

ESTRATÉGIAS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO ÀS TENTATIVAS DE SUICÍDIO

Norberto Bispo dos Santos¹

Enfermeiro da Rede Especializada do Centro de Apoio Psicossocial II (CAPS II) da Prefeitura de Itanhaém. Itanhaém - SP, Brasil.

Josenilda Gomes dos Santos²

Enfermeira Assistencial da RM Saúde Domicial. São Paulo-SP, Brasil.

Resumo: O suicídio é uma realidade presente e que provoca grande impacto familiar e social. Ao tentar o suicídio, o paciente é direcionado ao atendimento de saúde, em especial ao pronto atendimento, onde o risco imediato é afastado, e o paciente liberado, sem que haja a continuidade e acompanhamento do caso, tendo em vista a prevenção de recidiva e provável consumação do suicídio. A tentativa prévia é o fator de risco mais importante para o suicídio na população em geral. O suicídio é a segunda principal causa de morte entre jovens, sendo que a maioria dos casos no mundo ocorre em países de baixa e média renda, portanto considerado um importante problema de saúde pública. O objetivo deste estudo é avaliar as atitudes dos profissionais de enfermagem em relação ao comportamento suicida, na busca de um acompanhamento para evitar as reincidências, de acordo com as Políticas Públicas preconizadas. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado na rede de Saúde Pública da Prefeitura da Praia Grande - SP. Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento elaborado especialmente para o estudo, que foi realizado com participantes voluntários profissionais de enfermagem. Os dados obtidos foram transcritos no programa Microsoft Excel, os resultados analisados qualitativamente, discutidos de acordo com a literatura atual e clássica, apresentados em forma de tabelas. Os resultados obtidos apesar de não refletir o cenário do território nacional, tem a intenção de nortear novas discussões a respeito do assunto em busca de implementar ferramentas preventivas.

Descritores: Suicídio Consumado. Recidiva. Relações Familiares.

Abstract: Suicide is a present reality that causes great family and social impact. When attempting suicide, the patient is directed to health care, especially in the emergency room, where the immediate risk is removed, and the patient released, without continuity and follow-up of the case, with a view to preventing recurrence and probable consummation of suicide. The previous attempt is the most important risk factor for suicide in the general population. Suicide is the second leading cause of death among young people, with the majority of cases in the world occurring in low- and middle-income countries, therefore considered an important public health problem. The objective of this study is to evaluate the attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior, in the search for follow-up to avoid recurrences, according to the recommended Public Policies. This is a descriptive study, with a quantitative approach, carried out in the Public Health network of the Municipality of Praia Grande - SP. For

data collection, an instrument designed especially for the study was used, which was carried out with volunteer nursing professionals. The data obtained were transcribed in the Microsoft Excel program, the results analyzed qualitatively, discussed according to the current and classic literature, presented in the form of tables. The results obtained, despite not reflecting the scenario of the national territory, are intended to guide new discussions on the subject in search of implementing preventive tools.

Descriptors: Suicide. Recurrence. Family Relations.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos em nosso país, foi observado um crescente aumento nos óbitos por suicídio e autoviolência. Dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, que ocorreram entre jovens de 15 a 29 anos de idade no Brasil. No período de 2011 a 2018, foram levantados e notificados 339.730 casos de violência autoprovocada e 52.444 dos casos de tentativas de suicídio (MS, 2019).

As tentativas de suicídio são de notificação compulsória e imediata, e mesmo assim, observa-se a necessidade de ampliar a abrangência e qualidade da notificação. As informações corretas são importantes para a prevenção de tentativas de suicídio e de óbitos, para o acionamento imediato da rede de atenção e proteção, acompanhamento e intervenção precoce nos casos identificados como tentativas de suicídio (MS, 2019).

A tentativa de suicídio parte de motivações e situações, por vezes, insuportáveis, que levam o indivíduo a praticar ações que procuram resolver algo insuportável e que aparecem em maior escala de gravidade. Este gradiente vai desde a concepção até a consumação do suicídio. Os sinais partem de: ideias, desejos, declarações sobre querer morrer, planejamento da morte e o pensamento sobre como tal atitude iria influenciar as pessoas também fazem parte do espectro de comportamento suicida, tais comportamentos podem ser classificados em três categorias: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado (ARAÚJO; VIEIRA; COUTINHO, 2010).

Ainda que os dados sejam preocupantes, e diante da complexidade em que o suicídio está inserido, antes da consumação existiram diversas tentativas, comportamento que está relacionado a aspectos pessoais e ambientais, tais como transtornos mentais, principalmente a depressão, transtornos de ansiedade, abuso de álcool e drogas, e fatores externos, como questões relacionadas às condições de

trabalho, pressão psicológica, alta carga de trabalho, entre outros fatores. Tendo em vista a situação, há maneiras em que a ação suicida possa ser evitada (SANTA; CANTILINO, 2016).

Neste estudo será apresentada a situação epidemiológica com ênfase na Baixada Santista, onde o aumento de tentativas e óbitos por suicídio acompanham os índices nacionais. Em 2017, foram registrados 91 óbitos e notificados 569 casos de tentativa em que os meios utilizados foram classificados como causas principais: enforcamento, envenenamento e lesões autoprovocadas (DATASUS/ SINAM, 2017).

Nesse sentido, a relevância da pesquisa consiste em apresentar a situação epidemiológica das tentativas e óbitos por suicídio no país, identificar a evolução da capacidade do profissional de saúde que atende o paciente em situação de tentativa de suicídio, buscando identificar as opiniões, sentimentos e reações em relação ao comportamento suicida, e assim abrir uma discussão de condutas que deverão ser adotadas para que recidiva de tentativas e número óbitos sejam reduzidos.

A aplicação desta pesquisa justifica-se pela compreensão referente as causas da subnotificação das tentativas de suicídio no país. De acordo com as atuais literaturas que abordam o tema, a subnotificação está relacionada ao desconhecimento do profissional que realiza o atendimento emergencial referente aos fatores de risco, os quais identificam a intenção suicida ou tentativas de suicídio, itens remanescentes da lista de notificação compulsória do Ministério da Saúde. (MS, 2017).

A sustentação desta análise está na prevenção ao suicídio como imprescindível e que requer atendimento qualificado. O profissional de saúde que está mais próximo a esse paciente é o enfermeiro, logo o acolhimento e escuta terapêutica aproxima esse paciente da equipe e esse profissional proporcionando um ambiente acolhedor em que haja a espontaneidade na conversa, garante uma aproximação do indivíduo e desenvolve um vínculo que facilita o tratamento e acompanhamento. Uma vez identificada o comportamento que influencia o paciente a pensar em suicídio, esse profissional pode desenvolver ferramentas de trabalho singular para o mesmo (FERNANDES; LIMA; SILVA, 2018).

Possíveis explicações e hipóteses para este estudo são: o paciente que tentou o suicídio possui um perfil de pessoa desmotivada e perde o interesse pela vida, após frustrações de expectativas no meio em que vive. Estratégias de intervenções e

cuidados estão relacionadas às posturas do profissional de saúde que interferem na conduta de profissionais qualificados para o sistema de saúde brasileiro, críticos-reflexivos, capazes de usar o saber para a vida, nas redes de atenção à saúde pública e bem-estar da sociedade.

A questão que norteia esta pesquisa é: quais as atitudes e estratégias da equipe de enfermagem para com as pessoas em situações de tentativas de suicídio e suas famílias poderão favorecer o vínculo para um eficaz atendimento, acompanhamento e desenvolvimento de terapias preventivas de reincidências suicidas?

Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar as atitudes dos profissionais de enfermagem em relação ao comportamento suicida, na busca de um acompanhamento para evitar as reincidências, de acordo com as Políticas Públicas preconizadas.

A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Antes da ideia do processo de desinstitucionalização da doença mental, no Brasil e no mundo, o tratamento utilizado em paciente mentais era baseado em medicalizações e internamentos que duravam semanas, meses ou até anos o que provocava no paciente, um afastamento da família e do convívio com a comunidade e provocando inclusive uma piora no quadro e até outras doenças (LIMA, et al., 2016).

A sociedade estava sempre excluindo aqueles que não se enquadrava em seus padrões e os tratamentos eram sempre desumanos, como: chicotadas, banhos frios, eletrochoque, isolamento. As ações eram pautadas no uso do castigo físico como ação punitiva ou purificação dos pecados, já que a doença mental não era considerada patologia, era estigmatizada como sendo resultado de pecado, preguiça, vadiagem (CASSENOTE, et al., 2020).

Só a partir da década de 1980 no Brasil, embora em outros países do mundo tenha se iniciado décadas antes, o atendimento das pessoas com sofrimento mental e a ideia da retirada dos doentes mentais dos manicômios e hospitais, começa a ser discutida entre os profissionais da saúde. Iniciou-se a inserção da enfermagem nesse processo, diante das inúmeras mudanças técnico-científicas e das políticas de atendimento ao portador de transtornos mentais. Em São Paulo, no ano de 1987, criou-se o primeiro Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) do país e, simultaneamente,

em Santos, iniciou-se a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, fato de repercussão nacional que propiciou a construção da rede extra-hospital, com a criação dos Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS), e que transformou a cidade santista em referência para a reforma psiquiátrica brasileira (MOREIRA et al., 2008).

Através da Portaria número 1.077, de 24 de agosto de 1999, que dispõe sobre a assistência farmacêutica na atenção psiquiátrica, financiado pelos gestores federal, estaduais e municipais do SUS e a necessidade de se estabelecer um programa contínuo, seguro e dinâmico, como parte integrante e complementar ao tratamento daqueles pacientes que necessitam de medicamentos para o controle dos transtornos mentais. Representa um aporte efetivo e regular de recursos financeiros para que os estados e municípios mantenham um programa de farmácia básica em saúde mental, trazendo a esses pacientes, a continuidade da manutenção do tratamento de forma mais autônoma.

A tentativa de suicídio está na lista de doenças e agravos de notificação compulsória, estabelecido pela portaria nº 204 de fevereiro de 2016 do Ministério da Saúde, sendo obrigatória a notificação para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em até 24 horas a partir do conhecimento do caso. Sendo de responsabilidade do profissional do serviço de saúde pública ou privado que realizou o atendimento inicial ao indivíduo.

No Brasil, o sistema de que reúne os dados de notificação compulsória é o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAM), e nele constam todas as notificações enviadas pelos profissionais da saúde no país.

PROPOSTAS PRECONIZADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Em 2006, no Brasil foram criadas as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, primeiro documento a tratar especificamente sobre a prevenção ao suicídio pela Portaria nº 1.876, 2006, como o objetivo de desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos, além desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; organizar linha de cuidados integrais

(promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas, visando também promover sua educação permanente, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização (BRASIL, 2006).

A Portaria Nº 3.088, 2011 estabelece diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial: respeito aos direitos humanos e liberdade das pessoas, promoção da equidade e reconhecimento dos direitos sociais e da saúde, combate a estigmas e preconceitos, garantia do acesso e da qualidade dos serviços e atenção humanizada e individualizada, desenvolvimentos de atividades que favoreça a integração social e exercício da cidadania, redução de danos, estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado, desenvolvimento de cuidados singulares para pessoas usuárias de crack, álcool e outras drogas. Como o objetivo de ampliar o acesso a atenção psicossocial a pessoas usuárias de álcool e drogas e suas famílias, qualificação do cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e da atenção as urgências, buscando focar na prevenção do consumo de entorpecentes, redução de danos, reabilitação e reinserção na sociedade, promover mecanismos de formação permanente dos profissionais (BRASIL, 2011).

No ano de 2017, institui-se Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil, definindo o suicídio como um grave problema de saúde pública e definindo os órgãos responsáveis em desenvolver estratégias de prevenção, através da Portaria Nº 3.479, 2017 (BRASIL, 2017).

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa.

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, conforme Parecer Consubstanciado da Plataforma Brasil, sob o número do CAAE 34156920.4.0000.5510 e aprovado pelo Parecer de número 4.163.860.

A composição da população de estudo foi de participantes voluntários, profissionais atuantes da área da enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, Técnicos

de Enfermagem e Enfermeiros, que trabalham na rede de Saúde Pública da Prefeitura da Estância Balneária de Praia Grande – SP, conforme aprovação e autorização para realização da pesquisa do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria de Saúde Pública do município.

A amostra foi composta por 58 entrevistados, constituída pelos profissionais atuantes, com idade maior ou igual a 18 anos, de ambos os sexos, que se disponham a participar voluntariamente da pesquisa, de acordo com Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Pesquisa, e indivíduos que estiverem de acordo com os critérios de inclusão.

Os critérios de inclusão são: participantes voluntários profissionais de enfermagem; indivíduos com idade maior ou igual a 18 anos; e, indivíduos que aceitem participar do estudo e que leram e estão de acordo com o TCLE.

Os critérios de exclusão são: indivíduos que se recusem a participar do estudo e que não estão de acordo com o TCLE; e, qualquer condição do participante que limite a capacidade para participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada através do convite feito por contato *online*, por *WhatsApp* pelo próprio pesquisador responsável, onde foram apresentados os objetivos, métodos, considerações éticas e esclarecimento de dúvidas.

Os endereços eletrônicos foram obtidos na secretaria da Faculdade do Litoral Sul Paulista, conforme autorizado de acordo com o Termo de Autorização para Pesquisa -Anuência Institucional, emitido pela instituição fornecedora destes dados.

Após aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) *online*, foi disponibilizado o Questionário *online*, formatado especialmente para este estudo, pela ferramenta do *Google Formulário*.

O acesso ao Questionário foi uma única vez para cada participante, pois receberão por *WhatsApp* o link para acesso exclusivo. O Questionário utilizado para coleta de dados foi aplicado via *online*, onde o participante voluntário que aceitar participar da pesquisa gastará em média 10 minutos para responder.

O presente estudo possui a Classificação do Risco Mínimo, pois o preenchimento do Instrumento poderá causar cansaço ou algum desconforto em responder alguma questão específica.

Para a coleta de dados, foi utilizado um Instrumento, elaborado especialmente para o estudo, sendo que o questionário está dividido em 2 partes: Parte I - Dados

gerais sobre o participante e Parte II - Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida -(QARCS): questionário validado no Brasil, composto por 21 itens, em que cada afirmativa é seguida de uma escala de 1 a 5 em que a escala inicia-se com a negativa “nenhuma correspondência” e finaliza com a afirmativa “total correspondência” (BOTEGA, et al. 2005; STORINO, et al. 2018).

A amostra que compôs o estudo foi aleatória simples e seu dimensionamento calculado em regressão linear simples, com intervalo de confiança de 95% e poder de teste de 90%. A amostra calculada para este estudo foi de 50 participantes onde obtivemos um número superior de respostas, total de 58 participantes (SANTOS, 2016).

Os dados obtidos foram transcritos no programa Microsoft Excel e após, analisados qualitativamente, discutidos de acordo com a literatura atual e clássica, e, apresentados em forma de tabelas.

A realização deste estudo respeitou os preceitos éticos em pesquisa com seres humanos contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP). Em consonância com esta Resolução, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo qual o participante foi informado do caráter científico do estudo, dos objetivos e método do estudo, bem como os riscos e benefícios de sua participação.

Foi garantido o anonimato dos participantes, o sigilo das informações coletadas e garantido o desejo de interrupção do estudo a qualquer momento.

A pesquisa não trouxe benefícios diretos, mas as respostas permitiram conhecer a opinião, sentimentos e reações em relação ao comportamento suicida por parte dos profissionais de enfermagem, e isso tem sua importância para criar subsídios para a proposição de práticas que contribuam para capacitação do profissional que lida com o paciente de risco para suicídio.

O estudo ofereceu risco mínimo, pois preenchimento do instrumento poderia causar cansaço ou algum desconforto, haja vista que foram aplicados em um único momento, porém foi dada a oportunidade ao pesquisado de interromper o preenchimento por alguns minutos sem prejuízo da coleta de dados ou, se preferir, agendar outro momento para a coleta.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil até setembro de 2020 estão inscritos 2.367.238 profissionais de enfermagem segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), dentre Auxiliares, Técnicos e Enfermeiros. O Estado de São Paulo comporta 599.993 (25,35 %) desses profissionais, registrados atualmente no Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), a relação dessa equipe é composta pelas categorias: 215.182 Auxiliares de Enfermagem; 241.459 Técnicos de Enfermagem; e 143.352 Enfermeiros (considerado os números de 143.062 Enfermeiros e 290 Obstetrias) (DE ENFERMAGEM, 2020).

A amostragem composta por 58 profissionais de saúde sendo: 21(36,2%) Auxiliares de Enfermagem; 11 (19%) Técnicos de Enfermagem; e 26 (44,8%) Enfermeiros, todos atuantes no sistema público de saúde do Município Estância Balneário da Praia Grande. Dos profissionais que participaram da pesquisa são: 49 (84,5%) do sexo feminino; 29 (50%) casados; 50 (86,2%) acima de 31 anos de idade; 25 (43,1%) trabalham no plantão noturno; 28 (48,2%) trabalham em turnos com carga horária de 40 horas semanais; 47 (81,3%) são praticantes de alguma religião; e 48 (82,76%) já atenderam pessoas em situação de suicídio. Dados disponíveis na Tabela 1.

Tabela 1. Perfil Sociodemográfico dos participantes (n=58). Praia Grande, SP, 2020.

Variáveis	n	%
Gênero:		
Feminino	49	84,5
Masculino	9	15,5
Estado civil:		
Solteiro	7	12,1
Divorciado	9	15,5
Casado	29	50,0
União estável	12	20,7
Viúvo	1	1,7
Idade:		
18 a 30 anos	8	13,8
31 a 40 anos	24	41,4
41 ou mais	26	44,8
Categoria profissional de atuação atual		
Auxiliar de Enfermagem	21	36,2
Técnico de Enfermagem	11	19,0
Enfermeiro	26	44,8
Tempo de exercício na categoria profissional atual (anos completos)		
0 a 4 anos	19	32,7
5 a 10 anos	14	24,1

11 a 15 anos	13	22,4
mais de 16 anos	12	20,7
Tempo de exercício na Enfermagem (anos completos) como Auxiliar de enfermagem:		
0 a 4 anos	21	36,2
5 a 10 anos	19	32,7
11 a 15 anos	8	13,8
mais de 16 anos	10	17,2
Tempo de exercício na Enfermagem (anos completos) como Técnico de enfermagem		
0 a 4 anos	40	69
5 a 10 anos	12	20,7
11 a 15 anos	2	3,4
mais de 16 anos	4	7,0
Tempo de exercício na Enfermagem (anos completos) como Enfermeiro		
0 a 4 anos	46	79,3
5 a 10 anos	3	5,2
11 a 15 anos	7	12,1
mais de 16 anos	2	3,4
Turno de trabalho:		
Diurno	21	36,2
Noturno	25	43,1
Diurno e noturno	12	20,7
Carga horária total de trabalho semanal		
20 horas	6	10,3
36 horas	5	8,6
40 horas	28	48,3
44 horas ou mais	19	32,7
Praticante de alguma religião:		
Sim	47	81,0
Não	11	19,0
Qual a sua formação profissional?		
Auxiliar / Técnico de Enfermagem	27	46,5
Enfermeiro	23	39,6
Especialista	6	10,3
Outros	2	3,4
Já atendeu paciente em situação de suicídio?		
Sim	48	82,7
Não	10	17,2

Fonte: Tabela elaborada pelos autores.

A disposição dos valores das respostas dos questionário é composta baseando-se na escala de Likert. Para cada resposta as questões foi atribuído um peso de 1 a 5 sendo: “Nenhuma Correspondência = 1”; “Pouca Correspondência = 2”; “Média Correspondência = 3”; “Muita Correspondência = 4”; e “Total Correspondência = 5” (LUCIAN R; DORNELAS, 2015).

As respostas das questões foram analisadas sem diferenciar gênero, categoria profissional, estado civil, religiosidade e outros fatores sociodemográficos dos participantes, o que gerou um resultado de avaliação geral da amostragem dos

profissionais participantes da pesquisa. A média das respostas gerais da amostra é = 2,7 o que corresponde a uma proximidade da Média Correspondência.

Em destaque estão as questões: Q5 “A vida é um dom de Deus, só ele pode tirar” = 4,5 que chega próximo a um censo comum de que o indivíduo não tem o direito de tirar sua própria vida; Q18 “Quando uma pessoa fala de pôr fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela” = 4,3, o que reflete a questão anterior, em que o profissional quando se depara com a situação se dispõe a ajudar o paciente a desistir do ato; em confirmação dessa atitude está a Q4 “Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho” = 3,9. Comprovando na resposta da questão Q3 “Apesar de tudo, penso que, se uma pessoa deseja se matar, ela tem esse direito” = 1,5 há pouca concordância em aceitar o suicídio como sendo um direito da pessoa, mesmo em casos de extremo sofrimento físico como demonstrado na Q17 “No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável a ideia de suicídio” = 1,8 que indica pouca correspondência.

O desenvolvimento de um trabalho humanizado ao direito à privacidade e individualizado a confidencialidade de informações pessoais, na busca deste paciente, qualificação profissional na mudança de prática de atos discriminatórios, no tratamento desumano ou degradante; implica a identificação de direitos: ao direito à informação; direito de não ser discriminado; e direito à saúde. Dados disponíveis na Tabela 2.

Tabela 2. Respostas dos participantes (n=58). Praia Grande, SP, 2020.

QUESTÕES		RESULTADOS
Q1	Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar	3,2
Q2	Quem fica ameaçando, geralmente não se mata	2,4
Q3	Apesar de tudo, penso que, se uma pessoa deseja se matar, ela tem esse direito	1,5
Q4	Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho	3,9
Q5	A vida é um dom de Deus, e só Ele pode tirar	4,5
Q6	No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio	2,0
Q7	Sinto-me capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar	3,1
Q8	Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental	2,7
Q9	Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio, e acabar induzindo o paciente a isso	2,3
Q10	Tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio	2,7
Q11	Acho que é preciso ter certa dose de coragem para se matar	3,2
Q12	Sinto-me inseguro(a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio	2,4
Q13	No fundo, às vezes, dá até raiva, porque tanta gente querendo viver... e aquele paciente querendo morrer	2,0
Q14	Se eu sugerir uma avaliação psiquiátrica para um paciente que falou em se matar, penso que isso será bem aceito pelo seu médico	3,5
Q15	A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar	3,2
Q16	Quem tem Deus no coração, não vai tentar se matar	2,3
Q17	No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável a ideia de suicídio	1,8
Q18	Quando uma pessoa fala de pôr fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela	4,4
Q19	Quem quer se matar mesmo, não fica “tentando” se matar	2,1
Q20	Um paciente internado dificilmente se mata sem que tenha um forte motivo para isso	2,4
Q21	Eu já passei por situações que me fizeram pensar em cometer suicídio	2,2
MÉDIA		2,7
DESVIO PADRÃO		0,5

Fonte: (BOTEGA, et al. 2005; STORINO, et al. 2018).

Na avaliação dos dados na Tabela 3, as questões foram divididas em fatores: “Fator sentimento” são as questões relacionados ao sentimento do profissional em relação ao paciente que quanto menor o grau de “Correspondência” melhor reflete o entendimento sobre o tema suicido, o sentimento de empatia com relação ao comportamento suicida; “Fator Capacidade” descreve sobre a capacidade do profissional para lidar com situações que envolvem o comportamento suicida, o maior grau de “Correspondência” reflete a habilidade desse profissional; e “Fator Direito” onde demonstra as concepções sobre o direito da pessoas ao suicídio (STORINO, et al. 2018).

Observa-se que a média do “Fator Sentimento” = 2,3 chamando-nos a atenção para as questões Q15 “A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar” = 3,2 e Q17 “No caso de pacientes que estejam sofrendo muito

devido a uma doença física, acho mais aceitável a ideia de suicídio” =1,8 os profissionais defendem a ideia de que mesmo em sofrimento físico a aceitação do suicídio como forma de alívio não é concebível. Quanto ao “Fator Capacidade” a média = 2,3. A questão Q1 “Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar” = 3,2 reflete a presença de uma insegurança nos profissionais em lidar com o problema, apesar de conseguir identificar os pacientes em potencial risco demonstrado na Q7 “Sinto-me capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar” = 3,1, essa afirmativa é confirmada pela Q10 “Tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio” = 2,7 em que apenas uma média dos profissionais consideram-se aptos a lidar com o paciente em risco de suicídio.

No “Fator direito” = 3,3, na Q3 “Apesar de tudo, penso que, se uma pessoa deseja se matar, ela tem esse direito” = 1,79, tem pouca correspondência a pessoa possuir direito em tirar a própria vida, refletida essa atitude na questão que mais se aproxima de uma unanimidade em relação a esse direito é a Q5 “A vida é um dom de Deus e só ele pode tirar” = 4,5 refletida na Q18 “Quando uma pessoa fala de pôr fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela” = 4,4 que os profissionais buscam dialogar com o paciente propondo uma desistência do comportamento autodestrutivo.

Essa busca abrange a qualificação de condutas dos profissionais a uma escuta com cordialidade, um tratamento com respeito e empatia com as emoções do paciente. O paciente em risco de suicídio comumente não tem atendimento em serviços qualificados, sendo sujeito a julgamentos discriminatórios e submetido a condições desumanas e degradantes, sendo seus direitos constantemente violados (ALBUQUERQUE et al, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) adverte para um dado importante, a cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio no mundo. Mudança de comportamento, introspectividade ou isolamento nos últimos dias, distanciamento da família, deixar de participar de eventos sociais ou atividades das quais tinha interesse e que eram prazerosas, mas que deixam de ser de uma hora para outra, são atitudes que requerem atenção. Sendo assim, é imprescindível pensar em ações para reverter esse quadro. Quando se trata do contexto suicídio o mês em que há um destaque na abordagem do tema é setembro, com a iniciativa “Setembro Amarelo”, além de existirem redes de apoio a comunidade como o Centro de Valorização a Vida (CVV), órgão que oferecem serviços de apoio emocional e prevenção ao suicídio, de

forma voluntária e gratuita. Além de que a população deve estar sempre orientada a buscar ajuda nas Unidades Básicas de Saúde e nos CAPS.

Quando os fatores são separados por categoria profissional há uma identificação de que quanto maior o grau de capacitação desse profissional, melhor sua atitude e empatia com o paciente em situação de tentativa de suicídio.

Tabela 3. Resultado geral das respostas dos participantes de acordo com os fatores (n=58). Praia Grande, SP, 2020

QUESTÕES		RESULTADOS
Fator Sentimento		
Q2	Quem fica ameaçando, geralmente não se mata	2,4
Q6	No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio	2,0
Q9	Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio, e acabar induzindo o paciente a isso	2,3
Q13	No fundo, às vezes, dá até raiva, porque tanta gente querendo viver... e aquele paciente querendo morrer	2,0
Q15	A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar	3,2
Q17	No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável a ideia de suicídio	1,8
Q19	Quem quer se matar mesmo, não fica “tentando” se matar	2,1
MÉDIA		2,3
DESVIO PADRÃO		0,6
Fator Capacidade		
Q1	Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar	3,2
Q7	Sinto-me capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar	3,1
Q10	Tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio	2,7
Q12	Sinto-me inseguro(a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio	2,5
MÉDIA		2,3
DESVIO PADRÃO		0,3
Fator Direito		
Q3	Apesar de tudo, penso que, se uma pessoa deseja se matar, ela tem esse direito	1,5

Fonte: (BOTEGA, et al. 2005; STORINO, et al. 2018).

Os dados da Tabela 4, são apontados os resultados dos participantes de acordo com as categorias de formação profissional em relação aos fatores.

Em relação ao “Fator Capacidade” = 3,0 somadas as médias dos profissionais Enfermeiros e com Especialização, é notável uma mediana correspondência na capacidade desses profissionais na abordagem do tema, ainda assim maior que as categorias com menor grau de capacitação. Em se tratando do “Fator Sentimento” com uma média de 2,0 “Pouca Correspondência” somada as médias das duas categorias com maior grau de capacitação. As questões mais relevantes para esse fator são: Q6 “No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio” = 1,6, Q13 “No fundo, às vezes, dá até raiva, porque tanta gente querendo viver... e aquele paciente querendo morrer” = 1,5 e Q17 “No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável a ideia de suicídio” = 1,7.

Apesar de haver um pouco grau de correspondência a respeito da falta de religiosidade ser uma causa para o comportamento suicida Q16 “Quem tem Deus no coração, não vai tentar se matar” = 2,1 somada a média das 4 categorias de profissionais, há uma concordância geral de que a vida de uma pessoa não a pertence, portanto não lhe faculta o direito de tirá-la, Q16 “A vida é um dom de Deus, e só Ele pode tirar” = 4,5 média de resposta geral. Em sua maioria os profissionais concordam que esse paciente não tem o direito de tirar a própria vida e, nota-se uma pré-disposição na acreditação do diálogo como melhor saída para desestimular a ideação suicida, presente nas questões, Q4 “Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho” = 3,8 e Q18 “Quando uma pessoa fala de pôr fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela” = 4,3 como visão geral dos profissionais.

Os serviços de saúde que dispõe de profissionais qualificados e motivados, possuem capacidade para desenvolvem um trabalho humanizado, cordial, com empatia das emoções do paciente, com respeito e confidencialidade de informações pessoais, sem pré-julgamentos, buscar identificar o paciente em situação de risco para suicídio, usando a escuta terapêutica qualificada garantindo assim os direitos à informação, de não discriminação e primordialmente o direito à saúde desse paciente.

QUESTÕES	RESULTADOS			
	Fator Sentimento	Auxiliares de Enfermagem	Técnicos de Enfermagem	Enfermeiros
Q2	3,4	2,3	2,4	1,8
Q6	2,7	2,3	1,8	1,4
Q9	2,4	2,5	2,2	2,1
Q13	2,1	2,4	2,0	1,1
Q15	3,2	2,7	3,1	3,4
Q17	1,9	2,0	1,6	1,8
Q19	2,0	2,3	2,3	1,6
MÉDIA	2,5	2,4	2,2	1,9
DESVIO PADRÃO	0,5	0,2	0,5	0,7
Fator Capacidade				
Q1	2,8	2,7	3,6	3,3
Q7	2,8	2,7	3,4	3,3
Q10	2,7	2,5	3,0	2,4
Q12	2,8	2,7	2,3	2,5
MÉDIA	2,8	2,7	3,1	2,9
DESVIO PADRÃO	0,0	0,1	0,5	0,4
Fator Direito				
Q3	2,0	1,3	1,5	1,0
Q4	3,2	4,1	4,0	4,0
Q5	3,9	4,5	4,7	4,8
Q16	1,8	2,8	2,4	1,6
Q18	3,9	4,3	4,4	4,8
MÉDIA	3,0	3,4	3,4	3,2
DESVIO PADRÃO	0,9	1,2	1,2	1,6
Questões dispersas				
Q8	2,3	2,3	2,7	2,4
Q11	3,1	3,3	3,4	2,4
Q14	2,9	3,5	3,7	3,8
Q20	2,7	2,6	2,4	2,0
Q21	2,3	2,1	2,4	1,8
MÉDIA	2,6	2,7	2,9	2,4
DESVIO PADRÃO	0,3	0,5	0,5	0,7

Tabela 4. Resultado geral das categorias de formação profissional em relação aos fatores (n=58).

Fonte: Tabela elaborada pelos autores

A percepção de quem tenta suicídio sinaliza o pedido de ajuda e uma equipe informada e preparada refletem na melhora das notificações compulsórias, na busca de encaminhamentos para serviços especializados e no avanço de políticas públicas. Em geral os pacientes são liberados da emergência sem passar por avaliação psiquiátrica e não têm encaminhamento para serviços especializados, a partir deste momento perdemos oportunidades para instituir e/ou dar continuidade ao tratamento. Como estratégia os esforços para a promoção de políticas e programas de prevenção, contribuindo na capacitação dos profissionais frente à terapêutica para as tentativas de suicídio em sua forma singular e individual de cada paciente e contínua do tratamento pelas unidades de referência.

Quando o assunto é o suicídio na adolescência um importante aliado é a família, o sistema de saúde presta os cuidados de forma profissional e qualificado e a família presta suporte de continuidade e desenvolvimento estrutural do paciente enquanto pessoa integrante da sociedade, proporcionando acolhimento, afeto, lazer, cultura, dignidade, respeito. Essa convivência familiar é importante ao desenvolvimento do ser e o estrutura para toda a sua vida.

A família pode influencia de forma positiva para o amadurecimento e bem-estar dos jovens, ou de forma negativa capaz de deixar sequelas que o acompanharão por toda a vida. A estrutura familiar além de prover suporte social, é também uma barreira contra possíveis comportamentos de risco para suicídio, além de ser um eficiente meio de transmissão de informações relacionadas à saúde (VERAS, SILVA, KATZ, 2017).

As tentativas de suicídio e o suicídio consumado é um problema alarmante de saúde pública comprovado por estatística, pela qual evidencia que mais de 75% das vítimas de suicídio procuraram um serviço de atenção primária à saúde no ano de sua morte e, entre esse grupo de pessoas, 45% delas procuraram a UBS no mesmo mês em que cometeram suicídio. O enfermeiro é o integrante fundamental da equipe de saúde na ESF, que dentre outras atribuições, o planejamento de ações efetivas e permanentes a respeito da prevenção do suicídio, na atual circunstância evidenciou-se que não existe planejamento específico voltado à temática proposta, bem como ações efetivamente preventivas implementadas pelos profissionais que desenvolvem seu trabalho no âmbito da atenção básica (SILVA, et al., 2017).

O diagnóstico de enfermagem que caracterize o risco de suicídio permite medida de intervenção potencialmente eficaz, podendo culminar na preservação de uma vida, trazendo uma proposta de atenção integral realizada na atenção básica com ações organizadas e execução das políticas de atenção ao suicídio e suas diretrizes, tendo em vista a integralidade da assistência.

CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo permitiram concluir que a equipe da Atenção Básica é quem está mais próxima a comunidade, portanto conhecedora dos problemas relacionados a região em que se encontra, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) transitam na comunidade sendo eles os maiores conhecedores dos problemas inerentes a mesma, fazendo um elo de ligação comunidade e equipe de enfermagem.

A capacitação da equipe de enfermagem, o empoderamento dos ACS para reconhecimento das situações de riscos dentre os integrantes das famílias atendidas, além de inserir a família nesse processo, se mostra uma estratégia viável e que pode ser determinante na busca da prevenção de recidivas e consumação do suicídio, uma vez que esse paciente deixa de ser tratado apenas nas situações emergenciais em que fez a tentativa e passa a ser observado mais de perto e com uma assistência mais qualificada e resolutiva.

Os profissionais de enfermagem que atendem os pacientes em situação de risco para suicídio e fazem as notificações de forma concludente, fornecem dados epidemiológicos consistentes para a promoção de estratégias, discussões e mudanças no desenvolvimento de políticas públicas voltadas para prevenção do suicídio.

A amostragem dos profissionais participantes da pesquisa se limita a parte dos profissionais do município da Praia Grande, e espera-se que esta pesquisa seja de grande valor e estímulo para uma discussão a respeito da compreensão e inserção de capacitação a respeito da saúde mental direcionada a esses profissionais, uma vez que é notável uma insegurança e conhecimento deficiente a respeito do tema saúde mental com foco no suicídio.

A inclusão da busca ativa pode ser uma estratégia a ser considerada para a continuidade da assistência. Portanto um profissional capacitado, que faz uma escuta qualificada e se atenta às questões de riscos será capaz de produzir informações relevantes para produção das estratégias preventivas e excelência no cuidar na Saúde Mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Aline et al. Os direitos humanos de pacientes em risco de suicídio no Brasil. **CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO**, v. 8, n. 1, p. 26-35, 2019.

ARAÚJO, Luciene da Costa; VIEIRA, Kay Francis Leal; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. **Psico-USF**, v. 15, n. 1, p. 47-57, 2010.

BAHIA, Camila Alves et al. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 2841-2850, 2017.

BOTEGA, Neury José et al. Atitudes do pessoal de enfermagem em relação ao suicídio: a criação de uma escala de avaliação. **Revista Brasileira de Psiquiatria [online]**: v. 27, n. 4, p. 315-318, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, n. 247, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.479, de 18 de dezembro de 2017. Institui Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 2017.

BRASIL. Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. 2006.

BRASIL, Constituição. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, n. s2001, 2001.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria n.º 224, de 29 de janeiro de 1992. Diretrizes e normas para os estabelecimentos assistenciais em saúde mental, 1992.

CASSENOTE, Luciane Morini et al. **Desafios do mundo contemporâneo**. Pimenta Cultural, 2020.

DE ENFERMAGEM, Conselho Federal. Enfermagem em números.[Internet].[Acesso 2 nov 2020].

DATASUS/SINAM. Dados disponíveis: 2017. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/dados-epidemiologicos-sinan>>. Acesso em: 16 jan 2020.

DATASUS/SIM. Dados disponíveis: 2017. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em 16 jan. 2020.

FERNANDES, Márcia Astrês; LIMA, Gilmara Abreu; SILVA, Joyce Soares. Escuta terapêutica como estratégia de prevenção ao suicídio: relato de experiência. **Revista de enfermagem da UFPI**, p. 75-79, 2018.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. Uma breve revisão da reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise e a psicologia. **Revista Psicologia Política**, v. 19, n. 44, p. 78-87, 2019.

GARBIN, Clea Adas Saliba et al. A operacionalização do sus na prevenção e condução de casos de suicídios: análise documental. **Revista Ciência Plural**, v. 5, n. 2, p. 129-142, 2019.

LIMA, Aluísio Ferreira de et al. O mundo do trabalho como um impasse no processo de desinstitucionalização. 2016.

LUCIAN R, DORNELAS JS. Mensuração de atitude: proposição de um protocolo de elaboração de escalas. **Rev Admin Contemp**, 19(spe2):157-77, 2015.

MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção a saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde**: 48(30). 2017. Disponível em: <<http://saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 13 mai. 2019.

MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim Epidemiológico. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovoada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. **Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde**: 50 (24). 2019. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/13/BE-suic--dio-24-final.pdf>>.

MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 4, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017. **Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html>.

MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Portaria Nº 204 de fevereiro de 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html>. Acesso em 14 abr. 2019.

ORES, Liliane da Costa et al. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 305-312, 2012.

OMS, OMDS. Classificação Estatística Internacional de doenças e problemas relacionados à Saúde. 10^a revisão, 2016. Disponível em: <<https://icd.who.int/browse10/2016/en>>. Acesso em 19 mai. 2019.

SANTA, Nathália Della; CANTILINO, Amaury. Suicídio entre Médicos e Estudantes de Medicina: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira Educação Médica**: v. 40, n. 4, p. 772-780, Rio de Janeiro, 2016.

SANTOS, Glauber Eduardo de Oliveira. Cálculo amostral: calculadora on-line, v. 19, 2016. Acesso em 12/08/2019.

SILVA, Nayra Karoline Neco da, et al. Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 13, n. 2, p. 71-77, 2017.

STORINO, Bárbara Diniz; et al. Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. **Cadernos de Saúde Coletiva** [online]: v. 26, n. 4, p. 369-377, 2018.

VASSÃO, Eleny; ZANELATTO, Wagner. Suicídio e drogadição. **Capelania - Igreja Presbiteriana de Pinheiros**. 2020, (56min 44seg). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=dW9rhb1qnlU>>. Acesso em: 16 set 2020.

VERAS, Juliana Lourenço de Araújo; SILVA, Tatiana de Paula Santana da; KATZ, Cintia Tornisiello. Funcionamento familiar e tentativa de suicídio em adolescentes. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 9, n. 22, p. 70-82, 2017.