada, de modo que a aquisição de novos conhecimentos, provavelmente favoreceu a compreensão e modificação dos sentimentos. Resultados semelhantes foram descritos em um estudo com a participação de 16.693 profissionais de saúde de oito estados dos EUA, indicando que capacitações específicas sobre manejo ao suicídio foram significativamente correlacionadas com a pontuação de conhecimento e habilidades, de tal forma que mais conhecimento foi associado com maior confiança ($r = 0,27$; $p < 0,001$) (SILVA et al., 2016).

Os sentimentos negativos evidenciados no presente estudo bem como sua modificação vão ao encontro do estudo conduzido por Picarelli (2017), utilizando o mesmo instrumento, que avaliou a mudança das atitudes pré e pós a utilização de metodologias ativas de ensino aprendizagem, em 87 estudantes do quinto ano de medicina, da PUC-SP. Após a capacitação, verificou-se uma redução significativa dos sentimentos negativos diante do paciente que apresenta tentativa de suicídio e uma melhor percepção da capacidade profissional para lidar com esse paciente.

Sobre a percepção da capacidade profissional, houve mudanças estatisticamente significativas em todos os quatro itens que compõem este fator. Deste modo, os participantes ao final da capacitação, perceberam-se com maior capacidade para o atendimento, melhor preparo profissional e segurança para lidar com pacientes em risco de suicídio. Resultados similares foram evidenciados por Chan et al. (2009), na avaliação de uma intervenção educacional para prevenção de suicídio, nas atitudes e conhecimentos de 54 enfermeiros que atuavam em hospitais gerais de Hong Kong. Os resultados demonstraram modificações positivas na atitude e conhecimento, maior competência na avaliação do risco suicida e mais confiança ao cuidar de pacientes com risco de suicídio, no pós-teste.

Outro estudo, desenvolvido por Jacobson et al. (2012), em Baltimore (EUA), investigou as mudanças de atitudes, confiança, e comportamento entre 452 profissionais de saúde de diversos setores de atuação, que participaram de uma capacitação, com duração de dois dias, visando reconhecer e atender ao risco de suicídio. As medidas de atitudes e de capacidade profissional melhoraram imediatamente após a capacitação e se expandiram ao longo do tempo, conforme evidenciado em um estudo de seguimento (Jacobson et al., 2012). No Japão,

Nakagami et al. (2018), observaram melhora estatisticamente significativa na auto percepção de habilidades e confiança em atender à pacientes com comportamento suicida, em profissionais de saúde (n=74) de dois hospitais gerais após uma capacitação de 2h.

Acredita-se que a metodologia empregada nessa capacitação tenha contribuído para que os participantes pudessem examinar as suas experiências pessoais e repensar suas práticas profissionais ao obter novos conhecimentos. Diversos estudos têm demonstrado que as atitudes negativas para com pacientes suicidas, entre os profissionais de saúde, podem estar mais relacionadas com a sua falta de conhecimento e incertezas de como cuidar do que com a hostilidade especificamente (BOTEGA et al., 2007). Desse modo, a desinformação dos profissionais de saúde quanto ao suicídio, tem perpetuado uma abordagem equivocada (QUENTAL, 2008). Estudos de intervenção possibilitam a conscientização do papel do profissional de saúde e melhor conhecimento sobre comportamento suicida e possibilita o aumento da percepção da capacidade profissional e confiança no atendimento a estes pacientes.

Em estudo conduzido no Japão, com 646 participantes entre profissionais de saúde e oficiais do governo, após um treinamento com duração de 90 minutos, os níveis de conhecimento e atitude foram significativamente melhorados. Os autores concluíram que na medida em que os conhecimentos foram aprimorados, as atitudes foram mais adequadas, resultou em ampliação da capacidade de comunicação e de intervenção. Os achados reforçam ainda que houve a redução de sentimentos de dificuldade e ansiedade no cuidado a essa população com vistas a prevenção do suicídio (KANIWA et al., 2012).

O conhecimento continuamente atualizado, especialmente no que se refere à avaliação do risco suicida e das opções de tratamento, pode diminuir a ansiedade por falhas e aumentar a percepção da capacidade profissional no tratamento de pacientes em uma crise suicida. Gutierrez et al. (2014) afirma que à medida em que os profissionais compreendem e cumprem suas responsabilidades relacionadas à identificação, avaliação e intervenção terapêutica, na atuação profissional baseada em evidências e no planejamento do monitoramento da pessoa com risco suicida, devem tranquilizar-se conscientes de que os fatores relacionados à habilidades e competências profissionais foram contemplados.

Os profissionais de saúde convivem com sofrimento, dor, medo, desesperança, perdas de diversos modos e enfrentam frequentemente processos de morte e morrer. Não é raro o sentimento de impotência e incapacidade diante dessas situações. A crença de que apenas a cura ou a recuperação caracterizam o bom cuidado, enfatizado durante a formação acadêmica e reiterada diariamente pela cultura da obstinação terapêutica, pode vir a contribuir para a insegurança profissional ao se deparar com situações que sinalizem uma possível morte autoprovocada (RISSON, 2014).

Diversos autores (RISSON, 2014; GUTIERREZ et al., 2014; JACOBSON et al., 2012; PICARELLI et al., 2017) destacam ainda, a influência de questões de ordem organizacional do serviço, bem como a escassez de estrutura física e principalmente pessoal capacitado, demonstrando as dificuldades e o receio de não ter recursos frente ao inesperado. Durante a capacitação, diversos fatores como os relatados acima, foram descritos como limitantes de um atendimento efetivo, acompanhados de sentimento de insegurança, incapacidade e incompetência. No entanto, foi ressaltado que o medo de errar pode ser substituído, gradativamente, pela confiança em intervir, ao se reconhecer os limites e potencialidades.

As crenças individuais podem ser uma barreira para o cuidado prestado à pacientes suicidas. Os profissionais de saúde estão suscetíveis aos mesmos preconceitos e tabus que a sociedade em geral, além das questões adicionais específicas da profissão (BERLIM, 2007; FREITAS; BORGES, 2014; OSAFO et al., 2012) e frequentemente são pessimistas quanto ao acompanhamento e evolução terapêutica (LINGESWARAN, 2010).

Uma pesquisa cujo objetivo foi analisar os conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde do departamento de emergência, no atendimento a paciente com comportamento suicida, evidenciou na amostra um elevado grau de ceticismo quanto à prevenção do suicídio (BETZ, 2013), apesar de cientificamente ter sido amplamente demonstrado que é possível prevenir estas mortes (WHO, 2014a). Estes tabus e lacunas de conhecimento foram considerados ao planejar e desenvolver a capacitação no presente estudo. Deste modo, nas questões que se referem ao componente direito ao suicídio, verificou-se que após a capacitação ocorreram mudanças em três das cinco que compõem esse fator. Dentre eles, quando se questionou sobre a possibilidade de modificar uma decisão de suicídio por meio de uma conversa, percebeu-se efeitos significativos após a capacitação. No entanto na afirmativa “quando uma pessoa fala de pôr fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela”, que presume o próprio profissional envolvido ativamente no evento, os resultados não foram significativos estatisticamente. Podemos levantar a hipótese de que embora o profissional acredite na possibilidade de prevenção utilizando-se da comunicação terapêutica, ele não se reconhece como um elemento essencial neste processo.

Berlim (2007) obteve resultados semelhantes em “direito ao suicídio”, e segundo o autor, provavelmente tais achados refletem a natureza dos itens que compõe este fator (crenças morais e religiosas) com menor expectativa de modificações mesmo após uma intervenção educativa tipo capacitação breve.

Outro item do fator direito ao suicídio em que não ocorreram mudanças significativas estatisticamente foi a afirmativa: apesar de tudo, penso que uma pessoa tem o direito de se matar. Resultado similar foi encontrado no estudo de Botega et al. (2005), ao realizar uma

pesquisa com enfermeiras no hospital geral de Campinas. Na ocasião apenas 12% dos profissionais concordavam com o direito que a pessoa tem de cometer o suicídio. Entre os que discordavam, 85% consideravam que a vida é um presente de Deus, e não cabe ao ser humano encerrá-la. Segundo Kovács (2013), não cabe aos profissionais de saúde priorizar seus princípios e convicções individuais no atendimento à pessoa com comportamento suicida, com o risco de induzi-lo a adaptação aos padrões sociais, baseados em seus valores e crenças pessoais que podem não ser relevantes para o paciente, pondo em risco o vínculo terapêutico necessário para este atendimento. Deste modo, o cuidado prestado, não pode de forma alguma intensificar o sentimento de culpa na pessoa com ideação ou tentativa de suicídio e em seus familiares (KOVACS, 2013).

Lidar com a morte desencadeia inúmeras reações no ser humano, dentre elas a percepção da própria finitude. Atentar para questões exclusivamente técnicas, burocráticas e rotineiras quando se trata deste tema, faz parte de uma postura de negação da morte, à medida em que fornece poder ao profissional de saúde e ameniza o sentimento de impotência (PITTA, 2016). O foco em cuidar apenas dos aspectos biológicos e o investimento em recursos tecnológicos como alternativas de prolongamento da vida, evitam até certo ponto não só o contato com a morte, mas também a comunicação terapêutica que poderia dar acesso aos sentimentos do paciente. Assim, indiretamente, os profissionais de saúde evitam o contato com a própria morte e com as próprias emoções (PITTA, 2016).

Deixar de falar ou de pensar na morte de certo modo conforta, pois há a fantasia de que ao deixarmos de concretizá-la em palavras e pensamentos poderemos assim afastá-la de nosso convívio. A morte do outro se caracteriza como o anúncio e a antecipação da morte de si, uma ameaça a nós, e o suicídio propriamente dito traduz-se ainda em uma mutilação na sociedade através da quebra do seu curso natural, mexendo nas bases morais da sociedade (RODRIGUES, 2006).

O suicídio por envolver aspectos biológicos, culturais e sociais, demanda que as intervenções educativas compreendam além do manejo clínico fatores do sofrimento psíquico envolvido, elemento importante para a abordagem terapêutica da equipe multidisciplinar. Assim, faz-se necessário repensar estratégias de prevenção ao suicídio, que consigam ao mesmo tempo fornecer conhecimentos que levem a um olhar menos regulado por julgamentos e regras morais, para que a pessoa que vivencia este sofrimento seja acolhida em qualquer contexto possibilitando melhores condições de recuperação e reabilitação social (FREITAS; BORGES, 2014).

Os efeitos positivos dos programas de educação nas atitudes dos profissionais de saúde têm sido relatados, contudo a ausência de grupo controle e a amostragem por conveniência são

apontados como lacunas importantes a serem exploradas. Desse modo, o presente estudo buscou verificar a mudança de atitude dos profissionais de saúde frente ao comportamento suicida após uma capacitação, incluindo na metodologia um grupo controle, amostra randomizada e duração da capacitação de 20 horas, em dois dias de intervenção, direcionada especificamente para equipe multiprofissional de saúde da atenção básica. Tal metodologia é inovadora em nosso país e demonstra o potencial deste estudo.

Embora não seja possível utilizar outras capacitações para fins de análise comparativa com os achados do presente estudo, quer porque elas são escassas na literatura médica, quer porque diferem substancialmente em relação à metodologia, público-alvo, conteúdo ministrado, metodologias de ensino-aprendizagem utilizadas ou formas de análise dos resultados encontrados, este estudo contribui para a qualificação da avaliação e do atendimento ao paciente em risco de suicídio, na medida em que possibilita a mudança de atitude dos profissionais de saúde.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados do presente estudo vão ao encontro da literatura existente e colabora com o panorama científico atual, na medida em que fornece subsídio para o desenvolvimento de políticas públicas e estratégias de iniciativas para redução dos altos índices de tentativas e suicídios no país.

Observa-se que a intervenção aplicada foi efetiva na mudança de atitude dos profissionais frente ao comportamento suicida. Tal achado contribui para a qualidade da assistência na atenção básica e reforça a viabilidade de capacitações com vistas a prevenir esse agravo na população. Neste sentido, os dados evidenciados são relevantes tanto para a produção científica quanto para a realidade dos serviços inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS).

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

Sugere-se ainda que a continuidade dos resultados obtidos por meio de programas de capacitações e intervenções educativas sejam acompanhadas e analisadas. A sua manutenção sugere a necessidade de um ciclo contínuo de educação e acompanhamento para internalizar novas habilidades e conhecimentos, além de capacitar novos integrantes que compõe a rede de atenção em saúde. Deste modo, acredita-se que a partir do presente estudo, estudos de seguimento, bem como novos estudos com essa população e metodologia possam ser realizados.

REFERENCIAS

- ABREU, K. P. et al. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Universidade Federal de Goiás (UFG), v. 12, n. 1, p.195-200, 2010.
- AHMEDANI, B. K. et al. Health care contacts in the year before suicide death. **Journal of general internal medicine**, v. 29, n. 6, p. 870-877, 2014.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Suicídio: informando para prevenir**. – Brasília: Conselho Federal de Medicina CFM/ABP, 2014. Disponível em: http://www.cvv.org.br/downloads/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf
- BERLIM, M. T. et al. Does a brief training on suicide prevention among general hospital personnel impact their baseline attitudes towards suicidal behavior? **Journal of affective disorders**, v. 100, n. 1, p. 233-239, 2007.
- BERTOLOTE, J. M. et al. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. suppl 2, p. S87-S95, 2010.
- BETZ, M. E. et al. Knowledge, attitudes, and practices of emergency department providers in the care of suicidal patients. **Depression and anxiety**, v. 30, n. 10, p. 1005-1012, 2013.
- BEURS, D. P. et al. The effect of an e-learning supported Train-the-Trainer programmer on implementation of suicide guidelines in mental health care. **Journal of affective disorders**, v. 175, p. 446-453, 2015.
- BOTEGA, N. J. **Crise Suicida: Avaliação e manejo**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- BOTEGA, N. J. et al. Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 4, p. 315-318, 2005.
- BOTEGA, N. J. et al. **Prevenção do comportamento suicida**. Psico, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 3, pp. 213-220, 2006.
- BOTEGA, N. J. et al. Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 7-8, 2007.
- CAIS, C. F. S. et al. Suicide prevention training for professionals in the public health network in a large Brazilian city. **Archives of Suicide Research**, v. 15, n. 4, p. 384-389, 2011.
- CARMONA-NAVARRO, M. C.; PICHARDO-MARTINEZ, M.C. Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1161-1168, dez. 2012.
- CHAN, S. W.; CHIEN, W.; TSO, S. Evaluating nurses' knowledge, attitude and competency after an education programmer on suicide prevention. **Nurse Education Today**, v. 29, n. 7, p. 763-769, 2009.
- CLEAVER, K. Attitudes of emergency care staff towards young people who self-harm: a scoping review. **International emergency nursing**, v. 22, n. 1, p. 52-61, 2014.

- DE LEO, Diego et al. Contacts with health professionals before suicide: Missed opportunities for prevention? **Comprehensive Psychiatry**, v. 54, n. 7, p. 1117-1123, 2013.
- DONALD, M.; DOWER, J.; BUSH, R. Evaluation of a suicide prevention training program for mental health services staff. **Community mental health journal**, v. 49, n. 1, p. 86-94, 2013.
- FOSTER, C. E. J. et al. Identification, response, and referral of suicidal youth following applied suicide intervention skills training. **Suicide and life-threatening behavior**, v. 47, n. 3, p. 297-308, 2017.
- FREITAS, A. P. A; BORGES, L.M. Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. **Estud. pesq. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 560-577, ago. 2014. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812014000200010&lng=pt&nrm=iso
- GILL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia social**. 6. ed. São Paulo, Atlas, 2010.
- GUTIERREZ, B. A. O. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. **Rev. Psico. USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 262-269, 2014.
- HUH, J. T. et al. Effects of a late- life suicide risk–assessment training on multidisciplinary healthcare providers. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 60, n. 4, p. 775-780, 2012.
- JACOBSON, J. M. et al. Evaluation of the recognizing and responding to suicide risk training. **Suicide and life-threatening behavior**, v. 42, n. 5, p. 471-485, 2012.
- JONES, S. et al. Nurses attitudes and beliefs to attempted suicide in Southern India. **Journal of mental health**, v. 24, n. 6, p. 423-429, 2015.
- KANIWA, I. et al. Effects of educating local government officers and healthcare and welfare professionals in suicide prevention. **International journal of environmental research and public health** v. 9, n. 3, p. 712-721, 2012.
- KOVÁCS, M. J. Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. **Psicologia: teoria e prática**, v. 15, n. 3, p. 69-82, 2013.
- LANDSCHOOT, R. V.; PORTZKY, G.; HEERINGEN, K. V. Knowledge, Self-Confidence and Attitudes towards Suicidal Patients at Emergency and Psychiatric Departments: A Randomized Controlled Trial of the Effects of an Educational Poster Campaign. **International journal of environmental research and public health**, v. 14, n. 3, p. 304, 2017.
- LIBA, Y. H. A. O et al. Percepções dos profissionais de enfermagem sobre o paciente pós tentativa de suicídio. **Journal Health NPEPS**, v. 1, n. 1, 2016.
- LINGESWARAN, A. Psychiatric curriculum and its impact on the attitude of Indian undergraduate medical students and interns. **Indian journal of psychological medicine**, v. 32, n. 2, p. 119, 2010.

- LUOMA, J. B.; MARTIN, C. E.; PEARSON, J. L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. **American Journal of Psychiatry**, v. 159, n. 6, p. 909-916, 2002.
- MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n.1, p. 45-54, 2015.
- MEDINA, C. O.; KULLGREN, G.; DAHLBLOM, K. A qualitative study on primary health care professionals' perceptions of mental health, suicidal problems and help-seeking among young people in Nicaragua. **BMC family practice**, v. 15, n. 1, p. 129-133, 2014.
- MENON, V. Suicide risk assessment and formulation: An update. **Asian journal of psychiatry**, v. 6, n. 5, p. 430-435, 2013.
- MORAES, S. M. et al. Attitudes and associated factors related to suicide among nursing undergraduates. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 6, p. 643-649, 2016.
- NAKAGAMI, Y. et al. Development of a 2-h suicide prevention program for medical staff including nurses and medical residents: A two-center pilot trial. **Journal of affective disorders**, v. 225, p. 569-576, 2018.
- NEBHINANI, M et al. Nursing students' attitude towards suicide attempters: A study from rural part of Northern India. **Journal of neurosciences in rural practice**, v. 4, n. 4, p. 400, 2013.
- OORDT, M. S. et al. Training mental health professionals to assess and manage suicidal behavior: can provider confidence and practice behaviors be altered? **Suicide and Life-Threatening Behaviors**, v. 39, n. 1, p. 21-32, 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Ação de saúde pública para a prevenção de suicídio: uma estrutura**. Geneva, 2012. Disponível em: < <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suic%C3%ADdiotraduzido.pdf>>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra, 2000. Trad.
- OSAFO, J. et al. Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: A qualitative study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 49, n. 6, p. 691700, 2012.
- OSAFO, J. et al. Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: A qualitative study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 49, n. 6, p. 691700, 2012.
- OSTEEN, P. J.; FREY, J. J. Advancing training to identify, intervene, and follow-up with individuals at risk for suicide through research. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 47, n. 2, p. 216–221, 2014.
- PARK, C. et al. A Comparative Study of Permissive Attitudes Toward Suicide: An Analysis of Cross-National Survey in South Korea, Japan, and the United States. **Korean Journal of Biological Psychiatry**, v. 23, n. 4, p. 157-165, 2016.
- PICARELLI, C. C. **Prevenção de suicídio: estratégias para modificar a percepção e o conhecimento de estudantes de Medicina**. 2017. 86 f. Dissertação- Programa de Estudos Pós-

- Graduados em Educação nas Profissões da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Sorocaba, 2017.
- PINHEIRO ALVES, R. C. et al. O significado do atendimento a jovens que tentaram suicídio para o enfermeiro do pré-hospitalar. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 6, 2013.
- PITTA, Ana. Hospital dor e morte como ofício. In: **Hospital dor e morte como ofício**. 7ª ed. São Paulo. Hucitec, 2016.
- QUENTAL, I. A. Tentativas de suicídio: construindo dispositivos de prevenção, um desafio para o SUS. **Prev. Suicídio UFRGS** (Porto Alegre), 2008.
- RISSON, M. R. **Enfermagem e cuidado a pacientes suicidas - Rotina de vida e morte no hospital**. São Paulo: Portal da Enfermagem, 2014. Disponível em <<https://www.portaleducacao.com.br/psicologia/artigos/55645/enfermagem-e-cuidado-apacientes-suicidas-rotina-de-vida-e-morte-no-hospital#>>
- RODRIGUES, A.; ASSMAR, E. M. L.; JABLONSKI, B. **Psicologia Social**. Petropolis, Vozes, p. 15-55, 2012.
- RODRIGUES, José Carlos. **Tabu da morte**. 1ª ed. FIOCRUZ, 2006.
- SANTOS, J. C. et al. Impact of “+ Contigo” training on the knowledge and attitudes of health care professionals about suicide. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 679-684, 2014.
- SAUNDERS, K. E. A. et al. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. **Journal Affect Disorder**, v. 139, n. 2, p. 205–216, 2012.
- SHAW, D. G.; SANDY, P. T. Mental health nurses' attitudes toward self-harms: curricular implications. **Health SA Gesondheid**, v. 21, n. 1, p. 406-414, 2016.
- SHIM, R. S.; COMPTON, M. T. Pilot testing and preliminary evaluation of a suicide prevention education program for emergency department personnel. **Community mental health journal**, v. 46, n. 6, p. 585-590, 2010.
- SILVA, C. et al. Suicide-related knowledge and confidence among behavioral health care staff in seven states. **Psychiatric services**, v. 67, n. 11, p. 1240-1245, 2016.
- SILVA, V. P.; BOEMER, M. R. - O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, p. 143-152, 2004. Disponível em: www.fen.ufg.br.
- SIQUEIRA, A.L.; SAKURAI, E.; SOUZA, M.C.F.M. **Dimensionamento de amostras em estudos clínicos e epidemiológicos**. Associação Brasileira de Estatística (ABE). Salvador Bahia, 2001.
- TORO, G. V. R. et al. O desejo de partir: um estudo a respeito da tentativa de suicídio. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v.19, n. 3, p. 407-421, 2013.
- VEDANA, K. G. G. et al. Attitudes toward suicidal behavior and associated factors among nursing professionals: a quantitative study. **Journal of psychiatric and mental health nursing**, v. 24, n. 9, p. 651-659, 2017.

VIDAL, C. E. L.; CONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Caderno Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p.175-187, 2013.

CONCLUSÕES FINAIS

A literatura científica bem como e os achados do presente estudo demonstram que os profissionais de saúde que atuam na atenção básica, frequentemente, se sentem despreparados e receosos em lidar com o tema suicídio. Por meio do uso de intervenção educativa do tipo capacitação, esses profissionais perceberam-se mais capazes em reconhecer o paciente que apresenta risco de suicídio e sentiram-se mais seguros em oferecer cuidado.

O presente estudo verificou que a capacitação foi efetiva em produzir ganhos de atitudes mais positivas à medida que promoveu melhorias em relação à percepção da capacidade profissional, em reduzir os sentimentos negativos destes em relação ao paciente suicida e permitir rever crenças errôneas e reduzir estigmas, possibilitando abordagem mais adequada à pessoa que apresenta comportamento suicida.

Embora diversos fatores possam influenciar as atitudes dos profissionais de saúde frente ao comportamento suicida, no presente estudo as variáveis faixa etária, sexo, capacitação em saúde mental, capacitação para o atendimento ao comportamento suicida, atendimento prévio à pessoas com comportamento suicida, histórico pessoal de tentativa de suicídio e ter amigos com histórico de tentativa suicida demonstraram-se como fatores associados à presença de atitudes negativas nos profissionais de saúde.

Os achados do presente estudo vão ao encontro da literatura científica, embora os estudos nacionais referentes ao tema sejam ainda escassos, sobretudo no que diz respeito às intervenções de capacitação para esta população.

A produção dessas informações aponta para a prioridade que deve ser dada no enfrentamento desse cenário, além de contribuir para que os diferentes setores possam se organizar no planejamento e elaboração de políticas e ações preventivas visando melhor atendimento às pessoas com comportamento suicida. É importante que investigações sistematizadas entre os profissionais de saúde sejam realizadas visando acompanhar a evolução dessas atitudes, e ainda, é fundamental o fortalecimento de discussões ampliadas sobre a temática de forma aberta e sem tabus.

REFERENCIAS

ABREU, K. P. et al. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Universidade Federal de Goiás (UFG), v. 12, n. 1, p.195-200, 2010.

ALLPORT, G. W. Attitudes. *Journal Handbook of Social Psychology*, **University of Colorado at Boulder**. v. 1, n. 73, p. 798, 1935.

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

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Suicídio: informando para prevenir**. – Brasília: Conselho Federal de Medicina CFM/ABP, 2014. Disponível em: http://www.cvv.org.br/downloads/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf

BAPTISTA, M. N.; CARNEIRO, A. M.; GOMES, J. O.; CARDOSO, H. F. Análise epidemiológica do suicídio em duas regiões do estado de São Paulo entre 2004 e 2008. **Psicologia em Pesquisa**, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), v.6, n.1, p.02-12, 2012.

BERLIM, M. T. et al. Does a brief training on suicide prevention among general hospital personnel impact their baseline attitudes towards suicidal behavior? **Journal of affective disorders**, v. 100, n. 1, p. 233-239, 2007.

BERTOLOTE, J. M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo, SP: Editora UNESP, Universidade Estadual Paulista, 1ª ed., 2012.

BEURS, D. P. et al. The effect of an e-learning supported Train-the-Trainer programmer on implementation of suicide guidelines in mental health care. **Journal of affective disorders**, v. 175, p. 446-453, 2015.

BORGES, V. R.; WERLANG, B. S. G. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. **Estudos de Psicologia**, v.11, n.3, p.345-351, 2006.

BORGES-ANDRADE, J. E.; ABBAD, G. Treinamento no Brasil: reflexões sobre suas pesquisas. **Revista de Administração**, v. 31, n. 2, p.112-125, 1996.

BOTEGA, N. J. Avaliação e Manejo do Risco Suicida. In: **Curso de Políticas Públicas de Saúde Mental**. São Paulo, 2013.

BOTEGA, N. J. **Crise Suicida: Avaliação e manejo**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTEGA, N. J. et al. Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 4, p. 315-318, 2005.

BOTEGA, N. J. et al. Prevenção do comportamento suicida. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 3, pp. 213-220, 2006.

BOTEGA, N. J. et al. Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 7-8, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde - MS/Departamento de Atenção Básica – **DAB Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal - Cuiabá/MT**, Competência: dezembro de 2016. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php Acesso em: 10 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno Atenção Básica-Saúde Mental**, Brasília, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf

Acesso em: 8 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram**. Porto Alegre: CORAG; 2011a. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br>, Acesso em: 06 de jun. 2016.

CAIS, C. F. S. et al. Suicide prevention training for professionals in the public health network in a large Brazilian city. **Archives of Suicide Research**, v. 15, n. 4, p. 384-389, 2011.

CARMONA-NAVARRO, M. C.; PICHARDO-MARTINEZ, M.C. Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto**, v. 20, n. 6, p. 1161-1168, dez. 2012.

CLEAVER, K. Attitudes of emergency care staff towards young people who self-harm: a scoping review. **International emergency nursing**, v. 22, n. 1, p. 52-61, 2014.

CONTE, M. et al., Programa de prevenção ao suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciência Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 8, 2012.

DONALD, M.; DOWER, J.; BUSH, R. Evaluation of a suicide prevention training program for mental health services staff. **Community mental health journal**, v. 49, n. 1, p. 86-94, 2013.

DURKHEIM, E. (1858-1917). **O suicídio**: estudo de sociologia; Tradução Andréa Stahel M. da Silva. São Paulo, EDIPRO, p. 11-17, 2014.

ESCOSTEGUY, C. C.; MEDRONHO, R. A.; CARVALHO, D. M. Estudos de intervenção. MEDRONHO, R. A.; CARVALHO, D. M.; BLOCK, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. org. **Epidemiologia**, Rio de Janeiro, Editora Atheneu, p. 151-60, 2009.

FERREIRA JÚNIOR, A. O comportamento suicida no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira Psicologia [online]**, v. 2, n. 2, p. 101-105, 2015. Disponível em: <<http://revpsi.org/comportamento-suicida/>>

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; FLETCHER, G. S. **Epidemiologia Clínica: elementos essenciais**. 5. ed. Porto Alegre, Artmed, 2014.

FUSARI, J.C.; RIOS, T.A. Formação continuada dos profissionais do ensino. **Cadernos Cedes, Campinas**, v. 2, n. 36, p. 37-46, 1995.

GILL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia social**. 6. ed. São Paulo, Atlas, 2010.

GOMES, J. O.; BAPTISTA, M. N.; CARNEIRO, A. M.; CARDOSO, H. F. Suicídio e internet: análise de resultados em busca de ferramentas de busca. **Psicologia e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 63-73, 2014.

GUTIERREZ, B. A. O. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. **Rev. Psico. USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 262-269, 2014.

- HUH, J. T. et al. Effects of a late- life suicide risk–assessment training on multidisciplinary healthcare providers. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 60, n. 4, p. 775-780, 2012.
- HYPOLITTO, D. Formação continuada: análise de termos. **Integração-pesquisa-extensão**, v.6, n. 21, p. 101-103, 2000.
- JACOBSON, J. M. et al. Evaluation of the recognizing and responding to suicide risk training. **Suicide and life-threatening behavior**, v. 42, n. 5, p. 471-485, 2012.
- JONES, S. et al. Nurses attitudes and beliefs to attempted suicide in Southern India. **Journal of mental health**, v. 24, n. 6, p. 423-429, 2015.
- JORDANS, M. et al. Suicidal ideation and behavior among community and health care seeking populations in five low- and middle-income countries: a cross-sectional study. **Epidemiology Psychiatry Science**, v. 16, n. 02, p. 1-10, 2017.
- LUOMA, J. B.; MARTIN, C. E.; PEARSON, J. L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. **American Journal of Psychiatry**, v. 159, n. 6, p. 909-916, 2002.
- MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n.1, p. 45-54, 2015.
- MACHIN, R. Nem doente, nem vítima: o atendimento às "lesões autoprovocadas" nas emergências. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1741-1750, 2009.
- MAGALHÃES A. P. N. et al. Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n.1, p. 16-22, 2014.
- MANN, J. J. et al. Suicide Prevention Strategies: a systematic review. **Journal of American Association**, v. 294, n. 16, p. 2065-74, 2005.
- MARIN, A. J. Educação Continuada: introdução a uma análise de termos e concepções. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 36, p. 89-102, 2000.
- MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B.; BOTEGA, N. J. Suicide in Brazil, 2004–2010: the importance of small counties. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 32, n. 5, p. 351–359, 2012.
- MEDINA, C. O.; KULLGREN, G.; DAHLBLOM, K. A qualitative study on primary health care professionals' perceptions of mental health, suicidal problems and help-seeking among young people in Nicaragua. **BMC family practice**, v. 15, n. 1, p. 129-133, 2014.
- MICHAIL, M.; LYNDIA, T. Exploring General Practitioners' Views and Experiences on Suicide Risk Assessment and Management of Young People in Primary Care: A Qualitative Study in the UK. **BMJ Open**, v. 6, n. 1, p.1-8, 2017.
- Ministério da Saúde (DATASUS). Óbitos p/ocorrência por grupo CID10 segundo região/unidade da federação - período: 2014. **Estatísticas vitais, mortalidade**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>
- NOCK, M. K. et al. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. **Psychiatry Research**, v. 144, n. 6, p. 65-72, 2006.

OORDT, M. S. et al. Training mental health professionals to assess and manage suicidal behavior: can provider confidence and practice behaviors be altered? **Suicide and Life Threatening Behaviours**, v. 39, n. 1, p. 21-32, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra, 2000. Trad.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS) / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Edição 2016, Disponível em: <http://decs.bvs.br> Acesso em: 5 jul. 2016.

OSTEEN, P. J.; FREY, J. J. Advancing training to identify, intervene, and follow-up with individuals at risk for suicide through research. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 47, n. 2, p. 216–221, 2014.

PARK, S. M.; CHO, S. I.; MOON, S. S. Factors associated with suicidal ideation: role of emotional and instrumental support. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 69, n. 5, p. 389397, 2010.

RAMBERG, I.; DI'LUCCA, M. A.; HADLACZKY, G. The impact of knowledge of suicide prevention and work experience among clinical staff on attitudes towards working with suicidal patients and suicide prevention. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 13, n. 2, p. 120-127, 2016.

RODRIGUES, A.; ASSMAR, E. M. L.; JABLONSKI, B. **Psicologia Social**. Petrópolis, Vozes, p. 15-55, 2012.

ROSE, N. Psicologia como uma ciência social. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 5-9, 2008.

ROSENBERG, M. J.; HOVLAND, C. I. Cognitive, affective, and behavioral components of attitudes. Attitude organization and change: an analysis of consistency among attitude components. **Journal of Experimental Social Psychology**, v. 3, n. 4, p. 1-14, 1960.

SANTOS, J. C. et al. Impact of “+ Contigo” training on the knowledge and attitudes of health care professionals about suicide. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 679-684, 2014.

SANTOS, S. A.; LEGAY, L. F.; LOVISI, G. M. Substâncias tóxicas e tentativas de suicídio: considerações sobre acesso e medidas restritivas. **Caderno de Saude Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 53-61, 2013.

SAUNDERS, K. E. A. et al. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. **Journal Affect Disord**, v. 139, n. 2, p. 205–216, 2012.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MATO GROSSO (SES-MT). **Regionalização da Saúde em Mato Grosso: em busca da integralidade da atenção**, Cuiabá, p. 13-25, 2011.

SHAW, D. G.; SANDY, P. T. Mental health nurses' attitudes toward self-harms: curricular implications. **Health SA Gesondheid**, v. 21, n. 1, p. 406-414, 2016.

SHIM, R. S.; COMPTON, M. T. Pilot testing and preliminary evaluation of a suicide prevention education program for emergency department personnel. **Community mental health journal**, v. 46, n. 6, p. 585-590, 2010.

SIQUEIRA, A.L.; SAKURAI, E.; SOUZA, M.C.F.M. **Dimensionamento de amostras em estudos clínicos e epidemiológicos**. Associação Brasileira de Estatística (ABE). Salvador Bahia, 2001.

SORATTO, M.T.; DE AGUIAR, E. B. P.; CERETTA, L. B. Os desafios enfrentados pela equipe de enfermagem no atendimento ao paciente com tentativa de suicídio. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v. 4, n. 1, p. 68-82, 2015.

SOUZA, V. S. et al. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **J Bras. Psiquiatr**, v. 60, n. 4, p. 294-300, 2011.

TAYLOR, T. L. et al. Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. **Journal of Psychiatry**, v. 194, n. 2, p. 104-10, 2009.

VIDAL, C. E. L.; CONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Caderno Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p.175-187, 2013.

WAISELFISZ, J. J. **Os jovens do Brasil: Mapa da violência 2014**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.juventude.gov.br/juventudeviva>

WERLANG, B. S.G.; BORGES, V. R.; FENSTERSEIFER, L. Índícios de potencial suicida na adolescência. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde**, v. 14, n. 1, p. 4157, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Country reports and charts available, (2014a)**. Disponível em: www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviors SUPRE-MISS: **Protocol of SUPRE-MISS**. Geneva, 2012. Disponível em: < <http://teach-vip.edc.org/documents/Suicide/SupreProtocol.pdf>>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide: a community engagement toolkit. Pilot version 1.0**. Geneva, 2016b. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252071/1/WHO-MSD-MER-16.6-eng.pdf?ua=1>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide: a global imperative**. (2014b) Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Suicide rates**. 2016a. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário sociodemográfico e profissional

A - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
1. Data de Nascimento: ____ / ____ / ____		2. Sexo: Masculino () Feminino ()
3. Cor/etnia: Negro [] Pardo [] Branco [] Amarelo [] Indígena []		4. Escolaridade: _____ anos de estudo
5. Prática Religiosa: sim [] não [] a) Se sim, qual? [] Católica [] Evangélica [] Espírita [] Sem religião [] Outras _____		6. Situação conjugal: [] Solteiro(a) [] Casado(a) [] União estável [] Separado(a) / divorciado(a) / desquitado(a) [] [] Viúvo(a)
B - CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS		
7. Profissão: [] Médico [] Enfermeiro [] Técnico de Enfermagem		8. Possui formação em Saúde Mental? sim [] não [] a) Se sim, qual(is): [] capacitações pontuais (em dias) [] aperfeiçoamento (abaixo de 360 horas) [] especialização (mínimo de 360 horas) [] mestrado [] doutorado [] pós-doutorado
9. Quantos anos de experiência profissional na área de saúde? _____		
C - ATENDIMENTO A PACIENTES COM COMPORTAMENTO SUICIDA		
10. Já participou de alguma capacitação anterior sobre prevenção ao suicídio? sim [] não [] a) Se sim, há quanto tempo? _____ b) Se sim, qual a duração da capacitação (em horas): _____		
11. Já atendeu a pacientes com ideação suicida? sim [] não []	12. Já atendeu a pacientes com tentativa de suicídio? sim [] não []	13. Já atendeu pacientes que foram a óbito por suicídio? sim [] não []
D - COMPORTAMENTO SUICIDA		
14. Alguma vez na vida, você já: Pensou em se matar: sim [] não [] Tentou se matar: sim [] não []		15. Na sua família alguém: Tentou suicídio: sim [] não [] Suicidou-se: sim [] não []
16. Nos últimos trinta dias, você: Pensou em se matar: sim [] não [] Tentou se matar: sim [] não []		17. Entre seus amigos/colegas alguém: Tentou suicídio: sim [] não [] Suicidou-se: sim [] não []

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO FACULDADE DE ENFERMAGEM - MESTRADO EM ENFERMAGEM

Você está sendo convidado (a) a participar, da pesquisa: **ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ATENDIMENTO A PACIENTES COM**

COMPORTAMENTO SUICIDA: ESTUDO DE INTERVENÇÃO, sob a responsabilidade da pesquisadora Jesiele Neves Spindler. O objetivo deste estudo é analisar as atitudes dos profissionais de saúde expostos à capacitação para o atendimento à pacientes com comportamento suicida. Sua participação é voluntária e se dará por meio de respostas escritas a questionários autoaplicáveis e capacitação. Neste estudo será formado um grupo controle e um grupo de intervenção, caso seja sorteado participará de uma capacitação. A presente pesquisa não implica em riscos previsíveis para os participantes, pois serão conservadas as integridades físicas e morais dos mesmos. Se você aceitar participar, proporcionará benefícios à instituição e à comunidade, contribuindo para que possam ser criadas medidas de apoio aos pacientes que apresentam comportamento suicida. Você não terá nenhuma despesa e não receberá nenhuma remuneração. Informamos que a sua participação pode ser retirada da pesquisa, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo mantida em sigilo. O Senhor (a) receberá uma via original deste termo onde consta o nome, telefone e e-mail do pesquisador responsável, para que possa localizá-lo a qualquer tempo. Telefone (65) 98101-3430, e-mail profjesiele@gmail.com, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller-UFMT- pelo telefone (65) 3615-8254, Avenida Fernando Corrêa, 2376 Boa Esperança Cuiabá-MT 78060-900, Coordenação do Comitê de Ética- Prof.^a Dr.^a Shirley Ferreira Pereira.

Considerando os dados acima, **CONFIRMO** estar sendo informado por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa e em caso de divulgação por foto e/ou vídeo **AUTORIZO** a publicação.

Eu _____ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Data ____/____/____

Assinatura do participante _____

Assinatura do pesquisador _____

ANEXOS

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

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

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

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

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

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

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

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

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

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

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

8. Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

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

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

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

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

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

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

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

Discordo _____ Concordo
totalmente _____
plenamente _____

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

Discordo _____ Concordo
totalmente _____
plenamente _____

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

Discordo _____ Concordo
totalmente _____
plenamente _____

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

Discordo _____ Concordo
totalmente _____
plenamente _____

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

Discordo _____ Concordo
totalmente _____
plenamente _____

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

Discordo _____ Concordo
totalmente _____
plenamente _____

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

Discordo _____ Concordo
totalmente _____
plenamente _____

19. Quem quer se matar mesmo, não fica “tentando” se matar

Discordo _____ Concordo
totalmente _____
plenamente _____

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

Discordo _____ Concordo
totalmente _____
plenamente _____

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

Discordo
totalmente



Concordo
plenamente

CAPACITAÇÃO

Prevenção e Posvenção do Suicídio

**CAPACITAÇÃO: PREVENÇÃO E POSVENÇÃO DO SUICÍDIO**

Duração: 20hs (ministradas em 2 dias).

Horário: 08:00 – 12:00hs / 13:00 – 18:00h

Local: Cuiabá-MT

Público-Alvo: Profissionais de saúde.

PROGRAMA Módulo 1 (8 às 18h)

- Breve explanação sobre os marcos históricos;
- Suicídio como fenômeno: críticas e compreensão aplicada de acordo com as definições preconizadas;
- Mitos e verdades: senso comum e pesquisa;
- Dados epidemiológicos;

- Políticas públicas de Prevenção: OMS e programas de intervenção presentes no Brasil e no mundo na prática;
- Resultados da capacitação de equipes de saúde e educação para a prevenção do suicídio.

Módulo 2 – (8 às 18h)

- Configuração do suicídio de crianças, adolescentes, adultos e idosos;
- Reconhecimento da conduta de profissionais da saúde diante de pessoas em crise suicida: como são atendidos e como devemos atender?
- Posvenção com famílias enlutadas pelo suicídio: definição de luto, compreensão dos modelos de processo de luto, especificidades do luto por suicídio, suporte e Explanção sobre a criação de grupos de apoio; Discussão de casos.

MINISTRANTES:

- Dra. Giovana Kreuz – CRP 08/07196. Psicóloga graduada pela PUC–PR (1999),

Graduada em Direito pela UNIVEL (2006), Especialista em Psicanálise com Crianças (UTPR), Especialista em Educação, Políticas Públicas e Atendimento à famílias (ISEPE), Especialista em Psicologia Hospitalar (CFP), Certificação em Psicologia da Saúde (ALAPSA), aprimoramento em Tanatologia (FAMIPAR); Mestre em Saúde Coletiva (UERJ), Psicóloga do Hospital do Câncer UOPECCAN (2001-2011), Docente (UNIPAN; PUC Toledo; INGÁUningá; UEM), Aprimoramento em Teoria, Pesquisa e Intervenção em Luto pelo Instituto de

Psicologia 4 Estações SP; Doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP/LElu – sob orientação da Prof. Dra. Maria Helena Pereira Franco). Atua em consultório particular, coordena grupo de estudos sobre prevenção e posvenção do suicídio em Maringá-PR, participa da implantação do CVV e é membro do Instituto Longevidade.

- Ms. Raquel Pinheiro Niehues Antoniassi – CRP 08/10815. Psicóloga graduada pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), Especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar pelas Faculdades Pequeno Príncipe (FPP - Curitiba), Especialista em Gestalt-terapia pelo Núcleo de Educação Continuada do Paraná (NECPAR), mestre em Psicologia Clínica - núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar - pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Tem experiência como psicóloga, docente e supervisora na área de Psicologia da Saúde e Hospitalar. Atua como psicóloga em consultório particular e na Unidade Básica de Saúde Pinheiros (Secretaria Municipal de Saúde de Maringá). Coordena grupo de estudos sobre prevenção e posvenção do suicídio e coordena a implantação do CVV em Maringá.

ANEXO C – Parecer substanciado CEP – HUJM



UFMT - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JÚLIO
MULLER / UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ATENDIMENTO A PACIENTES COM COMPORTAMENTO SUICIDA: ESTUDO DE INTERVENÇÃO

Pesquisador: JESIELE NEVES SPINDLER

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64851317.8.0000.5541

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem - Cuiabá - UFMT

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.978.854

Apresentação do Projeto:

O comportamento suicida é definido como toda ação que cause lesão autoinfligida, seja qual for o grau de intenção letal e o conhecimento sobre o motivo real deste ato. Constitui-se em um sério problema de saúde pública na medida em que contribui para a mortalidade evitável e acarreta sofrimento aos envolvidos. Aproximadamente um milhão de pessoas morrem por suicídio anualmente. Estima-se que para cada indivíduo que tenha cometido o suicídio, entre 10 a 20 pessoas realizaram a tentativa. Dos indivíduos que se suicidaram, cerca de 60% nunca consultaram com um profissional especialista em saúde mental, porém metade destes procurou o serviço de atenção básica em algum momento no período de seis meses que antecederam a morte e 80% consultaram com um profissional generalista no último mês de vida. O estigma em torno do assunto é o maior impeditivo tanto na busca de ajuda, quanto no atendimento profissional adequado, fato esse que aponta a necessidade de conscientização entre os profissionais de saúde dos tabus em relação ao suicídio e sua prevenção, assim como de suas próprias atitudes. Desse modo, as atitudes podem ser modificadas por meio de capacitações envolvendo a temática. Esse estudo objetiva analisar as atitudes dos profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família – eSF, no atendimento a pacientes com comportamento suicida, pré e pós-intervenção. Trata-se de um estudo experimental a ser desenvolvido com os profissionais de

Endereço: Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n

Bairro: Alvorada

UF: MT

Telefone: (65)3615-7254

Município: CUIABA

CEP: 78.048-902

E-mail: shirleyfp@bol.com.br



UFMT - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JÚLIO
MULLER / UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.978.854

saúde que atuam nas eSF do município de Cuiabá-MT. Os dados serão coletados nos meses de maio e junho de 2017, em três momentos: avaliação das atitudes dos profissionais diante do atendimento ao paciente com comportamento suicida; capacitação e reavaliação. Os instrumentos a serem utilizados serão: questionário com variáveis sociodemográficas,

profissionais e relacionadas ao atendimento e o Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida. Será utilizado o programa estatístico SPSS versão 17.0 para a análise estatística e verificação dos efeitos da intervenção. O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – Plataforma Brasil. Espera-se com este estudo atitudes mais positivas dos profissionais de saúde contribuindo para a efetividade no atendimento ao paciente com comportamento suicida.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as atitudes dos profissionais de saúde das equipes de Estratégia Saúde da Família – ESF, no atendimento a pacientes com comportamento suicida, pré e pós-intervenção.

Objetivo Secundário:

Caracterizar os profissionais de saúde das ESF quanto as variáveis sociodemográficas e profissionais;

Identificar as atitudes dos profissionais das ESF no atendimento ao paciente com comportamento suicida pré e pós-intervenção;

Realizar uma capacitação entre os profissionais das ESF para o atendimento ao paciente com comportamento suicida;

Reavaliar as atitudes dos profissionais pós-intervenção após 03 meses.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O estudo implica riscos previsíveis para os participantes. No entanto, serão conservadas as integridades físicas e morais dos mesmos. Possíveis riscos de exposição da imagem e/ou de informações pessoais serão minimizados pela codificação dos sujeitos (anonimato). Possibilidade de desconforto mínimo no ato de responder ao questionário.

Benefícios: O estudo proporcionará benefícios aos serviços na medida em que os profissionais serão capacitados para o atendimento de pacientes com comportamento suicida, revertendo diretamente na qualidade de assistência da população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância para área

Endereço: Rua Luis Philippe Perreira Leite s/n

Bairro: Alvorada

CEP: 78.048-902

UF: MT

Município: CUIABA

Telefone: (65)3615-7254

E-mail: shirleytp@bol.com.br



UFMT - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JÚLIO
MULLER / UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 1.978.854

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: assinada e carimbada

Autorização do local: assinada e carimbada pela coordenadora da atenção básica de saúde

TCLE: adequado. Apenas substituir a palavra "cópia" por "via original" na sentença " Senhor (a) receberá uma cópia..."

Cronograma: adequado. Apenas corrigir a data da defesa da dissertação para 2018.

Recomendações:

Cronograma: Corrigir a data da defesa da dissertação para 2018.

TCLE: Substituir a palavra "cópia" por "via original" na sentença " Senhor (a) receberá uma cópia..."

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado quanto as questões éticas

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_814061.pdf	14/02/2017 11:42:45		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.pdf	14/02/2017 11:41:50	JESIELE NEVES SPINDLER	Aceito
Outros	QUARCS.pdf	13/02/2017 17:58:39	JESIELE NEVES SPINDLER	Aceito
Outros	Questionario_sociodemografico_profissional.pdf	13/02/2017 17:58:14	JESIELE NEVES SPINDLER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aprovacao_local_coleta.pdf	13/02/2017 17:56:02	JESIELE NEVES SPINDLER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/02/2017 17:55:27	JESIELE NEVES SPINDLER	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	13/02/2017 17:12:19	JESIELE NEVES SPINDLER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n

Bairro: Alvorada

CEP: 78.048-902

UF: MT

Município: CUIABA

Telefone: (65)3615-7254

E-mail: shirleytp@bol.com.br



Continuação do Parecer: 1.978.854

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CUIABA, 23 de Março de 2017

Assinado por:
SHIRLEY FERREIRA PEREIRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n
Bairro: Alvorada CEP: 78.048-902
UF: MT Município: CUIABA
Telefone: (65)3615-7254 E-mail: shirleyfp@bol.com.br