

Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida

Attitudes of health professionals toward suicidal behavior

Bárbara Diniz Storino¹, Carolina Figueredo e Campos¹,
Luciana Coutinho de Oliveira Chicata¹, Mariana de Almeida Campos¹,
Mayra Soares da Costa Matos¹, Roberta Martins Carvalho Mesquita Nunes¹,
Carlos Eduardo Leal Vidal^{2,3}

Resumo

Introdução: O suicídio ocupa um lugar de destaque entre os agravos que atingem as populações devido ao grande impacto familiar, psicossocial e econômico. A atenção básica à saúde é o primeiro local onde são atendidos indivíduos que apresentam comportamento suicida, e as atitudes dos profissionais podem ser determinantes para a evolução dos casos. **Objetivo:** Verificar as atitudes de profissionais da atenção básica diante do comportamento suicida. **Método:** Estudo transversal, com aplicação do Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida aos profissionais da atenção básica do município de Barbacena-MG. **Resultados:** A maioria da amostra foi representada por agentes de saúde, do sexo feminino, com idade entre 30-39 anos e com instrução média. Foram observadas mais atitudes positivas entre os médicos e os enfermeiros quando comparados aos outros profissionais. Não foram verificadas diferenças significativas das atitudes em relação ao sexo e à idade dos participantes. **Conclusão:** Os técnicos de enfermagem e os agentes de saúde apresentaram atitudes mais negativas em relação aos demais. Esse é um dado que deve ser levado em conta nos programas de capacitação. O treinamento dos profissionais deve contemplar habilidades cognitivas e mudanças nas atitudes que possam favorecer a empatia e a compreensão do comportamento suicida, priorizando a capacitação dos agentes de saúde.

Palavras-chave: suicídio; profissional de saúde; atitude; atenção básica à saúde.

Abstract

Background: Suicide and suicide attempts occupy a prominent place among diseases affecting the population due to their great impact on family, psychosocial and economy. Health professionals' attitudes are important since their knowledge and view about suicide can significantly influence their behavior toward patients. **Objective:** To verify the attitudes of health care professionals towards the suicidal patients. **Method:** This is a cross-sectional study in which we applied the Suicide Behavior Attitude Questionnaire to health care professionals in the city of Barbacena, Minas Gerais. **Results:** The majority of the sample was represented by health agents, female, age between 30 and 39 years, with average level of education. Doctors and nurses had the most positive attitudes when compared to other professionals. There were no significant differences in attitudes regarding gender and age of participants. **Conclusion:** The results indicated that nursing technicians and health agents presented more negative attitudes when compared to doctors and nurses. This is a relevant fact and should be taken into account by the training programs. The training of professionals should contemplate cognitive skills and changes in attitudes that may favor the empathy and understanding of these behaviors.

Keywords: suicide; health personnel; attitude; primary health care.

¹Faculdade de Medicina de Barbacena - Barbacena (MG), Brasil.

²Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina de Barbacena - Barbacena (MG), Brasil.

³Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Barbacena (MG), Brasil.

O estudo foi realizado na Faculdade de Medicina de Barbacena - Barbacena (MG), Brasil.

Endereço para correspondência: Carlos Eduardo Leal Vidal - Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina de Barbacena, Praça Presidente Antônio Carlos, 8 - CEP: 36200-008 - Barbacena (MG), Brasil - Email: celv@uol.com.br

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.



INTRODUÇÃO

Mais de 800 mil pessoas no mundo se suicidam anualmente e estima-se que, para cada caso consumado, ocorram mais de 20 tentativas¹. O coeficiente mundial de suicídio situa-se em torno de 16 mortes por 100 mil habitantes². Esses números se tornam mais significativos quando se considera que o suicídio é a principal causa de morte de indivíduos na faixa de 15 a 29 anos de idade¹. No Brasil, a taxa de mortalidade por suicídio situa-se em torno de 5,5 mortes por 100 mil habitantes, ocorrendo cerca de 10 mil mortes por suicídio anualmente³.

Especificamente em Barbacena, Minas Gerais, um estudo apontou a cidade com taxa média de 8,8 suicídios por 100 mil habitantes, o 4º maior coeficiente em cidades da Região Sudeste com população entre 100 e 200 mil habitantes⁴. Outro dado expressivo é que, no período de 12 anos (2006-2017), os suicídios superaram em quase 70% o número de homicídios na região (246 e 146 ocorrências, respectivamente), ao contrário do observado na maioria das outras regiões do Estado, onde os óbitos por homicídios superaram as mortes por suicídio⁵.

O comportamento suicida, que inclui os pensamentos, as tentativas e os atos consumados, é de etiologia multifatorial, compreendendo fatores biológicos, psicológicos e socioambientais, que interagem de forma complexa. Os dois principais fatores de risco associados são a história de tentativa prévia e a presença de doença mental⁶. Entre os transtornos mentais relacionados, destacam-se depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia e aqueles associados ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas⁷.

A maioria dos casos de suicídio é socorrida em algum tipo de serviço de saúde, principalmente na emergência⁸. No entanto, antes de ocorrer uma tentativa de suicídio, é na atenção básica de saúde que indivíduos com manifestações autoagressivas ou pensamentos suicidas são atendidos, estimando-se que até 45% dos indivíduos que morrem por suicídio consultaram um clínico no mês em que ocorreu a tentativa⁷. A ideação suicida está presente em até 10% dos pacientes atendidos em cuidados primários e esse percentual pode se elevar a 60% entre os portadores de depressão⁹.

Dentro das diretrizes nacionais de saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) representa a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁰, e, no campo da saúde mental, é componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)¹¹. Entre suas competências, nesse último aspecto, destaca-se o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção e cuidado aos portadores de transtornos mentais e aos usuários de substâncias psicoativas^{10,12}, sempre em articulação com os outros pontos de atenção da rede, especialmente com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). No entanto, a inserção efetiva da assistência à saúde mental na APS é uma realidade pouco observada no Brasil, e a articulação entre os CAPS e a atenção básica é ainda precária¹⁰.

A execução dessas competências representa outro desafio, pois, apesar de os profissionais saberem da importância das ações de saúde mental, priorizam queixas e patologias clínicas, tratando as questões de ordem psiquiátrica como secundárias, muitas vezes por falta de preparo e desconforto em lidar com essa demanda¹³, o mesmo sendo observado em relação ao suicídio⁸.

Embora os pacientes com comportamento suicida não expressem voluntariamente seus pensamentos de morte na presença de um profissional de saúde, eles os admitem quando são interrogados diretamente sobre o assunto em conversa informal com um profissional da atenção básica⁸, por exemplo, ou durante a consulta médica. Os profissionais que atuam na atenção básica, especialmente os agentes comunitários de saúde, por estarem em contato duradouro com os pacientes, seus familiares e sua comunidade, estão em situação privilegiada para reconhecimento dos pacientes em risco de suicídio⁸. A identificação precoce desses fatores (presença de transtorno mental, por exemplo) pode contribuir para a intervenção inicial e o consequente encaminhamento adequado dos pacientes^{8,14}.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde¹⁵, os serviços de saúde devem incorporar a prevenção do suicídio como um componente central de suas atividades, sendo essa estratégia uma das prioridades atuais do Ministério da Saúde⁶. Assim, considera-se ser possível prevenir o comportamento suicida, sendo necessário que, além do uso de medidas específicas como impedir o acesso aos métodos empregados^{14,15}, seja adotada também uma abordagem multissetorial abrangente que envolva todos os componentes da equipe básica de saúde e da RAPS como um todo.

Apesar disso, na maioria das vezes, as equipes não estão preparadas adequadamente para atender pacientes suicidas. Considera-se que os principais fatores associados a essa baixa capacidade incluem a falta de conhecimento e experiência em saúde mental e a estigmatização¹⁵. Geralmente, esses indivíduos são vistos como pertencentes a um grupo que exhibe condutas estereotipadas, e a tendência de muitos profissionais é a de se manifestar com hostilidade e rejeição. Existe grande evidência de que indivíduos que apresentam comportamento autoagressivo encontrem atitudes negativas por parte dos profissionais de saúde^{8,16-19}.

Atitudes podem ser definidas como estados mentais conscientes ou inconscientes envolvendo valores, crenças ou sentimentos, os quais predisõem os indivíduos ao comportamento ou à ação. O termo atitude se refere, então, a uma disposição interior que afeta a tomada de decisão ou conduta a ser adotada em relação a pessoas, eventos ou objetivos, podendo a resposta ser positiva, negativa ou neutra²⁰.

As atitudes dos integrantes dessas equipes diante do problema são pouco abordadas, mas se constituem como importante componente das estratégias preventivas, inclusive do ponto

de vista terapêutico. Conhecer as atitudes dos profissionais da saúde com relação ao comportamento suicida é fundamental porque, além do entendimento sobre o suicídio, a real disposição da equipe em ajudar esses pacientes pode influenciar de forma significativa a prevenção e a procura e continuidade do tratamento¹⁹. No Brasil, são escassos os trabalhos que avaliaram atitudes de profissionais da área de saúde em relação ao suicídio, destacando-se, principalmente, pesquisas envolvendo estudantes e profissionais da enfermagem²¹⁻²⁵.

Tendo por base o exposto, o presente trabalho objetiva verificar as atitudes de profissionais de saúde da atenção básica em relação ao comportamento suicida, verificar os possíveis fatores associados e comparar as atitudes das diferentes categorias profissionais.

■ MÉTODO

Local de estudo

Estudo com delineamento transversal realizado com profissionais de saúde da atenção básica do município de Barbacena, Minas Gerais, que conta com população aproximada de cento e quarenta mil pessoas. A cidade possuía 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS) no momento da pesquisa, dispo de 30 médicos, 25 enfermeiros, 28 técnicos de saúde e 169 agentes de saúde atuando nessas unidades junto à Estratégia de Saúde da Família. O município conta com dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um para atendimento de usuários de álcool e outras drogas e um ambulatório de saúde mental. No município não existe equipe de apoio matricial.

Amostra

A população-alvo do presente estudo foi constituída por todos os profissionais de ambos os sexos ($n = 252$) e que estavam trabalhando nos respectivos setores durante o período de realização da pesquisa, ocorrida em 2017. Os funcionários foram abordados no local de trabalho, em diferentes dias, e convidados a participar do estudo. Os questionários, autoaplicáveis, foram entregues a cada profissional depois de explicação sobre o preenchimento. Possíveis dificuldades existentes com relação às perguntas eram prontamente esclarecidas pelos pesquisadores. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento.

Instrumento

O instrumento utilizado foi o Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida (*Suicide Behavior Attitude Questionnaire - SBAQ*)²⁴, composto por 21 itens dispostos em uma escala visual analógica. Cada afirmativa é seguida por uma linha contínua de 100 milímetros cujas respostas vão desde “discordo totalmente” em uma extremidade a “concordo totalmente” na outra. O entrevistado é convidado a indicar um ponto, em cada linha, que melhor reflete suas opiniões, sentimentos e reações em

relação ao comportamento suicida. No processo de construção e validação da escala SBAQ, três fatores interpretáveis foram extraídos e denominados como “Sentimentos em relação ao paciente” (questões 2, 5, 9, 13, 15, 17, 19), “Capacidade para lidar com situações que envolvem o comportamento suicida” (questões 1, 7, 10, 12) e concepções sobre o “Direito ao suicídio” (questões 3, 4, 6, 16, 18). Escores mais baixos evidenciam atitudes positivas no fator “Sentimento”; escores mais elevados indicam atitudes positivas no fator “Capacidade”, ou seja, mais segurança para lidar com esses pacientes. Em relação ao fator “Direito”, escores mais elevados refletem a crença de que uma pessoa não tem direito de cometer suicídio, significando uma atitude mais moralista^{21,24}. O escore das subescalas pode ser obtido pela soma dos escores de cada item componente, somando-se as notas e dividindo-se pelo número de itens²⁴ ou analisar cada item separadamente e calcular o escore médio das subescalas²⁶. O estudo de validação mostrou ser um instrumento de fácil manuseio para avaliar as atitudes em relação ao suicídio²⁴. O questionário inclui também informações sobre religião, frequência a cultos religiosos, experiência no atendimento ao paciente suicida e contato familiar com suicida.

Análise estatística

Foram construídas tabelas para distribuição de frequências, médias, medianas e desvio padrão (DP) para cada variável. Depois da determinação dos escores da escala para cada participante, os subgrupos da amostra foram comparados conforme as diferentes categorias da escala. Foi utilizado o teste t para comparação das variáveis independentes com os fatores da escala. A relação entre as categorias profissionais e os escores da escala foi avaliada por meio da Análise de Variância (ANOVA) e pelo Teste de Tukey. A homogeneidade das variâncias foi verificada pelo teste de Levene. Diferenças foram consideradas significantes com $p < 0,05$. Os dados de cada participante foram registrados em fichas elaboradas especialmente para o estudo e posteriormente digitadas em planilhas do programa Excel. A análise estatística foi realizada no *software* SPSS versão 17.0.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) sob o número de protocolo 1.628.789.

■ RESULTADOS

Entre os 252 funcionários que trabalhavam nas UBS, 228 responderam ao questionário, o que representa uma perda de 9,5%. Essa perda ocorreu, em sua quase totalidade, devido a licenças-médicas ou férias dos profissionais e foi mais observada entre os médicos (40%). A maioria dos respondentes foi representada por agentes de saúde (63,9%), sexo feminino (83,3%), com média de idade igual a $36,1 \pm 10,1$ anos (variando de 18-67 anos), igual percentual de casados e solteiros (40,8%),

trabalhando em postos da zona urbana (80,7%), nível de instrução médio (81,6%) e religião católica (79%). Com relação ao atendimento ou conhecimento de pessoas que tentaram suicídio, pouco mais de um quarto da amostra (25,9%) referiu que algum parente ou pessoa próxima tivesse morrido por essa causa e 69,7% já haviam tido contato ou atendido pessoas que tentaram se matar. Esses e outros dados são apresentados na Tabela 1.

A análise das variáveis independentes, considerando-se os diferentes grupos profissionais, não evidenciou diferença entre eles com relação a sexo, idade, estado civil, religiosidade e convívio familiar com paciente suicida. Nas respostas às perguntas sobre atendimento a pacientes que tentaram suicídio, percebeu-se, como era de se esperar, diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,05$), com os médicos e enfermeiros relatando mais contato com tais pacientes. A Tabela 2 apresenta as medianas e os escores médios das respostas dos profissionais para cada item da escala.

O escore médio de toda a amostra foi de $46,4 \pm 11,6$, com pontuação mínima e máxima de 16,7 e 81,8 respectivamente, não sendo encontrada diferença entre as categorias profissionais com relação aos escores obtidos na ANOVA [$F(3,224) = 1,50$, $p = 0,12$]. O teste de Levene indicou homogeneidade das variâncias ($p = 0,68$). A distribuição desses escores de acordo com a categoria profissional está apresentada na Tabela 3.

Conforme descrito, três fatores foram extraídos da escala -“Sentimentos em relação ao paciente”, “Capacidade para lidar com situações que envolvem o comportamento suicida” e concepções sobre o “Direito ao suicídio”. Na comparação desses fatores, verificaram-se diferenças entre as médias dos grupos em relação aos fatores “Sentimento” e “Capacidade”, com atitudes mais positivas sendo observadas entre os médicos e enfermeiros quando comparados aos técnicos de enfermagem e agentes de saúde. Esses dados são apresentados na Tabela 4.

No fator “Capacidade”, os homens apresentaram maior escore que as mulheres, 60,4 contra 48,2 ($p = 0,002$). Com relação ao atendimento anterior de pacientes suicidas não houve diferenças nos fatores, mas os profissionais que atenderam pessoas que queriam se matar apresentaram atitudes mais positivas no fator “Sentimento” que os demais ($p = 0,01$). Ter ou não ter religião não interferiu nos resultados. A análise das demais variáveis independentes com relação aos três fatores da escala não evidenciou diferenças. Apenas no fator “Capacidade Profissional” foram observados escores mais elevados nos indivíduos com idade superior a 50 anos, independentemente da categoria profissional.

DISCUSSÃO

As atitudes dos profissionais de saúde diante de pessoas com comportamento suicida têm sido estudadas por diferentes pesquisadores em diversos países. Atitudes negativas e o modo

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra e sobre atendimentos a pacientes suicidas, Barbacena-MG, 2017

Variáveis	Número	Porcentagem (%)
Profissão		
Médicos	18	7,9
Enfermeiros	24	10,5
Técnicos	28	12,3
Agentes de saúde	158	69,3
Total	228	100
Sexo		
Feminino	190	83,3
Masculino	38	16,7
Total	228	100
Idade		
18-29	60	26,3
30-39	83	36,4
40-49	48	21,1
>50	25	11
Não informados	12	5,3
Total	228	100
Estado Civil		
Casados	93	40,8
Solteiros	93	40,8
Separados	15	6,6
Viúvos	5	2,2
Não informados	22	9,6
Total	228	100
Zona de trabalho		
Urbana	184	80,7
Rural	44	19,3
Total	228	100
Escolaridade		
Médio	186	81,6
Superior	42	18,4
Total	228	100
Religião		
Sim	219	96,1
Não	9	3,9
Total	228	100
Atendimento: ato consumado		
Sim	159	69,7
Não	66	28,9
Não informados	3	1,3
Total	228	100
Atendimento: tentativa de suicídio		
Sim	93	40,8
Não	133	58,3
Não informados	2	0,9
Total	228	100
Presenciou suicídio		
Sim	59	25,9
Não	168	73,7
Não informados	1	0,4
Total	228	100

Tabela 2. Distribuição das questões de acordo com os fatores e respectivas medianas e médias (Desvio Padrão-DP) dos escores obtidos, Barbacena-MG, 2017

Questões	Fatores	Mediana	Média (DP)
Fator Sentimento			
Q2	Quem fica ameaçando, geralmente não se mata	35,0	40,0 (34,6)
Q5	No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio	6,0	19,8 (26,7)
Q9	Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio, e acabar induzindo o paciente a isso	26,0	32,9 (31,1)
Q13	No fundo, às vezes, dá até raiva, porque tanta gente querendo viver... e aquele paciente querendo morrer	46,0	46,7 (38,4)
Q15	A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar	46,0	45,9 (33,2)
Q17	No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável a ideia de suicídio	4,0	20,1 (29,6)
Q19	Quem quer se matar mesmo, não fica “tentando” se matar	47,0	47,9 (38,1)
Média global			36,2 (33,1)
Fator Capacidade			
Q1	Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar	69,0	64,3 (29,6)
Q7	Sinto-me capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar	48,0	47,7 (29,7)
Q10	Tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio	36,0	36,0 (32,3)
Q12	Sinto-me inseguro(a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio	53,0	51,9 (33,5)
Média global			49,9 (31,3)
Fator Direito			
Q3	Apesar de tudo, penso que, se uma pessoa deseja se matar, ela tem esse direito	97,0	82,5 (26,3)
Q4	Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho	79,0	72,1 (26,8)
Q5	A vida é um dom de Deus, e só Ele pode tirar	97,0	84,8 (26,3)
Q16	Quem tem Deus no coração, não vai tentar se matar	52,0	52,9 (36,8)
Q18	Quando uma pessoa fala de pôr fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela	96,0	86,9 (20,9)
Média global			75,8 (27,4)
Questões não agrupadas			
Q8	Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental	22,0	34,7 (34,5)
Q11	Acho que é preciso ter certa dose de coragem para se matar	80,0	66,3 (34,5)
Q14	Se eu sugerir uma avaliação psiquiátrica para um paciente que falou em se matar, penso que isso será bem aceito pelo seu médico	53,0	59,1 (29,2)
Q20	Um paciente internado dificilmente se mata sem que tenha um forte motivo para isso	46,0	43,9 (33,6)
Q21	Eu já passei por situações que me fizeram pensar em cometer suicídio	2,0	21,9 (34,5)
Média global			45,2 (33,2)

Tabela 3. Escores médios, desvio padrão e intervalos de confiança (IC 95%) de acordo com as categorias profissionais, Barbacena-MG, 2017

Categoria Profissional	Escore Médio	Desvio Padrão	IC 95%	Mínimo/Máximo
Agente de Saúde	48,4	10,6	44,2; 52,5	27,6 / 78,1
Técnico de Enfermagem	49,7	11,1	48,1; 51,5	17,6 / 80,0
Enfermeiro	50,0	10,5	45,5; 54,4	33,0 / 79,2
Médico	44,3	9,1	39,7; 48,7	30,8 / 62,8
Total	49,2	10,8	47,8; 50,6	17,6 / 80,0

como o profissional aborda o paciente podem influenciar a forma como a pessoa responderá ao cuidado oferecido^{16-18,25,27,28}.

No presente estudo, verificaram-se atitudes mais positivas em relação ao suicídio entre médicos e enfermeiros do que entre os agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem, especificamente nos fatores “Sentimento” e “Capacidade Profissional” da escala utilizada. Esse achado pode estar relacionado ao maior contato deles com pacientes que queriam

se matar, conforme observado em outros trabalhos^{24,25}, apesar de essa relação não estar bem estabelecida²³.

De forma geral os profissionais da saúde apresentam dificuldade em identificar e lidar com pacientes suicidas²¹, inclusive os médicos e os enfermeiros²⁹. O despreparo dos profissionais no atendimento desses pacientes pode desencadear conflitos internos e mobilizar emoções de caráter negativo naqueles que os atendem, prejudicando a abordagem.

Tabela 4. Escores médios e respectivos desvios padrão de acordo com fatores da escala e categoria profissional, Barbacena-MG, 2017

Fatores	Agente de Saúde	Técnico de Enfermagem	Enfermeiro	Médico	ANOVA
Sentimento	39,6 ± 15,5	38,8 ± 18,7	27,6 ± 17,2	20,5 ± 13,1	[F(3,224) = 7,8, p<0,05
Capacidade	43,2 ± 20,7	47,9 ± 23,5	60,1 ± 20,5	68,1 ± 16,4	[F(3,224) = 7,6, p<0,05
Direito	73,6 ± 16,7	76,5 ± 16,6	78,8 ± 10,9	70,5 ± 13,8	[F(3,224) = 1,2, p>0,05
Outros	43,1 ± 13,3	44,2 ± 16,5	46,4 ± 17,2	37,4 ± 10,2	[F(3,224) = 1,6, p>0,05

Especificamente no caso dos médicos, avaliar esses pacientes pode gerar sensação de impotência, ansiedade pela possibilidade de erro de conduta e o conseqüente temor pelo desfecho⁸. Além disso, médicos da atenção primária não costumam abordar o paciente sobre ideação suicida, mesmo na presença de sintomas depressivos³⁰.

Alguns estudos apontam também que quanto maior a formação profissional, especialmente a de enfermeiros, mais positivas serão as atitudes em relação ao comportamento suicida^{22,31,32}. A formação em saúde mental também favorece o desenvolvimento de atitudes positivas, principalmente na capacidade para lidar com o paciente, mas não garante a presença de atitude empática ou menos condenatória^{31,32}. Na atenção básica à saúde, o enfermeiro ocupa lugar central no atendimento aos pacientes, além de ser responsável pelo treinamento e educação continuada da equipe de enfermagem e dos agentes comunitários²¹.

Estudo realizado junto a professores e estudantes de um curso de enfermagem apontou baixos escores para capacidade profissional, indicando insegurança de alunos e professores para assistir o paciente em risco para suicídio. Revelou também que tanto os professores quanto os alunos possuíam escores mais elevados no fator “Sentimento”, o mesmo observado no presente estudo para os agentes e para os técnicos de saúde e postura mais moralista dos alunos em relação aos professores no fator “Direito”²¹.

Com relação ao sexo e a idade, não foram encontradas diferenças em relação aos escores médios da escala, o que está em conformidade com estudo realizado com profissionais e estudantes de enfermagem²¹. No entanto, verificou-se que profissionais do sexo masculino exibiram atitudes mais positivas no fator “Capacidade Profissional”. Outros trabalhos mostraram resultados heterogêneos em relação ao gênero nas atitudes em relação ao suicídio, com alguns encontrando semelhança nessas atitudes e outros não verificando associação^{17,23,28}.

Para o fator “Direito ao Suicídio”, não foram observadas diferenças entre os quatro grupos de profissionais, com atitudes moralistas sendo verificadas em todos eles. Essas atitudes estão entre os fatores que interferem negativamente na qualidade do cuidado ao paciente suicida²³. No processo de validação da escala utilizada neste estudo, atitudes mais liberais ou menos condenatórias foram observadas em pessoas jovens,

nos enfermeiros e naqueles que já haviam tido contato com pacientes suicidas²⁴.

De forma geral, indivíduos que apresentam comportamento autoagressivo encontram atitudes negativas por parte dos profissionais de saúde^{8,16,18}, sendo essas mais frequentes entre médicos que atuam em setores de emergência^{33,34}. Esses pacientes, em muitas ocasiões, assim como os portadores de transtornos mentais em geral, não são considerados como doentes pelos médicos de especialidades clínicas ou cirúrgicas e, por isso, não são levados a sério, sendo frequentemente objeto de comentários irônicos³⁴⁻³⁶.

Comumente, atitudes negativas estão associadas à falta de conhecimento acerca do suicídio e influenciam o interesse e a qualidade do cuidado prestado¹⁹. A necessidade de capacitação em suicidologia tem sido amplamente destacada e defendida, englobando aprendizados fundamentais para a prevenção do suicídio, a serem disseminadas em ambiente comunitário e de urgência, de forma sistematizada^{6,10,33,34,36}, e envolvendo todos os pontos de atenção da RAPS.

Em 2017, o Ministério da Saúde lançou uma Agenda de Ações Estratégicas visando à vigilância e à prevenção do suicídio no Brasil, contemplando, entre outras, a ampliação do acesso à atenção psicossocial, a capacitação dos profissionais de saúde e o fomento a pesquisas sobre aspectos epidemiológicos, de custo-efetividade, eficácia e qualidade relacionadas à prevenção do suicídio⁶, atualizando e ampliando as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, de 2006³⁷.

Espera-se que tais iniciativas contribuam efetivamente para mudanças positivas no conhecimento e nas atitudes dos profissionais de saúde, pois é sabido que quase metade dos pacientes que morreram por suicídio teve contato com um profissional da atenção básica no mês da ocorrência da tentativa⁷ e cerca de 80%, dentro de um ano. Em contraste, o contato com um profissional de saúde mental foi verificado somente em 19% e 32% daqueles que morreram por suicídio, respectivamente, dentro do mês e do ano em que ocorreu a tentativa³⁸.

Outro aspecto importante a ser considerado no processo de capacitação dos profissionais diz respeito ao estigma associado aos pacientes que exibem comportamento suicida. O termo estigma se refere a problemas de conhecimento (ignorância), atitudes (preconceito) e comportamento (discriminação) em relação a pacientes portadores de transtornos mentais³⁹,

incluindo-se aqui o estigma em relação ao suicídio. Embora a estigmatização de portadores de transtornos mentais esteja diminuindo, o estigma associado ao suicídio ainda permanece elevado⁴⁰, principalmente em relação aos pacientes do sexo masculino⁴¹.

O estigma associado à busca de ajuda devido a comportamento suicida pode atuar como uma importante barreira que impede as pessoas de receberem auxílio⁴¹⁻⁴³ e, juntamente com o estigma associado aos transtornos mentais, representa fator de risco para o suicídio. Uma recente revisão narrativa apontou para a efetividade das intervenções para redução do estigma em relação a pacientes psiquiátricos, pelo menos no curto prazo⁴⁴, o que poderia contribuir para reduzir as atitudes negativas em relação ao suicídio.

Algumas limitações deste estudo merecem ser apontadas. A principal refere-se ao tamanho da amostra, o que restringe a extrapolação dos resultados obtidos. Contudo, não havia possibilidade de se fazer diferente já que foram contemplados todos os profissionais de saúde em atividade na atenção básica. Destaca-se também a perda diferencial de resposta entre os participantes da pesquisa. Quase metade dos médicos não respondeu ao questionário, o que não ocorreu com os demais participantes. Essa perda pode ter contribuído para as diferenças observadas entre as quatro categorias avaliadas⁴⁵. Percebeu-se também alguma dificuldade por parte dos profissionais em responder às perguntas, independentemente da categoria profissional e da questão formulada do questionário, já que o tema é complexo e afeta todos, principalmente aqueles que vivenciaram casos de suicídio em pessoas próximas. E, por fim, são poucos os estudos que empregaram a escala utilizada nesta pesquisa, dificultando a comparação mais detalhada dos resultados.

Os resultados obtidos no presente trabalho indicaram que os técnicos de enfermagem e os agentes de saúde apresentaram atitudes mais negativas quando comparados aos médicos e enfermeiros. Esse é um dado relevante e que deve ser levado em conta nos programas de capacitação. A formação dos profissionais deve contemplar habilidades cognitivas e mudanças nas atitudes que possam favorecer a empatia e a compreensão desses comportamentos, priorizando a capacitação dos agentes de saúde.

O agente de saúde atua como elo entre a equipe, usuários e suas famílias e geralmente reside em sua área de atuação, possuindo conhecimento sobre o território, suas características e necessidades. Por pertencer ao mesmo universo do usuário, supostamente identifica e compreende melhor os conflitos daqueles indivíduos em situação de maior vulnerabilidade e risco^{46,47}.

A prevenção é a melhor forma de reduzir os índices de suicídio e as tentativas, e, conseqüentemente, seu impacto na família e na sociedade. Capacitar efetivamente a equipe de atenção básica para que haja detecção precoce e tratamento apropriado é uma alternativa viável que pode resultar na diminuição dos coeficientes de mortalidade por suicídio. Os resultados obtidos, embora não possam ser generalizados para outras cidades ou equipes de saúde, podem fornecer elementos para capacitação dos profissionais em relação ao comportamento suicida, especialmente para os agentes de saúde.

■ AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos os profissionais da atenção básica de saúde do município de Barbacena, em especial, às enfermeiras chefes de cada unidade.

■ REFERÊNCIAS

1. Fleischmann A, De Leo D. The World Health Organization's report on suicide: a fundamental step in worldwide suicide prevention. *Crisis*. 2014;35(5):289-91. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000293>. PMID:25297514.
2. Vidal CEL, Gomes CB, Mariano CA, Leite LM, Silva RA, Lasmar SC. Perfil epidemiológico do suicídio na microrregião de Barbacena, Minas Gerais, no período de 1997 a 2012. *Cad Saude Colet*. 2014;22(2):158-64. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400020008>.
3. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad Saude Publica*. 2013;29(1):175-87. PMID:23370037.
4. Marín-León L, Oliveira HB, Botega NJ. Suicide in Brazil, 2004-2010: the importance of small counties. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;32(5):351-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892012001100005>. PMID:23338692.
5. Minas Gerais. Portal da vigilância e proteção à saúde [Internet]. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2018 [citado em 2018 Jan 22]. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/informacoes-de-saude/informacoes-de-saude-tabnet-mg/>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil [Internet]. Brasília: BVSMS; 2017 [citado em 2017 Out 28]. Disponível em: http://bvsmg.saude.gov.br/publicacoes/acoes_estrategicas_vigilancia
7. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373(9672):1372-81. PMID:19376453.
8. Vidal CEL, Gontijo ED. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cad Saude Colet*. 2013;21(2):108-14. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2013000200002>.
9. Santos SA, Lovisi G, Legay L, Abelha L. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 2009;25(9):2064-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900020>. PMID:19750393.

10. Souza LGS, Menandro MCS, Couto LLM, Schimith PB, Lima RP. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. *Revista Saude e Sociedade*. 2012;21(4):1022-34.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas [Internet]. Brasília: Portal MS; 2017 [citado em 2018 Jul 10]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/rede-de-atencao-psicossocial-raps>
12. Costa BT, Botti NCL, Machado JSA. Itinerário terapêutico de mulheres com sofrimento mental. *R. Enferm UFJF*. 2016;2(2):25-35.
13. Camuri D, Dimenstein M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. *Revista Saude e Sociedade*. 2010;19(4):803-13.
14. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annu Rev Clin Psychol*. 2016;12:307-30. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>. PMID:26772209.
15. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. 1. ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2014.
16. Taylor TL, Hawton K, Fortune S, Kapur N. Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2009;194(2):104-10. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.107.046425>. PMID:19182168.
17. Hjelmeland H, Akotia CS, Owens V, Knizek BL, Nordvik H, Schroeder R, et al. Self-reported suicidal behavior and attitudes toward suicide and suicide prevention among psychology students in Ghana, Uganda and Norway. *Crisis*. 2008;29(1):20-31. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910.29.1.20>. PMID:18389642.
18. Patterson P, Whittington R, Bogg J. Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: the Self-Harm Antipathy Scale (SHAS). *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2007;14(5):438-45. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01102.x>. PMID:17635251.
19. Magalhães CA, Neves DMM, Brito LMDM, Leite BBC, Pimenta MMF, Vidal CEL. Atitudes de estudantes de medicina em relação ao suicídio. *Rev Bras Educ Med*. 2014;38(4):470-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022014000400008>.
20. Altmann TK. Attitude: A Concept Analysis. *Nurs Forum*. 2008;43(3):144-50. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6198.2008.00106.x>. PMID:18715347.
21. Silva LLT. Atitudes e percepções de estudantes e professores de enfermagem frente ao suicídio de adolescentes [tese]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2014 [citado em 2018 Jul 10]. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUBD-9VZJ4H/tese_final.pdf?sequence=1
22. Magrini DF. Atitudes dos profissionais de enfermagem que atuam em emergências diante do comportamento suicida e fatores associados [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2016. <http://dx.doi.org/10.11606/D.22.2017.tde-04042017-154707>.
23. Moraes SM, Magrini DF, Zanetti AC, Santos MA, Vedana KG. Atitudes relacionadas ao suicídio entre graduandos de enfermagem e fatores associados. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(6):643-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600090>.
24. Botega NJ, Reginato DG, da Silva SV, Cais CF, Rapeli CB, Mauro ML, et al. Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(4):315-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000400011>. PMID:16358114.
25. Botti NCL, Araújo LMC, Costa EE, Machado JSA. Nursing students attitudes across the suicidal behavior. *Invest Educ Enferm*. 2015;33(2):334-42. PMID:26535854.
26. Botega NJ. Comunicação pessoal. 2013 Ago 23.
27. Samuelsson M, Sunbring Y, Winell I, Åsberg M. Nurses' attitudes to attempted suicide patients. *Scand J Caring Sci*. 1997;11(4):232-7. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.1997.tb00461.x>. PMID:9505731.
28. Grimholt TK, Haavet OR, Jacobsen D, Sandvik L, Ekeberg O. Perceived competence and attitudes towards patients with suicidal behaviour: a survey of general practitioners, psychiatrists and internists. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(1):208. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-208>. PMID:24886154.
29. Avanci RC, Pedrão LJ, Costa Júnior ML. Tentativa de suicídio na adolescência: considerações sobre a dificuldade de realização diagnóstica e a abordagem do profissional de enfermagem. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2005 fev;1(1):1-8. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v1i1p01-08>.
30. Feldman MD, Franks P, Duberstein PR, Vannoy S, Epstein R, Kravitz RL. Let's Not Talk About It: Suicide Inquiry in Primary Care. *Ann Fam Med*. 2007;5(5):412-8. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.719>. PMID:17893382.
31. McCarthy L, Gijbels H. An examination of emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm in an Irish teaching hospital. *Int Emerg Nurs*. 2010;18(1):29-35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2009.05.005>. PMID:20129439.
32. Wheatley M, Austin-Payne H. Nursing staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adults and adolescents in an inpatient setting. *Behav Cogn Psychother*. 2009;37(3):293-309. <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465809005268>. PMID:19393121.
33. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Kotzalidis GD, Tatarelli R. Emergency staff reactions to suicidal and self-harming patients. *Eur J Emerg Med*. 2005;12(4):169-78. <http://dx.doi.org/10.1097/00063110-200508000-00005>. PMID:16034262.
34. Santos JC, Simões RMP, Erse MPQA, Façanha JDN, Marques LAFA. Impacto da formação "+Contigo" nos conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde acerca do suicídio. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(4):679-84. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3503.2467>.
35. Carmona-Navarro MC, Pichardo-Martinez MC. Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012;20(6):1-8.
36. Machin R. Nem doente, nem vítima: o atendimento às "lesões autoprovocadas" nas emergências. *Cien Saude Colet*. 2009;14(5):1741-50. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500015>. PMID:19851586.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia nacional de prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental [Internet]. Brasília: Portal MS; 2006 [citado em 2017 Out 28]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/>
38. Struthers AS, Hirschfeld MA. Strategies to improve suicide prevention. In: Koslow S, Ruiz P, Nemeroff C, editors. *A concise guide to understanding suicide: epidemiology, pathophysiology and prevention*. Cambridge: Cambridge University Press; 2014. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9781139519502.040>.
39. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination. *Br J Psychiatry*. 2007;190(3):192-3. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025791>. PMID:17329736.

40. Sudak H, Maxim K, Carpenter M. Suicide and stigma: a review of the literature and personal reflections. *Acad Psychiatry*. 2008;32(2):136-42. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ap.32.2.136>. PMID:18349334.
41. Oliffe JL, Ogrodniczuk JS, Gordon SJ, Creighton G, Kelly MT, Black N, et al. Stigma in male depression and suicide: a canadian sex comparison study. *Community Ment Health J*. 2016;52(3):302-10. <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-015-9986-x>. PMID:26733336.
42. Callear AL, Batterham PJ, Christensen H. Predictors of help-seeking for suicidal ideation in the community: risks and opportunities for public suicide prevention campaigns. *Psychiatry Res*. 2014;219(3):525-30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.06.027>. PMID:25048756.
43. Carpinello B, Pinna F. The reciprocal relationship between suicidality and stigma. *Front Psychiatry*. 2017;8(8):35. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00035>. PMID:28337154.
44. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet*. 2016;387(10023):1123-32. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6). PMID:26410341.
45. Szklo M, Javier F No. *Epidemiology: beyond the basics*. 2nd ed. Boston: Jones and Barlett Publishers; 2007.
46. Filgueiras AS, Silva ALA. Agente comunitário de saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. *Physis*. 2011;21(3):899-916. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000300008>.
47. Guanaes-Lorenzi C, Pinheiro RLA. (Des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet*. 2016;21(8):2537-46. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.19572015>. PMID:27557026.

Recebido em: Maio 05, 2018

Aprovado em: Ago. 03, 2018